

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADO ENFERMERO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA
CLINICA SANTA MARIA DEL SUR, SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2017**

PRESENTADO POR:

Lic. LILIANA YAYA NAPAN

PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

ASESOR:

Dr. Edgar Lucas Alvizuri Gomez

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres que me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser un profesional de la Patria.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios quien nos da la vida y es el creador del universo y nos dota de conocimiento.

En segundo lugar a mis padres por apoyarme en mi vida estudiantil y porque sin ellos no tuviera valor para seguir adelante, también a todos mis maestros por ellos son los que nos brindan todos los conocimientos adquiridos hoy en día.

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Base Teórica	8
1.2 Teoría de acuerdo al caso	14
1.3 Intervención de cuidados de enfermería	18

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE- EBE

2.1 Valoración según necesidades básicas	26
2.2 Diagnóstico de Enfermería	35
2.3 Plan de cuidado enfermero	37

CAPITULO III

Conclusiones	67
Recomendaciones	68
Referencias bibliográficas	69

RESUMEN

Este trabajo académico pretende ser una herramienta de trabajo enfermero, en el cuidado de pacientes con afecciones coronarias, en los servicios de emergencia. El infarto agudo de miocardio es una patología que se notifica con frecuencias en los servicios de urgencias y emergencias, teniendo en cuenta que en nuestro país la enfermedad cardiovascular es la tercera causa de muerte según los últimos datos publicados por el INEI (2014), sin embargo se puede decir que el estrés y el proceso de industrialización ha modificado los estilos de vida contribuyen a la aparición de los factores como el sedentarismo, la obesidad, la dislipidemia por consumo de alimentos no saludables, uso de drogas entre otros afectan negativamente en la salud pública. Los avances de la ciencia y la tecnología aumentar la esperanza de vida el trabajo de la enfermera no es ajeno a ello por lo tanto hay cuidados, procedimientos de enfermería y medicamentos que es maravilloso para hacer sinergia, para un cuidado de calidad y oportuna en toda su dimensión del ser humano.

Palabras Clave: Cuidado enfermero, infarto, miocardio.

ABSTRACT

This academic work to be a tool of work nurse in the care of patients with coronary disease, in emergency services. Acute myocardial infarction is a pathology that is reported often in the service of accident and emergency, taking into account that in our country disease cardiovascular is the third cause of death according to the latest data published by the INEI (2014), however we can say that stress and the process of industrialization has changed lifestyles contribute to the emergence of factors like sedentary lifestyle, contribute to the emergence of factors like sedentary lifestyle , obesity, Dyslipidemia by consumption of unhealthy foods, use of drugs among others negatively affect public health. Advances in science and technology increase life expectancy the work of nurse is no stranger to do so therefore there is care, nursing procedures and nursing and medication that is wonderful for synergy, for quality care and timely in all their human dimensions

Key words: Nurse care, heart attack, myocardium.

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general, tanto en el mundo como en Perú, reduciendo la expectativa de vida hasta siete años. En nuestro país las enfermedades del corazón en conjunto, son la tercera causa de mortalidad general específicamente las enfermedades isquémicas del corazón. El Infarto Agudo al Miocardio (IAM) representa la manifestación más significativa de la cardiopatía Isquémica, que se presenta cuando se produce una necrosis del músculo cardiaco como consecuencia de la oclusión aguda de una arteria coronaria con la consiguiente necrosis miocárdica, evidenciada clínicamente por ángor y/o equivalentes anginosos, por marcadores serológicos y por cambios electrocardiográficos. Los factores de riesgo cardiovascular son la edad, sexo masculino, mujeres postmenopáusicas, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, obesidad con un índice de masa corporal por encima de 30. El IAM tiene una prevalencia del 0.5% de la población general y constituye el problema de salud más importante en los países desarrollados. El 5% de los IAM no son diagnosticados al momento de la consulta y son externados. La oclusión parcial o total de una arteria coronaria epicárdica debida a una placa vulnerable a la ruptura o la erosión es responsable del 70% de los IAM. Esta fisiopatología sustenta la decisión de tratamiento, médico según nuestra realidad que muchas veces se tarda en hacer los diagnósticos, sin embargo el consorcio Hospitalario San Pablo y sus dependencia cuenta con personal especializado en manejo de pacientes coronario, fibrinolítico y antitrombótico, mientras que para la estenosis residual está indicado el tratamiento invasivo a través de la angioplastia o la cirugía. Para realizar la valoración del paciente seleccionado se tomó como referencia las 14 necesidades que estableció Virginia Henderson. Para diseñar, planear e implementar el plan de cuidados de enfermería se utilizó la Taxonomía

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 BASE TEORICA

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Berron, K (1998) En la fase aguda el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC) para mantenerlo bajo monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

Para esto la intervención de la enfermera 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 laboratorios, 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: Valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación.

La observación o 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 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.

Es posible que en algún momento la enfermera asistencial deba dar cuidados a un paciente con infarto agudo de miocardio, teniendo en cuenta que en nuestro país la enfermedad coronaria es la 3ra. Causa de muerte según los últimos datos publicados INEI en 2015, representando el 9.7% del total de defunciones en ambos sexos y solamente antecedido por enfermedades infecciosas y enfermedades neoplásicas 14.83% del total de defunciones.

La Sociedad de Cardiología colombiana (2008) señala que en la fase aguda el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC) para mantenerlo bajo monitorización continua, durante un período variable (4 a 5 días), con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

Berrón K, (1998) Para esto se deben desarrollar una serie de actividades y procedimientos en los que la intervención de la enfermera cobra importancia, por lo que debe contar con los conocimientos y la preparación suficientes para orientar en forma oportuna sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de complicaciones.

Hudak, CM. (2000) Sumado a esto contar con una completa preparación, le facilita a la enfermera ocuparse al mismo tiempo del aspecto emocional del paciente, el cual en ocasiones deja de tenerse en cuenta, olvidando que la atención debe ser integral, esto es, encargarse no solo del aspecto físico sino también del aspecto emocional, con el fin de lograr rápidamente la estabilización del paciente.

Pineda, M. (2007) Actualmente el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) está dirigido a interrumpirlo en forma temprana para limitar su tamaño y manejar sus complicaciones

Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio.

Alspach, J. (2003) El estudio clínico proporciona datos sobre el dolor, la hipotensión, náuseas, palidez, diaforesis, fiebre, facies de angustia

Los datos electrocardiográficos resultan importantes porque definen la presencia del IAM, permiten determinar su localización y valorar su extensión y evolución. De acuerdo con la magnitud creciente del daño metabólico de las fibras miocárdicas, se producen cambios en las imágenes electrocardiográficas denominadas isquemia, lesión y necrosis. Las pruebas de laboratorio proporcionan información respecto a la presencia de leucocitosis; enzimas cardíacas, las cuales van aumentando paulatinamente; velocidad de sedimentación, la cual alcanza su punto máximo en la primera semana y proteína C reactiva que se presenta como índice de inflamación tisular y de necrosis en forma temprana. Los elementos mencionados son herramientas en las que se basa la enfermera para realizar su intervención.

Sadler, D. (2014) 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. Cada elemento contribuye a que la atención suministrada sea de calidad. La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; éste es el comienzo del proceso. La enfermera debe valorar el tipo de dolor en el tórax para diferenciarlo de otros que pueden ser de origen pleural, gástrico u otra disfunción. Generalmente es sub esternal sobre la pared anterior del tórax, puede o no ser localizado. Si se irradia generalmente lo hace a uno o ambos brazos, la mandíbula o el cuello. Su duración es la clave para diferenciar la causa, el dolor del IAM dura entre 30 minutos y usualmente 1 a 2 horas o más; usualmente es acompañado por sensación de gran ansiedad y una sensación subjetiva de disnea y/o síntomas vaso vagales como son diaforesis profusa, náuseas, vómito y diarrea

Alspach, J (2003) Frecuentemente es descrito como una presión en el pecho, como una sensación desagradable. Es característico que no se alivie con el reposo o con el uso de vasodilatadores; generalmente requiere de administración de narcóticos. Así mismo aumenta con el esfuerzo. Con frecuencia hay presencia de diaforesis, así como de aprehensión y cambios en los signos vitales. También se caracteriza porque puede aparecer con algún esfuerzo físico, durante el sueño o en reposo.

Sadler, D. (2014) 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 en el tórax, pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática. El examen físico revela información adicional acerca de la situación 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

Respecto a los signos vitales del paciente que ha sufrido un IAM presenta un leve aumento de la temperatura durante los 2 o 3 días siguientes en 1 o 2 grados, ocasionada porque la necrosis procesa una respuesta inflamatoria. La frecuencia

cardíaca aumenta como respuesta simpática: las arritmias cardíacas son frecuentes. La presión arterial disminuye durante el dolor produciendo sensación de debilidad; esta disminución puede ser severa y producir shock, por esta razón debe ser monitorizada iniciando con la PA propia del paciente como línea de base; ocasionalmente puede aumentar.

Sadler, D. (2014) Los ruidos cardíacos deben ser valorados cuidadosamente. Cuando el IAM altera la calidad de contracción, disminuye el volumen latido hasta afectar el gasto cardíaco. Esto aumenta el volumen residual en el ventrículo y la presión de fin de lleno e interfiere con el llenado ventricular durante la diástole. Esta interferencia produce la presencia de un 3er. Ruido, el cual se ausculta mejor en el área apical en posición supina o lateral izquierda. También es frecuente auscultar un 4º. Ruido, algunas veces durante el dolor agudo o en el esfuerzo; éste está asociado con la resistencia ventricular para el llenado durante la contracción auricular. Si hay compromiso de alguna válvula cardíaca o de su estructura de soporte, puede disfuncional y ocurre un murmullo audible. A los sonidos extras audibles durante la valoración se le debe evaluar localización, irradiación o no e intensidad.

Hurt, J. (1990) La disminución del gasto cardíaco contribuye a la presencia de cambios en la valoración pulmonar; existe un aumento de la presión arterial pulmonar produciéndose un cambio del líquido extravascular hacia el alvéolo, el cual puede oírse a la auscultación como estertores en la inspiración. Inicialmente se oyen en las bases pulmonares, pero si continúa el acúmulo de líquido, se pueden oír progresivamente en todo el campo pulmonar. También se produce un cambio al examen en la percusión de resonante a apagado.

A nivel de la piel también el IAM produce cambios debido a la disminución en la oxigenación; el sistema nervioso simpático es estimulado produciéndose una vasoconstricción periférica para suplir los órganos vitales. La piel llega a ser pálida, húmeda y fría al tacto. El frío y la piel pegajosa indican disminución de la perfusión periférica. Estos cambios inicialmente se encuentran en mucosas y membranas.

Bohórquez, M (2009) Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar el diagnóstico del infarto, están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma. Cuando se produce un infarto hay daño de las células cardíacas, se liberan enzimas que migran al torrente sanguíneo. La creatin-Kinasa (CK) es la primera en aumentar, seguida por la deshidrogenasa láctica (LDH) y por último aumenta la aspartato amino transferasa (AST antes llamada SGTO). En su aumento tienen un patrón de comportamiento característico para el infarto y deben ser controladas simultáneamente para evitar falsos positivos, ya que se encuentran también en otros tejidos, razón por la cual se recomienda el uso de las iso enzimas de la LDH y la CPK consideradas específicas para el infarto (10). Es así como frente a la necesidad de la precisión del diagnóstico rápido y oportuno se han investigado marcadores como CK-MB masa, CK isoformas, troponinas I y T y la relación del recuento diferencial de leucocitos con niveles de CK isoformas.

Pineda, M, (2007). Actualmente se ha aumentado la sensibilidad para diagnosticar el infarto utilizando la medición de la Troponina, se recomienda su medición a la admisión, entre 6-9 horas, y luego 12-24 horas. Esta determinación de la troponinas complementa el diagnóstico bioquímico del infarto pero no reemplaza el uso tradicional de los marcadores usuales como CK(MB). En el electrocardiograma hay cambios que indican infarto. En un trazo normal la onda Q no debe aparecer, el segmento S-T está en la línea de base y la onda T es positiva. La oxigenación inadecuada, los nutrientes insuficientes y el excesivo desgaste impiden la polarización. La corriente de lesión ocurre entre áreas necróticas y tejido normal y cambia el vector del curso del flujo durante la contracción ventricular y la repolarización y el vector del QRS. Estos cambios de vectores muestran en el ECG la onda Q. Las derivaciones I,II, V5 y V6 pueden tener ondas Q no patológicas. Se consideran patológicas cuando aumentan su duración y representan la tercera parte del QRS en su tamaño; además debe estar presente en más de una derivación de las 12 del ECG. Su localización permite determinar el área infartada, sin embargo puede que no estén presentes y el diagnóstico se haga solo por elevación de enzimas cardíacas.

Hasta el momento se han enunciado los hallazgos y datos que la enfermera obtiene mediante la observación y la valoración física del paciente que ha sufrido un infarto del miocardio.

Con base en estos datos la enfermera identifica y define los diagnósticos de enfermería, teniendo en cuenta los Dominios establecidos por NANDA que no son más que la respuesta del paciente a problemas reales y/o potenciales. Para cada uno de ellos deben planear actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prever que la atención proporcionada sea de calidad.

1.2 TEORIA DE ACUERDO AL CASO

VIRGINIA HENDERSON

Fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.

Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudió en Washington D. C.. En 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de Enfermería del ejército. Se graduó en 1921 y trabajó en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la especialización. Recibió nueve títulos doctorales honoríficos.

En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. En este año Virginia Henderson formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una disciplina separada de la medicina. Es decir trabajó en definir la profesión y en lo que eran los cuidados de enfermería.

- **Función propia de la enfermería**

Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados del personal de enfermería.

- **Tendencia y modelo**

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

- **Método de aplicación del modelo**

- Valoración: se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
- Ejecución: Se formulan los objetivos de independencia sobre la base de las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

- Evaluación: Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.
- Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- Persona: hace dos definiciones:
 1. Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
 2. El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.
- Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.
 - Necesidades humanas básicas

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona,

enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

- Necesidades básicas

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

- Definición de la función de enfermería:

“Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad

necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Relación con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: El enfermero sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: El enfermero lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: El enfermero permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Relación del enfermero con el equipo de salud: Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

Equipo de atención incluye al paciente y su familia: Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

1.3 INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Según Gaytan (2009) señala que el cuidado de enfermería constituye la piedra angular sobre la cual se construye la interacción entre el equipo de salud y el paciente en su contexto familiar; a través de éste, se operacionalizan los tratamientos: desde el convencional hasta el intervencionista más avanzado. Pero esencialmente, siendo el fundamento de enfermería el cuidado de la experiencia de salud humana, su interacción se orientará hacia la protección de la vida y específicamente de la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, todas y cada una de las acciones de enfermería deben ser originadas en un diagnóstico planteado a partir de las definiciones referidas en el anterior numeral.

NANDA (2012) Los diagnósticos que a continuación se presentan no constituyen todos los presentes en muchos de los pacientes, ni tampoco todos los pacientes con IAM experimentan siempre estos, pero se seleccionaron los más

frecuentemente referidos en la literatura y observados según experiencia de la autora. Se describen por etapas desde el servicio de urgencias y en la Unidad de Cuidados Coronarios, ya que se busca revisar sólo la fase aguda. Igualmente, muchos de estos diagnósticos son de naturaleza colaborativa, motivo por el cual varios de los relacionados no son exclusivos del ámbito de enfermería.

Fase inicial: Servicio de Emergencia

Diagnósticos, metas e intervenciones de Enfermería:

Según nos plantea Pineda en el (2013)

- Dolor agudo relacionado con: lesión tisular miocárdica
- Perfusión tisular coronaria inefectiva relacionada con: interrupción del flujo arterial coronario.
- Ansiedad relacionada con: riesgo de cambio en el estado de salud, amenaza de muerte, desconocimiento, aislamiento.
- Disminución del gasto cardíaco (o riesgo) relacionado con: alteración del ritmo cardíaco y la contractilidad. El abordaje de Enfermería señala tres metas integradas frente a los anteriores diagnósticos:
- El paciente recibirá una atención oportuna y pertinente; es decir, será diagnosticado rápidamente y recibirá el tratamiento adecuado.
- El paciente se tranquilizará progresivamente a partir de una permanente comunicación e interacción terapéutica eficaz. El paciente mejorará su balance oferta/demanda de oxígeno miocárdico.

Intervención de enfermería

Parra en el (2008) Se caracterizan por su simultaneidad en virtud de que una actividad da respuesta a varios de los diagnósticos; por ejemplo: facilitar una unidad cómoda, separada y tranquila, va a disminuir la angustia del paciente, por lo tanto también disminuirá el consumo de oxígeno por disminución de la frecuencia cardíaca, presión arterial y tensión muscular. De igual forma, lograr un diagnóstico oportuno constituye una meta interdisciplinaria clave que se dirige a disminuir el daño.

- Iniciar el protocolo para paciente con dolor torácico a través de tres intervenciones que generarán información para que el médico defina la terapéutica a seguir:
 - Historia clínica completa
 - Electrocardiograma de doce derivaciones
 - Toma de muestras de laboratorio: glicemia, enzimas cardíacas, troponina, PT, PTT, cuadro hemático, plaquetas, creatinina y BUN.
- *Radiografía del tórax.*
- Disponer de una unidad cómoda, aislada y lo más tranquila posible para el paciente tanto durante el período de análisis de su estado para la definición del tratamiento como durante la administración de éste
- Monitorio de signos vitales cada 15 minutos y electro cardiográfica permanente. Registrar. Identificar tendencias para establecer cuidados anticipatorios
- Mantener en posición semisentado y cómodo
- Explicar al paciente y su familia cada una de las intervenciones y pasos por seguir
- Administración de oxígeno con los niveles de recomendación que se describen en el siguiente numeral.
- Establecer una vía venosa periférica
- Administración de medicamentos según orden médica y teniendo en cuenta los niveles de evidencia aplicados al estado específico de cada paciente, como sigue:
- Recomendaciones para la administración del tratamiento farmacológico inicial:
 - Nitratos sublinguales: para pacientes con IAM con presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y frecuencia cardíaca mayor de 50 pulsaciones por minuto.
 - Analgesia con opioides: morfina o meperidina.
- . Importante NO administrar morfina a pacientes con IAM de cara inferior
- Aspirina: 100 a 325 mg, masticable, sin cubierta entérica.
- Evaluar los resultados del tratamiento implementado.

Cuidado de Enfermería al Paciente con IAM en la Unidad de Cuidados Coronarios

Pineda el (2013) A continuación se plantean los diagnósticos prioritarios de Enfermería por grupos relacionados para el paciente con Infarto del miocardio en fase aguda, en la Unidad de Cuidado Coronario.

El paciente ya ha sido diagnosticado y se está estableciendo el tratamiento definido en el servicio de urgencias.

- ✓ Dolor agudo relacionado con: lesión tisular miocárdica
- ✓ Perfusión tisular coronaria inefectiva relacionada con: interrupción del flujo arterial coronario, desbalance oferta/demanda de oxígeno miocárdico.
- ✓ Disminución del gasto cardíaco (o riesgo) relacionado con: alteración del ritmo cardíaco y la contractilidad, arritmias de reperfusión, inadecuada respuesta a los medicamentos.

Intervención de enfermería

- ✓ Identificación precoz de signos de bajo gasto cardíaco a través de una monitoria rigurosa y continuada: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación arterial, cada 30 minutos en las primeras cuatro horas y posteriormente cada hora incluyendo temperatura si el paciente permanece estable. Registrar en la hoja correspondiente.
 - Realizar examen físico al ingreso y posteriormente en cada turno o más frecuente según el estado del paciente y cambios en la terapéutica.
- ✓ Enfatizar en los sonidos cardíacos, respiratorios e indicadores de perfusión tisular.
- ✓ Monitorio electrocardiográfico: durante toda su estancia en la Unidad de cuidado intensivo coronario.
- ✓ Debe programarse con las correspondientes alarmas. Informar oportunamente los cambios presentados.
- ✓ Monitorio hemodinámica
- ✓ Completa: en pacientes con IAM Killip III y IV, y previa inserción del catéter de termo dilución o de Swan Ganz: se realizará cada cuatro horas o más frecuente si es necesario para la evaluación de modificaciones en la

terapéutica o para documentar cambios en la evolución del paciente. El valor de la monitorea reside en su interpretación permanente y en el análisis de la tendencia que exhibe el paciente; esta información de be ser analizada por el equipo interdisciplinario para generar una respuesta pertinente y definir una serie de cui da dos anticipatorios por parte de Enfermería.

- ✓ Administración de oxígeno con el FiO₂ necesario según el estado del paciente.

– Niveles de evidencia

– Nivel I: Congestión pulmonar franca.

Saturación de O₂ menor de 90%

– Nivel II a: administración rutinaria a todos los pacientes con IAM en las tres primeras horas

– Nivel II b: administración rutinaria a todos los pacientes con IAM durante las primeras seis horas.

Tener en cuenta que cuando el paciente requiere FiO₂ por encima de 35% en máscara, se le debe poner cánula a 3 litros durante el periodo de las comidas.

- ✓ Planear las actividades que enfermería y otras disciplinas que deben realizar al paciente o con el paciente de forma tal que no se potencialice el gasto energético y por lo tanto el consumo de oxígeno miocárdico por simultaneidad de actividades, ocasionando dis balance oferta/demanda de oxígeno miocárdico, ejemplos típicos son: baño en cama-desayuno; desayuno traslado; visita traslado; visita alimentación; baño-visitas; terapia respiratoria o muscular-alimentación.
- ✓ Organizar los horarios de administración de beta bloqueadores, vasodilatadores e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina de forma que no converjan a la misma hora, con el fin de lograr cubrimiento homogéneo durante todo el día y no potencializar efectos similares.
- ✓ En relación con la vía oral y teniendo en cuenta que las primeras horas son altamente inestables, se debe dejar el paciente sin vía oral hasta tanto se controle el dolor y se estabilice. Luego, iniciar con líquidos orales y posterior mente dieta blanda, hiponatrémica e hipo grasa, rica en fibra.

Asistir al paciente según el grado de dependencia individual, identificar tolerancia y registrar; si no hay tolerancia o el paciente no se adapta a estos cambios, solicitar valoración por parte de la nutricionista.

- ✓ En el área de actividad, el paciente con IAM presenta dos situaciones problema a las cuales la enfermera debe responder:
 - ✓ Riesgo de desbalance oferta/ demanda de perfusión tisular (miocárdica, renal, muscular, etc) R/ aportes limitados y/o insuficientes y aumento de demandas ocasionadas por la actividad requerida.
 - ✓ Riesgo de experimentar deterioro de los sistemas corporales generados por la inactividad músculo esquelética prescrita o inevitable.
- Ansiedad relacionada con: riesgo de cambio en el estado de salud, amenaza de muerte, desconocimiento, aislamiento, estímulos audiovisuales, comentarios, etc.
 - Riesgo de impotencia relacionado con: lesión aguda, falta de conocimiento, dependencia, pérdida de la intimidad, etc.
 - Afrontamiento familiar inefectivo relacionado con: situación inesperada, alto nivel de estrés, desconocimiento, cambios de papel, etc.
 - Interrupción de procesos familiares relacionado con: situación inesperada de riesgo vital.

El paciente y su familia contarán con apoyo y orientación para llevar a cabo el proceso de afrontamiento a la hospitalización y a la situación cambiante del estado de salud y los efectos derivados de ésta.

Intervención de enfermería

- ✓ Establecer mecanismos de comunicación entre la familia, el paciente y el equipo de salud en forma precoz, de forma que se constituya un grupo de trabajo coordinado alrededor de una sola meta: la recuperación del paciente.
- ✓ Proporcionar medidas de confort según la condición única y específica de cada paciente.
- ✓ Disminuir los factores externos de estrés: ruidos, luces, comentarios inadecuados del equipo de salud.
- ✓ Procurar dar intimidad al paciente: separación de otros pacientes a través de medidas sencillas tales como cortinas, biombos, etc.

- ✓ Facilitar el descanso del paciente: procurar dejar espacios sin estimulación utilizando los instrumentos de monitorea permanente: electrocardiográfica, saturación.
- ✓ Facilitar momentos y espacios para permitir que el paciente exprese sus dudas y preocupaciones; escucharlo con atención, respeto e interés al igual que a la familia.
- ✓ Explicar todos los procedimientos que se realizan tanto al paciente como a la familia.
 - Deterioro del patrón de sueño relacionado con: estímulos visuales y auditivos, estimulación excesiva, dolor, angustia, inseguridad..

Intervención de enfermería

- ✓ Control del dolor del paciente: administrar los analgésicos con horario SOM; enseñarle que debe informar antes de que el dolor se torne más intenso. Utilizar otras técnicas para disminuir el dolor tal como la relajación.
- ✓ Promover la comodidad y seguridad del paciente: asistirlo para tomar una posición cómoda; poner barandillas laterales de seguridad; informarle que va a estar vigilado constantemente para su seguridad.
- ✓ Agrupar las actividades de enfermería necesarias en tal forma que permitan períodos de reposo y según tolerancia del paciente.
- ✓ Establecer medidas de control del nivel de ruido en la unidad de cuidado coronario.
- ✓ -Deterioro del intercambio gaseoso (o riesgo) relacionado con: desequilibrio ventilación/perfusión Secundario a dis balance oferta/demanda de O2 miocárdico.

Intervención de enfermería

- ✓ Garantizar los niveles de reposo y actividad física según lo referido en la evidencia y según respuesta y evolución del paciente.
- ✓ Posición semi sentada y realizar el resto de movilizaciones según el consumo de oxígeno.
- ✓ Administración de O2 en concentraciones inspiradas según el estado del paciente.

- ✓ Monitoreo permanente con pulso oximetría.
 - Riesgo de deterioro de la integridad tisular R/efectos de medicamentos trombo líticos y anti plaquetarios.

Intervención de enfermería

- ✓ Valoración física cada cuatro horas, encaminada a detectar sangrado: encías, hematuria, hemorragia de vías digestivas, melenas, cambios neurológicos, etc.
- ✓ Monitoreo de pruebas de coagulación: PT, PTT, plaquetas, fibrinógeno, previo al inicio del tratamiento, cada 12 horas en el primer día y cada 24 horas posteriormente; más frecuente según cambios en el paciente
- ✓ Evitar punciones e inserción de medios invasivos: sondas, muestras de gases, etc.
- ✓ Explicar al paciente estos riesgos con el objeto de trabajar conjuntamente para la prevención de sangrado y la identificación oportuna de él.

Finalmente, es necesario expresar que el logro de la meta “Favorecer una experiencia de hospitalización positiva para el paciente y su familia”, constituye un eje orientador para el equipo de salud que interviene directamente como actor externo en dicha experiencia; los integrantes del equipo de salud son actores externos al proceso mismo, pero simultáneamente, los protagonistas para el paciente y su familia: es en estas personas, en quienes está puesta la esperanza de recuperación y de calidad de vida de muchas personas aún en nuestro tiempo: negarlo es ignorar que nuestro trabajo tiene una connotación trascendental en el mantenimiento de la vida del ser humano. Enfermería tiene un papel preponderante desde su objeto de estudio: el cuidado de la experiencia de salud del ser humano.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

2.1. Valoración de Enfermería

Valoración de enfermería El paciente fue valorado en la unidad de cuidados intensivos. A continuación se describen las necesidades afectadas.

1. Respirar normalmente: Al ingreso presentó signos y síntomas de bajo gasto cardiaco: respiración de 30x', frecuencia cardiaca 96 x', tensión arterial 112/53, saturación de oxígeno de 93%, disnea de pequeños esfuerzos, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos audibles, sin presencia de secreciones bronquiales, pulsos periféricos de buena intensidad, llenado capilar normal de tres segundos, palidez de piel y tegumento, ligera diaforesis.

2. Comer y beber adecuadamente: Su alimentación consistió en huevos, tortillas, picante. Pocos alimentos con fibra. En la comida ingiere carne de origen animal y pastas, en la cena comía tortilla, comida fuera de la casa a demanda etc., ocasionalmente frutas, la ingesta de líquidos diaria era 1500 ml de agua natural, peso de 84 kg., talla 1.67 cm. Durante su estancia en la UCI su dieta fue para diabético 1500 Kcal hiposódica y baja en grasa.

3. Eliminar por todas las vías corporales: Precisaba ayuda para la eliminación, su evacuación fue cada tercer día (heces duras y formadas) a veces con distensión abdominal, eructos y flatulencias por lo que acostumbraba ingerir laxantes de tipo natural. Presentó diuresis color amarillo claro de 300 ml aproximadamente cinco veces al día. Durante su estancia en la UCI necesitó auxiliares para la eliminación intestinal y vesical de 1088 cc en 24 horas, debito urinario 0.54cc/kg/hora en urinario o papagayo.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas tenía la capacidad para deambular es libre e independiente puede subir y bajar escaleras, antes de su ingreso hospitalario no realizaba ningún tipo de ejercicio. En la UCI permanece encamado, en reposo absoluto, manteniendo elevada e inmóvil la pierna derecha, presentando debilidad generalizada y cansancio por alteración de los parámetros cardiorespiratorios, desencadenados por el infarto, necesita de ayuda para movilizarse en cama llega a la fatiga muy fácilmente.

5. Dormir y descansar: Antes de presentar el IAM dormía seis a siete horas al día, acostumbraba bañarse antes de acostarse, y leer 30 minutos. Actualmente despierta con facilidad, con sensación de sobresalto, debido al dolor precordial intermitente de tipo opresivo con una valoración de siete (en una escala de 0- 10) por lo que requirió de ansiolíticos del tipo de Alprazolam, 25 mg por la mañana y noche.

6. Antes de su hospitalización utilizaba a escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Usualmente se vestía solo, durante su estancia en la UCI requiere de la ayuda de enfermería, para vestirse, acicalar.

7. Mantener temperatura dentro de los límites normales: Temperatura de 36.C, viste con ropa adecuada a la temperatura ambiental y estación

8. Mantiene la higiene corporal y la integridad de la piel: acostumbraba el baño diario, lubricaba la piel con crema hidratante, cepillado bucal tres veces al día, sin presencia de lesiones dérmicas, uñas limpias, extremidades superiores e inferiores sin presencia de edema. Presentó hematoma en sitio de punción de cateterismo cardíaco en región inguinal derecha. En el servicio necesitó ayuda para su higiene personal indicación de reposo absoluto.

9. Evita los peligros ambientales: Manifiesta no ser capaz de cuidarse a sí mismo, pasando a depender del cuidado del personal de enfermería; presenta riesgo de lesión dérmica y úlceras por decúbito, dado que requiere de reposo absoluto y con inmovilidad de su miembro inferior derecho debido al procedimiento de angioplastia realizado. Lo que le ocasiona debilidad muscular en ambos miembros inferiores. Refiere dolor torácico por la presencia de catéter

venoso central. Cumplió con su tratamiento farmacológico, logra aceptarse a sí mismo y a su familia; expresa inconformidad por depender del personal de enfermería en la realización de las necesidades básicas.

10. se comunica con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Alerta y reactivo, expresa sus emociones y limitaciones, con buena visión, orientado en tiempo espacio y persona, percibía el calor y el frío, distinguía olores y sabores. Acepta su enfermedad, mantiene buena comunicación con su familia y se siente querido por ellos.

11. Vive de acuerdo con sus propios valores y creencias: acepta su enfermedad, y acepta la ayuda necesaria para su recuperación aunque manifestó pena por ello. De religión católica, acudía a misa ocasionalmente los domingos, su religión no le impide recibir cualquier tipo de tratamiento.

12. Paciente en reposo absoluto desea ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: Trabaja como ingeniero industrial en una compañía privada, laborando de 10 a 12 horas diarias, percibiendo un sueldo que le permitía satisfacer todas las necesidades básicas y recreativas de su familia.

13. Participar en actividades recreativas: Debido a su horario de trabajo no realizaba actividad física y tenía poca convivencia familiar, los domingos y vacaciones es cuando realizaba actividades recreativas.

14. Aprende, descubre o satisface la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: Manifestó interés por su enfermedad, conoce sus padecimientos de diabetes mellitus compensada, e hipertensión desde hace 8 años con tratamiento de valsartan 80 mg cada 24 horas, desconoce su esquema de vacunación, periódicamente se realizaba exámenes de audiometrías y exámenes visuales, como requisito solicitado por su empresa dentro del programa de salud integral. Muestra interés sobre su nuevo estilo de vida.

VALORACION DE SEGÚN NECESIDADES BASICA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: EMA
Cama	: 6
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 21/04/1959
Edad	: 58 Años
Peso	: 84 Kg
Talla	: 1,67 Cm
Imc	: 30.2 Obesidad
Escolaridad	: Superior Completa
Profesión	: Ingeniero Industrial
Estado Civil	: Divorciado
Vive Con	: Hijos de 20 Y 22 Años
Religión	: Católica
Fecha De Ingreso	: 12/04/2017
Hora De Ingreso	: 13.35 Horas
Medio De Llegada	: Llega a Clínica Trasladado por sus compañeros de trabajo.
Ingresas	: Servicio de emergencia y es hospitalizada unidad coronaria uci adulto.

EXAMEN CEFAFO CAUDAL

Cabeza	: Presenta Cefalea, se asocia a mareos.
Cuello	: N/E
Cara	: Presenta simetría en el rostro, piel suave, tibia, de buen llene capilar, inquieto, pálido sudoroso
Ojos	: Isocóricos, simétricos, con escleras blancas, conjuntivas rosadas secreción(-).
Oídos	: N/E
Boca	: Buena higiene oral, presenta todas sus piezas dentales, mucosas húmedas, xerostomía (-).
Tórax	: EVA 7/10 a nivel escapular en hemitórax izquierdo, presenta dolor agudo, tipo visceral profundo, irradia a cuello y brazo izquierdo y opresivo con electrodos de monitorización de frecuencia cardiaca que muestra arritmia sinusal y onda T negativa, CVC subclavia derecha, usa músculos accesorios polipnea.
Abdomen	: BDI, RHA (+), cicatriz apendicetomía en la región de fosa iliaca derecha.
Extremidades Superiores	: Con VVP# 23 en mano izquierda, sin signos de flebitis, refiere debilidad
Genitales	: Buena higiene, Orina espontánea (+) en chata. Deposiciones (-)
Extremidades Inferiores	: Móviles, sin alteración, edema (-)

Región lumbosacra : Escoliosis (-), piel tibia, seca, de buen llene capilar, eritema (-), úlceras por presión (-).

FACTORES DE RIESGO

Obesidad Morbida :IMC 30.2
Estrés Laboral :Gerente de Recursos Humanos trabaja más de 12 horas
Fumador :Fuma más de 20 cigarrillos al día

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Síndrome coronario agudo
Síndrome metabólico
D/c infarto agudo de miocardio

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Presión Arterial 112/53
Frecuencia Cardiaca 96 X'
Temperatura 36.9°
Frecuencia Respiratoria 30 X'
SAT O2 93 %

TRATAMIENTO

Nada por vía oral

Reposo absoluto

Cloruro de sodio al 0.09% 30 gotas por minuto por cvc

Infusión de noradrenalina 4 mg 02 amp diluido en 100 de sf a 5cc/hora

Infusión de kabiquinase 250 mg. 06 amp. Diluidas en 100cc pasar en 1 hora.

Isorbide de 10 mg c/horas

Propanolol 40 mg vo c/8 horas

Clopidogrel 75 mg vo c/24

Alprazolam 0.5 mg mañana/ noche

Petidina 100 mg 1/3 ev de amp diluido PRN dolor intenso

Isorbide 5 mg PRN dolor toraxico

Oxigeno por CBN 4lpm

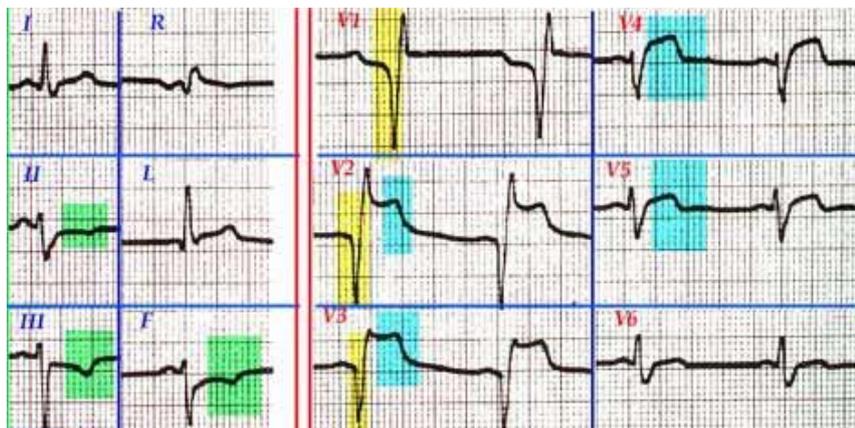
Monitoreo multiparámetro

BHE

Restricción de visitas

EXAMENES AUXILIARES

EKG



PERFIL LIPIDICO

Colesterol total	237
LDL	189
HDL	48
Trigliceridos	208

ENZIMAS CARDIACAS

CPK	181 U/L
MB	28 U/L
DHL	227 U/L
Troponinas	Positivo

ECOCARDIOGRAMA

Factor de eyección	59%
--------------------	-----

BIOQUIMICA

Glucosa sérica	132 mg /dl
Urea	45 mg /dl
Creatinina	1,1 mg /dl

SITUACIÓN PROBLEMATICA

Paciente, adulto maduro de 58 años, de iniciales, EMA, natural de Trujillo y procedente de Santiago de Surco, con sobre peso, antecedentes de ser fumador pesado, más de 20 cigarrillos por día, es Gerente de una empresa embotelladora de gaseosa, refiere que en circunstancias que realizaba una supervisión de rutina en la fábrica, presentó dolor torácico de moderada intensidad, por lo que le llevan de emergencia del Complejo Hospitalario de Santa María del Sur San Juan de Miraflores.

Actualmente 12/04/2017, paciente ingresa a las 13.35 pm. por servicio de Emergencia por presentar dolor torácico retro esternal, que se irradia por el cuello y brazo score de EVA 7/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia Disnea, taquipnea 30 respiraciones por minuto, taquicardia 96 latidos por minuto, hipotensión 90/ 53 mmHg, arritmias, fatiga a pequeños esfuerzos y debilidad muscular, de una duración aproximadamente de una hora, facies de angustia, se Administra isorbide de 5 mg SL, Aspirina 500 mg VO, se toma sus exámenes auxiliares, Rx de tórax, EKG con sus 12 derivaciones, persiste el dolor por lo que le administran Petidina 30 mg EV, pasa a la unidad coronaria para su monitoreo y manejo, paciente refiere temor, miedo con sensación inminente de muerte, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas, se instala monitoreo extracorpórea, coloca su catéter venoso central, PVC 13cc de agua, trastorno en el patrón del sueño, sueño a intervalos, por los ruidos que genera los equipos, monitores, pacientes críticos alrededor, sobrecarga sensorial, Hipoxemia, PH 7.34, PO2 82 mmhg, PCO2 de 46 mmhg, HCO3 de 21, saturación de oxígeno 93 %, y de la presión arterial pulmonar, estertores generalizados en los campos pulmonares, disminución de la post carga 59 % factor de eyección, según informe Eco cardiográfico soporte de oxígeno por cánula nasal al 36 % palidez de la piel. Elevación de enzimas cardíacas CPK 181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227, y troponinas positivo, cambios electrocardiográficos, presencia de 3º. O 4º. Luego inicia recibir dosis de trombo lisis de KABIQUINASE 250,000 UI (Streptoquinasa), 6 ampollas diluido en 100 cc de SF, pasar en bomba de infusión en 1 hora, Ruido, diaforesis debito de 0.54cc/k/hora, piel fría y pálida, pulsos periféricos disminuidos, llenado capilar mayor a 3 segundos, peso 84 kilogramos talla 1.67 cm. IMC 30.2, sudoroso.

Paciente refiere debilidad, inquietud por conocer su salud

Familiar refiere que el paciente trabajaba más de 12 horas diarias, tiene vida sedentaria, usualmente consumía alimentos a base de harinas y pastas fuera de casa, tiene mucha afición por los cigarrillos.

2.2. Diagnósticos de Enfermería

1. Dolor agudo R/C hipoxia miocárdica *E/P*: Facies y verbalización del dolor EVA 7/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 98 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial.
2. Deterioro del intercambio gaseoso R/C con Cambios en la membrana alvéolo-capilar. *E/P*: Hipoxemia PO₂ 82 mmhg, PCO₂ de 46 mmhg, HCO₃ de 21 mmhg, soporte de oxígeno por cánula nasal al 36 %
3. Alteración de la Perfusión tisular cardíaca R/C hipo perfusión hística M/P dolor precordial EVA 7/10, disminución de la post carga FE 59% informe ecocardiográfico, piel fría, pálida, taquicardia, hipotensión marcada, llenado capilar lento 3", enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas.
4. Disminución del Gasto cardíaco R/C La disminución de la contractilidad miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución de la post carga *E/P*: Factor de Eyección disminuido 59%, según informe Ecocardiográfico, Elevación de enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas, cambios electrocardiográficos Segmento ST Elevado, aumento de la FC 98, sensación de palpitaciones X, disminución de la PA, presencia de 3°. O 4°. Ruido, debito de 0.54cc/k/hora.

5. Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida *E/P*: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea 30 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor precordial EVA 7/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas

6. Intolerancia a la actividad física R//C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O2 a nivel miocárdico *E/P*: Disnea, taquipnea 30 respiraciones por minuto, taquicardia 96 latidos por minuto, arritmias, fatiga a pequeños esfuerzos y debilidad muscular, fatiga a pequeños movimientos, indicación de reposo absoluto.

7. Riesgo de infección R/C Procedimiento Invasivos

8. Riesgo de sufrimiento espiritual r/ c baja autoestima y cambios vitales.

2.3. Plan de Cuidado Enfermero

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>.Datos Subjetivos verbalización del dolor EVA 7/10</p> <p>Datos objetivos Facies de dolor, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 98 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial</p>	<p>Dolor agudo R/C hipoxia miocárdica <i>E/P</i>: Facies y verbalización del dolor EVA 7/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 98 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Generales Paciente verbalizará ausencia de dolor durante el turno con la administración de sus medicamentos durante el turno con apoyo del personal.</p> <p>Específicos Paciente recibirá</p>	<p>Intervención:</p> <p>Administrar analgésico de acuerdo a prescripción médica: Petidina 100mg, 1/3 de ampolla cada 8 horas. Bloquea descarga adrenérgica en Infarto.</p> <p>Controlar signos vitales especialmente PA y FC mientras se administra narcótico.</p> <p>Valorar efecto y respuesta a la administración del</p>	<p>Paciente verbaliza que post Administración de la petidina disminuyó el dolor precordial de 3/7, de en cuenta con vigilancia permanente y permanece en un ambiente terapéutico seguro e informado.</p>

		<p>medicamentos narcóticos para aliviar el dolor.</p> <p>Paciente se mantendrá con monitoreo hemodinámico permanente en la UCI.</p> <p>Paciente se mantendrá en un ambiente terapéutico seguro, informado.</p>	<p>narcótico.</p> <p>Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente .</p> <p>Monitorizar el dolor: aumento, disminución o recurrencia durante el tiempo que el paciente permanezca en la Emergencia, UCI o en la UCC</p> <p>Proporcionar medio ambiente favorable para el descanso y disminuir el ruido.</p> <p>Evaluar el estado neurológico del paciente cada 4 horas.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Orientar frecuentemente al paciente respecto al sitio que se encuentra y la situación que está pasando utilizando un reloj y un calendario visibles, tratar de que tenga una ventana cerca para orientarse en el día y la noche.</p> <p>Procurar proporcionarle largos periodos de sueño organizando las actividades de enfermería de tal forma que lo permitan.</p> <p>Fomentar para que el personal médico y de</p>	
--	--	--	--	--

			enfermería hable suavemente y disminuir el ruido.	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
PAUSÁ	2013	http://www.telam.com.ar/notas/201309/34383-corazon-advierten-que-el-dolor-de-pecho-del-lado-izquierdo-no-es-el-unico-sintoma-del-infarto.html	DOLOR TORAXICO	II

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>•Datos Subjetivos</p> <p>Manifiestas tener dificultad para respirar (Disnea), sensación de falta de oxígeno</p> <p>•Datos objetivos</p> <p>Hipoxemia PO2 82 mmhg, PCO2 de 46 mmhg, HCO3 de 21 mmhg, soporte de oxígeno por cánula nasal al 36 %</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C con Cambios en la membrana alvéolo-capilar. E/P: Hipoxemia PO2 82 mmhg, PCO2 de 46 mmhg, HCO3 de 21 mmhg, soporte de oxígeno por cánula nasal al 36 %, Manifiestas tener dificultad para respirar (Disnea), sensación de falta de oxígeno.</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Generales</p> <p>Paciente logrará un adecuado intercambio gaseoso durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>Específicos</p> <p>Paciente se mantendrá en reposo absoluto durante el turno</p> <p>Paciente recibirá soporte de oxígeno</p>	<p>Administrar O2 por cánula nasal a 4 Lt/min. Durante las primeras 3 a 6 horas únicamente en pacientes no complicados.</p> <p>Valorar la respuesta a la administración de O2.</p> <p>Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas.</p> <p>Controlar gases arteriales e interpretar</p>	<p>Paciente se encuentra en la UCI, con soporte de Oxígeno por cánula binasal al 0.36 %, en reposo absoluto, sus gases arteriales a término del turno mejora discretamente, PO2 88 mmHg., saturación de Oxígeno al 94 %.</p>

		<p>según el resultado de AGA</p> <p>Paciente permanecerá en un ambiente terapéutico seguro con apoyo emocional del personal</p>	<p>el reporte cada 24 horas o según necesidad.</p> <p>Gestionar el examen de AGA y electrolitos</p> <p>Monitorizar FR, ritmo, y características cada hora</p> <p>Auscultar ruidos c cada 4 horas o según necesidad.</p> <p>Valorar el aumento de la presencia de estertores.</p> <p>Valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peri bucal y</p>	
--	--	---	---	--

			<p>ñas.</p> <p>Enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza</p> <p>Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
DE OLIVEIRA	2015	http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>•Datos Subjetivos Dolor precordial EVA 7/10,</p> <p>•Datos objetivos disminución de la post carga FE 59% informe ecocardiográfico, piel fría, pálida, taquicardia, hipotensión marcada, llenado capilar lento 3”, enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas, debito urinario 042</p>	<p>Alteración de la Perfusión tisular cardíaca R/C hipo perfusión hística M/P dolor precordial EVA 7/10, disminución de la post carga FE 59% informe ecocardiográfico, piel fría, pálida, taquicardia, hipotensión marcada, llenado capilar lento 3”, enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas, debito urinario 042</p>	<p>Generales Paciente logrará una perfusión tisular cardíaca adecuado, con soporte medicamentoso durante las primeras 6 horas de hospitalización.</p> <p>Específicos Mantener un flujo tisular coronario adecuado. Mejorar el estado de conciencia.</p>	<p>Canalizar vena periférica de grueso calibre y/o solicitar el servicio de un profesional experto</p> <p>Informar al paciente del procedimiento y hacer firmar la autorización por él y /o familiar</p> <p>Tomar muestras para exámenes de laboratorio: Hemograma, química, glicemia, enzimas cardíacas, y pruebas de</p>	<p>Paciente estable hemo dinámicamente, piel tibia normotérmica, PAM mayor a 82 mmHg Flujo urinario de 55 cc/h, PVC de 8 cc H2O, balance hídrico (+) llenado capilar 2”, tolera adecuadamente la trombolisis, no hay evidencia de sangrado aparente, continua con infusión de heparina. Muestra mejoría del grado de conciencia:</p>

cc/k/hora	cc/k/hora.		<p>coagulación.</p> <p>Administrar hidrocortizona 100 a 500 mgr IV según orden médica.</p> <p>Preparar mezcla de DAD 5% 100 ml + estreptoquinasa 1'500.000 U rotúlela y utilícela antes de 2 horas.</p> <p>Administrar infusión de estreptoquinasa en goteo para 45 minutos</p> <p>Valorar trazo ECG y presencia de signos de re perfusión: descenso</p>	<p>alerta, no hay confusión, pupilas iguales reactivas a la luz.</p>
-----------	------------	--	--	--

			<p>del S-T en un 50%, presencia de arritmias, desaparición del dolor, normalización de la PA.</p> <p>Remitir para cateterismo cardíaco de urgencia en caso de que no haya re perfusión teniendo encuentra la edad y el pronóstico</p> <p>Instalar al paciente en UCI en caso de que se dé la re perfusión con monitoreo ECG permanente.</p> <p>Controlar signos vitales cada hora: PA, FC,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>FR,T</p> <p>Valorar presencia de signos de sangrado cutáneo, gingival, interno o intracraneal (cefalea, alteración de conciencia).</p> <p>Proporcionar reposo absoluto durante las primeras 24 horas.</p> <p>Valorar la reaparición de signos y síntomas de re infarto: dolor, cambios ECG, hipotensión.</p> <p>Tomar ECG completo cada a8 horas durante las siguientes 24 horas</p>	
--	--	--	---	--

			<p>y luego continuar cada 24 horas.</p> <p>Continuar con anticoagulación con heparina 1000 U/hora IV durante las siguientes 72 horas siguientes..</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MARIAM	2013	http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=3dec532eef743eff9d1813b4ddb215af8700f74f	PERFUSION TISULAR INEFECTIVA	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>•Datos Subjetivos</p> <p>sensación de palpitaciones</p> <p>•Datos objetivos</p> <p>Factor de Eyección disminuido 59%, según informe Ecocardiográfico, Elevación de enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas, cambios electrocardiográficos</p>	<p>Disminución del Gasto cardiaco R/C La disminución de la contractilidad miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución de la post carga E/P: Factor de Eyección disminuido 59%, según informe Ecocardiográfico, Elevación de enzimas cardíacas CPK181 U/L, MB 28 U/L, DHL 227 U/L y troponinas positivas, cambios electrocardiográficos</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Generales</p> <p>Paciente logrará mejorar paulatinamente su gasto cardiaco durante su estancia hospitalaria con del personal de enfermería</p> <p>Específicos</p> <p>Paciente se</p>	<p>Administrar O2 por cánula nasal 4 son vitales las primeras 24 horas..</p> <p>Proporcionar reposo absoluto en cama para evitar el consumo o mayor demanda de oxígeno.</p> <p>Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente y valorar constantemente para detectar arritmias.</p> <p>Canalizar una vía venosa, preferiblemente central,</p>	<p>Paciente queda en reposo, recibe su tratamiento medicamentoso para mejorar el ritmo cardiaco, se realiza los controles hemodinámicos y laboratoriales, se mantiene en reposo absoluto, recibe la terapia medicamentosa.</p>

<p>Segmento ST Elevado, aumento de la FC 98, disminución de la PA, presencia de 3°. O 4°. Ruido, debito de 0.54cc/k/hora</p>	<p>Segmento ST Elevado, aumento de la FC 98, sensación de palpitaciones X, disminución de la PA, presencia de 3°. O 4°. Ruido, debito de 0.54cc/k/hora .</p>	<p>mantendrá en reposo absoluto</p> <p>Paciente recibirá medicamento que mejores su remodelación cardiaca</p>	<p>haciendo control radiológico y colocando líquidos a goteo de mantenimiento.</p> <p>Tomar ECG completo para determinar localización, extensión y evolución del infarto cada 8 horas durante las primeras 24 horas, cada 12 horas durante las siguientes 48 horas y luego cada 24 horas.</p> <p>Tomar muestra para laboratorio: Hemograma, glicemia, química cada 24 horas y enzimas cardíacas CPK, MB cada 8 horas, cada 12 horas y luego cada 24 horas. El control de Troponina se hace al ingreso del paciente y luego de 6 a 12 horas.</p>	
--	--	---	---	--

			<p>Controlar signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR, T°</p> <p>Administrar anti arrítmico Amiodorona en infusión continua de. Dextrosa al 5% 250cc + amiodorona 5 ampollas a razón de 15 cc/hora de acuerdo a la orden médica y evaluar la respuesta y la aparición de efectos secundarios; se debe utilizar únicamente ante la presencia de taquicardia y/o fibrilación ventricular.</p> <p>Administrar otros medicamentos y valorar</p>	
--	--	--	--	--

			<p>efectos secundarios de acuerdo a la orden médica como son: Beta-bloqueadores propanolol de 40 mg c/12 horas, Vasodilatadores de Isorbide de 10 mg vo c/8horas, antiagregantes plaquetario de ASS a 100 mg C/24 Horas, Clopedogrel 75 Mg C/24 horas ya que disminuye la presencia de trombosis aguda, anticoagulante (actualmente se utiliza la Enoxaparina 60 mg SC C/24 horas como heparina de bajo peso molecular con ventajas en la enfermedad coronaria aguda), sulfato de magnesio e Inhibidores de la Enzima Convertidora Captopril 25 mg ¼ tableta C/12 horas ha comprobado que son útiles</p>	
--	--	--	--	--

			<p>para evitar la remodelación ventricular, estabilización del endotelio y en pacientes con IAM sin hipotensión que presenten disfunción ventricular o falla cardíaca.</p> <p>Controlar líquidos administrados y eliminados cada hora Balance hídrico estricto.</p> <p>Palpar y controlar pulsos periféricos cada 4 horas.</p> <p>Realizar auscultación cardiopulmonar cada 2 horas.</p> <p>Realizar monitoreo de PVC</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
BARRANCO	2011	http://tratado.uninet.edu/c010505.html	PRINCIPIOS DE URGENCIAS, EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>•Datos Subjetivos</p> <p>sensación inminente de muerte, disnea 30 respiraciones por minuto, dolor precordial EVA 7/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia</p> <p>•Datos objetivos</p> <p>Facies de angustia, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos,</p>	<p>Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida <i>E/P</i>: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea 30 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor precordial EVA 7/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>	<p>Paciente se mantendrá libre se los agentes estresores con apoyo del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Específico Paciente logrará aceptar y colaborar con el cumplimiento de su tratamiento medicamentoso.</p>	<p>Se administrar sedante de acuerdo a prescripción médica Alprazolam de 0.50 mg C/12 horas</p> <p>Explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.</p> <p>Se le explica al paciente y a la familia todo procedimiento que se le realice y el porqué de cada uno de ellos, buscando brindarle seguridad.</p> <p>Se hace partícipe del personal</p>	<p>Paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, tiene el soporte emocional de las enfermeras y el equipo de salud, se le ofrece un ambiente acogedor libre de efectos estresores, con una atención oportuna y continua sobre todo informada, paciente participa activamente en informar y</p>

<p>ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>		<p>Paciente recibirá una información adecuada sobre su enfermedad.</p> <p>Familiares y paciente estarán informado sobre evolución y tratamiento de la enfermedad</p>	<p>y la familia tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado.</p> <p>Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud.</p> <p>Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas se logren los objetivos planeados.</p>	<p>proporcionar sus dudas y preocupaciones, la familia está informado.</p>
--	--	--	--	--

			<p>Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control.</p> <p>Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio de emergencia a UCI Coronario</p> <p>Coordinar con el equimultidisciplinario, médico y Psicólogo para el soporte psicológico.</p> <p>Brindar el soporte emocional de parte del profesional de enfermería manteniendo una comunicación fluida que genere empatía.</p>	
--	--	--	---	--

			Disminuir los efectos estresores que pudieran general exacerbar su ansiedad	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
CANO	2011	http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-de-ansiedad-generalizada	REVISTA ANSIEDAD Y ESTRES	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>•.Datos Subjetivos</p> <p>Disnea. debilidad muscular, fatiga a pequeños movimientos</p> <p>• Datos objetivos</p> <p>Taquipnea 30 respiraciones por minuto, taquicardia 96 latidos por minuto, arritmias, fatiga a pequeños esfuerzos y debilidad muscular, indicación de reposo absoluto.</p>	<p>Intolerancia a la actividad física R//C</p> <p>Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O2 a nivel miocárdico</p> <p>E/P: Disnea, taquipnea 30 respiraciones por minuto, taquicardia 96 latidos por minuto, arritmias, fatiga a pequeños esfuerzos y debilidad muscular, fatiga a pequeños movimientos, indicación de reposo absoluto.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente logrará tolerar a la actividad física de manera paulatina durante su hospitalización con apoyo del personal de enfermería</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Paciente recibirá mejor aporte de oxigeno durante el turno, con apoyo del personal-</p> <p>Paciente participará con los ejercicios</p>	<p>Fomentar ejercicios: pasivos y activos de entrenamiento de extensión.</p> <p>Fomentar la mecánica corporal que demande menor esfuerzo.</p> <p>Utilizar la energía del paciente para el desplazamiento en cama.</p> <p>Evitar esfuerzos innecesarios en su movilización y aseo personal.</p> <p>Asistir al paciente en la</p>	<p>tolera a la actividad física</p> <p>Participa con su autocuidado con sus limitaciones.</p> <p>conserva aún algunas potencialidades</p>

		respiratorio para mejorar su copléense, durante el turno	<p>satisfacción de sus necesidades básicas de alimentación, baño e higiene, movimiento, etc.</p> <p>Terapia de actividad, técnicas de respiración, evitar emociones fuerte y movimientos que demanden mayor consumo de energía.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MARIELLY	2013	http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=eb745b528493690c32b112513eff983d8f2229eb	Intolerancia a la Actividad	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
.No aplica	Riesgo de infección R/C Procedimiento Invasivos	<p>Objetivo general</p> <p>Paciente se mantendrá libre de signos de infección post procedimiento invasivo durante su estancia hospitalaria con soporte de la enfermera.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Paciente permanecerá con monitoreo hemodinámico constante.</p> <p>Se extremará las medidas de</p>	<p>Se extrema medidas de bioseguridad</p> <p>Reconoce precozmente signos de inflamación e infección.</p> <p>Valora permanentemente los signos vitales.</p> <p>Limita el número de visitas.</p> <p>Inspecciona las zonas de ven punción.</p> <p>Aisla al paciente de ser</p>	<p>Paciente hemodinamicamente conservado no presenta signos de infección, constantes vitales conservado.</p> <p>Personal y la visita extreman medidas de bioseguridad.</p>

		bioseguridad de parte del personal y la visita de familiares	necesario si existe paciente séptico alrededor. Obtener muestras para control	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MAGALLANES	2009	http://www.monografias.com/trabajos100/proceso-atencion-de-enfermeria/proceso-atencion-de-enfermeria.shtml	Monografías de riesgo de infección	II

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
.No aplica	Riesgo de sufrimiento espiritual r/ c baja autoestima y cambios vitales	Paciente recibirá soporte espiritual y de la familia durante su rehabilitación.	<p>Respetar sus creencias y necesidades espirituales</p> <p>Establecer una comunicación efectiva y asertiva durante su hospitalización generando empatía.</p> <p>Aceptar las diferencias culturales de existir.</p> <p>Generar su empoderamiento y confianza, a pesar de las limitaciones que</p>	

			<p>podieran existir.</p> <p>Reforzar su sentido de Fe, y que viva con sentido de esperanza en la medicina y los cuidados especializados en la UCI. Que todo va ir bien.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
BAYES	2005	http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado05/apoyo02.html	NECESIDAD ESPIRITUAL	II

CAPITULO III

CONCLUSIONES

1. En el campo clínico de ejercicio de la enfermería, No hay unidad de criterios o modelos a utilizar para formular el PAE, se evidencia que existe serias dificultades en utilizar el proceso de cuidado de enfermería como herramienta de trabajo enfermero, para el cuidado oportuno y cálido
2. En el ejercicio de la enfermera asistencial, no se cuenta con el Manual de organizaciones y funciones, menos con manual de procedimientos para hacer una intervención oportuna.
3. Se aprecia cierta y serias dificultades en la competencia que posee la enfermera egresada para trabajar en una área crítica, sobre todo en el abordaje y la valoración de los indicadores para el trabajo enfermeros.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades de la Facultad de Enfermería, establecer objetivos estratégicos para mejorar entender el Proceso de cuidado enfermero, modelo sistematizado consensuado de fácil utilización durante el estudio de Pre y Post Grado, con un lenguaje de fácil utilización y comprensión.
2. La Facultad de enfermería de la universidad Inca Garcilaso de la vega, como una entidad formadora de nuevos enfermeros, de buscar permanentemente la integración enfermero asistencial y docente a fin de generar instrumentos de gestión, y lograr socializar en todas las instituciones donde se realizan las practicas hospitalarias del pre y post grado, de tal forma que confluyan en el mismo objetivo.
- 3.
4. El lenguaje NANDA debe alcanzar un lenguaje de fácil utilización y comprensión, la curricular universitaria debe responder a las exigencias que demande el mercado laboral su aplicación a la realidad de la salud del país, proponiendo su aplicabilidad en todos los escenarios donde trabaja enfermería con una enfermería basada en evidencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Alspach, J. Cuidados Intensivos en el adulto. 4ª. Edición. Annapolis. Interamericana. McGraw-Hill. 1993
2. Bartra Angie, Perú (2015) nos muestra en su trabajo de investigación sobre Frecuencia De Factores De Riesgo Cardiovascular En Pacientes Con Síndrome Isquémico Coronario Agudo De Chiclayo, 2015
3. Berron, K. Role of ventricular assist device in acute myocardial infarction. Critical Care Nurse. Febrero 1998.
4. Bellido Juan, Perú (2016) en su trabajo de investigación detalla, factores clínico-epidemiológicos asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en adultos mayores atendidos en el Hospital José Agurto Tello de Chosica 2013-2015,
5. Bohórquez, M. Isaza, D. Diagnóstico y tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio. Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. 20099.
6. Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. 1ª. Edición. 1999
7. Bueno, H. Predicción clínica del pronóstico precoz en el infarto agudo del miocardio. Revista Especialistas Cardiología. 1997
8. Carpenito, L.J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica. Filadelfia. 1987.
9. Coll, Cuba (2016) presenta su tesis titulada, Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica Las Guías de Práctica Clínica
10. CURE. Red Latinoamericana de Aterotrombosis. Portugal y Austria. Mayo 2000
11. DANE. Boletín de Estadística No. 472. Julio. 1992
12. Gleeson, B. Infarto de miocardio, cómo educar al paciente que niega su diagnóstico. Nursing. Febrero 1994.
13. Holguin Frank, Perú (2016) en su tesis titulado, manifiesta ANÁLISIS Documentario De Los Factores Asociados Que Predisponen Al Infarto Agudo

De Miocardio En Pacientes De 30 A 60 Años Atendidos En El Servicio De Emergencia Del Hospital Jose Casimiro Ulloa De Enero A Mayo 2015

14. Hudak, CM. Critical care nursing: A holistic. Approach. 4ª. Edición Filadelfia. 1990
15. Hurst, J. The heart. 7ª. Edición New York. McGraw-Hill. 1990
16. Iyer, PW. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana. McGraw-Hill. 1990.
17. Fundación Santa Fe de Bogotá. Guías del manejo del infarto agudo del miocardio. Bogotá. disponible - See more at: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-74/enfermeria7404-propuesta2/#sthash.7yoLpila.dpuf>
18. Gaitán MC, Carrillo AJ, Vega JH, Rodríguez L. Guía No. 4. Guía de Intervención en Enfermería basada en la evidencia Científica. Bogota. ISS-ACOFAEN.2009. p. 20. - See more at: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-74/enfermeria7404-propuesta2/#sthash.7yoLpila.dpuf>
19. Lázaro Abilio, Cuba (2014) en su investigación titulada, Terapia trombolítica en pacientes con infarto agudo de miocardio en Cienfuegos
20. Korsmeyer,C. The nurse´s role in thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. Cricial Care Nurse. Jun. 1990
21. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012.
22. Ognio Cárdenas, Corina Tania, Perú (2016) nos presenta su trabajo de investigación, titulado, Agencia del Autocuidado en pacientes post infarto del miocardio en el Instituto Nacional Cardiovascular
23. Parra M. Necesidad de ayuda una opción en el cuidado al paciente coronario. En: Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2008. p. 203. - See more at: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-74/enfermeria7404-propuesta2/#sthash.7yoLpila.dpuf>
24. Pineda, M. Matíz, H. Enfermedad Coronaria, manejo práctico. Escuela Colombiana de Medicina. Colección Educación Médica. Vol. 14. 2013.
25. Sadler, D. Nursing for cardiovascular health. Appeton-centrucrofts

26. **Valle María, España (2016) en su tesis sobre Distorsión de la porción final del QRS como predictor del tamaño de infarto de miocardio**
27. Vicente, Gilabet, México (2015), en su tesis sobre Tendencias en la incidencia y en la mortalidad a corto y largo plazo de los pacientes con insuficiencia cardíaca complicativa del infarto agudo de miocardio Entre los pacientes que ingresan por infarto agudo de miocardio (IAM)