

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería

**METODOLOGIA DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO**

Que para obtener el titulo de licenciatura en Enfermería
PRESENTA: ROSELIA DOMINGUEZ CISNEROS

ASESOR: M.E.M. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

MORELIA, MICHOACAN MAYO 2007

Cuerpo Directivo de la Facultad de Enfermería

M.C. Josefina Valenzuela Garandilla
Directora

L.E. Ma. Jesús Ruiz Recendiz
Secretaria Académica

L.E. Ana Celia Anguiano Morán
Secretaria Administrativa

Jurado

M.E.M. Elva Rosa Valtierra Oba
Presidente

M.E.Y.A.S. Martha Isabel Izquierdo Puente
Primer vocal

M.E.M. Benigno Calderón Juárez
Segundo vocal

Agradecimientos

Todo lo importante para mí
está en ustedes y mis hijos
porque sin su existencia,
mi vida seria otra

Sin embargo le agradezco a la vida
Por regalarme el privilegio de ser mamá
Y poder compartir tantas cosas,
De saber que no estoy sola.

Que al despertar
Siempre están ustedes: mi familia
Gracias a mis hijos Dulce Maria y Ángel Enrique
A mi esposo José Enrique.
Los Amo.

A mis padres
Que me inculcaron
Los valores de la familia
A mis hermanos
Que siempre están conmigo.
En especial a mi hermano
Martín que me enseñó
Que si se puede
Llegar más alto de lo esperado.

A la familia de mi esposo
Por que siempre
Me han brindado su apoyo.

GRACIAS

Contenido

I. INTRODUCCION

II. JUSTIFICACION

III. OBJETIVO

IV. METODOLOGIA

V. MARCO TEORICO:

- Proceso Enfermero
- Antecedentes históricos de Virginia Henderson
- Patología de infarto agudo al miocardio

VI. CASO CLINICO

VII. APLICACIONES DEL PROCESO DE ENFERMEROA:

- Diagnostico de Enfermería
- Plan de intervención de Enfermería
- Ejecución
- Evaluación

VIII. CONCLUSIONES

IX. SUGERENCIAS

X. ANEXOS

XI. GLOSARIO

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

Las terminologías estandarizadas del cuidado fueron desarrolladas para aumentar la calidad de los cuidados de enfermería así como la visibilidad del cuidado a través de la documentación de información confiable sobre la práctica de enfermería la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) introdujo la primera clasificación de Diagnósticos de Enfermería en 1973 y se reconoce en los trabajos La profesión de enfermería se ha ido conformando a lo largo de los años por medio de enfermeras y enfermeros que han ido dejando su legado a través de modelos y teorías que fundamentan bases sólidas para distinguir y marcar a la enfermería como lo que es: un arte y ciencia.

La capacidad del personal de enfermería se plasma a través del conocimiento teórico-práctico, es más probable el éxito si se desarrollan sistemáticamente las acciones de cualquier profesión, las competencias técnicas sirven de referencia ante la duda del procedimiento realizado.

El proceso de enfermería es precisamente una secuencia lógica de pasos que basan en el método científico.

El proceso enfermero fue conceptualizado por primera vez por la enfermera Lidia Hall en 1955.

En los años 60`s el desarrollo de teorías y modelos de enfermería empezó a tener auge. Dolores y Doris para 1969 le dieron intención al proceso enfermero en cuatro pasos, y para 1973 se publicaron los estándares de la práctica de enfermería. En 1977 se registra el proceso de atención enfermería como documento que avala el quehacer de la misma. de la

clasificación de enfermería. En 1989 la ANA (American Nurses Assotiation) declara a la NANDA como la organización oficial para desarrollar un sistema de clasificación de Diagnostico de Enfermería.

En 1987 el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fuero desarrolladas para el uso de la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Los términos "NIC" y "NOC" son respectivamente traducidas a nuestro idioma como CIE (Clasificación de la Intervención de Enfermería) CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería).

Para el desarrollo del presente trabajo se tomo en consideración para la aplicación del proceso enfermero el modelo de Virginia Henderson que marca catorce necesidades que toda persona sana, enferma y/o terminal, familia, comunidad o población debe cubrir para recuperar o mantener su salud, aplicando el proceso se otorga una atención integral.

JUSTIFICACION

El proceso enfermero es un método integral de atención, el cual mediante la aplicación de la filosofía de Virginia Henderson y sus catorce necesidades proporciona una visión holística en el área profesional de enfermería.

La metodología de intervención es además, una muestra objetiva de que Enfermería tiene una base sólida en su autonomía profesional tanto para el libre ejercicio de la profesión como para la atención en el área asistencial, además de fundamentar la investigación y las intervenciones de educación en salud.

El infarto agudo del miocardio, considerado como una de las principales causas de muerte en México, constituye el objeto de estudio de este proceso. La aparición y/o empeoramiento del Infarto Agudo al Miocardio (IAM) dependen en gran medida del estilo de vida de las personas,

haciéndose necesario la educación y orientación a la población con fines preventivos. Es un problema de salud pública con acciones específicas

Por dicha razón es importante orientar a la población acerca de los factores de riesgo de un infarto agudo del miocardio así como las acciones de cuidado que se deben.

OBJETIVO General:

Aplicar la metodología de intervención de Enfermería de forma integral en sus cinco etapas con fundamento en la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson para la prevención del infarto agudo al miocardio.

Específicos

- Valorar el estado del cliente mediante el modelo de Virginia Henderson
- Fomentar la cultura del cuidado específico.
- Promover la modificación de conductas, ajuste de los estilos de vida
- Reforzar el conocimiento adquirido por el cliente a partir de las intervenciones

METODOLOGIA

Se aplico el proceso enfermero en sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, plan de intervención, ejecución y evaluación. Tomando en cuenta todas las cinco dimensiones del individuo y su entorno poniendo énfasis en las

necesidades alteradas que se identificaron de acuerdo a al modelo de Virginia Henderson

MARCO TEORICO

1.1.- (PE) Proceso Enfermero.

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

El proceso de enfermería es un método ordenado sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, por tanto es la aplicación del método científico en el que hacer de enfermería.

1.2.- OBJETIVOS

Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- a) Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- b) Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- c) Actuar para cubrir y resolver los problemas así como prevenir o curar la enfermedad.

1.3.-CARACTERISTICAS

- 1) Su finalidad se dirige a un objetivo
- 2) Sistemático, implica a partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo
- 3) Dinámico, responde a un cambio continuo
- 4) Interactivo, relaciones enfermera –paciente su familia y de mas profesionales de salud
- 5) Es flexible, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Base teórica que incluye ciencia y humanidades, se pueden aplicar a cualquier modelo de enfermería.

I.- VALORACION

Primera fase del proceso de enfermería. Es el proceso organizado sistematizado de la recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: esta incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, textos de referencia esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos. Facilita plantear los logros que se requieren en el futuro además de facilitar las intervenciones de enfermería.

2.1.- CRITERIO

- El criterio de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies” , sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano comenzando con el aspecto general de la cabeza hasta las extremidades dejando hasta el final espalda de forma sistemática
- Criterios de valoración “por sistemas y aparatos” se valora el aspecto general y las constantes vitales en cada sistema y aparato de forma independiente, comenzando en las zonas mas afectadas.
- Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y las costumbres del individuo, familia determinando el funcionamiento positivo alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

2.2 Tipo de Datos

Datos subjetivos.- no se puede medir y son propios del paciente lo que la persona dice que siente percibe. Solamente el afecto de los describe y verifica (sentimientos).

Datos Objetivos.- se puede medir por cualquier escala o instrumento (cifras de de tensión arterial).

Datos Históricos Antecedentes.- son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprende hospitalizaciones previas enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayuda a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).

Datos actuales.- son datos sobre el problema de salud actual.

2.3 Métodos para obtener datos

1.- Entrevista clínica:

Técnica que gracias a ella obtenemos el mayor numero de datos.

2.- Observación:

Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación. Este método básico de valoración implica la utilización de los sentidos para la obtención de información.

3.- La exploración física:

Se centra en determinar en profundidad el estado y condición del sujeto y los procesos de la enfermedad, sirve para obtener una base de datos para establecer comparaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- Inspección
- Palpitación
- Percusión
- Auscultación

II. Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objetivo de resolver o de disminuirlo. En ella se va exponer el proceso mediante el cual se esta en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento bien sea diagnostico enfermero o problema interdependiente; existen tres pasos en esta fase y son:

- 1) Identificación del problema
- 2) Formulación del problema: diagnostico de enfermería y problemas interdependientes.
- 3) Documentación
 - 2.1) componentes de las categorías diagnosticas aceptadas por la NANDA.

Los componentes de las categorías diagnosticas aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnostica en 1990, novena conferencia se aceptaron 9 categorías diagnosticas. Cada categoría diagnostica tiene componentes:

- 1) Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2) Definición Expresa un Significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas la demás.
- 3) Características definitorias. Cada diagnostico tiene un título y una definición específica esta es la que nos da el significado propiamente del diagnostico, el título es solo sugerente.
- 4) Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentan en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios, están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidentes necesarias del problema.
- 5) Factores etiológicos y contribuyen a factores de riesgo o se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estudio de salud o contribuir al desarrollo del problema.

3.1 tipos de diagnósticos

- 1) Real: representa un estado que se ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables (PES) problema más etiología (factores causantes o contribuyentes) más signos/síntomas.
- 2) Alto riesgo: es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en etiología/factores contribuyentes.
- 3) Posible: son enunciados que describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales. (PE) problema más etiología y factores contribuyentes.
- 4) De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel más elevado. Debe estar presente de hechos; deseo mayor de un nivel de bienestar y estado o función actual eficaces.

- 5) De síndrome: son enunciados de una clase de una parte, con la etimología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

III PLANEACION

Planificación de cuidados de enfermería.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de plantación de procesos de enfermería incluye 4 etapas, Carpenito (1987 el primer.1989).

3.3. Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. (ordenar jerárquicamente los problemas detectados)
2. Planteamiento de los objetivos del cliente mediante resultados esperados. (determinar los criterios del resultado)
3. Elaboración de las actuaciones de enfermería:
 - Diagnóstico real, promover un mayor nivel de bienestar.
 - Diagnóstico de alto riesgo, prevenir la presentación del problema.
 - Diagnóstico posible controlar los cambios de situaciones con intervenciones.

IV. Ejecución

Es en esta fase cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

1. continuar con la recogida y la valoración de datos.
2. realizar las actividades de enfermería.
3. anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
4. Dar los informes verbales de enfermería
5. Mantener el plan de cuidados actualizados.

V. Evaluación

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios entre los cuales los 2 criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones Griffith y Christensen (1982).

Antecedentes históricos de "Virginia Henderson" (1897-1996)

Nació en Kansa City Missouri el 19 de marzo de 1897.

Tendencia modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría para la vida y salud como núcleo para la acción de enfermería.

Henderson concibe el papel de enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento del ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando el mayor o menor grado de autocuidado por parte del paciente.

Se ubica esta teoría en la categoría de enfermera humanística como arte y ciencia.

Conceptos y definiciones

La teoría de Virginia Henderson se basa en las necesidades básicas humanas; la función de la enfermera es atender al individuo sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila) en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o recuperarla.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayudar al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia, controla y es dueña de la situación.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacen. Estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Virginia Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de plan de cuidado de enfermería elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Necesidades:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)
7. mantener una adecuada temperatura del cuerpo o seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. mantener higiene corporal proteger la piel y tener una buena apariencia física.
9. evitar los peligros

10. comunicarse con los otros, expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. es profesar su fe
12. actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo
13. participar y disfruta de diversas actividades recreativas.
14. aprender descubrir o satisfacer su curiosidad que conduzcan al desarrollo normal a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Henderson utilizo el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Anatomía del corazón

El corazón es el órgano central de la circulación; formado de tejido muscular fibroso y conjuntivo, sirviéndole estos de armazón. Tiene forma piramidal, compuesto de cuatro cavidades: aurícula derecha, correspondiéndose con el ventrículo derecho, separados por el tabique aurícula-ventricular y la aurícula izquierda con ventrículo izquierdo separados por el tabique aurícula-ventricular. Unidas estas cuatro cavidades, están separados: las aurículas por el tabique ínter auricular y los ventrículos por el tabique interventricular.

Unidos los tabiques podemos imaginarnos uno solo en forma de cruz, separando el corazón derecho, del izquierdo. El derecho recibe la sangre venosa de la vena cava inferior y de la superior, que desembocan en la aurícula derecha y de esta, pasa al ventrículo derecho por el orificio aurícula-ventricular durante el movimiento cardiaco de la sístole auricular, en un lapso de tiempo de una décima de segundo. Una vez lleno el ventrículo derecho, la sangre es enviada del corazón derecho, a la arteria pulmonar, durante la sístole ventricular, en un tiempo de tres décimas de segundo, pasando por el orificio de esta arteria.

La sangre venosa es conducida por esta vía, hasta los pulmones en donde se oxigena y vuelve por las venas pulmonares a la aurícula izquierda y de esta al ventrículo izquierdo a través del orificio aurícula-ventricular, durante el movimiento cardiaco de la diástole, cuya duración es de cuatro décimas de segundo. Una vez que se llena el ventrículo, la sangre enviada a la arteria aorta, por orificio el aortico, durante el movimiento de la sístole. El tiempo empleado en todos estos movimientos, marcan una revolución cardiaca.

Este circuito que la sangre recorre desde el corazón derecho, al izquierdo, pasando por el pulmón, se le llama pequeña circulación, contrastando con el circuito de la gran circulación que principia en el ventrículo izquierdo, siguiendo por la aorta y la recorre todas sus ramas hasta la de los tejidos de todo el cuerpo, capilar izándose y cediendo el oxígeno para volver por los capilares venosos, que recogen la sangre sin oxígeno o venosa, cargado de CO₂

(Bióxido de carbono), para formar redes y volver a la aurícula derecha, reunida en dos grandes troncos: la vena cava inferior y la vena cava superior.

El corazón visto por la superficie externa presenta una cara anterior dividida por surco interventricular anterior que separa a las dos aurículas así como el surco aurícula-ventricular que separa las aurículas de los ventrículos.

Una cara inferior o diafragmática descansa sobre el diafragma y presenta dos surcos como la anterior correspondiendo a los tabique internos que separan a las cavidades; la cara lateral izquierda o borde izquierdo corresponde por su base a la orejuela del mismo lado que separa la cara anterior de la diafragmática. El borde derecho separa también a la cara anterior de la diafragmática.

El corazón orientado de derecha a izquierda, queda comprendido dentro del área precordial que en la pared torácica corresponde a una forma cuadrangular cuyos ángulos son los siguientes: el vértice superior derecho

esta a un centímetro a la derecha del esternon y borde superior del tercer cartílago costal.

El vértice superior izquierdo esta situado a dos centímetros del borde esternal y a la mitad del tercer espacio intercostal. El vértice inferior derecho se localiza en el quinto o sexto espacio intercostal pegado al borde del esternon.

El vértice inferior izquierdo se localiza en el quinto espacio intercostal, a ocho centímetros de la línea media externa y cerca del borde del quinto cartílago costal.

La configuración inferior del corazón coincide con lo expresado antes y encontramos las cavidades con sus caras, borde y tabiques internos con la presencia de los orificios vasculares que llegan a las aurículas y salen de los ventrículos así como los orificios aurículas-ventriculares que comunican a la aurícula derecha con el ventrículo derecho, la aurícula izquierda con el ventrículo izquierda.

Las aurículas son cavidades de paredes delgadas sin columnas carnosas situadas detrás de los ventrículos y separadas una de otra por el tabique interauricular. La aurícula derecha presenta los orificios de desembocadura de las venas: cava superior y cava inferior del seno coronario y el mayor de ellos el auriculo-ventricular derecho con su válvula tricúspide compuesta de tres valvas situada en el tabique auriculo -ventricular.

La aurícula izquierda presenta los cuatro orificios de las cuatro venas pulmonares, y el auriculo-ventricular que comunica a la aurícula con el ventrículo dotado de la válvula mitral por tener dos valvas en forma de mitra.

El ventrículo derecho junto al tabique interventricular encontramos el orificio que comunica al ventrículo con la arteria pulmonar dotando de la válvula sigmoidea compuesta de tres valvas cada una de la mitad de su borde el nódulo de Morgagni cuya funcione es completar el cierre de las valvas y evitar el reflujo de la sangre hacia el ventrículo en movimiento cardiaco de la diástole.

El ventrículo izquierdo junto al tabique interventricular presenta el orificio aórtico provisto por una válvula sigmoidea compuesta por tres valvas con su nódulo de Arancio que asegura el cierre de ellas impidiendo el retroceso de la sangre en el movimiento cardiaco de la diástole.

Las paredes de los ventrículos tienen un aspecto reticulado en virtud de la presencia de las columnas carnosas o músculos papilares que se clasifican en primero, segundo y tercero de los cuales se desprende cuerdas tendinosas que van a insertarse a las valvas de la tricúspide y de la mitral coadyuvando el funcionamiento de ellas.

La estructura del corazón la constituye la masa muscular de fibra estriada, compuesta de fibras propias para cada ventrículo y fibras comunes a las dos cavidades pero independientes de las aurículas, existe un conjunto de fibras musculares de tipo embrionario que unen a las aurículas con los ventrículos en una sinergia funcional dichas fibras se distribuyen desde la aurícula derecha hasta las dos caras en el tabique interventricular.

Este sistema de conexión esta representado por el nudo de Keith y Flack uso de fibras que se distribuyen en el tejido auricular, perdiéndose en las fibras del miocardio formando el segmento atrio ventricular o Has de His formado por el nudo de Aschoff-Tawara como primera porción seguido de has de his que desciende por el tabique interventricular entre los orificios auriculo-ventriculares dividido en dos ramas derecha, izquierda, la derecha se dirige hacia al pie del pilar anterior de la tricúspide, la izquierda penetra al ventrículo del mismo nombre entre las valvas derechas y posterior de la aorta distribuyéndose en las caras anterior y posterior del ventrículo y cuerdas tendinosas.

Otros de los elementos que entran en la estructura del corazón son: el endocardio y pericardio.

El endocardio es una membrana transparente que tapiza las cavidades del corazón, válvulas, músculos papilares y se prolonga por el interior de los

vasos esta provista de gran cantidad de terminaciones nerviosas que forman las placas sensitivas de Smirnoff.

El pericardio es la fibroserosa en forma de un saco que contiene al corazón tiene forma triangular con su base en el diafragma al que se adhiere fuertemente.

Como todas las serosas presentan una hoja visceral que envuelve al corazón adaptándose a todas las entrantes y salientes y una hoja parietal que es el saco propiamente dicho dentro del cual esta el corazón entre las dos hojas visceral y parietal existe un espacio donde el corazón se mueve libremente durante la sístole y diástole el corazón recibe sangre de las arterias coronarias derecha-izquierda ramas de la Orta que ocupan los surcos aurículas-ventriculares e interventriculares por donde también corren las venas coronarias y los linfáticos que forman debajo del cayado aortico los plexos cardiacos. El simpático es acelerador del corazón y el neumogástrico lo retarda.

Las arterias son conductos músculo-membranosos que llevan la sangre de los ventrículos a todas las partes del organismo dividiéndose en colaterales terminales y capilares. Existen dos sistemas el de la arteria pulmonar o de pequeña circulación y el de la aorta o de gran circulación.

Ataque agudo al corazón

Esta condición es una de las primeras causas de muerte, según reportes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

DESCRIPCIÓN

Un ataque agudo al corazón, también llamado infarto de miocardio, sucede cuando la sangre que llega al músculo cardíaco es reducida o totalmente cortada por el bloqueo en una o más arterias coronarias. Estas arterias que circundan al corazón, nutren el músculo cardíaco (miocardio).

Cuando éste es privado de su oxígeno, esencial, muere. Si el área del músculo cardíaco afectada es pequeña, puede haber un daño permanente

menor. Algunos ataques no producen síntomas; son conocidos como ataques silenciosos al corazón. De todos modos, si el daño al músculo es extenso puede provocar la muerte.

CONSIDERACIONES

Los ataques al corazón son sumamente comunes en los países más industrializados. En un año, cerca de un millón y medio de norteamericanos sufren un ataque al corazón y más de medio millón muere

CAUSAS

Entre los factores que aumentan el riesgo a tener un ataque al corazón, son:

- Tener antecedentes familiares de enfermedad cardiaca: ataques al corazón, anginas de pecho (trastornos transitorios del corazón, consecutivos a un déficit de oxígeno en el miocardio), etc.
- Tener alto el nivel de colesterol en sangre
- Edad: A mayor edad mayor riesgo (el varón comienza a tener más riesgo por encima de los 35 años, mientras que la mujer aumenta su riesgo tras la menopausia, es decir, entorno a los 45 años)
- Fumar
- Tener alta la presión sanguínea
- Tener diabetes
- Ser obeso

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El primer síntoma del ataque agudo al corazón es dolor. Este puede ser:

- Una presión o dolor leve, una sensación de opresión y aplastamiento o de abotargamiento.

- Dolor en todo el pecho o localizado en el centro del mismo, que se puede irradiar hacia el cuello, la mandíbula, los hombros o bajando a lo largo del brazo.
- Dolor continuo o intermitente.
- Acompañado por sudor frío, náusea, vómitos, ansiedad, debilidad, falta de aliento y pérdida de conciencia.

TRATAMIENTO

Hasta hace muy poco, el principal tratamiento para el ataque agudo al corazón consistía en aliviar los dolores con medicamentos para regular el ritmo cardíaco. Si era necesario poner en marcha el corazón, se hacía con estimulaciones eléctricas seguidas de medicamentos. En la actualidad existen nuevos productos, que disuelven rápidamente los coágulos que causan el ataque. Estas drogas se deben tomar durante las tres primeras horas del ataque para que hagan efecto y disminuyan el riesgo de daños graves al músculo.

Antes de tomar algún medicamento consulte a su médico.

CUIDADOS

- El mejor cuidado es prevenirlo
- Dejar de fumar
- Hacer ejercicio
- Control de: la presión, glucosa y colesterol

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, la mayor parte se deben a la cardiopatía isquémica. Actualmente existe el consenso que las enfermedades isquémicas y en especial el Infarto Agudo del Miocardio pueden prevenirse, la mayor probabilidad para

continuar disminuyendo los índices de estas enfermedades descansan en la prevención de los factores de riesgo que la originan.

Está bien establecido en las campañas de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares los factores de riesgo modificables tradicionales. Sin embargo otros como el estrés, la depresión, la ira, la hostilidad y otras emociones negativas quedan un poco olvidados en el empeño de prevenir.

El objetivo de este trabajo es esclarecer la implicación de las emociones en la aparición y/o empeoramiento de las enfermedades cardíacas y remarcar la necesidad de contemplarlas en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente portador de dichas enfermedades. Ha sido revisada la literatura médica y psicológica actualizada que aborda las bases neurales de las emociones, su expresión fisiológica y psicológica, su interrelación con características personales lógicas, y la implicación de estados emocionales negativos en la salud y muy en especial en las enfermedades cardiovasculares.

Introducción.

La medicina se ha desarrollado sobremanera en los últimos 50 años. Los adelantos de los últimos cinco decenios han tenido lugar en los niveles fundamentales de la ciencia y han reflejado la explosión general en el conocimiento científico en todo el mundo.

EL modelo para alcanzar conocimiento científico que da comienzo en un individuo enfermo y se desliza en un proceso reduccionista hasta las moléculas individuales y los procesos bioquímicos fundamentales, no debe ser motivo para subestimar las contribuciones de otros campos a la condición humana, esos avances no tienen porque apartarnos de atender a los múltiples aspectos de la psicología humana, la antropología, la sociología, que influyen en el mundo en que vivimos y que juegan un papel importante en la morbilidad y en la mortalidad final, porque los factores relacionados con la conducta del individuo absorben mas de la mitad del gasto destinado a la atención de la salud de los países desarrollados.

Es meritorio recordar siempre y hacer comprender a los profesionales de la salud que las ciencias que analizan el comportamiento poblacional o humano que tratan de mejorarlo, al igual que la forma en que esta estructurada la sociedad son indispensables para el futuro de la medicina.

No culmina el proceso salud –enfermedad con el diagnóstico y tratamiento médico, es necesario buscar factores que contribuyan a su manejo adecuado, a su equilibrio y pertinencia en el enfrentamiento.

Investigaciones actuales sobre salud poblacional han confirmado que el mejoramiento de ésta depende en un 50% del estilo de vida de los seres humanos, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional (2), esto es atribuible a las enfermedades cardiovasculares y muy especialmente al Infarto Agudo del Miocardio por ser la primera causa de muerte en un gran número de países.

Las campañas de salud en los momentos actuales deben seguir enfatizando en cuanto a la modificación de actitudes de las personas, en la erradicación de hábitos nocivos, en la práctica de ejercicios físicos, en el control de la tensión arterial y del colesterol, pero los tiempos actuales reclaman el énfasis en modificar el pensamiento médico para poder incorporar en esta lucha contra las enfermedades cardiovasculares, los factores emocionales por su repercusión en la génesis, evolución y enfrentamiento a las mismas. Desarrollo.

La vida emocional puede resultar decisiva en el mantenimiento, restablecimiento u optimización de la salud, es algo que debe adornar el conocimiento de todos los que se relacionan con el Proceso Salud-enfermedad humano.

Una emoción rara vez ocurre en un vacío existencial, por lo general ocurre en un contexto en el que la persona tiene que dar respuesta adaptativa a determinada situación problemática en su entorno; determinadas emociones facilitan la solución de los problemas, en tanto otras lo entorpecen, a pesar de la valencia de su connotación subjetiva. Otro elemento que puede hablarnos del carácter positivo o negativo de la vida emocional es su

impacto sobre los procesos fisiológicos y la salud física de la persona. Los avances en las últimas décadas sobre la investigación psiconeuroinmunológica son expresión cabal de ello.

Bases neuronales de los estados emocionales.

La corteza cerebral es un órgano importante que sirve de base fisiológica a las emociones porque éstas se experimentan de forma consciente, hay un fuerte componente cognitivo que muy probablemente implique a la corteza cerebral. Al mismo tiempo las emociones se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y somáticas que dependen de regiones subcorticales. Del Sistema Nervioso como la amígdala, el hipotálamo y el tronco cerebral Sin embargo es imposible reducir la emoción a manifestaciones corporales ya que dentro del espectro emocional existen estados subjetivos singulares. La expresión de los estados emocionales esta personalizada y cada una lleva implícito el sello personal de quien la vivencia.

La interacción sujeto- estímulo desencadenará una experiencia emocional conciente en la corteza cerebral, lo cual generará señales que parten hacia las estructuras periféricas que incluyen el corazón, los vasos sanguíneos, las glándulas adrenales y sudoríparas.

La constancia del medio externo es condición indispensable para la vida y los mecanismos neurales que garantizan esto se encuentran situados en el hipotálamo. Este órgano presenta 2 sistemas efectores principales: el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Endocrino.

El hipotálamo contiene muchos de los circuitos neurales reguladores de funciones vitales que varían con los estados emocionales: temperatura, frecuencia cardiaca, presión sanguínea e ingestión de agua y de comida, controla a la hipófisis y de este modo regula al Sistema Endocrino.

En un estudio prospectivo sobre la relación entre la hostilidad, la enfermedad coronaria y la mortalidad(Bbarefoot, Dalhstom, y Willians 1983) se encontró que los niveles altos de hostilidad evaluados mediante una escala especial del MMPI se asociaban con niveles altos de aterosclerosis coronaria determinada por arteriografía, también los niveles altos de hostilidad eran preeditores de mortalidad total.

Emociones, personalidad y enfermedad cardiovascular.

Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos (1959) inician estudios sobre la asociación entre un patrón de conducta manifiesta y datos biofisiológicos relacionados con problemas cardiovasculares. En 1974 divulgan el tema sobre "Type A behavior and your Heart", que junto a la reunión de expertos celebrada en diciembre de 1978 en Amelia Island hace que se reconozca la importancia de dicho patrón en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.

En 1979 David Jenkins (1979) determina los tres componentes fundamentales del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA). Selye ha denominado al PCTA personalidad "procuradora de estrés"

Finalmente se ha llegado a la conclusión que los individuos con PCTA se caracterizan por:

- ambiciosos, con deseo persistente de progreso y necesidad de reconocimiento.
- ocupaciones múltiples, responsables.
- objetivos muy bien definidos.
- mantienen un estado permanente de alerta física y mental.
- hostiles e irritables, con sentido de urgencia ante las tareas.
- impacientes, con hábitos motores desasosegados y respuestas verbales entrecortadas.
- se preocupan por destacar cualquier actividad que lleve a cabo.
- poca flexibilidad en el alertamiento fisiológico a las demandas ambientales.
- ante periodos de actividad mental y descansos alternos, tienden a tener el mismo nivel de alertamiento (medidos por FC y excreción de adrenalina) en ambas situaciones.
- están generando por si mismas de manera continua situaciones de estrés crónico, como consecuencia de su estilo de relacionarse con el medio.
- los período de desconexión rápida varían con el bienestar general del individuo.

-la respuesta cardiovascular de estrés es de incremento y éste tiene como propósito la entrega de glucosa y oxígeno a los tejidos necesitados. El mediador principal de esta respuesta es el SNS que aumenta el ritmo cardíaco y la TA. La respuesta cardiovascular, si es excesivamente prolongada o se produce fuera de contexto en la cual es fisiológicamente útil, afecta al músculo cardíaco y a los vasos sanguíneos, así como favorece la formación de placas artero escleróticas.

La justificación del tratamiento del PCTA descansa en su condición de factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares tanto como pueden serlo el resto de los factores que aborda la literatura.

Estudios de diferentes autores han demostrado que el PCTA puede ser modificado y que ello puede contribuir a la prevención de la recurrencia de los episodios coronarios, a la prevención de la manifestación de estas enfermedades.

La mayoría de los ajustes autonómicos son reflejos, se regulan así mismo y normalmente no son concientes, sin embargo algunos ajustes autonómicos pueden llegar a controlarse voluntariamente con la práctica (9,5). Para ello existen diversas técnicas dentro del campo de la psicología, de fácil aprendizaje, poco costosas y de alto valor terapéutico tanto en la prevención, tratamiento y rehabilitación de eventos cardiovasculares.

- Control de las emociones. Importancia para las enfermedades Cardiovasculares.

En cualquier caso las emociones, legítima manifestación de aquella expresión que tanto utilizamos de que el hombre es un ser biopsicosocial, tiene un impacto directo o indirecto –según Richard Lazarus uno de los más prestigiosos investigadores del tema- sobre la salud somática, el bienestar subjetivo y el funcionamiento social.

La actividad cardiovascular está regulada por el SNS y la expresión personalizada de las emociones puede tener influencias sobre su funcionamiento. Por ejemplo ante la cólera provocada por una contingencia que cobra un sentido personal para el sujeto, se produce una descarga simpática masiva con todas las reacciones filológicas propias de este

fenómeno, lo que de hecho atenta contra el equilibrio del organismo (elevación de la FC, de la TA, de la FR, etc.), el miedo puede producir un aumento de la TA hasta dos veces por encima de lo normal, el estrés puede provocar también aumento de la TA.

Un estrés psicológico agudo y crónico a menudo precede a un IMA, arritmias cardíacas y muerte súbita cardíaca. La falta de apoyo social, desgracias y una acumulación de sucesos estresantes se han identificado como importantes precursores psicosociales de estos sucesos cardíacos.

La hostilidad y la ira son los aspectos del PCTA mas altamente predictivos de las enfermedades coronarias. Investigaciones realizadas han demostrado una correlación positiva entre este rasgo, la morbilidad y la mortalidad coronaria. También se ha demostrado que los sujetos que manifiestan calma ante el evento cardiovascular sobreviven más su internación en la unidad de terapia que quienes están constantemente inquietos y preocupados por su enfermedad, ha podido establecerse una relación entre el índice de supervivencia de los pacientes con IMA y la depresión mayor postinfarto.

La depresión después del IAM ha sido asociada a un incremento de la mortalidad cardiovascular .Cualquier tratamiento que trate la depresión en pacientes con IMA, de

La asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión fue detectada hace años y estimada en valores que alcanzan el 45%, ambas son enfermedades altamente prevalentes, responsables por una disminución significativa en la calidad de vida de las enfermedades y por la imposición de elevados costos a la sociedad.

Estudios prospectivos demostraron que la depresión está asociada a un aumento significativo del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria e IMA.

Un aumento de la depresión fue constatada en enfermos con diferentes manifestaciones de enfermedad coronaria incluyendo aquellas hospitalizados por Síndrome Coronario Agudo. Infelizmente esta situación no siempre es diagnosticada.

Recientemente concluyo un estudio de casos y controles, con el objetivo de identificar los factores de riesgo responsables para el desarrollo de

enfermedades cardiovasculares a nivel global- INTERHEART study-, el cual incluyó enfermos de 52 países de varios puntos del mundo y se demostró que más del 90 % de riesgo global del IMA es previsible, considerando nueve factores de riesgo. Las variables asociadas como el estrés y la depresión fueron importantes predictores de riesgo del IMA. En todas las edades, regiones y grupos étnicos, siendo su efecto comparable al de la HTA y Obesidad abdominal. Considerando esta relación verdaderamente causa y mucho más importante de lo previamente reconocido, pudiéndosele atribuir una responsabilidad sustancial de los IMA.

Frasure-Smith et. Al demostraron que la depresión es un factor de riesgo independiente para eventos cardíacos, particularmente después de un IMA, presentando los enfermos deprimidos un aumento de la mortalidad cardíaca en cerca de tres veces independientemente de otros factores de riesgo.

Así la depresión no apenas como patología, sino como entidad propia, mas de forma indirecta por la interacción con otras variables psicosociales, tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardíaca comprometiendo la calidad de vida del enfermo, agravando la percepción de este enfermo.

Otra razón más para no dejar de tratar de forma adecuada a este tipo de pacientes es que los enfermos infartados y deprimidos presentan menor adherencia al tratamiento que los que no lo están, lo cual implica que el cumplimiento de su terapia cardioprotectora antiagregantes, hipolipemiantes, vasodilatadores coronarios, etc. también se verá disminuido con lo que aumenta el riesgo de recurrencia de IAM.

El control de las emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés, la ira, la hostilidad) puede ayudar a evitar desequilibrios en el funcionamiento cardiovascular, tanto en personas sin padecimientos cardíacos, como en personas que hayan sufrido de las mismas. Las emociones positivas (el orgullo, la autorrealización, la alegría, el amor, etc.) son capaces de potenciar más altos niveles de salud en los mismos componentes que son dañados por las emociones negativas.

Hay un conjunto de habilidades y destrezas de auto cuidado que pueden ponerse en función de la salud mental y el tratamiento de un amplio espectro de problemas psicológicos incluyendo el control emocional. Se describen procedimientos de auto cuidado utilizados en el tratamiento de la depresión, ansiedad, fobias, hostilidad/ agresividad.

A continuación exponemos cinco grandes categorías de habilidades utilizables en salud mental.

1. Conciencia del propio cuerpo y habilidades para la relajación física: permite reconocer y vigilar la tensión muscular en diferentes partes del cuerpo y disminuirla voluntariamente. Una habilidad fundamental es la de reconocer la tensión en el grupo de músculos que controlan la respiración, en especial la de identificar el inicio de la respiración superficial de predominio torácico y reemplazarla por la respiración abdominal profunda (relajación pasiva, relajación activa progresiva, uso de la imaginación, la visualización y la auto hipnosis)
2. Conciencia del estado emocional propio y habilidades para vigilarlo: estas habilidades atañen al procesamiento de información de naturaleza afectiva, mediante ellas el individuo puede llegar a discriminar sus sentimientos y eventualmente rotularlos, asignarles un código simbólico y utilizarlos como una guía para su comportamiento.

El término "inteligencia emocional" ha sido agrupado en tres áreas principales:

- 2.a. La apreciación y expresión adecuadas de las emociones propias y ajenas, utilizando indicios verbales y no verbales. Entre las técnicas para el desarrollo de esas pericias están las que enseñan a identificar síntomas y signos de emociones (p.e. mandíbula apretada, respiración superficial, concentración disminuida, retraimiento social, fatiga) y a estar pendiente de ellos en situaciones conflictivas. Mediante el uso de la relajación y la visualización se pueden traer a la conciencia situaciones concretas y explorar los sentimientos provocados y

los matices del afecto que se producen en el curso de un evento.

- 2.b. Regulación adaptativa del humor y las emociones propias y de los otros: el reconocimiento adecuado de los estados de ánimo y emociones, a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, capacita a las personas para tomar conciencia de las situaciones que los producen o refuerzan.
- 2.c. Utilización adaptativa de las emociones para motivar, planear y alcanzar las metas de vida. Hay muchas maneras de poner el humor y las emociones al servicio de fines provechosos. Por ejemplo se puede promover los estados de ánimo positivos con el fin de aumentar la confianza y mantener la perseverancia frente a obstáculos o tareas difíciles y favorecer experiencias interpersonales gratificantes. Algunas emociones como la tristeza, el miedo, la ira pueden ser indicadores de la necesidad de orientar las prioridades hacia problemas prominentes o estímulos emergentes que deben ser afrontados.

Cuando las personas perciben sus emociones rápida y adecuadamente pueden responder con prioridad a los estímulos que las suscitan. La utilización de las emociones con fines adaptativos puede conferir flexibilidad y creatividad en la solución de los problemas, posibilitando que los factores emocionales sean justipreciados por el individuo al optar entre diferentes alternativas. Una ventaja adicional de esta inteligencia emocional es que confiere a la gente la posibilidad de influir en sus cogniciones mediante la regulación de sus afectos.

- 3. Destreza del control mental: mediante el control mental, el individuo es capaz de reconocer sus procesos cognoscitivos y modificar voluntariamente sus cogniciones. Se pueden reconocer las cogniciones subyacentes a las respuestas emocionales.
- 4. Habilidades para la comunicación interpersonal. Dicho en términos simples, las habilidades para comunicarse consisten en expresar de

manera clara lo que se quiere decir y lo que se desea y tener la mente abierta a los mensajes de los otros. Entre ellas se encuentran la autoafirmación, escuchar activamente, habilidades de negociación.

La posesión de habilidades adecuadas para la comunicación interpersonal capacita para la creación y mantenimiento de relaciones satisfactorias que permiten el reconocimiento de las cualidades personales y la expresión de las necesidades y sentimientos individuales.

5. Habilidades para el desarrollo de estilos de vida saludables con especial significado para la salud mental: la práctica de estilos de vida saludables es esencial para el mantenimiento de un estado de salud óptimo, tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos. Como regla general, los autos cuidados en salud mental se refuerzan con la adopción de estilos de vida saludables, en especial los relativos a la dieta, el sueño y el ejercicio físico y mecanismos para regular las tensiones y el estrés.

El aprendizaje de estas técnicas para el autocontrol emocional se vincula a la instrucción y educación de las personas en el proceso de socialización, a la cultura y al contexto socio-cultural donde se desarrolla el individuo.

Según Vigostky la cultura se internaliza en forma de sistema neuropsicológico sobre la base fisiológica de la actividad del cerebro humano. La actividad mental es exclusivamente humana, es el resultado del aprendizaje social, de la interiorización de la cultura y de las relaciones sociales. El desarrollo psíquico humano, es, en esencia, un proceso socio genético.

Hoy día contribuye al auto cuidado en salud mental las terapias de corta duración (psicoterapia breve), al compartir, en buena medida, con la terapia cognitivo- conductual algunos de sus valores y asunciones subyacentes.

Modelos salutogénicos. Grupos con factores de riesgo cardiovascular.

En la medida que seamos concientes de promover y enseñar a la población modelos saludables para el enfrentamiento a la vida y adecuación del

comportamiento humano, estamos contribuyendo a mejorar la calidad de la existencia de cada individuo.

Se hace necesario fortalecer acciones de salud para prevenir riesgo cardiovascular y lograr cambios en el estilo de vida. Las campañas de salud significa la lucha contra el sedentarismo, el alcoholismo, la obesidad, el control de la presión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. Sin embargo de forma general los mecanismos de afrontamiento al estrés y otros estados emocionales son poco tratadas y divulgadas en estas campañas, aun cuando es abordado por la literatura médica y psicológica la repercusión del estrés y la depresión en la aparición y/ o reforzamiento de diversas enfermedades y en especial de las cardiovasculares. No se concibe abordar la problemática salud- enfermedad al margen de los factores psicológicos.

Existen evidencias concluyentes de que la hiperactividad simpática promueve directamente alteraciones funcionales y estructurales cardiacas y vasculares, determinantes de una mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos. La exposición al estrés podría conducir, a través de una estimulación del sistema Nervioso Simpático (SNS) a este aumento de la actividad cardiovascular con el consiguiente incremento de la presión arterial y de la enfermedad cardiovascular .

La hipertensión arterial constituye un problema socio sanitario de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo. Dos problemas complican el estudio de este trastorno, su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial y su naturaleza procesal, que circunscribe la relevancia de los factores implicados a estadio específicos en la evolución de la patología.

Todo ello plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluya también los factores psicológicos. El conocimiento de las regularidades y cambios en los estados psíquicos que se dan en el paciente hipertenso cobra una importancia extraordinaria no sólo para proporcionarle una atención integral en el tratamiento de esta enfermedad, sino para desarrollar estrategias preventivas.

Seria muy oportuno desarrollar estrategias interventivas para desarrollar habilidades de afrontamiento al estrés y de autocontrol emocional, tanto en la prevención primaria como en la secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

CASO CLINICO

Datos generales

Nombre: J.E.H.A

Edad: 30 años

Ocupación: intendente (empleado de la Secretaría de Educación SEP)

Estado civil: casado

Grado de estudios: preparatoria

Grupo sanguíneo: O+

Religión: católica

Domicilio: José Inocencio Lugo # 70 col. Precursores de la Revolución,
Morelia, Michoacán.

Antecedentes hereditarios y familiares

Su mamá a la edad de 54 años murió a causa de un infarto al corazón.

Poco después, a la edad de 62 años murió su papá también a causa de un infarto cardiaco.

El paciente tiene 6 hermanos, dos de los cuales padecen de hipertensión arterial sistémica (HAS) actualmente bajo tratamiento médico.

Antecedes personales no patológicos

Habita en casa tipo urbano, de tabique, que cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios (agua, luz, teléfono, drenaje, etc) consta de dos dormitorios, una cocina, sala, comedor, y un baño en la cual vive con su esposa y sus dos hijos de 6 y 3 años respectivamente.

Se considera católico porque sus papas le inculcaron esa religión.

Considera que con su trabajo cuenta con un sueldo regular para mantener a la familia.

En cuanto a su alimentación comenta que consume carne de 3 a 4 veces a la semana ya sea carne roja o blanca; cereales consume muy poco, tortilla 8 por la mañana y 8 por la tarde (comida), su cena consta de 1 a 2 vasos de leche y de uno a dos panes aunque a veces cena tacos, refresco consume muy poco, agua toma un litro diario.

Inicia vida sexual activa a la edad de 20 años, comenta que: “a veces come mucho y le duele la cabeza” (SIC)

Datos personales patológicos

El paciente refiere que fuma de 3 a 4 cigarrillos diarios pues dice que esto le ayuda a calmar sus nervios; en cuanto al consumo de alcohol dice que lo realiza tres veces a la semana (10 cervezas por cada día). Destaca de que su problema inicio estando en su trabajo con mareos, dolores de cabeza, debilidad, nauseas, sudoración, fatiga a veces con dolor de pecho, destaca que le duele la cabeza frecuentemente por lo que decide ir al medico; en esa visita el medico de indica que tiene una presión arterial alta (160/90mmHg)

CASO CLINICO

Datos generales

Nombre: J.E.H.A

Edad: 30 años

Ocupación: intendente (empleado de la Secretaría de Educación SEP)

Estado civil: casado

Grado de estudios: preparatoria

Grupo sanguíneo: O+

Religión: católica

Domicilio: José Inocencio Lugo # 70 col. Precursores de la Revolución, Morelia, Michoacán.

Antecedentes hereditarios y familiares

Su mamá a la edad de 54 años murió a causa de un infarto al corazón. Poco después, a la edad de 62 años murió su papá prescribe como tratamiento reposo, checar su presión y regresar a consulta medica al mes, pero el paciente ya no acude a la cita, no hace comentarios acerca del porque. Se considera emocionalmente de carácter inestable, a veces agresivo y manifiesta que: "se siente presionado económicamente" (SIC).

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1. oxigenación

Tiene una frecuencia respiratoria de 20 por minuto. Sin Datos de Alteración Aparente (SDA)

2. Necesidad de Hidratación y Nutrición

Su alimentación se compone de tres comidas al día, la carne de tres a cuatro veces por semana en las que se incluyen: carne de res, carne de cerdo y pollo.

Cereales y leguminosas es de una a dos veces por semana al igual que frutas y verduras.

Lácteos como la leche que consume de uno a dos vasos diarios.

Agua consume de uno a dos litros diarios

Peso: 86kg

talla: 171

3. Eliminación

De una a dos veces al día, presentando en ocasiones estreñimiento con dolor abdominal según la percepción del paciente.

Micciona cuatro veces al día de color amarillo claro.

4. Necesidad de moverse y de tener una buena postura

Refiere dolor tipo calambres en las rodillas y piernas, por lo que casi no camina. Hay evidencia de sedentarismo.

5. Necesidades de descanso y sueño

Duerme de 5 a 6 horas diarias durante la noche con interrupciones frecuentes, manifiesta que no utiliza ningún tipo de ayuda para favorecer el sueño, considera que la causa de que no pueda dormir se debe a las preocupaciones económicas que experimenta.

6. Necesidad de vestirse adecuadamente

Es capaz de vestirse por si solo, su forma de vestir es adecuada y de acuerdo al lugar y a la estación. SDA

7. Necesidad de termorregulación

A la exploración se obtiene una temperatura corporal axilar de 36.5°C. SDA

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Se baña diariamente con cambio de ropa completo, el cepillado dental tres veces al día.

Refiere que en tiempo de calor le salen erupciones pequeñas en cara y brazos.

9. Necesidad de evitar los peligros

Se observa consiente y en un buen estado mental, no tiene consciencia de alteraciones ni de peligros para su salud.

10. Necesidad de comunicarse y sexualidad

Su lenguaje es coherente al expresarse es claro, abundante, con un tono poco tranquilo, vive acompañado de su familia (esposa e hijos).

En el aspecto sexual refiere que no tiene ninguna dificultad.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Pertenece a la religión católica aunque no asiste con frecuencia a la iglesia, lo más importante para él son sus hijos a los cuales, según comenta le hace falta dedicarles más tiempo. Dentro de la familia, las decisiones se toman de forma conjunta por la pareja.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

El trabajo que desempeña no llena sus expectativas de vida, dice que le gustaría poder terminar algún tipo de estudio que le permitiera ascender en su trabajo.

13. Necesidad de jugar, no realiza actividades recreativas.

Comenta no llevar ningún tipo de actividad ni hacer ningún tipo de ejercicio.

14. Necesidad de aprendizaje

Dice que sabe que tiene algún problema, lo cual lo inquieta, refiere que quiere aprender más para poder vivir mejor.

DIAGNOSTICO (NANDA)

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.1

DEFICIT DE CONOCIMIENTOS EN RELACION CON LA PATOLOGIA
MANIFESTADO VERBALMENTE

OBJETIVO

El paciente manifestara verbalmente estar informado acerca de la patología.

Intervenciones

- 1.- orientar al paciente en relación con la patología
- 2.- evaluar los conocimientos del paciente

ACCIONES

- 1.- por medio de revistas ilustrativas se orientara al paciente acerca del infarto agudo al corazón.
- 2.- se implementara un programa de pláticas con el paciente y su familia.

EJECUCION

Día 10 de marzo en una sesión que duro 30 min. Se le mostraron las revistas al paciente a lo cual el responde atento contentando todas sus dudas. En varias sesiones de 30min cada una se fue informada de forma gradual al paciente y su familia de los factores predisponentes.

EVALUACION

Se requirieron de tres sesiones durante la primera el paciente tiene muchas dudas le cuesta asimilar la información en la dos mas sesiones el paciente se mostró con menos dudas por lo que el objetivo se logro en un 100%.

FUNDAMENTO

El infarto agudo al miocardio obedece a diversas causas, pero reconoce que los factores de riesgo tienen una importancia decisiva en su aparición y/o empeoramiento. La mayor probabilidad para seguir disminuyendo su incidencia descansa justamente en la prevención de los factores que originan la presentación clínica de la enfermedad y el proceso aterosclerotica ello convoca a la modificación de actitudes y estilos de vida de riesgo para el padecimiento cardiovascular y la interiorización de conductas de auto cuidados de salud.

Es preciso lograr que el individuo reconozca su responsabilidad para cuidarse. Para cumplir tratamientos y para encontrar alternativas que le ayudan al mejorar la calidad de vida.

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.2

Déficit de actividad recreativa manifestado verbalmente.

OBJETIVO

El paciente participara en actividades recreativas

INTERVENCIONES

- 1.-conjuntamente con el paciente se identificara los gustos y áreas de interés.
- 2.-programar un estado de actividades entre las que pueda elegir alguna de su preferencia de acuerdo a la disposición de los recursos humanos y materiales.
- 3.-valoración constante (esfuerzo físico)

EJECUCION

El día 3 de marzo en una plática con el paciente se le comento una serie de actividades recreativas que podría realizar destacando su interés por el basketball; además comenta que por su casa se encuentra una unidad deportiva para poder realizar su actividad física.

A la siguiente semana conjuntamente con el paciente se le acompaña a la unidad deportiva a realizar su actividad física en compañía de su familia.

EVALUACION

El paciente practica el basketball una vez a la semana; pues se esta integrando en grupo de deportistas que practican el basketball. Comenta que le a ayudado a hacer nuevos amigos.

FUNDAMENTO

La respuesta cardiovascular al ejercicio refleja las adaptaciones fisiológicas que ocurren para permitir un incremento de transporte y de utilización del O₂. La actividad recreativa para ayuda a tener ocupado al paciente a la vez que se libera del estrés y de ayudarle a tener un mejor nivel físico de vida.

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.3

Riesgo de función respiratoria ineficaz en relación al tabaquismo manifestado por accesos nocturnos de tos.

OBJETIVO

Mejorar su función respiratoria para reducir su tos.

INTERVENCIONES

1.- educación sobre los beneficios de dejar de fumar

ACCIONES

Platica informativa con el paciente explicando lo beneficios mediante el uso de folletos ilustrativos y rota folios.

2.- fomentar el abandono del tabaco y ejercicio

EJECUCION

El día 23 de marzo se hizo una visita al paciente en la cual se dio una platica referente al tabaquismo mediante folletos se le dio a conocer los beneficios de dejar de fumar tales como: mejorar su salud y de los que lo rodean, mejoría del gusto y le olfato, aliento mas limpio, ahorrar dinero que gasta en cigarrillos. Comentando también la importancia que tiene el dejar de fumar para reducir los accesos de tos.

EVALUACION

El paciente mostró interés no le costo trabajo asimilar la información se requirió de una sesión mas para complementar mas información en la cual el paciente se muestra con mas disponibilidad para dejar de fumar.

FUNDAMENTO

La nicotina es uno de los venenos mas toxico y adictivos. La educación en los hábitos higiénicos preventivos. Las intervenciones para fomentar el abandono del tabaco así como la prevención de recaídas, tratamiento de la dependencia de la nicotina, debe formar parte de la práctica habitual de la enfermería. Las enfermeras debemos ser persistentes para ayudar a los pacientes al dejar de fumar animando hacerlo con la frecuencia necesaria.

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.4

Trastorno de la autoestima relacionada con problemas económicos manifestado por actitudes depresivas

Objetivo

El paciente mejorara su autoestima situacional

Intervenciones

- 1.- Identificara conjuntamente con el paciente las causas (situacionales o personales) que provocan los sentimientos negativos.
- 2.- integrar a la familia a las sesiones

Acciones

- 1.- visita domiciliaria al paciente una vez a la semana
- 2.-fomentar que el paciente exprese verbalmente sus sentimientos
- 3.- el paciente buscara alternativas de solución
- 4.-manejo efectivo de sentimientos negativos
- 5.-valorar el gasto familiar

Ejecución

Se realizo la visita el día 11 de marzo en compañía de su familia. El paciente expreso sus sentimientos; así como los motivos que provocan sus actitudes depresivas, también las probabilidades de solución a su problema económico. Se le dio a conocer lo importante que es el como integrante de su familia asiendo énfasis en sus cualidad y virtudes.

El paciente expreso que “le preocupa la falta de dinero pues en algún momento de su vida creía que podía con todos los gastos”.

Evaluación

Se requirieron de dos sesiones mas durante las cuales al paciente se observaba mas sereno sin dificultad de expresar sus sentimientos y siempre acompañado de su familia que en todo momento se brindo su apoyo. La familia comenta que es importante que el cuide su salud y sobre todo encontrar solución a su problema.

Fundamento

Expresividad emocional es la capacidad individual de expresar externamente el estado de ánimo a través de manifestaciones corporales y gesticulares lo que ayudo al paciente a conocerse y saber sobre llevar sus problemas unificando más a la familia. Se comenta por parte del paciente una posible solución de trabajar por las tardes y al igual que su esposa también quiere cooperar para poder ayudar a su esposo.

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.5

Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal manifestado por estilos de vida potencialmente perjudiciales para su salud.

Objetivo

- 1.- el paciente adquirirá las habilidades requeridas para el auto cuidado
- 2.- expresara su deseo de seguir el tratamiento preescrito
- 3.-la familia expresara su deseo de servir y apoyar a iniciar y mantener los cambios necesarios en su estilo de vida.

Intervenciones

- 1.- identificar conjuntamente con el paciente las conductas inadecuadas (consecuencias perjudiciales y prevenibles)

2.- discutir con el paciente las modificaciones introducir en el estilo de vida y las razones para ello.

3.-alternativas cuando sea posible; ejemplo: mejorar el sabor de los alimentos sustituyendo la sal por otros condimentos.

Acciones

1.- visita domiciliaria para conocer su alimentación

2.- dar a conocer al paciente la importancia de llevar una dieta balanceada como medida de prevención por medio de revistas ilustrativas.

3.-informar a la familia en la elaboración de alimentos balanceados de acuerdo a su posibilidad económica.

Ejecución

El día 25 de marzo se realizó la visita al paciente para conocer su alimentación en la cual la esposa expresa que casi no consume frutas y verduras por que a su esposo no le gustan mucho, que consume mas carne que otra cosa. Se le informa al paciente la importancia de ingerir alimentos ricos en vitamina E ya que previene y disuelve los coágulos sanguíneos, mejora la circulación de sangre, evita que se obstruyan las arterias, disminuye el colesterol lo que le ayuda en problemas cardiovasculares así mismo que consuma demás vitaminas (A,B,C,D, minerales y otros nutrientes) se le informo de alimentos que podía elaborar de acuerdo a sus posibilidades económicas ya que estos alimentos se encuentran a su alcance, pues no son caros así mismo suplir algún alimento por otro de acuerdo a su predilección y economía.

Evaluación

El paciente conjuntamente con la familia se mostró interesado en modificar sus hábitos alimenticios se dieron cuenta de que hay infinidad de alimentos los cuales pueden consumir de acuerdo a sus posibilidades económicas

además de importancia que tiene consumir alimentos ricos en vitaminas y minerales el papel que juegan como medio de prevención el paciente expreso estar beneficiado con esta información.

Fundamento

Se come no solo para sobrevivir si no también por hambre, antojo, compartir el momento con algún ser querido.

Una alimentación debe estar balanceada por el bien de nuestra salud la cual debe de llevar nutrimentos requeridos por nuestro cuerpo. Se encuentra gran variedad de alimentos los cuales nos ofrecen los nutrimentos necesarios de acuerdo con el medio que nos rodea y posibilidad económicas mantengamos en buen estado nuestra salud.

ETIQUETA DIAGNOSTICA num.6

Alteración del patrón del sueño en relación con el estrés manifestado por somnolencia diurna.

Objetivo

El paciente recuperara su patrón del sueño habitual

Intervenciones

- 1.- el paciente establecerá y respetara un horario de dormir y descansar
- 2.- si se despierta por la noche y no puede conciliar el sueño aconsejarle no quedarse en la cama levantarse y realizar actividad ligera para que vuelva conciliar el sueño.
- 3.- el paciente conocerá las medidas adecuadas para conciliar el sueño.

Acciones

- 1.- platica con el paciente para conocer cuantas horas duerme y si es en horario normal
- 2.- se le dará a conocer al paciente las medidas adecuadas para conciliar el sueño; así como las actividades ligeras que podrá realizar para la somnolencia diurna.
- 3.- el paciente conocerá la importancia de expresar sus sentimientos y pensamientos para conciliar el sueño.

Ejecución

El día 26 de marzo se realizo la visita domiciliaria en la que el paciente comenta que sus horas de dormir es de 5 a 6 horas en las cuales se despierta una o dos veces en el sueño. Que se duerme de 11 a 12 de la noche y se despierta a las 5:30am del otro día para poder irse a trabajar ya que entra a trabajar a las 7:00am.

Comenta que no duerme por las preocupaciones, se da a conocer algunas medidas para conciliar el sueño tales como: técnicas de relajación, masajes, ropa limpia, música ligera, leche, o una infusión caliente, ejercicio ligero, leer, de las cuales se interesa por bañarse por las noches para ponerse ropa limpia, tomar leche o una infusión caliente, y si no lo logra con eso leer un poco, expresa que le gustan las novelas policíacas, que tiene algunos libros que empezará a leer procurando dormir en un horario normal de 8 a 9pm. Se le comenta que no debe irse a la cama con preocupaciones, que platique con sus esposa o familia para ver de que manera solucionar el problema para que no dificulte la conciliación del sueño, si se despierta en la noche leer o caminar un poco. También se le comenta que debe de dormir de 7 a 8 horas.

De acuerdo con la etiqueta diagnostica num. 2 el paciente practica el basketball lo que reduce el estrés y favorece el sueño.

Evaluación

Se necesitaron dos visitas mas para saber si había tenido alguna mejoría en cuanto al sueño lo cual refiere que le esta costando un poco acostumbrarse

pero que ya duerme un poco mas pues se duerme mas temprano que en estos días se ha despertado solo una vez que seguirá con la misma técnica ya que para el es importante conservar sus salud pues desea estar bien para estar menos irritable y tener ganas de hacer su trabajo.

Fundamento

Una persona atraviesa normalmente de 4 a 5 ciclos de sueño completos cada noche despertarse durante un ciclo puede hacer a la persona sentir que ha descansado mal. Las necesidades individuales del sueño varían notablemente por lo general una persona puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovado

SUGERENCIAS

El proceso enfermero, tiene una importancia imprescindible en la profesión por ser la base científica por ello propongo lo siguiente llevar acabo las acciones que favorezcan la atención al usuario no olvidando una mayor implementación de las diferentes teorías en el trayecto de la formación del licenciado en Enfermería.

Unificar criterios para la elaboración y aplicación de proceso de enfermería. Se sugiere valorar la creación de nuevas estrategias de tratamiento que recojan de manera significativa los aspectos psicológicos y la influencia de la sociedad de la prevención primaria y secundaria del infarto agudo al miocardio.

CONCLUSIONES

Existe un deficiente nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo IMA (Infarto Agudo al Miocardio), así como el estilo de vida a desarrollar una vez que se desencadena el evento cardiovascular que además se tiene una percepción distorsionada del auto cuidado de salud no se establecen diferencias entre el grupo constituido por hombre y el constituido por mujeres,

El infarto agudo al miocardio obedece a diversas causas, pero reconoce que los factores de riesgo tienen una importancia decisiva en su aparición y/o empeoramiento. La mayor probabilidad para seguir disminuyendo su incidencia descansa justamente en la prevención de los factores que originan la presentación clínica de la enfermedad y el proceso aterosclerótica ello convoca a la modificación de actitudes y estilos de vida

de riesgo para el padecimiento cardiovascular y la interiorización de conductas de auto cuidados de salud.

Es preciso lograr que el individuo reconozca su responsabilidad para cuidarse. Para cumplir tratamientos y para encontrar alternativas que le ayudan al mejorar la calidad de vida. El vivir mas sabiamente no representa un costo y es accesible para todas las enfermedades crónicas son las principales causas de morbilidad y mortalidad en muchas sociedades y esta estrechamente vinculadas con conductas individuales y estilos de vidas lo cual presupone modificar actitudes ante diversos aspectos de la vida, logra alcanzarse cuando varios componentes o factores confluyen y dinamizan la conducta para proporcionar el cambio el conocimiento y la necesidad están vinculadas en la regulación motivacional humana la necesidad del hombre impulsa a conocer sus conductas y el conocimiento se convierte a su vez en una fuente inagotable de las necesidades ya que provocan vivencias que son de vital importancia para la formación de nuevas necesidades, para reforzamiento de las existentes.

CONCLUSION EN EL CASO CLINICO

Los jóvenes requieren mayor información acerca de los cuidados de salud con respecto las enfermedades cardiovasculares ya que en estudios realizados se muestra a los jóvenes como propensos a sufrir dichas enfermedades por descuido a su salud prevaleciendo un alto porcentaje de hábitos tóxicos y hábitos dietéticos nocivos.

Al paciente J.E.H.A. se le informo y oriento sobre la patología de infarto agudo al miocardio que apenas empieza por su sintomatología y que puede llegar a grave si no cuida su salud y no toma conciencia del riesgo de dicha enfermedad, si no modifica cambios de conducta; logrando con esto una mayor información hacia el paciente en sus cambios de estilo de vida.

El proceso de atención enfermero forma parte de la atención integral que se brinda al paciente.

Por ello es importante que las acciones de salud sean reforzadas al paciente a fin de que reciba la orientación adecuada sobre los cuidados y los signos de alarma que ameritan una atención , que se corresponsabilice junto con la familia y el personal de enfermería en cuidado de su propia salud.

ANEXOS

- 1) GUIA DE VALORACION DE ACUERDO CON LAS 14
NECESIDADES DE HENDERSON
- 2) CUESTIONARIO DE EVALUACION (DX I)
- 3) MUESTRA DE LOS FOLLETOS INTERVENCION DEL DX IV
- 4) CUESTIONARIO DE EVALUACION INTERVENCION
EDUCATIVA DX IV
- 5) EJEMPLO DE DIETA SANA / PORTADA DE REVISTA USADA
EN LA INTERVENCION DEL DX V
- 6) TECNICAS DE RELAJACION Y RESPIRACION PROFUNDA DE
LA INTERVENCION DEL DX VI
- 7) CUADROS DE LA ENCUESTA

Anexo 1

ANEXO I

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas

I.- VALORACION GENERAL

Nombre y apellido _____

fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Familiar / persona para contactar _____ Teléfono _____

T/A _____ F.C. _____ Ta _____ F.R _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: sí _____ no _____ descripción / localización _____

Lesiones: sí _____ no _____ descripción / localización _____

Prurito: sí _____ no _____ descripción/localización _____

Sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____

gusto _____ tacto _____

Enfermedades graves / operacionales: sí _____ no _____ cuales _____

Secuelas: sí _____ no _____ especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ Cafetismo _____ Uso de sustancias tóxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ especificar _____

II.- VALORACION POR NECESIDADES

I.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración

Frecuencia ____ /min.

Calidad: normal __ superficial __ rápida __ otros __

Ruidos a la auscultación: si __ no __ descripción / localización _____

Tos: si __ no __ Secreciones: si __ no __ Dolor al respirar: si __ no __

Tabaco: si __ no __ Lo dejo especificar fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día ____ 1-2 paquetes al día _____

> de 2 paquetes al día _____

Otras drogas: si __ no __ Tipo _____ Uso _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si __ no __ ¿De que tipo? _____

T.A. _____ F.C. _____ Pulso: fuerte __ débil __ regular __

irregular __

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Peso _____ Talla _____

Ingesta habitual: desayuno _____

comida _____

merienda _____

cena _____

Dieta especial: si __ no __ Tipo de dieta _____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro / día ____ 1-2 litros / día ____ > de 2 litros / día ____

Intolerancia a alimentos: si __ ni __ ¿cuáles? _____

Apetito: normal __ disminuido __ aumentado __ náuseas __ vómito __

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si __ no __ Kg. Ganados / perdidos _____

Problemas de:

Masticación: si no Usa prótesis dental

Deglución: si no Sólidos líquidos ambos

Digestión: si no Tipo: gases ardor pesadez dolores otros

Prótesis dental: si no superior inferior

¿la piel esta hidratada? (¿cuándo se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si no

¿come entre comidas?: rara vez con frecuencia con mucha frecuencia

¿necesita ayuda?: preparar la comida comer trocear los alimentos

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia: _____

Estreñimiento diarrea incontinencia

Ostomía: si no tipo _____ autocuidado: si no

Problemas de: hemorroides sangrado heces negras otros

Usó de laxantes o rutinas: si no ayudas empleadas:.....

Urinaria:

Frecuencia _____

Disuria nicturia retención incontinencia pañal

Color: amarillo claro amarillo oscuro naranja rojo

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si no ¿cuál? _____

sonda vesical fecha de último sondaje _____

cutánea:

sudoración cutánea: si no sudoración profusa: si no

menstruación: regular irregular abundante dolorosa

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? Si no

¿tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si ___ no ___

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado ___ alerta ___ inexpresivo ___ hostil ___ inadecuado ___

Comportamiento motor inhibido: inhibición ___ agitación ___ temblores ___
rigidez ___ Incoordinación ___ inquietud ___ tics ___

Postura: erecto ___ decaído ___

Modo de andar: normal ___ acelerado ___ tambaleante ___ lento ___

Limitaciones físicas: temporales ___ permanentes ___ ¿cuáles? _____

Aparatos de ayuda: ninguno ___ bastón ___ muletas ___ andador ___ otros ___

Vértigo: si ___ no ___ ¿siente dolor o rigidez articular? Si ___ no ___

¿hace ejercicio? Si ___ no ___ tipo _____

¿cuanto tiempo? _____ ¿practica algún deporte? Si ___ no ___

¿cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas de sueño:

Al inicio ___ interrumpido ___ (no de veces _____) despertar temprano ___

Sueño excesivo ___ pesadillas ___ (tipo _____)

Sensación después de dormir: descansado ___ cansado ___ confuso ___ otros

Factores que afectan el sueño. _____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura ___ baño ___ fármacos ___ otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si ___ no ___ con limitaciones ___

Alergias a determinados tejidos: si ___ no ___ ¿cuáles? _____

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca ___ bastante ___ mucha ___
¿su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Si ___ no ___
Otros dato de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal ___ hipotermia ___ hipertermia ___ Ta _____
Sudoración cutánea: si ___ no ___ ¿están fríos sus pies y/o manos? Si ___ no ___
¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Ta? Si ___ no ___

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño ___ ducha ___ frecuencia _____
Cepillado de dientes: si ___ no ___ frecuencia _____
Autónomo: si ___ no ___ Necesita ayuda. si ___ no ___ especificar _____
Descuidado en: cabello ___ dientes ___ uñas ___ Su piel es: seca ___ grasa ___
¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Describalo _____
Sus cabellos son: secos ___ grasos ___ se rompen con facilidad ___
¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si ___ no ___

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:
Somnoliento ___ Confuso ___ Apático ___ Hipervigilante ___ Distruido ___ Fluctuante ___
No responde a estímulos ___ Solo sigue instrucciones ___

Orientación Espacio- Tiempo- Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar. _____
Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____
Persona: (reconoce personas significativas) Especificar. _____

Alteraciones perceptivas: Auditivas __ tipo. _____
_____ Visuales __ tipo. _____
_____ Táctiles __ tipo _____
_____ Olfativas __ tipo. _____

Localización de la percepción: interna __ externa __

Auto descripción de si mismo:

Alegre __ Triste __ Confiada __ Desconfiada __ Timida __ Inquieta __
Sobre valoración de logros __ Exageración de errores __ Infravaloración __
Auto evaluación general y competencia personal: positiva __ negativa __
Sentimientos respecto a ello: Inferioridad __ Superioridad __ Tristeza __
Culpabilidad __ Inutilidad __ Impotencia __ Ansiedad __ Miedo __ Rabia __
Depresión __ Otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si __ no __ cuales _____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para
otros. _____ especificar _____

Precauciones: más vigilancia __ poner barandillas __ contención mecánica __

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado __ distorsionado __

Descripción de la alteración. _____

Curso del pensamiento:

Inhibido __ acelerado __ perseverancia __ incoherencia __ desorganizado __

Formas de expresión:

Claro organizado coherente confuso desorganizado incoherente
tartamudeos autista

Humor:

Deprimido eufórico ansioso triste fluctuante apático otros

Lenguaje:

Velocidad: rápido lento paroxístico

Cantidad: abundante escaso lacónico verborreico

Tono y modulación: alterado tranquilo hostil

Vive: solo acompañado lugar que ocupa en la familia. Rol

Personas más significativas

Principal confidente

Personas con las que se relaciona a diario

Su relación es: satisfactoria insatisfactoria indiferente

Tiempo que pasa solo y porque

Tiempo que pasa con amigos y compañeros

Sexualidad: Última regla Anticoncepción: si no método

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si no motivos

No. de embarazos realiza auto examen: si no

II.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

religión: católica romana protestante judía otra

Desea realizar prácticas religiosas: si no ¿visita del capellán?: si no

Formas de expresión:

Claro organizado coherente confuso desorganizado incoherente
tartamudeos autista

Humor:

Deprimido eufórico ansioso triste fluctuante apático otros

Lenguaje:

Velocidad: rápido lento paroxístico

Cantidad: abundante escaso lacónico verborreico

Tono y modulación: alterado tranquilo hostil

Vive: solo acompañado lugar que ocupa en la familia. Rol

Personas más significativas

Principal confidente.

Personas con las que se relaciona a diario.

Su relación es: satisfactoria insatisfactoria indiferente

Tiempo que pasa solo y porque.

Tiempo que pasa con amigos y compañeros.

Sexualidad: Última regla .Anticoncepción: sí no método

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: sí no motivos

No. de embarazos. realiza auto examen: sí no

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

religión: católica romana protestante judía otra

Desea realizar prácticas religiosas: sí no ¿visita del capellán?: sí no

¿Qué ganamos al fumar?

- El humo del tabaco contiene más de trece mil compuestos diferentes. Los principales son: la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.
- La nicotina es la causa de la dependencia física hacia el cigarrillo. Además, provoca alteraciones en diversos órganos.
- El alquitrán no es un sólo compuesto, sino que está formado por alrededor de 500 sustancias distintas que pueden provocar cáncer.
- El monóxido de carbono, por su lado, produce la falta de oxígeno en el cuerpo, una vez que se combina con la hemoglobina de la sangre, provocando problemas de circulación y otros graves problemas.

Cáncer aquí y allá

- Estudios realizados en varios países han señalado que el 80 por ciento de los casos de cáncer pulmonar se debe al tabaquismo.
- En comparación con otros cánceres, el pulmón tiene menos probabilidad de curación por su rápido desarrollo, que limita en forma considerable la posibilidad de éxito de la cirugía para erradicar el tumor.
- Cuando aparecen los síntomas del cáncer pulmonar, la mayoría de los casos ya se ha avanzado al grado de que sea muy difícil de curar.
- Además, el cáncer pulmonar responde de manera muy limitada a los medicamentos utilizados en su tratamiento.
- Aparte del cáncer, hay otros tipos de tumores del aparato respiratorio que están relacionados con el hábito de fumar.
- Entre ellos están el cáncer de laringe que, según los estudios, se desarrolla dos veces más entre los fumadores que entre los no fumadores.
- A su vez, el cáncer de la boca, lengua y paladar, se presenta con mucha mayor frecuencia en los consumidores de tabaco, en especial, en quienes fuman puro y pipa. De cada 14 personas que lo padecen trece son fumadores y sólo una no lo es.
- Para combatir este problema, se debe evitar que exista una mayor frecuencia de cáncer de esófago, de vejiga urinaria y de páncreas entre quienes acostumbren fumar.

La bronquitis, el enfisema... y algo más.

- En promedio, un ser humano respira cada día cerca de diez mil litros de aire, que muchas veces contiene gran cantidad de elementos tóxicos.
- Las alteraciones que produce el humo del cigarrillo en las vías respiratorias modifican nuestros mecanismos de defensa pulmonar. Esto ocurre desde las etapas iniciales del tabaquismo, cuando el fumador todavía no tiene síntomas graves.
- El humo del cigarrillo también propicia la aparición de infecciones respiratorias.

- Con frecuencia, los fumadores, no perciben signos del daño que les provoca el cigarrillo. Esto les hace creer que su estado de salud es bueno, y los anima a seguir fumando. Por desgracia, el daño en las vías respiratorias ocurre mucho tiempo antes de que aparezcan los síntomas.
- Cuando los síntomas surgen, los males ya avanzaron tanto que resulta muy difícil recuperar la función pulmonar. Entre esos síntomas destacan la tos, la expectoración y la respiración dificultosa (disnea).
- Pese a lo malo del pronóstico, es más saludable dejar de fumar inmediatamente el cigarrillo, que seguir fumando. Un fumador con enfermedad pulmonar poco avanzada, logrará recuperar parte de la función de sus pulmones si abandona el tabaco; la cual será más notable cuando han transcurrido los años sin fumar.
- En los fumadores con daño pulmonar importante, es menos probable la recuperación total. No obstante, si dejan definitivamente el cigarrillo, evitan que avance hasta provocarles incapacidad física parcial o total, que los lleve a depender por completo del oxígeno.
- El enfisema pulmonar es una de las consecuencias más graves del tabaquismo sobre el aparato respiratorio. Es una enfermedad irreversible, progresiva e incapacitante, cuyo síntoma principal es la dificultad para respirar. El paciente con enfisema es susceptible a las infecciones del aparato respiratorio más severas que ponen en peligro su vida.

¿Qué ganamos al fumar?

- El humo del tabaco contiene más de trece mil compuestos diferentes. Los principales son: la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.
- La nicotina es la causa de la dependencia física hacia el cigarrillo. Además, provoca alteraciones en diversos órganos.
- El alquitrán no es un sólo compuesto, sino que está formado por alrededor de 500 sustancias distintas que pueden provocar cáncer.
- El monóxido de carbono, por su lado, produce la falta de oxígeno en el cuerpo, una vez que se combina con la hemoglobina de la sangre, provocando problemas de circulación y otros graves problemas.

La bronquitis, el enfisema... y algo más.

- En promedio, un ser humano respira cada día cerca de diez mil litros de aire, que muchas veces contiene gran cantidad de elementos tóxicos.
- Las alteraciones que produce el humo del cigarrillo en las vías respiratorias modifican nuestros mecanismos de defensa pulmonar. Esto ocurre desde las etapas iniciales del tabaquismo, cuando el fumador todavía no tiene síntomas graves.
- El humo del cigarrillo también propicia la aparición de infecciones respiratorias.

Anexo 2

CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA MEDIR LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE POSTERIOR A LA INTERVENCION EDUCATIVA (DX I)

1.- ¿Que es el infarto agudo del miocardio?

R.- sucede cuando la sangre que llega al músculo cardiaco es reducida o totalmente cortada por el bloqueo en unas o más arterias coronales

2.- ¿Cómo se le conoce al músculo cardiaco?

R.- miocardio

3.- ¿Cómo se les llama algún ataque que no producen síntomas?

R.- ataque silencioso al corazón

4.- menciona las causas del infarto agudo al miocardio

R.- tener antecedentes familiares, la edad, alto nivel de colesterol en la sangre, fumar, alta presión sanguínea, diabetes y obesidad.

5.- menciona los síntomas del infarto agudo al miocardio

R.- dolor que puede ser dolor leve, sensación de opresión y aplastamiento o abotargamiento, dolor en todo el pecho localizado en el centro del mismo que puede irradiar hacia el cuello, la mandíbula, los hombros o bajando debajo del brazo, dolor continuo o intermitente, sudor frío, náusea vómito, ansiedad, debilidad falta de aliento y pérdida de conciencia.

6.- menciona el tratamiento

R.- aliviar los dolores con medicamento para regular el ritmo cardiaco, en caso necesario estimulaciones eléctricas. En la actualidad hay medicamentos que disuelven rápidamente los coágulos estos deben de tomar durante las primeras tres horas del ataque para que hagan efecto y disminuyan el riesgo de daños graves al músculo.

7.- menciona los cuidados

R.- el mejor cuidado es prevenirlo, dejar de fumar, hacer ejercicio, control de la presión, glucosa y colesterol.

Anexo 4

Cuestionario de evaluación

Intervención Educativa del Diagnostico IV

1.- ¿desde cuando fuma?

R.- desde los 16 años

2.- ¿Cuántos cigarrillos fuma?

R.- de tres a cuatro cigarrillos

3.- ¿Qué desencadena su deseo de fumar?

R.- varios motivos como problemas económicos, los nervios, el estrés

4.- ¿Cuándo se fuma el primer cigarrillo al día?

R.- no tiene hora

5.- ¿Qué sucede si no puede fumar durante unas horas?

R.- la ansiedad de empezar a fumar

6.- ¿Sigue fumando cuando estas enfermo?

R.- si

7.- ¿Cuándo fue la ultima vez que intento dejar de fumar y que le motivo a intentarlo?

R.- hace como un mes pues empezaba con tos

8.- ¿lo a conseguido alguna vez y durante cuanto tiempo?

R.-si, como una semana.

9.- tres cosas que considera como obstáculos para dejar de fumar y como podría superarlos.

R.- mi falta de voluntad, los amigos, las actividades. Teniendo voluntad, no frecuentar a los amigos, tener mayores actividades que realizar.

10.- ¿Qué le hizo volver a fumar?

R.- los nervios los problemas y el estrés.

11.- ¿Qué métodos cree que son los mejores para intentarlo ahora?

R.- por salud, la voluntad o disponibilidad de parte mía y el apoyo de mi familia.

12.- ¿Quién o que le han ayudado a intentar dejarlo?

R.- mi familia

Anexo 5

La Dieta de los Asteriscos

La dieta de los asteriscos es un método fácil y práctico para balancear tu alimentación y mejorar tu calidad de vida. Te ayudará a descubrir una nueva forma de alimentarte y te permitirán ser la persona sana, activa, dinámica y productiva que siempre has deseado.

- ¡Vive más y mejor!
- Aumenta tus niveles de energía.
- Elimina el hambre y las ansias por comer.
- Elimina grasa sin perder músculo.
- Evita enfermedades y molestias.
- Incrementa la calcificación de tus huesos.
- Mejora tu concentración y memoria.
- Reduce los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Refuerza el sistema inmunológico.
- Regula la presión arterial.

Gracias a la dieta de los asteriscos te sentirás mejor y serás más productivo en cualquier actividad que realices, gozarás de mejor salud y proyectarás una buena imagen en el trabajo y ante la sociedad.

Si aplicas los asteriscos a tu vida, notarás un incremento en tu desempeño físico y mental, reducirás el porcentaje de grasa corporal y aumentarás la masa muscular, mantendrás tu cerebro alerta y lleno de vida, mejorando tu rendimiento, concentración y memoria.

Esta dieta te permitirá alcanzar tu peso ideal sin pasar hambre, libre del ansia y la compulsión por comer; mantendrá tus niveles hormonales en óptimas condiciones, permitiendo que quemes la grasa almacenada.

En fin, la dieta de los asteriscos te ayudará a reducir el riesgo de padecer un sinnúmero de enfermedades y mejorará tu vida en todos los sentidos, de modo que no sólo vivirás más, sino que vivirás mejor.

ABC de la Dieta de los asteriscos

El secreto para alcanzar el peso ideal y mejorar nuestra salud se encuentra en mantener estables los niveles de azúcar en la sangre. Cuando nuestros niveles de azúcar descienden por debajo de lo normal nos sentimos irritables, débiles y perdemos concentración y productividad. Cuando los niveles de azúcar se elevan por arriba de lo normal, el organismo termina almacenando los azúcares como grasa, provocándonos sobrepeso u obesidad.

La dieta de los asteriscos es la clave del equilibrio entre proteínas, grasas y carbohidratos. Propone comer un paquete con la combinación idónea de los diferentes nutrimentos, con el objetivo de obtener la respuesta hormonal adecuada.

Esta dieta se adapta a las necesidades individuales de cada persona, a sus gustos y preferencias, a su estilo de vida. Te permite disfrutar de una gran variedad de alimentos y alcanzar tu peso ideal sin sacrificios.

La dieta de los asteriscos está basada en el índice glicémico de los alimentos, el cual mide la velocidad a la que llegan los azúcares a la sangre. Cuando los azúcares o carbohidratos llegan a la sangre a gran velocidad, el organismo aumenta la producción de insulina, una hormona de almacenamiento que termina por guardar los azúcares sobrantes en forma de grasa y reduce la disponibilidad del azúcar para las funciones cerebrales.

Para que el azúcar pueda llegar lentamente a la sangre y mantenerse estable requiere de una adecuada proporción de proteínas, grasa y fibra.

La dieta de los asteriscos:

- Contiene el porcentaje adecuado de proteínas para impedir el desgaste muscular.
- Es rica en fibras solubles e insolubles, que favorecen la salud de los sistemas circulatorio y digestivo.
- Es baja en grasas saturadas y colesterol, por lo que evita las enfermedades cardiovasculares.
- Aporta las cantidades idóneas de vitaminas y minerales que refuerzan el sistema inmunológico y mantienen los huesos y dientes fuertes.
- Evita el riesgo de cáncer, alzheimer, enfisema pulmonar, artritis, cataratas, osteoporosis, indigestión, varices, aterosclerosis, etc.

Cada asterisco equivale a un paquete que incluye una ración de alimento de color amarillo, uno rojo, uno azul y uno naranja. El color verde es libre.

Raciones recomendadas

Niños prescolares: 4 asteriscos al día.

Niños escolares: 6 asteriscos al día.

Adolescentes: 8 asteriscos al día.

Mujeres: 5 asteriscos al día.

Embarazadas: aumentar 1 asterisco al día.

En periodo de lactancia: aumentar 2 asteriscos al día.

Hombres: 6 asteriscos al día.

Ancianos: 5 asteriscos al día.

Si realizas ejercicio moderado (30 minutos): aumentar 1 asterisco al día.

Ejercicio intenso (60 minutos): aumentar 2 asteriscos al día.

Deportistas: 10 a 12 asteriscos al día.

Dieta de reducción: 4 asteriscos, mujeres; 5 asteriscos, hombres.

Asterisco amarillo: Frutas y cereales

Frutas

Ciruelas: 4 medianas.

Chabacano seco: 10 mitades.

Durazno: 2 piezas.

Fresa: Una taza y media.

Guayaba: 4 piezas chicas.

Jugo de manzana, naranja o toronja: 1 taza.

Mandarina: 2 piezas chicas.

Mango: 1 pieza.

Manzana en puré: 1 taza.

Manzana: 2 piezas chicas.

Melón: 2 tazas.

Papaya: 1 taza.

Pera: 1 pieza.

Piña: 1 taza.

Toronja: 1 pieza.

Zarzamora: 1 taza.

Cereales

All-bran: Media taza.

Arroz cocido: Media taza.

Avena integral: Media taza.

Bolillo: Media pieza, sin migajón.

Cereal de caja con azúcar.

Elote en grano: Media taza.

Galleta salada: 3 piezas.

Galletas de animalitos: 6 piezas.

Hot cake: 1 pieza mediana.

Palito salado: 2 piezas.
Pan blanco: 1 rebanada.
Pan de centeno: 1 rebanada.
Pan integral: 1 rebanada.
Papa frita comercial: 9 grandes.
Papa: 1 pieza mediana.
Pasta cocida: Media taza.
Pay de manzana: Media rebanada (25 gramos).
Special K: Media taza.

Asterisco anaranjado

Frijol: Media taza.
Germinado de soya: 1 taza.
Leche descremada con chocolate: Media taza.
Leche descremada: 1 taza.
Lenteja cocida: Media taza.
Yogur descremado: 1 taza.
Agregar media taza de: Betabel, calabacita, cebolla, col de Bruselas, chile poblano, espárrago, hongo, nabo, pimienta, poro, quelite o zanahoria.

Asterisco rojo: Proteínas

Atún: Media lata.
Carne de res: 30 gramos.
Clara de huevo: 2 piezas.
Huevo: 1 pieza.
Jamón de pavo: 50 gramos.
Jamón: 1 rebanada (50 gramos).
Mariscos: 30 gramos.
Pechuga de pavo: 2 rebanadas.
Pescado: 30 gramos.
Pollo o pavo sin piel: 30 gramos.
Queso cottage: _ de envase chico.

Queso manchego: 30 gramos.

Queso Oaxaca: 30 gramos.

Queso panela: 50 gramos.

Salchicha: 1 pieza.

Asterisco azul: Grasas

Aceite de cártamo: 1 cucharadita.

Aceite de girasol: 1 cucharadita.

Aceite de maíz: 1 cucharadita.

Aceitunas: 6.

Aderezo: 2 cucharaditas.

Aguacate: 2 cucharadas (1/5 de pieza).

Almendras: 6.

Crema: 1 cucharada.

Margarina: 1 cucharadita.

Mayonesa: 1 cucharada.

Nueces: 6.

Verduras tipo A

Pueden ser consumidas libremente. Son recomendables 3 tazas al día.

Acelgas.

Alcachofas.

Apio.

Berenjena.

Berro.

Brócoli

Cilantro.

Col.

Coliflor.

Chayote.

Chilacayote.

Ejote tierno.

Espinacas.
Flor de calabaza.
Jitomate.
Lechuga.
Nopales.
Pepino.
Perejil.
Rábano.
Romerito.
Tomate.
Verdolaga.

Ejemplo de menú de mil 500 calorías (5 asteriscos)

Desayuno: 1 asterisco

1 cucharadita de aceite de maíz para el huevo (azul).
1 huevo a la mexicana (rojo).
1 toronja (amarillo).
Media taza de frijol (anaranjado).

Media mañana: 1 asterisco

1 cucharada de mayonesa (azul).
1 rebanada de pan integral (amarillo).
1 yogur (anaranjado).
50 gramos de queso (rojo).

Comida: 2 asteriscos

Media taza de pasta cocida (amarillo).
60 gramos de pollo o carne con verduras (2 rojos).
1 taza de frijol (2 anaranjados).
Ensalada de lechuga con jitomate (libre).

2 cucharaditas de aceite para guisar (2 azules).

1 tortilla y 1 manzana (1 amarillo).

Cena: 1 asterisco

1 rebanada de queso panela (rojo).

1 taza de leche semidescremada (anaranjado).

2 cucharaditas de aguacate (azul).

2 tortillas chicas (amarillo).

Ensalada de nopalitos.

Los asteriscos

Para alcanzar el peso ideal y mantenerlo, se deben llevar a cabo los tres pasos siguientes:

1. Calcular el peso ideal. Las personas de huesos anchos deben aumentar 4 kilos al peso ideal y las de huesos angostos restar 4 kilos.

2. Descubrir cuántos asteriscos se necesitan. Se multiplica el peso ideal por 30 y se divide entre 300. El resultado será el número de asteriscos que se deben consumir para tener ese peso. Si se tiene sobrepeso, se deben restar 3 asteriscos.

3. Diseñar una dieta personal. Se debe formar un asterisco escogiendo un alimento de cada color: azul=grasas, rojo=proteínas y amarillo=carbohidratos (frutas y cereales).

Anexo 6

TECNICAS DE RELAJACION INTERVECION DEL DIAGNOSTICO VI

Respiración

Los ejercicios de respiración profunda ayudan a relajarnos. En caso de dolor, junto con la medicación, estos ejercicios son de gran utilidad.

Lo primero es aprender a respirar, a usar plenamente los pulmones y estar consciente del ritmo de nuestra respiración. Para lograrlo estos son los pasos a seguir:

- 1) Respiremos lenta y profundamente.
- 2) Cuando sacamos el aire, observemos como se relaja nuestro cuerpo, como cede la tensión.
- 3) Ahora respiremos rítmicamente de una manera que nos resulte natural.
- 4) Para ayudarnos a concentrarnos en la respiración podemos decir en silencio. "Inspirar, uno, dos", "exhalar, uno, dos". Cada vez que exhalamos o soltamos el aire podemos repetir en silencio una palabra que nos ayude a relajarnos: "paz", "tranquilidad" o "me sereno, me estoy serenando", por ejemplo.
- 5) Realicemos los pasos uno al cuatro una vez y repitamos los pasos tres y cuatro durante veinte minutos.
- 6) Finalmente, suspiremos lenta y profundamente. Digamos en silencio "me siento tranquilo-a "me siento relajado-a, "estoy sereno/a".

Técnica de relajación

1. Siéntese tranquilamente en una posición cómoda, con los ojos cerrados. Si lo prefiere puede ser acostado.
2. Respire profunda y lentamente y relaje los músculos de la cara, el cuello, los , hombros, la espalda, el pecho, el estomago, las nalgas, , las piernas, los brazos y los pies.
3. Preste atención la respiración. Una vez que haya logrado concentrarse en la respiración empiece a decir "uno" (o cualquier otra palabra o frase) en voz baja o alta, cada vez que suelte el aire. Si es necesario en lugar de usar una palabra puede utilizar una imagen placentera. Lo importante es no distraerse o ponerse a pensar en otra cosa. En este momento solo existe usted y el trabajo que realiza para sentirse mejor.

4. Cada vez que aparezca un pensamiento que lo distraiga, déjelo pasar, como pasan las nubes en el cielo. No se aferre. Trate de permanecer en este estado de 10 a 20 minutos.

5. Quédese en la misma posición hasta que este listo para abrir los ojos. Hágalo lentamente, tómese todo el tiempo que necesite. Estírese, desperécese.

6. Observe como ha cambiado su respiración y su pulso

No se preocupe si no logra relajarse profundamente. Lo importante de este ejercicio es permanecer en calma y no dejar que sus pensamientos o preocupaciones lo distraigan. Concéntrense en la técnica. Cuando tenga la rutina establecida le resultará mucho más sencilla, placentera y efectiva.

Anexo 7

1.- presencia de los factores de riesgo en pacientes con IMA

factores de riesgo	M	%	F	%	TOTAL	%
tabaquismo	29	72.5	16	80	45	75
Alcohol exc.	25	62.5	3	15	28	46.6
Café exc.	20	50	7	35	27	45
Hábitos dietet. Nocivo.	38	95	17	85	55	71.6
estrés	27	67.5	18	90	45	15
HTA	37	92.5	18	90	55	91.6
sedentarismo	9	22.5	8	40	17	28.3
obesidad	9	22.5	3	15	12	20
Diab. Melitus	4	10	3	15	7	11.6

<http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>

Tabla No. 2: conocimiento de los factores de riesgo del IMA.

factores de riesgo	M	%	F	%	TOTAL	%
habito de fumar	26	65	13	65	39	65
alcoholismo	21	52.2	10	50	31	51.6
Café exc.	9	22.5	4	20	13	21.6
grasa animal	23	23	57.5	11	34	56.6
exceso de sal	13	32.5	7	35	20	73.3
obesidad	4	10	0	0	4	6.6
HTA	5	12.5	0	0	5	7.3
diabetes M.	1	2.5	0	0	1	1.6
estrés	7	17.5	3	15	10	16.6
características de personalidad	0	0	0	0	0	0
herencia	1	2.5	0	0	1	1.6
hipercolesterol	1	2.5	0	0	1	1.6

<http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>

Tabla No.3: conocimiento acerca de estilo de vida después del IMA

Conoc.estilo de vida después del IMA	M	%	F	%	TOTAL	%
evitar esfuerzos físicos grandes	15	37.5	8	10	23	78.3
evita emociones fuerte estrés	5	12.5	6	30	11	18.3
practica de ejercicio físico	0	0	0	0	0	0
jerarquizar tareas	0	0	0	0	0	0
no tener un coito antes del tiempo señalado	0	0	0	0	0	0
dieta	31	52.5	12	60	33	55
eliminar hábitos tóxicos	17	42.5	9	45	26	43
acudir a un espec.si dificultad en relaciones sex	0	0	0	0	0	0
respirar profundo	1	2.5	0	0	1	1.6
relajar con música	2	5	0	0	2	7.3
ejercicios de relajación	0	0	0	0	0	0
a través contacto directo seres queridos	0	0	1	5	1	1.6
masaje	0	0	0	0	0	0
caminar descalzo	0	0	0	0	0	0
actividad higiénica mental	9	22.5	2	10	11	18.3
visualizando en momentos de tensión	0	0	0	0	0	0

<http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>

Tabla No.4: percepción de las acciones de autoridades de los pacientes con IMA

percepción de autocuidado	M	%	F	%	TOTAL	%
tomar medicamento	35	87.5	19	95	54	90
practicar ejercicio físico	2	5	1	5	3	5
controlar emociones	0	0	1	5	1	1.6
hacer dieta	7	17.5	4	20	11	11.3
evitar sobrecargo físico psicig.	4	10	2	10	6	10
cuidar salud mental	1	2.5	3	15	4	6.6
ir al medico	3.7	32.5	20	100	57	35
no se	2	5	0	0	2	3.3

<http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>

Tabla No.5: respuesta de los pacientes con IMA a la pregunta ¿cuida UD. Su salud?

respuestas	M	%	F	%	TOTAL	%
si	28	70	18	90	46	76.6
no	12	30	2	10	14	23.3
no sabe	0	0	0	0	0	0

<http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>

GLOSARIO

ABOTARGAMIENTO O ABOTAGAMIENTO: Hinchazón o inflamación del cuerpo o alguna de sus partes, generalmente por causa de alguna enfermedad.

AORTA: Arteria principal del cuerpo; que nace del ventrículo izquierdo y da origen a todas las arterias del sistema circulatorio.

AORTICO: Es un orificio que se encuentra en el ventrículo izquierdo y tiene un diámetro de 3 caras aproximadamente. Tiene un corto recorrido ascendente hacia el cuello.

AUSCULTACION: Método de examen físico que consiste en escuchar los sonidos que se le producen dentro del cuerpo, especialmente en el corazón, vasos y aparato respiratorio.

AURICULA: Pabellón de la oreja // cada una de las 2 cavidades derecha e izquierda en la parte superior del corazón que reciben la sangre de las venas; atrio // apéndice auricular u oreja.

CUERDAS TENDINOSAS: Bridas tendinosas extendidas entre los músculos papilares de los ventrículos y las valvas de las válvulas atrio-ventriculares.

DIASTOLE: dilatación o periodo de dilatación del corazón o de las arterias; especialmente de los ventrículos que permiten repleción de esas cavidades. Corresponde al segundo ruido del corazón y se prolonga durante la primera mitad del silencio mayor.

DIAFRAGMA: Tabique músculo membranoso que separa el abdomen del tórax, constituido por un músculo impar aplanado casi circular carnoso en la periferia y aponeurótico en el centro.

ENDOCARDIO: Membrana endotelial que tapiza el interior de las cavidades cardiacas (venoso y arterial) (valvulares).

ETIOLOGIA: Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades.

ETIMOLOGIA: Estudio del origen y la evolución de las palabras.

FIBROSEROSA: Compuesto de elementos fibrosos pero que presenta una superficie serosa, dicese de ciertas membranas.

Haz de his: bandas de fibras del miocardio a través de las que se transmite el impulso cardiaco desde el nódulo auriculo ventricular a los ventrículos. El haz de his comienza en el nódulo auriculo ventricular.

Hiperactividad: actividad exagerada sobre actividad hipercinesis (movimiento excesivo, actividad muscular exagerada).

HIPOLIPEMIANTE: Dicese de la sustancia o fármaco que reduce la concentración de lípidos en la sangre. Se aplica como sinónimo a las hipocolesteromiantes.

HOLISTOCO: Relativo o perteneciente al todo; que considera todos los factores, como la medicina holística.

Intercosta: situado o comprometido entre dos costillas. Arteria, músculo, neurosis intercostales.

Isquemia: determinación de la circulación; arterial en una parte y estado consecutivo de la misma.

Músculos papilares: columna carnososa de las paredes internas de los ventrículos.

NODULO SINO AURICULAR: grupo de cientos de células localizadas en la pared auricular derecha del corazón, cerca de la vena cava superior. Esta formada por un grupo de nudo de músculo cardiaco que genera impulsos a través de fibras musculares de ambas aurículas.

NODULO DE ARANCIO: tubérculo de fibro cartílago en los vértices de las válvulas semilunares o aorticas

NODULO DE ASCHOFF: glanulomas en el miocardio que se observan en la fiebre reumática y estas localizados vascularmente en el tejido intersticial del corazón. Se encuentra en miocarditis.

NODULO DE KEITH-FLACKS: es igual al nódulo sino auricular

NODULO DE MORGAGNI: Nódulo fibroso que ocupa la parte media del borde libre de cada válvula, se encuentra en el ventrículo izquierdo y tiene forma de cono.

NODULO DE TAWARA: es un pequeño nudo de músculo cardiaco modificado comienza de lado de his, es también conocido como el nódulo de Aschoff o nódulo de Koch.

Orejuela: prolongación hueca en la parte superior de cada aurícula.

PERICARDIO: saco membranoso que rodea al corazón compuesto de una capa externa fibrosa y adherida al centro frenico del diafragma.

Postinfarto: posterior al infarto en situación o en tiempo.

PSICO NEUROMOLOGICA: disciplina que estudia las relaciones entre estados psicológicos y la respuesta inmunitaria.

Sístole: periodo de la contracción cardiaca, específicamente de los ventrículos, que tienen por objeto arrojar la sangre Aorta y pulmonar, corresponde al primer ruido del corazón.

sinergia: acción combinada y simultanea entre dos o varios factores diferentes para un trabajo común.

Subcortical: situados debajo de y una corteza, especialmente la del cerebro.

Valvas: relación con las válvulas del corazón.

Válvula mitral: una de las cuatro válvulas del corazón situado entre la aurícula izquierda y ventrículo izquierdo es la única válvula con dos y no tres Cúspides. Permite el flujo de sangre desde la aurícula al ventrículo izquierdo.

VALVULA TRICUSPIDE: con tres puntos o cuspides sistema valvular entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho del corazón.

VALVULA SIGMOIDEA: La que se encuentra de las arterias aorta y pulmonar.

Ventrículo: vientre o cavidad pequeña.

Bibliografía.

1. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
2. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20ª Edición. Vol.1. Cap. 31 Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1988. p. 1, 201-2.
3. Guadarrama González P, Suárez Gomes C. Filosofía y Sociedad. Tomo II. La Habana 2000. p.723-24, 735
4. Roca Perara M. A.Emociones y Salud humana. Infomed. <http://bvs,sld.cu>. 18 de marzo 2005.
- 5.Álvarez González MA. Estrés. Un enfoque Psiconeuroendocrinológico. La Habana: Científico – Técnica; 1989. p. 9-38.
6. Trapaga Ortega M, Álvarez González MA, Cubero Rego L. Fundamentos Biológico del Comportamiento. Villa Clara. 2001. p. 121-28,164-74, 182-86.
- 7-Guyton AC, Hall JE. El sistema nervioso autónomo; la médula suprarrenal. En: Tratado de Fisiología Médica. T.3.New York: Interamericana Mc Graw-Hall; 1996.p 799-802, 845.
- 8.Álvarez González MA, Estrés un enfoque integral, .Edt Cient. Técnica La Habana2000. p.42.- 49.
9. Caballo Vicente , Buela- Casal G, carboles J A. Manual de psicoterapia y trastornos psiquiátricos. Vol. 2 Editorial siglo veintiuno de España. Editores S.A. Madrid. 1996 p. 451-54, 459-62.
10. Eagle Kim A, Haber E, De Sacntis R.W, Austin W.G. La práctica de la Cardiología. Normas del Massachussets General Hospital. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1991.p.1748-49, 1751.

11. Hernández Meléndez E, Palmera Chávez A, Santos Ávila F. Intervención Psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara: 2003.p. 21, 33 - 38, 152.
12. Lesperance F, Frasura- Smith, Talajic M, Bourrasa M.G. Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction *circulation* 2002/ 05: 1049-53.
13. Stewart RA, North FM, West TM et al. Depression and cardiovascular morbidity and mortality: cause or consequence. *Eur Heart J.* 2003 Nov; 24(22):2027.
14. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *Br. Med J* 1999, 318: 1460-7.
15. Ferketich AK, Schwarzbaum Ja, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 558-92.
16. Musselman D, Evans D, Nemeroff C. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998: 55:558-92.
17. Lesperance F, Frasura –Smith N. Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *J Psychosom Res* 2000: 48: 379-91.
18. Yusuf F, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet* 2004: 364: 953-62.
19. Rosengren A Hawken S, Ounpuu S et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries. *Lancet* 2004: 364: 937-52
20. Frasura- Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *AMA* 1993:270:1819-25.
21. Frasura- Smith N, Lesperance, Talajic M. Depression and 18- month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995, 91: 999-1005.

22. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley Ma. Depressive symptoms and health – related quality of life: the heart and Soul Study, JAMA 2003 Jul 9: 290 (2): 215-21.
23. Costa Dias C, Mateus PS, Mateus C, Bettencourt N, Santos L, Adao L, et al. Síndrome Coronária Aguda e Depressão. Rev. Port Cardiol 2004;24(4): 507-516.
24. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. Health Psychol. 1995 Jan; 14(1):88-90.
25. Shye D. Autocuidados en Salud Mental. Washington OPS/OMS; 1998 p.5-
26. Campa Gallardo D, Orosa Fraix T. Introducción a la Psicología. Edit Félix Varela La Habana 2002.p 6-7.
27. Colectivo de autores. Programa Nacional de Hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina general integral. 1999;15(1):46-87.
28. Programa nacional de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la cardiopatía isquémica.. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001, 14(4):157-9
29. Bené Rodríguez M, Apollinaire Penen J.J. hiperreactividad cardiovascular en pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial. Rev. Med. Clín. Barcelona. 2004; 123(19):726-30.
30. Molerio O. Retos y contribuciones de la Psicología de la Salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en la Revista Psicología. Universidad de Chile 2004.
31. Clavijo Portieles A. Crisis, familia y Psicoterapia. infomed/bvs.sld.cu p. 241.
32. Rivas Estany E. Rehabilitación cardiovascular integral. Conceptos, Objetivos y Formas de aplicación. Rev. Cubana Cardiol. Cir. Cardiovasc 1988; 2(1): 29-41.
33. <http://www.tusalud.com.mx/120401.htm>
34. diccionario de terminologías medicas Salvat Mosby.

35. http://www.uc.cl/sw_edu/anathorn/acirculat/glosario.html
36. <http://www.worldreference.com>
37. <http://www.html.rincondelvago.com>
38. www.ganarsalud.com
39. <http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infarto-autocuidados.shtml>