

Proceso de enfermería para pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM)

¹Enf. Reyna Bricia Nava Bernal, ¹Enf. Evangelina Arce González, ¹Enf. María Isabel Torres Rosete, ²Enf. Yadira Hernández Juvenal

¹Hospital de Cardiología, ²Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI. IMSS

Introducción

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

La práctica de la enfermería está dirigida al bienestar social en coadyuvancia con otras disciplinas. Su mística es el cuidado del hombre en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que requiere aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar sus intervenciones en los usuarios con el fin de conservar y recuperar la salud.

Para lo cual, dichos profesionales requieren de fundamentos científicos propios, cristalizados en el proceso enfermero, que guíe en forma planeada, sistematizada y organizada sus acciones.

En particular el proceso de enfermería, para pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM), pretende identificar los problemas de salud reales y potenciales que permitan la toma de decisiones con base en el conocimiento y evidencia existente del cuidado de enfermería para ser aplicado en forma sistemática y organizada.

Objetivo

Identificar los problemas de salud reales y potenciales de un individuo con IAM a través de la metodología del proceso enfermero.

Definición

El IAM es la máxima expresión de la insuficiencia coronaria y se traduce patológicamente por la existencia de necrosis en una zona del músculo cardíaco.

Fisiopatología

La aterosclerosis es la enfermedad subyacente básica que afecta el tamaño de la luz coronaria, está caracterizada por cambios que se producen en el recubrimiento íntimo de las arterias.

Esto ocasiona una disminución brusca del flujo sanguíneo de una arteria coronaria, en la que se produce rápidamente un trombo, con la consiguiente supresión inmediata del aporte de oxígeno a un segmento del miocardio que conlleva a la isquemia, lesión y muerte de la célula.

Correspondencia:

Reyna Bricia Nava Bernal
Gardenia No. 104, Barrio de Xaltócan, Xochimilco, C.P. 16090. México D.F.
mirial@avantel.net.mx

Los infartos se describen a menudo según las capas miocárdicas afectadas:

Infarto subendocárdico. Está limitado a pequeñas áreas del miocardio sobre todo en la pared subendocárdica.
Infarto transmural. Afecta todo el grosor, es una necrosis extensa que abarca desde el endocardio hasta el epicardio.

La mayoría de los infartos al miocardio afectan al ventrículo izquierdo. No obstante, debido a las importantes consecuencias hemodinámicas, los infartos de ventrículo derecho se producen como una complicación del infarto transmural de la pared posterior del VI.

La isquemia celular persistente, interfiere en el metabolismo hístico miocárdico causando una rápida progresión de la lesión celular que resulta ser irreversible.

Sin las intervenciones adecuadas, la isquemia puede progresar hasta la necrosis, dado que el proceso de infarto puede requerir hasta seis horas para ser completado.

Cuadro clínico

La manifestación por excelencia del IAM es el dolor, este puede manifestarse durante el reposo o el esfuerzo; es de carácter opresivo, con sensación de aplastamiento detrás del esternón, con propagación a cuello, maxilar inferior y brazo izquierdo, acompañado de manifestaciones de reacción adrenérgica o vagal.

El dolor del IAM no siempre tiene estas características típicas y puede adoptar formas que se confunden con un proceso respiratorio, del aparato digestivo alto (indigestión) o un proceso inflamatorio de la pared torácica.

Dolor precordial: torácico, grave y prolongado de tipo opresivo con una duración > a 30 min, localizado en la región sub-esternal o precordial izquierda con sensación como un elemento sentado sobre el pecho, irradia hacia la espalda, cuello, mandíbula o

brazo izquierdo en dirección descendente por la zona cubital.

Manifestaciones de reacción vagal: náuseas, vómito, palidez, piel fría, piloerección, diaforesis y deseo de evacuar.

Manifestaciones de reacción adrenérgica: aumento de catecolaminas, de la frecuencia cardiaca, de excitabilidad cardiaca, del consumo de oxígeno (O₂) miocárdico, vasoconstricción, disminución de gasto cardiaco, cianosis periférica, hipotensión, pulso filiforme, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, fibrilación auricular, flúter auricular, angustia y finalmente sensación inminente de muerte.

Diagnóstico

Se realiza a través de electrocardiograma (ECG), como primer paso diagnóstico ante la sospecha de un infarto cardiaco (IAM). El hallazgo primordial es la elevación del segmento ST el cual indica que una arteria del miocardio está obstruida y el músculo cardiaco está sufriendo. En algunos pacientes esto evoluciona a un infarto completo lo que se denomina IAM sin onda Q (el trombo tiene un alto contenido plaquetario), IM con onda Q (el trombo esta compuesto por plaquetas, fibrina y glóbulos rojo).

Laboratorio

Marcadores en sangre: cuando las células cardiacas se dañan liberan diferentes enzimas y otras moléculas en el torrente circulatorio, estos marcadores pueden ayudar a predecir el IAM en pacientes con dolor torácico importante.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) se encuentra elevada en las primeras 12 horas, así como, los leucocitos en forma moderada, existe elevación pasajera de glucosa sérica en este caso como respuesta adrenérgica, troponinas (proteínas contractiles) se liberan cuando existe lesión del miocardio de 3 a 12 horas >0.6 mg/dl, la creatinfosfoquinasa:

(CPK) cuando mueren suficientes células miocárdicas se > la fracción miocárdica MB de la CPK >18.5 U/L entre las primeras 6 horas y 24 horas CPK >250 U/L.

La mioglobina (proteína que se encuentra en el músculo cardiaco), es liberada por el miocardio infartado dentro de las primeras dos horas.

La proteína C reactiva: es un producto presente en el proceso inflamatorio del miocardio > 0.8/mg/dl.

Imagenología

Radiografía de tórax: es un elemento de gran utilidad en el IAM porque ayuda a reconocer la presencia de hipertensión venocapilar, también puede mostrar signos de cardiomegalia de grado variable.

Ecocardiograma: identifica el área que presenta anomalías regionales, ayuda a detectar complicaciones asociadas con el IAM como: disfunción papilar, ruptura septal, trombos en ventrículo izquierdo (VI), movimiento anormal de ventrículo derecho (VD).

Tratamiento específico

Reposo absoluto, ministración de O₂ por puntas nasales, signos vitales basales, toma de ECG de 12 derivaciones, marcando al paciente con tinta de plumón indeleble en el sitio donde se toman las derivaciones precordiales, monitorización electrocardiográfica continua que deberá iniciarse en cuanto se sospecha el diagnóstico, creación de una vía endovenosa segura de gran calibre, toma de muestras de laboratorio, elaborar registros de enfermería.

Tratamiento farmacológico

- **Analgésicos:** una analgesia adecuada disminuye los niveles de catecolaminas circulantes y el consumo de O₂ miocárdico.

- Trombolíticos: del tipo de la estreptoquinasa sirve para lisar el coágulo y el máximo beneficio es dentro de las tres primeras horas.
- Nitratos: tienen efecto vasodilatador central, reducen la presión ventricular e incrementan el aporte de O₂ al miocárdio (isosorbide).
- Betabloqueadores: son fármacos antiadrenergicos que provocan <frecuencia cardiaca (Fc) y TA, disminuyendo los requerimientos de O₂ miocárdico (metoprolol, propranolol).
- Bloqueadores del canal del calcio: producen una vasodilatación coronaria y reduce las resistencias vasculares periféricas (nifedipina, verapamilo, felodipino).
- Digoxina: tiene acción directa sobre el músculo cardíaco, aumenta la fuerza de la contracción y disminuye al mismo tiempo la frecuencia cardiaca.
- Laxantes suaves: sirven para evitar la constipación intestinal propiciada por el reposo y efectos narcóticos.

Valoración clínica de enfermería por patrones de respuesta humana

A nivel cardiaco presencia de

- Taquicardia Fc. > 100 x'
 - Bradicardia Fc. < 60 x'
 - Ruidos cardiacos S3 S4
 - Murmullo sistólico
 - Frote pericardico
 - Hipertensión sistólica > 140 mm Hg y diastólica > 90 mm Hg
 - Presión arterial pulmonar aumentada
 - Resistencias vasculares sistémicas aumentadas
 - Gasto cardiaco disminuido
 - El bloqueo auriculoventricular completo: suele seguir al IAM
- Hipertensión: presiones sistólicas > 140 mm Hg y diastólica ≥ 90 mm Hg.
- Hipotensión: la presión sistólica puede ser < 10 o 15 mm Hg.

A nivel cerebral

- Mareos
- Agitación
- Alteración en los niveles de conciencia (sopor, estupor, coma).

A nivel periférico

- Palidez
- Piel fría
- Diaforesis profusa
- Cianosis
- Edema periférico
- Pulsos periféricos disminuidos.

Oxigenación

- Disnea
- Estertores
- Sibilancias crepitantes
- Respiración de Cheyen Stokes.

Con regulación física

- Ligera elevación de la temperatura las primeras 24 a 48 horas.

Nutrición

- Náuseas y vómito
- Zona hepática dolorosa
- Mucosas orales secas.

Eliminación

- Volumen urinario < 30 ml/h secundario a una disminución de la perfusión renal
- Incontinencia urinaria y fecal.

Movimiento

Actividad

- Estilo de vida sedentario
- Fatiga
- Debilidad
- Intolerancia a la actividad.

Reposo

- Menor de 8 horas de sueño.
- Insomnio.

Conservación del entorno

Incapacidad de conservar un ambiente seguro.

Conservación de la salud

Experimenta una menor capacidad de sostener o controlar un comportamiento necesario para mantener o mejorar su salud.

Autocuidado

Preocupación realista, miedos exagerados en relación a su entorno.

Percepción

Deprivación cognitiva, incapacidad de apreciar su relación entre el cuerpo y su entorno.

Problemas actuales de salud

Conocimiento

- Desconocimiento del padecimiento actual
- Factores de riesgo: hipertensión, dislipidemias (colesterol > 220mg/dl)
- Antecedentes heredo-familiares.
- Estrés
- Tabaquismo
- Obesidad
- Uso de anticonceptivos
- Vida sedentaria.

Sentimiento

Dolor

Calidad: sensación de aplastamiento detrás del esternón (como si tuviera un elefante sobre el pecho), localización: retroesternal y precordial izquierdo, irradiado hacia el brazo izquierdo, cuello, maxilares, dientes, área epigástrica y espalda.

Factores desencadenantes

Puede presentarse:

- Durante el reposo
- Durante el ejercicio
- Duración > a 30 min.

Factores de alivio

- No se alivia con el descanso
- No se alivia con vasodilatadores.

Emocional

- Intranquilidad, agresividad y llanto
- Vulnerabilidad
- Miedo a la muerte inminente.

Comunicación

- Alerta
- Deterioro del habla
- Confusión
- Estupor
- Coma.

Relaciones

- Estado civil: casado, poligamia, unión libre
- Edad: más frecuente en hombres > de 35 años
- En mujeres se incrementa con los cambios hormonales > 45 años.

Preocupaciones laborales

Personalidad tipo A (agresivo, competitivo, urgente sentido del tiempo).

Efectos de la enfermedad sobre la sexualidad

Temor al esfuerzo durante el coito, disfunción eréctil por efecto farmacológico.

Socialización

- Vida social activa
- Comidas copiosas
- Ingesta excesiva de alcohol
- Introverso
- Expresión de soledad.

Valoración

Práctica religiosa

- Respeto a su creencia religiosa
- Cuestionamiento espiritual
- Falta de práctica religiosa
- Presencia de artículos religiosos
- Sensación de vacío espiritual
- Solicita auxilio espiritual
- Sentimiento de negación
- Diversidad cultural
- Respeto a su individualidad.

Elección

Afrontamiento

- Falta de método para el control del estrés, enfrentamiento continuo al

estrés laboral, falta de tiempo para actividades recreativas, vida social activa.

Participación

- Incumplimiento del régimen alimenticio.
- Consumo de sustancias tóxicas
- Tratamiento farmacológico irregular.

Juicio

- Conflicto en la toma de decisiones
- Perspectiva del usuario
- Perspectiva de terceras personas hacia la toma de decisiones.

Problemas interdependientes

- Dolor torácico relacionado con el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio, manifestada por: dolor, diaforesis, piel fría, náusea, vómito, enrojecimiento de cara, comportamiento confuso, coma.
- Disminución del gasto cardiaco relacionado con descenso de la contractilidad del miocardio, manifestada por: palpitations, taquicardia, bradicardia, hipotensión, diaforesis, piloerección, palidez, cianosis, volumen urinario < a 30ml/h.
- Exceso potencial de volumen de líquidos relacionado con: reducción del flujo sanguíneo renal.
- Deterioro potencial del intercambio gaseoso relacionado con: incremento de la permeabilidad alveolar.
- Exceso potencial del volumen de líquidos relacionada con: la disminución del flujo sanguíneo renal.

Complicaciones potenciales

- Edema agudo pulmonar
- Arritmias ventriculares
- Extensión del infarto agudo
- Ruptura de músculos papilares
- Aneurismas ventriculares
- Insuficiencia cardiaca
- Choque cardiogénico
- Paro cardiaco

Diagnóstico de enfermería

- Deterioro de la comunicación relacionada con disminución del flujo sanguíneo cerebral manifestada por: dificultad para formar palabras o frases, disnea, déficit visual, estrés, sopor.
- Ansiedad relacionada con amenaza real o percibida a la integridad biológica manifestada por: verbalización de sentimientos vagos y difusos, temor, incertidumbre, pánico y nerviosismo.
- Posible sufrimiento espiritual relacionado con incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales, por falta de intimidad, de imágenes y de guía espiritual.
- Posible manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con la complejidad del tratamiento y de la enfermedad, dificultad con la regulación del régimen dietético.
- Intolerancia a la actividad relacionada con el desequilibrio en el aporte y demanda de oxígeno manifestada por: reducción de la capacidad fisiológica del usuario (fatiga, debilidad, vértigo, cianosis, disnea).
- Posible déficit de actividades recreativas relacionadas con hospitalización en la unidad coronaria, tratamientos frecuentes y prolongados.
- Afrontamiento familiar importante relacionado con sentimientos de culpa, ansiedad, hostilidad y desesperación.
- Afrontamiento inefectivo relacionado con incertidumbre, falta de confianza a la capacidad para afrontar la situación.
- Interrupción de los procesos familiares relacionados con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.
- Duelo anticipado relacionado con pérdida real o percibida del hogar, trabajo y procesos corporales.
- Patrones sexuales inefectivos relacionados con los efectos de la enfermedad manifestado por: preocupación de experimentar un cambio en su vida sexual.

- Déficit de autocuidado relacionado con debilidad, deterioro de la movilidad y de la capacidad para el traslado (uso del WC).
- Riesgo de caídas relacionado con administración de ansiolíticos para disminuir el consumo de oxígeno miocárdico y tranquilizantes (diazepán).
- Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, estrés emocional, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, aporte insuficiente de fibra y líquidos, antiácidos con aluminio, sedantes y bloqueadores del canal del calcio.
- Deterioro de la mucosa oral relacionado con reducción de la salivación, respiración bucal, estrés

manifestado por dificultad para hablar, xerostomía, edema y halitosis.

Pronóstico

En la persona que ha presentado un infarto agudo del miocardio, con evolución satisfactoria es de suma importancia eliminar y controlar los factores clásicos de riesgo para la enfermedad coronaria.

El pronóstico de un individuo que ha cursado con un evento de esta índole y que continua fumando, con niveles séricos de lípidos altos, diabetes mellitus sin control adecuado, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, tiene mayor riesgo de complicaciones posteriores y muerte.

La educación ha sido siempre una parte importante del proceso enfermero, este es un gran reto a medida que las modalidades del tratamiento y diagnóstico se hacen más complejas.

Una complicación más al problema, en relación al pronóstico del usuario, son las estancias hospitalarias más cortas, que significa que los usuarios son dados de alta con mayor rapidez, lo cual da como resultado un pronóstico incierto o de riesgo.

El usuario que ha sufrido un IAM sin complicaciones puede recuperarse de un ataque cardíaco, con una adecuada directriz terapéutica, dietética e iniciando un programa de ejercicios.

Bibliografía

1. INEGI/SSA 2001 Nac. (HYPERLINK <http://www.inegi.gob.mx>), (HYPERLINK <http://www.ssa.gob.mx>).
2. Johnson-Bulechek, McCloskey-Maas, Moorhead. Diagnóstico Enfermero. Resultados e Intervenciones, Interrelaciones NANDA, NOC YNIC, Madrid, España: Mosby/Doyma Libros; 2002.
3. P.W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. Proceso y diagnóstico de enfermería. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.
4. Marrine-Tomey. Modelos y Teorías en enfermería. Madrid, España: Mosby/Doyma Libros; 1994.
5. L.J. Carpenito. Diagnóstico de enfermería. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
6. L.J. Carpenito. Manual de Diagnóstico de enfermería. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
7. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Barcelona, España: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
8. Bertha A. Rodríguez Sánchez. Proceso de enfermería. México: Ediciones Cullar; 2000.
9. R. Pasternak, E. Braunwald, B.E. Sobel. Infarto agudo del miocardio. En: Eugene Braunwald. Tratado de cardiología. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1990.
10. Mary M. Canobbio. Trastornos cardiovasculares. Barcelona, España: Mosby/Doyma Libros; 1994.
11. Urden, Louch, Stayce. Cuidados intensivos en enfermería. Barcelona, España: Harcourt; 1999.
12. J.F. Guadalajara. Cardiopatía isquémica. En: J.F. Guadalajara Boo. Cardiología. México: Editor; 1988. p 723-819.
13. M.J. Kim, G.K. McFarland, A.M. McClane. Guía clínica de enfermería, Diagnóstico en enfermería y plan de cuidados. Madrid, España: Mosby/Doyma Libros.

Diagnóstico enfermero	Problema interdependiente	Objetivos	Plan de acciones		Razonamiento científico	Plan de alta	Resultados esperados
			Independiente	Intervención Interdependiente			
Dolor torácico relacionado con el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.	Monitorizar los signos del dolor.	Explicación de los procedimientos a realizar. Permitir expresión de sentimientos y llanto. Reposo absoluto en semifowler. Oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto. Monitoreo cardiaco.	Instalación de una vía venosa periférica o central. Administración de fármacos (narcóticos, analgésicos, nitritos, betabloqueadores, anticoagulantes). Dieta hiposódica moderada.	Disminuir niveles de ansiedad para evitar una respuesta simpática. Tener un acceso disponible intravenoso. Reducir la demanda de oxígeno miocárdico. Detectar los signos de hipotensión por efecto secundario de nitritos. Valoración de cambios para determinar la extensión del infarto.	Ausencia de dolor. Examinar con el usuario y su familia, las medidas de alivio no agresivas. Explicar el curso previsible de factores desencadenantes del dolor. Verbalizar los conocimientos que tiene de la enfermedad y efectos secundarios de los fármacos.	El usuario acude a su consulta externa cada mes para su control. Asiste a su rehabilitación cardiaca. Cumple con régimen médico y dietético. Realizará actividad física y recreativa.	
	Disminución del gasto cardiaco relacionado con insuficiencia contráctil	La enfermera controla y valora los signos y síntomas de bajo gasto cardiaco. Reposo absoluto. Valorar nivel de conciencia.	Ministración de fármacos (antiarrítmicos) Valorar los trazos electrocardiográficos.	Favorecer la conducción eléctrica y la demanda de oxígeno miocárdico La fibrilación ventricular es la causa principal de muerte a consecuencia del infarto al miocardio dentro de las primeras 12 horas. A través de una descarga eléctrica sincronizada provoca que todas las células miocárdicas se despolaricen simultáneamente permitiendo que el nodo sinusal recupere el control.	Recupera el rango normal del gasto cardiaco. Asimilará la terapia de fármacos y otros tratamientos.	Integración a su núcleo familiar y social.	
		Oxígeno por puntas nasales. Monitoreo de signos vitales Monitoreo cardiaco continuo. Electrocardiograma de 12 derivaciones. Mantener un ambiente tranquilo.	Terapia eléctrica.				

Diagnóstico enfermero	Problema interdependiente	Objetivos	Plan de acciones		Resultados esperados	
			Independiente	Intervención Interdependiente	Razonamiento científico	Plan de alta
Ansiedad relacionado con la pérdida de la integridad biológica.	Mejorar los mecanismos de adaptación del usuario para controlar la ansiedad.	Explicar los procedimientos a realizar.	Ministración de fármacos (ansiolíticos) diazepam 5 mg cada 24 horas.	La ansiedad que progresa hasta convertirse en pánico estimula la respuesta simpática mediante la liberación de catecolaminas, las cuales contribuyen al aumento de la demanda de oxígeno miocárdico.	El usuario y su familia analizan la importancia del programa de ejercicio regular.	El usuario y su familia tiene el conocimiento de la importancia de los programas de ejercicios.
		Valorar el nivel de ansiedad: leve, moderada pánico.	Interconsulta a rehabilitación cardiaca para inicio de un programa.		Adiestramiento en técnicas de relajación.	Programas de ejercicios.
Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución del flujo sanguíneo	Transmitir mensajes claros, comprensibles.	Mantener un ambiente tranquilo y seguro, mediante: música terapia, lectura y colaboración familiar.		Realizar un ejercicio programado permite que disminuya el estrés, favorece la relajación y oxigenación de músculo.	Ausencia de signos y síntomas de ansiedad manifestado: por entusiasmo, alegría y confianza para expresar sus sentimientos.	Cumple con las citas de rehabilitación cardiaca.
		Técnicas de comunicación eficaz.	Ministración de fármacos vasodilatadores y diuréticos.	Los buenos comunicadores son también buenos oyentes que escuchan tanto los hechos como los sentimientos.	Muestra voluntad para asumir la responsabilidad de la comunicación.	Comunicación verbal y no verbal congruente.
		Hablar con claridad mirando al usuario.				Demuestra un aumento en la capacidad de entender.
		Proporcionar métodos de comunicación: Papel, lápiz, letras de alfabeto, etc.		La comprensión y la simpatía son elementos terapéuticos, ya que pueden aumentar la capacidad del usuario para enfrentarse con la situación.		
		Usar contacto y los gestos para mejorar la comunicación.				
		Monitorizar signos de bajo gasto cardiaco.		La comunicación eficaz es un proceso interactivo de 2 o más personas.		
		Proporcionar mensajes claros y simples usando un lenguaje comprensible para el usuario.		Mejorar la oxigenación cerebral.		

Diagnóstico enfermero	Problema interdependiente	Objetivos	Plan de acciones		Resultados esperados	
			Independiente	Intervención Interdependiente	Razonamiento científico	Plan de alta
Patrones sexuales inefectivos relacionados con los efectos de una enfermedad aguda.	El usuario identificará los factores de estrés. Obtendrá un nivel de satisfacción en su actividad sexual, compatible con su capacidad funcional.	Proporcionar información específica al usuario y la pareja sobre sus limitaciones: explicar que de 5 a 8 semanas la actividad sexual es segura. Clarificar mitos y mala información en relación al sexo oro-genital, evitar el sexo anal ya que la penetración produce una estimulación vaginal. Informar que hay posturas para el coito que conservan la energía. Informar al paciente sobre posibles efectos secundarios de los fármacos.	Los usuarios que reciben educación y cosejería, comunican mejor su satisfacción y rendimiento a la disminución de su ansiedad. Los medicamentos prescritos como los betabloqueadores, nitratos, ansiolíticos frecuentemente pueden afectar la libido y disfunción eréctil.	El usuario y su pareja manifiestan bienestar y expresan entendimiento de los efectos de los fármacos. Comprende las limitaciones de la enfermedad. Disminución de la ansiedad y el estrés.	El usuario se integra a su núcleo familiar y expresa actividad sexual, de 5 a 8 semanas posterior al infarto.	
Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas	El usuario comprenderá la importancia de modificar los hábitos alimenticios para el control de su enfermedad. Sugiere técnicas para cambiar los hábitos alimenticios. Recomienda cambios dietéticos en colaboración con el usuario y sus familiares.	Remite al usuario con la dietista para la planeación de régimen dietético.	La motivación se produce cuando el usuario identifica una necesidad significativa. La identificación de preferencias alimenticias aumenta la probabilidad del cumplimiento dietético.	Identifica los alimentos bajos en carbohidratos y grasas saturadas. Compromiso para el cambio en el estilo de vida.	Registro diario de alimentos según la dieta estipulada. Realiza ejercicios en forma regular.	
Sufrimiento espiritual relacionado con incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales	El usuario manifestará sus inquietudes relacionadas con la espiritualidad. Proporciona referencia al consejero espiritual. Enseña estrategias cognitivas a través de folletos de oración, meditación diaria. Congruencia entre el nivel de lectura y las preferencias religiosas.	Coordinación con trabajo social para permitir el paso del guía espiritual.	Aclaración de los valores religiosos ayudara al usuario a su mejor desarrollo espiritual. El bienestar y sufrimiento espiritual pueden diferir de un día a otro, en relación al ejercicio espiritual.	El usuario manifiesta satisfacción y bienestar espiritual.	Expresa como se integra a su grupo religioso.	