

Nº/16
2 EV.



Universidad Nacional Autónoma de México

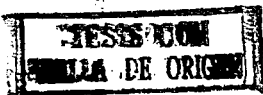
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROCESO ATENCION ENFERMERIA AL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Que para obtener el Título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA
p r e s e n t a
RAQUEL LARA AGUILERA

México, D. F.

1992





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANATOMIA Y FISIOLOGIA CARDIACA	3
HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA	10
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	26
EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	39
METODOLOGIA Y OBJETIVOS	48
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA	50
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INTRODUCCION

LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA CLINICA POR SER LA COMPLICACION A DONDE VAN A DESEMBOCAR A CORTO O LARGO PLAZO LAS CARDIOPATIAS QUE HAYAN DAÑADO SEVERAMENTE AL MIOCARDIO, EN ÉPOCA ACTUAL LA INSUFICIENCIA CARDIACA CADA VEZ ES MÁS COMÚN DEBIDO A QUE MAYOR NUMERO DE PACIENTES SOBREVIVEN A LESIONES CARDIACAS, ESTE SÍNDROME CONSTITUYE UN RETO PARA LA ENFERMERA QUE DEBE IDENTIFICARLO DESDE SU INICIO PARA PROPORCIONAR ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y EVITAR COMPLICACIONES MAYORES. BRINDAR ATENCIÓN ADECUADA Y OPORTUNA CUANDO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO Y COOPERAR CON SU FAMILIA PARA LOGRAR UNA PRONTA REHABILITACIÓN.

PARA LOGRAR LO ANTERIOR LA ENFERMERA PUEDE VALERSE DEL MÉTODO COMO ES EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EL CUAL CONSIDERA ASPECTOS DE INVESTIGACIÓN, DETECCIÓN DE NECESIDADES, PLAN DE CUIDADOS, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

LA ESCENCIA DEL PROCESO IMPLICA EL ORDENAMIENTO LÓGICO Y MENTAL DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN BASE A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DEL PACIENTE.

A PARTIR DE LA VALORACIÓN INICIAL, CON LOS DATOS OBTENIDOS PUEDE ELABORARSE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, DICHO DIAGNÓSTICO DESCRIBE UN CONJUNTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SEÑALAN UN PROBLEMA DE SALUD QUE REQUIERE DE UNA ACCIÓN DE ENFERMERÍA, EN SEGUIDA SE ESTABLECEN LOS OBJETIVOS ADECUADOS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA DETECTADO Y SE ELABORA UN PLAN DE ACCIÓN QUE AL SER IMPLEMENTADO DEBE RESOLVER EL PROBLEMA, DURANTE ESTA ETAPA LA ENFERMERA EVALÚA DE MANERA CONSTANTE AL PACIENTE Y SUS RESPUESTAS A LAS ACCIONES EJECUTADAS, SE HACEN CAMBIOS AL PLAN DE ASISTENCIA CONFORME EN LA MEDIDA EN QUE SE REASIGNAN PRIORIDADES.

PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO SE ELIGIÓ UN PACIENTE DE SEXO FEMENINO CON CINCUENTA AÑOS DE EDAD ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS DEL ISSSTE, CONOCIDA AMPLIAMENTE POR ATENDERSE EN LA CONSULTA EXTERNA Y POR MÚLTIPLES INGRESOS CON PROBLEMAS CARDIACOS.

EN ESTA OCASIÓN INGRESÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS CON DIAGNÓSTICO DE ANGOR INESTABLE E INSUFICIENCIA CARDIACA, Y ES TRASLADADA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA SU ATENCIÓN.

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ES CON EL MODELO BRITANICO DE ROPER, LOGAN Y TIERNEY CON LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN INICIAL, PLANEACIÓN (VALORACIÓN DIARIA), REALIZACIÓN Y VALORACIÓN FINAL.

LA VALORACIÓN INICIAL SE REALIZA A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA, CON LOS DATOS OBTENIDOS SE ELABORA EL DIAGNÓSTICO Y LA DETECCIÓN DE NECESIDADES.

LA PLANEACIÓN INICIAL CON EL PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO, EL ESTADO DE SALUD SE VALORA DIARIAMENTE; EN UN FORMATO SE MARCAN LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS Y SE PLANEA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

LA VALORACIÓN FINAL SE REALIZA CUANDO EL PACIENTE EGRESA Y SE HACE UNA VISITA A SU DOMICILIO, SE MENCIONA EL ESTADO DE SALUD QUE GUARDA EL PACIENTE AL CERRAR EL ESTUDIO.

ANATOMIA Y FISILOGIA CARDIACA

MARCO TEORICO
ANATOMIA Y FISILOGIA CARDIACA

CORAZON

ES UN ÓRGANO MUSCULAR HUECO SITUADO EN EL MEDIASTINO, OCUPA EL ESPACIO QUE QUEDA ENTRE LOS PULMONES, DOS TERCERAS PARTES DE LA MASA SE ENCUENTRAN A LA IZQUIERDA DE LA LINEA MEDIA DEL CUERPO Y LA OTRA TERCERA PARTE A LA DERECHA.

TIENE LA FORMA Y TAMAÑO DE LA MANO EMPUÑADA, SU PESO ES DE UNOS 300g. EL BORDE INFERIOR FORMA UN ÁNGULO ROMO LLAMADO VÉRTICE O PUNTA SE ENCUENTRA ORIENTADO HACIA LA IZQUIERDA Y SE APOYA SOBRE EL DIAFRAGMA, EN EL QUINTO ESPACIO INTERCOSTAL, EL BORDE SUPERIOR O BASE ESTÁ INMEDIATAMENTE ABAJO DE LA SEGUNDA COSTILLA.

ENVOLTURA

EL CORAZÓN TIENE UNA ENVOLTURA ESPECIAL, UN SACO QUE LO ENVUELVE LLAMADO PERICARDIO. CONSISTE EN DOS PARTES:

- PERICARDIO FIBROSO
- PERICARDIO SEROSO:
 - HOJA PARIETAL
 - HOJA VISCERAL, SE ADHIERE AL EXTERIOR DEL CORAZÓN.

ENTRE LAS HOJAS HAY UN ESPACIO VIRTUAL QUE CONTIENE ESCASO VOLUMEN DE LÍQUIDO QUE LUBRICA LAS SUPERFICIES Y REDUCE LA FRICCIÓN EN CADA CONTRACCIÓN DEL MIOCARDIO. LA PARTE PRINCIPAL DE LA PARED DEL CORAZÓN CONSISTE EN TEJIDO MUSCULAR LISO DANDO LUGAR AL MÚSCULO CARDIACO O MIOCARDIO, EL INTERIOR DE ESTA PARED ESTÁ REVESTIDA DE UNA CAPA DELICADA DE TEJIDO, ENDOCARDIO.

CAVIDADES

EL INTERIOR DEL CORAZÓN ESTÁ DIVIDIDO EN CUATRO CAVIDADES, DOS SUPERIORES Y DOS INFERIORES. LAS CAVIDADES SUPERIORES SON LAS AURÍCULAS Y LAS CAVIDADES INFERIORES LOS VENTRÍCULOS.

LOS VENTRÍCULOS SON MAYORES Y SU PARED ES MAS GRUESA QUE LA DE LAS AURÍCULAS PORQUE LA ACCIÓN DE BOMBEO QUE DESEMPEÑA TAMBIÉN ES MAYOR. LA PARED COMÚN QUE SEPARA A LAS CÁMARAS DERECHAS DE LAS IZQUIERDAS ES EL TABIQUE INTERAURICULAR O INTERTENTRÍCULAR.

LOS VENTRÍCULOS BOMBEAN SANGRE A LAS ARTERIAS Y LAS AURÍCULAS RECIBEN LA QUE LLEGA DE LAS VENAS.

DADA LA POSICIÓN DEL CORAZÓN EN LA CAVIDAD TORACICA EL VENTRÍCULO IZQUIERDO ORIGINA EL LATIDO APICAL O PUNTO MÁXIMO IM PULSO QUE LA ENFERMERA ADVIERTE EN EL HEMITORAX IZQUIERDO.(1)

VALVULAS CARDIACAS

LAS VALVULAS CARDIACAS PERMITEN EL FLUJO UNICIRECCIONAL DE LA SANGRE, ESTÁN COMPUESTAS POR HOJUELAS DELGADAS DE TEJIDO FIBROSO QUE SE ABRE Y CIERRA EN FORMA PASIVA COMO REACCIÓN A CAMBIOS TENSIONALES Y AL FLUJO DE LA SANGRE, SON DOS TIPOS DE VÁLVULAS: AURÍCULOVENTRICULARES Y SEMILUNARES.

AURÍCULOVENTRICULARES SEPARAN LAS AURÍCULAS DE LOS VENTRÍCULOS. LA TRICUSPIDEA CONSISTE ENTRES HOJUELAS, SEPARA LA AURÍCULA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y LA MITRAL O BICÚSPIDE SEPARA LA AURÍCULA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.

LAS VALVULAS SEMILUNARES ESTÁN SITUADAS ENTRE CADA VENTRÍCULO Y LA ARTERIA CORRESPONDIENTE:

VALVULAS PULMONAR DIVIDE EL VENTRÍCULO DERECHO DE LA ARTERIA PULMONAR.

VALVULA AORTICA SEPARA EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA ARTERIA AORTA.

CUANDO ESTAS VALVULAS ESTÁN CERRADAS, LA SANGRE LLENA LOS ESPACIOS ENTRE LAS VALVULAS Y LA PARED DEL VASO, IMPIDIENDO EL FLUJO RETROGRADO.(2)

(1) BRUNNER SUDDARTH, ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA, VOL. I, 6ªED., EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1989, PAG.522.

(2) OP.CIT BRUNNER SUDDARTH, E.M.Q., PAG.523

LOS VENTRÍCULOS SON MAYORES Y SU PARED ES MAS GRUESA QUE LA DE LAS AURÍCULAS PORQUE LA ACCIÓN DE BOMBEO QUE DESEMPEÑA TAMBIÉN ES MAYOR. LA PARED COMÚN QUE SEPARA A LAS CÁMARAS DERECHAS DE LAS IZQUIERDAS ES EL TABIQUE INTERAURICULAR O INTERVENTRÍCULAR.

LOS VENTRÍCULOS BOMBEAN SANGRE A LAS ARTERIAS Y LAS AURÍCULAS RECIBEN LA QUE LLEGA DE LAS VENAS.

DADA LA POSICIÓN DEL CORAZÓN EN LA CAVIDAD TORACICA EL VENTRÍCULO IZQUIERDO ORIGINA EL LATIDO APICAL O PUNTO MÁXIMO IM PULSO QUE LA ENFERMERA ADVIERTE EN EL HEMITORAX IZQUIERDO.(1)

VALVULAS CARDIACAS

LAS VALVULAS CARDIACAS PERMITEN EL FLUJO UNICIRECCIONAL DE LA SANGRE, ESTÁN COMPUESTAS POR HOJUELAS DELGADAS DE TEJIDO FIBROSO QUE SE ABRE Y CIERRA EN FORMA PASIVA COMO REACCIÓN A CAMBIOS TENSIONALES Y AL FLUJO DE LA SANGRE, SON DOS TIPOS DE VALVULAS; AURÍCULOVENTRICULARES Y SEMILUNARES.

AURÍCULOVENTRICULARES SEPARAN LAS AURÍCULAS DE LOS VENTRÍCULOS. LA TRICUSPIDEA CONSISTE ENTRES HOJUELAS, SEPARA LA AURÍCULA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y LA MITRAL O BICÚSPIDE SEPARA LA AURÍCULA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.

LAS VALVULAS SEMILUNARES ESTÁN SITUADAS ENTRE CADA VENTRÍCULO Y LA ARTERIA CORRESPONDIENTE:

VALVULAS PULMONAR DIVIDE EL VENTRÍCULO DERECHO DE LA ARTERIA PULMONAR.

VALVULA AORTICA SEPARA EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA ARTERIA AORTA.

CUANDO ESTAS VALVULAS ESTÁN CERRADAS, LA SANGRE LLENA LOS ESPACIOS ENTRE LAS VALVULAS Y LA PARED DEL VASO, IMPIDIENDO EL FLUJO RETROGRADO. (2)

(1) BRUNNER SUDDARTH, ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA, VOL. I, 6ªED., EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1989, PAG.522.

(2) OP.CIT BRUNNER SUDDARTH, E.M.Q., PAG.523

VASCULARIZACION DEL CORAZON

EL CORAZÓN ABASTECE DE SANGRE EL RESTO DEL ORGANISMO PERO RECIBE SU SANGRE OXIGENADA DE SUS DOS ARTERIAS CORONARIAS Y SUS RAMAS. SU SANGRE DESOXIGENADA ES DRENADA POR SIETE VENAS CARDIACAS. DURANTE LA SÍSTOLE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO LA SANGRE ES EXPULSADA HACIA LA AORTA. DURANTE LA DÍASTOLE, LA SANGRE FLUYE HACIA LOS OSTIA CORONARIOS Y SE DISTRIBUYE A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS PARA NUTRIR EL MÚSCULO CARDIACO.

LA ARTERIA CORONARIA DERECHA SUMINISTRA SANGRE A LA AURÍCULA DERECHA (INCLUSO A LOS NODOS SA Y AV DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN) PARTE DE LA AURÍCULA IZQUIERDA Y CASI TODO EL VENTRÍCULO DERECHO ASÍ COMO LA PARTE INFERIOR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.

LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA, QUE SE RAMIFICA EN LAS ARTERIAS INTERVENTRICULARES ANTERIOR Y CIRCUNFLEJA, ABASTECE SANGRE A LA AURÍCULA IZQUIERDA, CASI TODO EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA MAYOR PARTE DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR. MUCHAS ARTERIAS COLATERALES CONECTAN LAS RAMAS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS DERECHA E IZQUIERDA PERO ESTAS POR LO GENERAL NO SON IMPORTANTES DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO.

LAS VENAS CARDIACAS YACEN SUPERFICIALES A LAS ARTERIAS, LA VENA MAS GRANDE, EL SENO CORONARIO, SE ENCUENTRAN EN LA PARTE POSTERIOR DEL SURCO CORONARIO Y DESEMBOCAN EN LA AURÍCULA DERECHA. LA MAYOR PARTE DE LAS VENAS CARDIACAS PRINCIPALES SE VACIAN EN EL SENO CORONARIO, EXCEPTO LAS CARDIACAS ANTERIORES QUE DESEMBOCAN EN LA AURICULA DERECHA.

LOS VASOS CORONARIOS DEBEN DISTRIBUIR SANGRE RÁPIDAMENTE Y A ALTA PRESIÓN POR LO QUE, SUS CAPAS INTERNAS SON ESPECIALMENTE VULNERABLES A LESIÓN O ACUMULACIÓN DE COLESTEROL Y GRASAS QUE PRODUCEN PLACAS ATEROESCLERÓTICAS.(3)

(3) KLUSEK HAMILTON H., ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DE LA SERIE BIBLIOTECA CLÍNICA PARA ENFERMERAS, EDITORIAL CIENTÍFICA PLM, MÉXICO, 1985 PÁG.11.

FUNCION

EL CORAZÓN ES UNA BOMBA MUSCULAR QUE IMPULSA SANGRE HACIA EL ÁRBOL VASCULAR CON PRESIÓN SUFICIENTE PARA FOMENTAR LA CIRCULACIÓN ÓPTIMA Y SATISFACER LAS DEMANDAS VARIABLES DE LAS CÉLULAS DE LA ECONOMÍA.

CICLO CARDIACO

CICLO CARDIACO SIGNIFICA UN LATIDO COMPLETO DEL CORAZÓN, CONSISTE EN CONTRACCIÓN (SISTOLE) Y RELAJACIÓN (DIASTOLE) DE AMBAS AURÍCULAS, ADEMÁS DE LA CONTRACCIÓN Y LA RELAJACIÓN DE LOS DOS VENTRÍCULOS. LAS AURÍCULAS SE CONTRAEN SIMULTANEAMENTE; EN SEGUIDA AL PRESENTAR RELAJACIÓN, LOS DOS VENTRÍCULOS SE CONTRAEN Y SE RELAJAN, DE MANERA QUE EL CORAZÓN NO SE CONTRAE GLOBALMENTE COMO UNIDAD; LAS AURÍCULAS PERMANECEN RELAJADAS DURANTE PARTE DE LA RELAJACIÓN VENTRICULAR, Y DESPUÉS SE INICIA UN NUEVO CICLO.

1.- LA FUERZA DE CONTRACCIÓN DE LAS AURÍCULAS COMPLETA EL VACIAMIENTO DE LA SANGRE HACIA LOS VENTRÍCULOS. LAS VALVULAS AURICULOVENTRICULARES ESTÁN OBLIGADAMENTE ABIERTAS DURANTE ESTA FASE, LOS VENTRÍCULOS RELAJADOS, LLENÁNDOSE DE SANGRE, Y LAS VALVULAS SEMILUNARES CERRADAS DE MANERA QUE LA SANGRE NO FLUYA HACIA LA ARTERIA PULMONAR NI A LA AORTA.

2.- LAS AURÍCULAS SE RELAJAN Y ENTRA SANGRE A LAS MISMAS DESDE LAS VENAS DURANTE LA PRIMERA PORCIÓN DE LA DIÁSTOLE Y COMIENZA A DRENAR HACIA LOS VENTRÍCULOS EN LA ÚLTIMA PORCIÓN DE LA DIÁSTOLE, AL TIEMPO QUE LOS VENTRÍCULOS SE CONTRAEN Y EXPULSAN SANGRE POR LAS VALVULAS SEMILUNARES HACIA LOS VENTRÍCULOS; LAS VALVULAS SEMILUNARES SE CIERRAN Y LOS VENTRÍCULOS COMIENZAN A LLENARSE CON SANGRE QUE PROVIENE DE LAS AURÍCULAS. (4)

(4) PARKER ANTHONY C., ANATOMIA Y FISILOGIA, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1989, PAG.84.

SISTEMA DE CONDUCCION

EL SISTEMA DE CONDUCCIÓN DEL CORAZÓN ESTÁ FORMADO POR CUATRO ESTRUCTURAS:

NUDO SINO AURÍCULAR
NUDO AURICULO VENTRÍCULAR
FASCÍCULO AURÍCULO VENTRÍCULAR O HAZ DE HIS
FIBRAS DE PURKINJE

LAS CÉLULAS ESPECIALIZADAS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN GENERA Y CONDUCE IMPULSOS ELECTRICOS A LAS CELULAS DEL MIOCARDIO, FENOMENO QUE CULMINA EN SU CONTRACCION, EL RITMO DEL CORAZON ES CONTROLADO POR EL NUDO SINO AURÍCULAR (SA) CONOCIDO COMO MARCAPASO DEL CORAZÓN ORIGINA LA CONTRACCIÓN DEL MIOCARDIO, SU RITMO NORMAL DE DESCARGA ES DE 70-75 IMPULSOS POR MINUTO.

EL NODULO ESTA CONTROLADO EN CIERTA FORMA POR UNA RAMA DEL SISTEMA NERVIOSOS PARASIMPATICO, CONOCIDO COMO NERVIIO VAGO. UNA VEZ INICIADO EL IMPULSO, VIAJA A TRAVES DE AMBAS AURÍCULAS POR VIAS CONECTIVAS INTERNODALES E INTERAURICULARES HACIENDO QUE LAS AURICULAS SE CONTRAIGAN (SISTOLE) Y DESCARGUEN EL RESTO DE SU CONTENIDO EN LOS VENTRICULOS. ENTONCES EL IMPULSO LLEGA A LA UNIÓN AURICULO VENTRICULAR (AV) DONDE SE RETRASA BREVEMENTE, DICHO RETRASO PERMITE A LOS VENTRICULOS LLENARSE COMPLETAMENTE E IMPIDE (HASTA CUANDO PUEDE) LA POSIBILIDAD DE QUE EL VENTRICULO SEA ESTIMULADO POR MÚLTIPLES IMPULSOS ERRATICOS.

CUANDO EL IMPULSO DEJA LA UNION AV, SE DIRIJE HACIA ABAJO A TRAVES DEL FACICULO PRINCIPAL QUE SE BIFURCA EN DOS RAMAS PRINCIPALES, LA RAMA IZQUIERDA Y LA RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS. LA RAMA IZQUIERDA SE SUBDIVIDE Y FORMA LOS RAMALES IZQUIERDO Y ANTERIOR E IZQUIERDO POSTERIOR. EL IMPULSO SIGUE BAJANDO POR ELLAS HASTA LA RED DE PURKINJE, QUE TRASMITE EL IMPULSO A MUCHAS PARTES DE LOS VENTRICULOS Y COMPLETA LA DESPOLARIZACIÓN, CAUSANDO CONTRACCIÓN VENTRICULAR Y EXPULSIÓN DE SANGRE DE VENTRÍCULOS. (5)

VASOS SANGUINEOS

HAY TRES TIPOS DE VASOS SANGUINEOS: ARTERIAS, VENAS Y CAPILARES. ARTERIAS, SON VASOS QUE TRANSPORTAN SANGRE EN DIRECCIÓN CENTRÍFUGA EN CUANTO AL CORAZÓN. TODAS LAS ARTERIAS, EXCEPTO LA PULMONAR Y SUS RAMAS, TRANSPORTAN SANGRE OXIGENADA, LAS ARTERIAS DE PEQUEÑO CALIBRE SE LLAMAN ARTERIOLAS.

VENAS SON VASOS QUE LLEVAN SANGRE HACIA EL CORAZÓN, TODAS LAS VENAS, EXCEPTO LAS PULMONARES POSEEN SANGRE DESOXIGENADA; LAS VENAS DE PEQUEÑO CALIBRE SE LLAMAN VENULAS. LAS ARTERIAS Y LAS VENAS SON ESTRUCTURAS MACROSCÓPICAS.

LOS CAPILARES SON ESTRUCTURAS MICROSCÓPICAS QUE CONDUCE SANGRE DE ARTERIOLAS A VENULAS. LA FUNCIÓN PRINCIPAL DE LA SANGRE ES TRANSPORTAR SUSTANCIAS INDISPENSABLES A LAS CELULAS Y EXTRAER OTRAS DE LAS MISMAS, LA ENTRADA Y SALIDA DE ESTAS SUSTANCIAS OCURRE EN LOS CAPILARES, POR LO TANTO SE LES CONSIDERA LOS VASOS SANGUINEOS MAS IMPORTANTES. (6)

CIRCULACION

EL NOMBRE CIRCULACIÓN DE LA SANGRE SUGIERE SU SIGNIFICADO; FLUJO DE LA SANGRE POR VASOS DISPUESTOS PARA FORMAR UN CIRCUITO O CÍRCULO. LA SANGRE FLUYE DEL CORAZÓN (VENTRÍCULO IZQUIERDO) A TODOS LOS VASOS SANGUINEOS EXCEPTO LOS PULMONARES, Y VUELVE AL CORAZÓN (AURICULA DERECHA) Y A ELLO SE LLAMA CIRCUITO MAYOR O GENERAL.

EL VENTRÍCULO IZQUIERDO IMPULSA SANGRE A LA AORTA ASCENDENTE DESDE LA CUAL FLUYE A ARTERIAS QUE LA TRANSPORTAN A DIVERSOS ÓRGANOS Y TEJIDOS DE LA ECONOMÍA. DENTRO DE CADA ESTRUCTURA LA SANGRE PASA DE ARTERIAS A ARTERIOLAS Y LUEGO A CAPILARES; EN ESTE SITIO HAY RECAMBIO VITAL DE DOBLE SENTIDO ENTRE LA SANGRE Y LAS CELULAS. DESPUES LA SANGRE FLUYE DE CADA ORGANO POR LAS VÉNULAS, LAS VENAS Y POR ÚLTIMO DRENA EN LAS VENAS CAVAS INFERIOR O SUPERIOR, LLEVANDO SANGRE DE RETORNO AL CORAZÓN QUE DESEMBOCAN EN LA AURÍCULA DERECHA, CERRANDO EL CIRCUITO MAYOR. (7)

(6) OP.CIT. PARKER ANTHONY C., ANATOMIA Y FISILOGIA, PAG. 284-285

(7) OP.CIT. PARKER ANTHONY C., ANATOMIA Y FISILOGIA, PAG. 207

CIRCUITO PULMONAR O MENOR. LA SANGRE VENOSA VA DE AURÍCULA DERECHA A VENTRÍCULO DERECHO EL CUAL LA IMPUSA A LA ARTERIA PULMONAR, ARTERIOLAS Y CAPILARES DE LOS PULMONES, SITIO DONDE OCURRE EL RECAMBIO DE GASES ENTRE LA SANGRE Y EL AIRE DE MANERA QUE LA SANGRE SE CONVIERTE EN ARTERIAL. LA SANGRE OXIGENADA CURSA POR LAS VENULAS PULMONARES A CUATRO VENAS PULMONARES Y VUELVE A LA AURÍCULA IZQUIERDO Y ASÍ SE COMPLETA EL CÍRCULO. (8)

PRESION ARTERIAL

LA PRESIÓN ARTERIAL ES LA PRESIÓN DE LA SANGRE PULSANDO EN LAS ARTERIAS. LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA ES LA PRESIÓN EJERCIDA EN LOS VASOS SANGUINEOS DURANTE LA SÍSTOLE VENTRICULAR (CONTRACCIÓN). PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA ES LA PRESION EJERCIDA EN LOS VASOS DURANTE LA DIÁSTOLE VENTRICULAR (EN REPOSO).

LAS VARIABLES QUE REGULAN LA PRESIÓN ARTERIAL SON INTERACCIONES ENTRE VARIOS MECANISMOS: EL FACTOR DETERMINANTE PRINCIPAL ES EL VOLUMEN DE SANGRE EN LAS ARTERIAS, ESTÁ EN RAZÓN DIRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL; SIGNIFICA QUE AL AUMENTAR EL VOLUMEN DE SANGRE ARTERIAL AUMENTA LA PRESIÓN. Y A LA INVERSA, MENOR VOLÚMEN DE SANGRE ARTERIAL. MUCHOS FACTORES INFLUYEN EN EL VOLÚMEN SANGUINEO DE LAS ARTERIAS, DOS DE LOS MAS IMPORTANTES SON EL GASTO CARDIACO MUNUTO Y LA RESISTENCIA PERIFÉRICA.

GASTO CARDIACO

EL VOLÚMEN DE SANGRE EXPULSADA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO HACIA LA AORTA EN CADA MINUTO, EN ADULTOS NORMALES ES DE UNOS 5L/MIN TODO AQUELLO QUE HACE AL CORAZÓN LATIR MAS RÁPIDAMENTE O QUE TORNA LA CONTRACCIÓN MÁS ENERGICA, AUMENTA EL VOLUMEN SISTÓLICO Y COMO CONSECUENCIA AUMENTA EL GASTO CARDIACO. Y A LA INVERSA. (9)

(8) OP.CIT.,PARKER ANTHONY,ANATOMIA Y FISIOLOGIA, PAG.297

(9) OP.CIT.,BRUNNER SUDDARTH, E.N.Q., PAG. 525.

HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

CONCEPTO "Es un síndrome en el cual el corazón se encuentra incapacitado para mantener su función de bomba y proporcionar un adecuado aporte sanguíneo a los tejidos en relación con las demandas metabólicas de los mismos". (10)

Es frecuente que el síndrome de insuficiencia cardíaca se inicie con la insuficiencia de una cavidad del corazón y progresa hasta abarcar las otras convirtiéndose en insuficiencia cardíaca progresiva.

Se dice que existe una insuficiencia cardíaca congestiva cuando el corazón no es capaz de recibir o expulsar la sangre que recibe originando una congestión circulatoria.

En la insuficiencia cardíaca el problema principal radica en la lesión o inhibición de las fibras del miocardio, y disminuye el volumen sistólico, este depende de tres factores: precarga, contractilidad y postcarga.

La precarga guarda relación directa con la ley de Starling del corazón, la cual señala que el volumen de sangre que llega a la vena es directamente proporcional a la presión generada por la longitud de las fibras cardíacas distendidas.

Contractilidad son las modificaciones de la fuerza de contracción en el nivel celular y no depende de cambios en la longitud de dichas fibras.

La postcarga es el grado de presión que debe generar el ventrículo para impulsar la sangre contra el gradiente tensional creado por las válvulas semilunares.

En la insuficiencia cardíaca se alteran uno o más de los tres factores mencionados al grado que disminuye el gasto cardíaco normal.

HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

CONCEPTO "Es un síndrome en el cual el corazón se encuentra incapacitado para mantener su función de bomba y proporcionar un adecuado aporte sanguíneo a los tejidos en relación con las demandas metabólicas de los mismos". (10)

Es frecuente que el síndrome de insuficiencia cardíaca se inicie con la insuficiencia de una cavidad del corazón y progresar hasta abarcar las otras convirtiéndose en insuficiencia cardíaca progresiva.

Se dice que existe una insuficiencia cardíaca congestiva cuando el corazón no es capaz de recibir o expulsar la sangre que recibe originando una congestión circulatoria.

En la insuficiencia cardíaca el problema principal radica en la lesión o inhibición de las fibras del miocardio, y disminuye el volumen sistólico, este depende de tres factores: precarga, contractilidad y postcarga.

La precarga guarda relación directa con la ley de Starling del corazón, la cual señala que el volumen de sangre que llega a la vena es directamente proporcional a la presión generada por la longitud de las fibras cardíacas distendidas.

Contractilidad son las modificaciones de la fuerza de contracción en el nivel celular y no depende de cambios en la longitud de dichas fibras.

La postcarga es el grado de presión que debe generar el ventrículo para impulsar la sangre contra el gradiente tensional creado por las válvulas semilunares.

En la insuficiencia cardíaca se alteran uno o más de los tres factores mencionados al grado que disminuye el gasto cardíaco normal.

(10) LECCIONES ELEMENTALES DE CARDIOLOGIA Y NEFROLOGÍA, I.N.C., MÉXICO, 1982, PÁG. 65

TRIADA ECOLOGICA

AGENTE

EXISTEN MULTIPLES ENFERMEDADES CARDIACAS PRODUCTORAS DE DAÑO A LAS FIBRAS MIOCARDICAS Y CON ELLO GENERADORAS DE HIPOCONTRACTILIDAD DE LAS MISMAS, LAS CARDIOPATIAS MAS FRECUENTES SON:

LA REUMÁTICA, IZQUÉMICA, POR ATEROESCLEROSIS CORONARIA, LA CONSECUTIVA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CARDIOPATIAS CONGÉNITAS Y LAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES PULMONARES. OTRAS CAUSAS HE MODIÑAMICAS, HIPOXEMIA, ANEMIA, HIPERTREMIA Y TRAUMATISMOS TO RATICOS.

CARDIOPATIAS QUE CON MAS FRECUENCIA CAUSAN INSUFICIENCIA DE CORAZON IZQUIERDO

- CARDIOPATÍA ESCLERÓTICA
- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO VENTRICULAR IZQUIERDO
- TAQUICARDIA / BRADICARDIA
- MIOCARDITIS
- AUMENTO DEL VOLÚMEN CIRCULANTE
- VALVULOPATÍAS
- STRESS

CARDIOPATIAS MAS FRECUENTES CAUSALES DE INSUFICIENCIA DE CORAZON DERECHO

- VALVULOPATÍAS
- INSUFICIENCIA DE CORAZÓN IZQUIERDO
- CARDIOPATÍA ATEROSCLERÓTICA
- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
- TAQUICARDIA / BRADICARDIA
- EMBOLIA PULMONAR
- SOBRECARGA DE LÍQUIDO / INGRESO EXCESIVO DE NA

- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)
- HIPERTENSIÓN (COR PULMONALE). (11)

EN BASE A LAS ESTADÍSTICAS DEL I.N.C. LA PRINCIPAL CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA ES LA FIEBRE REUMÁTICA, AUNQUE TAMBIÉN TIENE IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA LA CARDIOPATÍA IZQUÉMICA Y SUS CONSECUENCIAS. EN LOS HOSPITALES, GENERALES, EMBOLIA PULMONAR Y EL COR PULMONALE SON LA CAUSA MAS FRECUENTE.

HUESPED

EDAD EN PERSONAS MAYORES DE 45 AÑOS.
SEXO CASI IGUAL EN AMBOS SEXOS
HABITOS TABAQUISMO

Ocupaciones que pueden afectar la función respiratoria

AMBIENTE MEDIO CULTURAL Y SOCIOECONÓMICO BAJO, POCO PROPICIO A LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN TEMPRANA DE PADECIMIENTOS CAUSALES, HACINAMIENTO Y FALTA DE HIGIENE QUE FAVORECE A INFECCIONES, MEDIO LABORAL EN EL QUE SE MANEJAN SUSTANCIAS TÓXICAS PARA EL APARATO RESPIRATORIO.

FISIOPATOGENIA

INSUFICIENCIA IZQUIERDA

LA INSUFICIENCIA DEL LADO IZQUIERDO ES UN TRASTORNO EN EL QUE LA MAYOR PARTE DE SUS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS REFLEJAN:

A) CONGESTIÓN PULMONAR

B) DISMINUCIÓN DEL GASTO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

COMO RESULTADO DE LA CONGESTIÓN PULMONAR SE DESARROLLAN TRASTORNOS RESPIRATORIOS. EL EXCESO DE LÍQUIDO EN LOS VASOS SANGUÍNEOS Y LOS ESPACIOS TISULARES DE LOS PULMONES PRODUCE DIS-

(11) AACN, CUIDADOS INTENSIVOS EN EL ADULTO, SEGUNDA EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1983, PAG. 164-167

NEA, QUE SE AGRAVA EN POSICIÓN PRONA. CUANDO EL INDIVIDUO SE ENCUENTRA RECOSTADO SE ACELERA EL RETORNO VENOSO HACIA EL CORAZÓN Y SE FOMENTA LA CONGESTIÓN DE LÍQUIDO, LA DISNEA NOCTURNA PAROXÍSTICA ES UN SIGNO INCIPIENTE DE INSUFICIENCIA DEL LADO IZQUIERDO, OTROS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PUEDEN SER: LOS CAUSADA POR EL EDEMA PULMONAR QUE PRODUCE IRRITACIÓN DE LOS ALVEOLOS Y LAS VÍAS RESPIRATORIAS, Y RESPIRACIÓN SIBILANTE.

COMO RESULTADO DE LA DISMINUCIÓN DEL GASTO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO LA CAPACIDAD DEL CORAZÓN PARA SATISFACER LAS NECESIDADES CELULARES DESMINUYEN. MUCHOS ÓRGANOS CRÍTICOS SUFREN INCAPACIDAD FUNCIONAL COMO RESULTADO. POR EJEMPLO, LA HIPOXIA CEREBRAL EN EVOLUCIÓN SE ACOMPAÑA DE SÍNTOMAS DE INQUIETUD E IRRITABILIDAD. EL EFECTO DE DISMINUCIÓN DE GASTO CARDIACO SOBRE EL SISTEMA RENAL, APARECE AL DISMINUIR EL FLUJO DE SANGRE POR LAS ARTERIAS RENALES, EL MECANISMO DE RENINA Y ANGIOTENSINA ENTRA EN FUNCIONAMIENTO, SE LIBERA ALDOSTERONA, QUE FOMENTA LA ABSORCIÓN DE SODIO Y AGUA POR LA NEFRONA, POR ÚLTIMO SE DESARROLLA HIPERVOLEMIA, ACOMPAÑADA DE INCREMENTO DE VOLÚMEN PLASMÁTICO.

UN EFECTO SECUNDARIO DE LA DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO CARDIACO ES LA SECRECIÓN DE CATECOLAMINAS; LA NOREPINEFRINA Y LA ADRENALINA SON SECRETADAS EN UN INTENTO POR AUMENTAR LA CONTRACTIBILIDAD DEL CORAZÓN. EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA A CONSECUENCIA DE ESTO, NO PERMITE QUE LOS VENTRÍCULOS SE LLENEN Y SE VACÍEN Y EN CONSECUENCIA HAY UN AUMENTO DE PRESTIÓN EN EL LADO IZQUIERDO. (12)

INSUFICIENCIA DERECHA

INDEPENDIEMENTE DE LOS FACTORES INICADORES DEL PROBLEMA, LOS SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA DERECHA REFLEJAN EN PRIMER TÉRMINO; CONGESTIÓN VENOSA, PUESTO QUE EL CORAZÓN DERECHO NO PUEDE EXPULSAR SANGRE SUFICIENTE. SE PRODUCE ESTANCAMIENTO

(12) MILLER J. MARTIA, FISIOPATOLOGÍA, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1985, PAG. 235

DE LÍQUIDO EN LAS VENAS Y POSTERIORMENTE DISMINUYE EL RETORNO HACIA LA AURÍCULA DERECHA, AL PROGRESAR LA CONGESTIÓN VENOSA SE OPONE RESISTENCIA AL FLUJO DE SANGRE DESDE LAS ARTERIAS Y LOS CAPILARES. EL INCREMENTO RESULTANTE DE LA PRESION SANGUINEA CAPILAR FOMENTA EL FLUJO DE LÍQUIDO HACIA EL COMPORTAMIENTO INTERSTICIAL.

EN LA CAVIDAD ABDOMINOPÉLVICA EL EDEMA ES PROMINENTE EN EL TEJIDO HEPÁTICO, OBSERVANDOSE EN EL PACIENTE ASCITIS, ICTERICIA Y DISFUNCIÓN HEPÁTICA CON HEPATOMEGALIA, EL TRASTORNO AFECTA TAMBIÉN ÓRGANOS DEL APARATO GASTROINTESTINAL Y AGREGA SÍNTOMAS DE FLATULENCIA, NAUSEA Y ANOREXIA.

EL PATRÓN GENERAL DE DISMINUCIÓN DE LA CIRCULACIÓN AFECTA A AMBAS EXTREMIDADES; EL RETORNO DE LA SANGRE HACIA EL CORAZÓN ES CARACTERÍSTICAMENTE LENTO, DEBIDO A LOS EFECTOS DE LA GRAVEDAD, A MENUDO SE OBSERVA CIANOSIS Y FRIALDAD EN LAS EXTREMIDADES. (13)

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS

- AUMENTO DE PESO, TOS, INSOMNIO, NICTURIA, ANOREXIA, NAUSEAS, INQUIETUD, IRRITABILIDAD, FATIGA, DEBILIDAD MUSCULAR, DOLOR ABDOMINAL Y ADINAMIA.

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE CORAZON IZQUIERDO

- ANSIEDAD, DISNEA, DISNEA NOCTURNA, DISNEA DE ESFUERZO, ORTOPNEA, TOS CON ESPUTO ESPUMOSO, TAQUICARDIA, DIAFORESIS, ESTERTORES BACILARES, SIBILANCIA BRONQUIAL, CIANOSIS, HIPOXIA, ACIDOSIS RESPIRATORIA, RITMO DE GALOPE, PALPITACIONES, HIPERVENTILACIÓN, HIPERTENSIÓN PULMONAR, HIPERVOLEMIA, PULSO ALTERNANTE, AUMENTO DE PRESIÓN DIASTÓLICA EN LA ARTERIA PULMONAR Y EN CUÑA DE CAPILARES PULMONARES.

(13) OP.CIT, MILLER J. MARTHA, FISIOPATOLOGÍA, PAG. 236

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS DE INSUFICIENCIA DE CORAZON DERECHO

- DISTENSIÓN VENOSA YUGULAR, PULSO SALTÓN, HEPATOMEGALIA CON DOLOR O SIN ÉL, EDEMA BLANDO DE MIEMBROS INFERIORES, ASCITIS, ICTERICIA, OLIGURIA, DISRITMIAS, AUMENTO DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL, FRIALDAD Y CIANOSIS DE LAS EXTREMIDADES.

COMPLICACIONES

- EDEMA PULMONAR AGUDO
- DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA FUNCIÓN CARDIACA Y PULMONAR
- ARRITMIAS CARDIACAS GRAVES

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

- Desequilibrios de líquidos y electrolitos
- SOBREDOSIS DE OPIACEOS
- INTOXICACIÓN POR OXÍGENO
- INTOXICACIÓN POR DIGITAL

PUEDE CONducIR A SHOCK CARDIOGÉNICO, PRODUCIDO POR HIPOPERFUSIÓN TISULAR GENERALIZADA GRAVE, POR MUY BAJO VOLÚMEN CIRCULANTE, ACOMPAÑADO DE ACIDOSIS METABÓLICA CON CARÁCTER HEMODINÁMICO METABÓLICO PROGRESIVO A EMPEORAR EN MINUTOS QUE DESARROLLA EN MUERTE. (14)

NIVELES DE PREVENCIÓN

PRIMER NIVEL. PROMOCIÓN DE LA SALUD. ACCIONES DE ENFERMERIA

ORIENTACIÓN HIGIENICO - DIETÉTICA, EDUCACIÓN SOBRE HIGIENE PERSONAL Y DE LA VIVIENDA

(14) OP.CIT, MILLER J. MARTHA, FISIOPATOLOGÍA, PAG. 236-237

CAMPAÑAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL, ORIENTACIÓN A GRUPOS SUCEPTIBLES DE ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO, SOBRE MEJORAMIENTO DEL STRESS.

DETECCIÓN Y CANALIZACIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD, EDUCACIÓN SEXUAL Y GENÉTICA.

RECOMENDAR EJERCICIOS AL AIRE LIBRE Y EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS.

EVITAR TRABAJO CON EXCESIVA RESPONSABILIDAD, TRATAMIENTO ADECUADO A PERSONAS QUE HAN SUFRIDO INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, PACIENTES CON ANOMALÍAS CARDIACAS O ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS, CONTROL A PERSONAS CON FIEBRE REUMÁTICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL U OBESIDAD, ORIENTACIÓN A GRUPOS SUCEPTIBLES SOBRE COMO EVITAR EL TABAQUISMO, CONTROL MÉDICO MÍNIMO CADA SEIS MESES, DAR A CONOCER EL PADECIMIENTO. INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS QUE DEBE SEGUIR EL PACIENTE PARA PREVENIR LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

SEGUNDO NIVEL DIAGNOSTICO OPORTUNO

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA; CON ESPECIAL ATENCIÓN A ANTECEDENTES CARDIACOS, EXPLORACIÓN FÍSICA: OBSERVACIÓN E INSPECCIÓN INICIANDO EN EL AREA DE LA CABEZA, LA EXISTENCIA DE HIPERLIPIDEMIA PUEDE MANIFESTARSE CON XANTELASMA, QUE ES UNA LESIÓN PLANA Y AMARILLA EN EL PÁRPADO SUPERIOR O INFERIOR, LOS OJOS DEBE EXAMINARSE EN BUSCA DEL ARCO SENIL, UN ANILLO BLANCO GRISACEO EN LA UNIÓN DE LA CORNEA Y LA ESCLERÓTICA, FORMADO POR DEPOSITOS DE LÍPIDOS EN PERSONAS JOVENES INDICA HIPERLIPIDEMIA.

LA CONJUNTIVA PÁLIDA PUEDE INDICAR ANEMIA Y EL HALLAZGO DE PEQUEÑAS PÉQUIAS PUEDE SER INICIO DE ENDOCARDITIS BACTERIANA.

AL OBSERVAR LA ESCLERÓTICA DEBE BUSCARSE CUALQUIER ROTURA DE VASOS SANGUÍNEOS PEQUEÑOS Y LA EXISTENCIA DE VASOS SANGUÍNEOS

PROMINENTES DEBIDO A QUE PUEDEN INDICAR HIPERTENSIÓN.

LA MUCOSA ORAL Y LOS LABIOS DEBEN EXAMINARSE EN BUSCA DE CIA
NOSIS LO CUAL PODRÍA DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE HEMOGLOBINA
NO OXIGENADA.

SE DEBE REVISAR EL CUELLO PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES DE
LA VENA YUGULAR.

EL TORAX SE DEBE INSPECCIONAR PARA ADVERTIR SI TIENE ANORMALI
DADES.

EVALUAR RITMO Y PROFUNDIDAD DE LA RESPIRACION.

EN LAS PERSONAS DELGADAS SE PUEDE OBSERVAR UNA PULSACIÓN NO-
TABLE EN EL QUINTO ESPACIO INTERCOSTAL, SOBRE LA LINEA MEDIA
CLAVICULAR, SI ESTA PULSACIÓN SE SIENTE EN UN PUNTO MAS BAJO
O SE EXTIENDE HACIA LA LINEA AXILAR PUEDE INDICAR INSUFICIEN-
CIA CARDIACA IZQUIERDA Y AGRANDAMIENTO DEL VENTRÍCULO CORRES-
PONDIENTE.

LAS EXTREMIDADES SE INSPECCIONAN EN BUSCA DE CIANOSIS, EDEMA,
VENAS VARICOSAS, DEDOS EN PALILLO DE TAMBOR.

POR ÚLTIMO SE DEBE HACER UNA OBSERVACIÓN GENERAL DEL PACIENTE.
(15)

PALPACION

SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN VALIOSA AL PALPAR EL PUNTO MA-
XIMO IMPULSO EN EL AREA APICAL DEL TORAX. NORMALMENTE SE
SIENTE COMO UN GOLPECITO LIGERO EN EL AREA DE UNO A DOS CEN-
TIMETROS, SI SE PERCIBE EN UN AREA MAYOR O SI LA PARED DEL PE
CHO DA LA SENSACIÓN DE ACOMBARSE PUEDE SER SIGNO DE AGRANDA-
MIENTO DEL VENTRICULO IZQUIERDO E INSUFICIENCIA CARDIACA.

SE DEBE DETERMINAR LA TEMPERATURA DE LAS EXTREMIDADES, PRE-
SENCIA O AUSENCIA DE PULSO EN VARIAS PARTES DEL CUERPO YA
QUE SON IMPORTANTES PARÁMETROS DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR.
REGISTRAR EN UN MINUTO LA FRECUENCIA, RITMO Y AMPLITUD DE LA
PULSACIÓN.

PALPAR EL ABDOMEN PARA IDENTIFICAR HEPATOMEGLIA.(16)

(15) HOLLAND, JEANNE M., ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR, PREVENCIÓN TRATAMIENTO
Y REHABILITACIÓN, EDITORIAL LIMUSA, MÉXICO, 1982, PÁG. 4A-53

(16) OP. CIT. HOLLAND JEANNE M., ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR, PÁG. 55-56

AUSCULTACION

REGISTRAR LA FRECUENCIA CARDIACA, PRESIÓN ARTERIAL EN AMBOS BRAZOS Y EN POSICIÓN SENTADA Y DE PIE.
AL TERMINAR EL EXÁMEN FÍSICO LA ENFERMERA HABRÁ OBTENIDO DATOS VALIOSOS QUE AL COMBINAR CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PACIENTE Y LOS ESTUDIOS DEL DIAGNÓSTICO LE AYUDARÁN A IDENTIFICAR EL PROBLEMA Y PLANTEAR LA ATENCIÓN A PROPORCIONAR.

EXAMENES DE LABORATORIO

SON DE GRAN UTILIDAD LA BIOMETRIA HEMÁTICA, GENERAL DE URINA, QUIMICA SANGUINEA, ENZIMAS, ELECTROLITOS Y GASES EN SANGRE ARTERIAL.

EXAMENES DE GABINETE

UNA RADIOGRAFÍA DE TORAX PUEDE REVELAR UNA INSUFICIENCIA CARDIACA INICIAL AL DESCRIBIR CARDIOMEGALIA DISTENSIÓN DE VASOS PULMONARES.

EL ELECTROCARDIOGRAMA SIRVE PARA REGISTRAR PERTURBACIONES DE LA CONDUCCIÓN Y CRECIMIENTO AURICULAR O VENTRICULAR PARA DETERMINAR LA LOCALIZACIÓN DE IZQUEMIA O INFARTO DEL MIOCARDIO.

CATERETERISMO DEL CORAZÓN ES UNA PRUEBA QUE MIDE LAS PRESIONES DE LAS CAVIDADES CARDIACAS, REVELA EL CONTENIDO DE OXÍGENO EN ESTAS CAVIDADES Y DETERMINA CUALQUIER DEFECTO FUNCIONAL O ESTRUCTURAL DEL CORAZÓN.

TAMBIÉN SE PUEDE INSERTAR UN CATETER PARA REGISTRAR LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL, EL CUAL REFLEJA LA PRESIÓN DEL LLENADO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN Y EL VOLÚMEN CIRCULANTE QUE LLEGÓ A EL, SIN EMBARGO NO OFRECE UN DIAGNÓSTICO EXACTO.

EL INDICADOR MAS ADECUADO PARA DETECTAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES EL MONITOREO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN, PARA REGISTRAR LA PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR Y RECIBIR INFORMACIÓN EXACTA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA POR MEDIO DEL CATERETER SWANG GANS, ESTE SE INFLA EN LOS VASOS PULMONARES EN UNA POSICIÓN ENCAJADA.

UN AUMENTO EN ESTA PRESIÓN REFLEJA UNA PRESIÓN INCREMENTADA EN EL VENTRÍCULO IZQUIERDO LO CUAL INDICA CLARAMENTE INSUFICIENCIA CARDIACA. (17)

TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DEPENDE DEL LADO AFECTADO DEL CORAZÓN, EL TRATAMIENTO PRIMARIO DEBE DIRIGIRSE A LA CAUSA SUBYACENTE DE LA INSUFICIENCIA Y TRATARSE DE MANERA SIMULTANEA CON LA AFECCIÓN, PARA QUE LA TERAPEUTICA SEA EFECTIVA.

LOS OBJETIVOS SON:

- A) AUMENTAR EL GASTO CARDIACO
- B) AUMENTAR LA EFICIENCIA DE LA CONTRACTILIDAD CARDIACA
- C) DISMINUIR LAS NECESIDADES DE OXÍGENO A LOS TEJIDOS
- D) ELIMINAR EL EXCESO VOLUMÉTRICO DE LÍQUIDOS
- E) PROPORCIONAR UN AMBIENTE LIBRE DE TENSIONES

FARMACOTERAPIA

MEDICAMENTOS: (DIGITALICOS, DIURÉTICOS Y VASODILATADORES)

DIGITALICOS, ESTOS FÁRMACOS MEJORAN LA FUERZA DE LA CONTRACCIÓN DEL MIOCARDIO Y DESACELERAN LA FRECUENCIA DE LA MISMA, EJERCEN VARIOS EFECTOS: AUMENTO DEL GASTO CARDIACO, DISMINUCIÓN DEL TAMAÑO DEL CORAZÓN, PRESIÓN VENOSA Y VOLUMEN SANGUÍNEO. DIURESIS QUE ALIVIA EL EDEMA.

SE DEBE SUPERVISAR AL ENFERMO CON SUMO CUIDADO; MEDIRSE LA FRECUENCIA CARDIACA EN LA ZONA APICAL ANTES DE ADMINISTRAR DIGITALICOS, NO SE APLICA EL FÁRMACO SI LA FRECUENCIA ES MENOR DE 60 LATIDOS POR MINUTO.

INTOXICACIÓN DE DIGITALICOS

ALGUNOS EFECTOS INICIALES SON ANOREXIA, NAUSEA Y VÓMITOS, PUEDE HABER PERTURBACIONES DEL RITMO CARDIACO, BRADICARDIA O TAQUICARDIA AURICULAR PAROXISTICA.

DIURETICOS SE ADMINISTRAN PARA MEJORAR LA EXCRECIÓN RENAL DE SODIO Y AGUA. LA FURASEMIDA ES UNO DE LOS MAS ÚTILES PARA CONTROLAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA PORQUE DILATA LAS VENULAS, MEJORA LA CAPACIDAD VENOSA Y DISMINUYE LA PRECARGA O RETORNO VENOSO DEL CORAZÓN.

CUANDO SE ADMINISTRAN DIURÉTICOS, ES NECESARIO HACERLO EN LAS PRIMERAS HORAS DE LA MAÑANA, PARA QUE LA DIURESIS NO INTERFIERA CON EL REPOSO NOCTURNO.

LA ENFERMERA DEBE LLEVAR UN REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE LÍQUIDOS PARA EVITAR QUE EL PACIENTE SUFRA UNA DESCOMPENSACIÓN.

COMO BASE PARA MEJORAR LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO, SE PESA TODOS LOS DIAS AL PACIENTE A LA MISMO HORA, SE EXAMINA LA TURGENCIA DE LA PIEL PARA VER SI HAY SIGNOS DE EDEMA O DESHIDRATACIÓN Y SE MIDE EL PULSO.

EL USO PROLONGADO DE ESTOS FARMACOS PUEDE PRODUCIR HIPONATREMIA O DEFICIENCIA DEL SODIO EN SANGRE, ACOMPAÑADO EN OCASIONES POR APRENSIÓN, DEBILIDAD, FATIGA, MALESTAR, CALAMBRES Y FASCICULACIONES MUSCULARES, ASÍ COMO PULSO RÁPIDO Y FILIFORME.

LA DIURESIS VOLUMINOSA Y REPETIDA PUEDE OCACIONAR HIPOPOTASEMIA O DEPLESIÓN DEL POTASIO, SE MANIFIESTA POR PULSO DEBIL RUIDOS CARDIACOS APAGADOS, HIPOTENSIÓN, LAXITUD MUSCULAR, HIPORREFLEXIA TENDINOSA Y DEBILIDAD GENERALIZADA.

LA DISMINUCIÓN DEL POTASIO CON LLEVA A NUEVOS PROBLEMAS PARA EL CARDIOPATA, YA QUE ENTRE SUS COMPLICACIONES ESTAN DEBILITAMIENTO NOTABLE DE LAS CONTRACCIONES DEL CORAZÓN Y DESENCAMENAMIENTO DE LOS EFECTOS TOXICOS DEL DIGITALICO EN QUIENES LO RECIBEN, FACTORES QUE AGRAVAN LA POSIBILIDAD DE QUE SURJAN DISRITMIAS PELIGROSAS.

LA MEDICIÓN PERIÓDICA DE LOS ELECTROLITOS EN SANGRE ALERTARÁN A LA ENFERMERA SOBRE LA APARICIÓN DE HIPOPOTASEMÍA E HIPONATREMIA.

A FIN DE DISMINUIR EL RIESGO DE HIPOPOTASEMÍA Y SUS COMPLICACIONES ES IMPORTANTE ADMINISTRAR COMPLEMENTOS DE POTASIO (CL K) A QUIEN RECIBE DIURÉTICO E INGERIR ALIMENTOS QUE CONTENGAN DICHO MINERAL, ENTRE ELLOS ESTÁN LOS PLATANOS, EL JUGO DE NARANJA, LAS CIRUELAS, UVAS PASAS, DATILES, HIGOS, DURAZNOS Y ESPINACAS.

SE NECESITA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA CONSTANTE EN VARONES ANCIANOS PORQUE ESTE GRUPO TIENE ALTA INCIDENCIA DE OBSTRUCCIÓN URETRAL POR HIPERTROFIA PROSTÁTICA.

VASODILADORES SE HAN UTILIZADO PARA AMINORAR LA RESISTENCIA A LA EXPULSIÓN DE SANGRE POR EL VENTRÍCULO IZQUIERDO. SU ACCIÓN VA ACOMPAÑADA POR UN VACIAMIENTO VENTRICULAR MAS COMPLETO Y MEJORA DE LA RESISTENCIA VENOSA, DE MANERA DISMINUYE LA PRESIÓN DE LLENADO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y PUEDE OBTENERSE A MUY BREVE PLAZO UNA DISMINUCIÓN IMPRESIONANTE DE LA CONGESTIÓN PULMONAR, EL NITROPUSIATO SODICO Y LA NITROGLICERINA SON FARMACOS MAS UTILIZADOS.

SE DEBE VIGILAR CONSTANTEMENTE AL PACIENTE CON MONITOREO Y MEDICIONES DE GASTO CARDIACO Y PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR.

DIETOTERAPIA

CONCISTE EN EL APORTE DE ALIMENTOS PARA QUE EL CORAZÓN DESARROLLE EL MÍNIMO ESFUERZO Y AL MISMO TIEMPO QUE EL ESTADO NU

TRICIONAL SE CONSERVE DENTRO DE LOS LÍMITES SATISFACTORIOS TOMANDO EN CUENTA LOS HABITOS, GUSTOS Y SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE.

LA RESTRICCIÓN DE SODIO SE INDICA CON EL FIN DE CONTROLAR O ELIMINAR EL EDEMA. LA FUENTE PRINCIPAL DE SODIO SUELE SER LA SAL DE MESA, PERO MUCHOS ALIMENTOS NATURALES CONTIENEN CANTIDADES VARIABLES DE MINERAL, ALGUNOS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS CONTIENEN SODIO EN CANTIDADES IMPORTANTES. LA ENFERMERA DEBE RECOMENDAR AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE NO UTILICE MEDICAMENTOS POPULARES COMO ANTIACIDOS, JARABES CONTRA LA TOS, LAXANTES O SUSTITUTOS DE LA SAL YA QUE SUELEN TENER SODIO EN CANTIDADES EXCESIVAS.

LA ENFERMERA PUEDE RECOMENDAR AGREGAR A LOS ALIMENTOS LIMÓN O ESPECIAS QUE MEJOREN SU SABOR Y OFRECER LOS ALIMENTOS DE MANERA AGRADEBLE A LA VISTA Y AL OLFATO. (18)

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO

REPOSO

ES INDISPENSABLE QUE EL PACIENTE REPOSE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE EL REPOSO REDUCE EL TRABAJO DEL CORAZÓN, MEJORA SU RESERVA Y DISMINUYE LA PRESIÓN SANGUINEA ARTERIAL. LOS PERIODOS DE REPOSO EN CAMA MEJORAN LA DIURESIS AL AUMENTAR EL RIEGO SANGUINEO RENAL ADEMÁS ES MENOR EL TRABAJO DE LOS MÚSCULOS DE LA RESPIRACIÓN Y EL CONSUMO DE OXÍGENO, SE DESACELERA EL RITMO CARDIACO, LO QUE PROLONGA EL PERIODO DIASTÓLICO Y CON ESTO LA EFICIENCIA DE LAS CONTRACCIONES CARDIACAS.

POSICION

LA POSICIÓN DE FOWLER FAVORECE AL PACIENTE AL DISMINUIR EL RETORNO VENOSO AL CORAZÓN (PRECARGA) Y LOS PULMONES; SE ALIVIA LA CONGESTIÓN PULMONAR Y SE LLEVA AL MÍNIMO LA COMPRESIÓN (18) OP.CIT.,BRUNNER SUDDARTH, E.M.Q. PAG. 595-598

DEL HIGADO CONTRA EL DIAFRAGMA. LOS ANTEBRAZOS Y LAS MANOS DEBEN APOYARSE SOBRE ALMOHADAS PARA ELIMINAR LA FATIGA CAUSADA POR EL PESO QUE LOS MÚSCULOS DEL HOMBRO DEBE SOPORTAR. EL ENFERMO CON ORTOPNEA DEBE MANTENERSE SENTADO EN EL BORDE DE LA CAMA CON LOS PIES APOYADOS SOBRE UNA SILLA Y LA CABEZA Y LOS BRAZOS SOBRE LA MESITA PUENTE.

EL REPOSO EN CAMA ENTRAÑA PELIGROS COMO APARICIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO, FLEBOTROMBOSIS O EMBOLIA PULMONAR. ENTRE LAS MEDIDAS PARA EVITARLA ESTAN LOS CAMBIOS FRECUENTES DE POSICIÓN, RESPIRACIONES PROFUNDAS, UTILIZACIÓN DEL VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES O MEDIAS ELÁSTICAS Y EJERCICIOS EN MIEMBROS INFERIORES.

ALIVIO DE LA ANGUSTIA

LOS SUJETOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA TIENDEN A SUFRIR ANGUSTIA E INQUIETUD AL NO PODER CONSERVAR LA OXIGENACIÓN ADECUADA DE LOS TEJIDOS, Y SE SIENTEN ABRUMADOS POR LA DISNEA, SÍNTOMAS QUE SE INTENSIFICAN POR LA NOCHE.

LA PRESENCIA DE UN FAMILIAR GENERA TRANQUILIDAD EN EL PACIENTE, DE LA MISMA MANERA ALIVIA LA ANGUSTIA LA OXIGENOTERAPIA Y UN AMBIENTE AGRADABLE Y TRANQUILO.

ENSEÑANZA AL ENFERMO

SE ENSEÑA AL PACIENTE A QUE REANUDE POCO A POCO SUS ACTIVIDADES, INICIANDO POR AYUDARLO A SENTARSE EN EL REPOSO, DEAMBULAR UN POCO Y BAÑARSE ASISTIDO. (19)

LIMITACION DEL DAÑO

EL DESCANSO EN CAMA PROLONGADO DISMINUYE LA ACTIVIDAD INTESTINAL Y LA MATERIA FECAL PUEDE ENDURECERSE EN EL INTESTINO DEBIDO A LA FALTA DE AGUA, EL ESFUERZO ES UN RIESGO QUE DEBE EVITARSE YA QUE AUMENTA EL TRABAJO Y LA FRECUENCIA CARDIACA (19) OP.CIT., BRUNNER SUDDARTH, E.M.Q.,PAG. 599-601

DEBE INSTRUIRSE AL PACIENTE PARA QUE RESPIRE CON LA BOCA ABIERTA MIENTRAS ESTÉ HACIENDO CUALQUIER MANIOBRA A VALSALVA E INDICARLE QUE LA INGESTA DE LÍQUIDOS Y EL USO DE LAXANTES SUAVES ES NECESARIO SI SE SOSPECHA DE ESTREÑIMIENTO.

PARA MEJORAR EL TOMO MUSCULAR Y AL MISMO TIEMPO EL RETORNO VENOSO AL CORAZÓN ESTÁN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, EL USO DE MEDIAS ELÁSTICAS O VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES.

PARA EVITAR LOS PROBLEMAS PULMONARES ES RECOMENDABLE LA FISIOTERAPIA PULMONAR, RESPIRACIONES PROFUNDAS Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS.

CUANDO EL PACIENTE TIENE CATETERES ARTERIALES Y VENOSOS COLGADOS, LA ENFERMERA TIENE QUE ESTAR CONCIENTE DE LOS PELIGROS POTENCIALES INHERENTES A LA INSERCIÓN, ESTOS PUEDEN CAUSAR ARRITMIAS DEL MIOCARDIO QUE AUMENTAN LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

DEBIDO, A QUE LOS CATETERES CREAN UNA CONEXIÓN DIRECTA DEL MEDIO AMBIENTE AL CORAZÓN, LA FLEBITIS Y LA INFECCIÓN SON UN PELIGRO CONSTANTE, EL LUGAR DE LA INCISIÓN DEBE REVISARSE DIARIO Y EL APOSITO CAMBIARSE, ES MUY IMPORTANTE QUE LOS CATETERES NO SE OBSTRUYAN Y QUE LA VELOCIDAD DE LA INFUSIÓN SE OBSERVE CON CUIDADO PARA QUE NO OCURRA UNA OCLUSIÓN O SOBREENDRATACIÓN.

EL CONTROL DE LÍQUIDOS Y EL SODIO ES IMPORTANTE PARA PREVENIR EL EDEMA PULMONAR.

REHABILITACION

LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA SON:

- AYUDAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA A COMPRENDER LA ENFERMEDAD
- AYUDARLO A LOGRAR LA ADAPTACIÓN
- ESTIMULARLO A QUE PARTICIPE EN SU REHABILITACIÓN
- AYUDARLO A HACER PLANES PARA EL FUTURO, QUE ACEPTE SU ENFERMEDAD Y SUS LIMITACIONES
- PROPORCIONARLE APOYO COMPRENSIÓN Y GUIA
- CONCIENTIZARLO SOBRE SU AUTOCUIDADO

TERCER NIVEL REHABILITACIÓN

EL PLAN DE ENSEÑANZA PUEDE COMPRENDER:

- EXPLICACIÓN CLARA SOBRE ATAQUE CARDIACO
- ACTIVIDAD GRADUAL FÍSICA
- RESTRICCIÓN ALIMENTICIA DE SODIO
- MANEJO DE MEDICAMENTOS
- CONOCIMIENTO SOBRE COMPLICACIONES
- ELIMINACION VESICAL E INTESTINAL
- COMO EVITAR FACTORES DE RIESGO
- DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES EN LAS QUE TRABAJE
- EDUCACIÓN SEXUAL
- DESCANSO Y TERAPIA RECREATIVA (20)

RESUMEN

LA INSUFICIENCIA CARDIACA COMPRENDE COMPONENTES DE INSUFICIENCIA TANTO IZQUIERDA COMO DERECHA. EN LA PRIMERA, EL PULMON CONGESTIVO SERA LO MAS LLAMATIVO, EN LA SEGUNDA SERA LA HEPATOMEGALIA Y EL CUADRO HIDRÓPICO, LA EXPRESIÓN MAS AVANZADA DE AMBAS PUEDE SER EL SHOCK CARDIOGÉNICO O SEA LA HIPOPERFUSIÓN CELULAR GENERALIZADA Y GRAVE POR MUY BAJO VOLÚMEN CIRCULANTE, ACOMPAÑADA DE ACIDOSIS METABOLICA QUE PUEDE CULMINAR EN MUERTE.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

PULSO

CONCEPTO

ES EL LATIDO DE UNA ARTERIA QUE SE SIENTE SOBRE UNA SALIENTE OSEA. FENÓMENOS ALTERNADOS DE EXPANSIÓN Y RECUPERACIÓN DEL CALIBRE NORMAL DE UNA ARTERIA.

FACTORES QUE PERMITEN QUE EL PULSO SEA SUCEPTIBLE DE PALPARSE:

- INYECCIONES INTERMITENTES DE SANGRE DEL CORAZÓN A LA AORTA, QUE DE MANERA ALTERNADA AUMENTAN O DISMINUYEN LA PRESIÓN EN EL VASO.

- ELASTICIDAD DE LAS PAREDES ARTERIALES, QUE LES PERMITE DILATARSE CADA VEZ QUE LES LLEGA SANGRE Y DESPUÉS VOLVER A SU CALIBRE NORMAL.

ONDA DEL PULSO.- CADA SÍSTOLE VENTRICULAR DA INICIO AL PULSO QUE ADELANTA EN FORMA DE ONDA DE EXPANSIÓN POR TODAS LAS ARTERIAS, GRADUALMENTE DISMINUYE EN SENTIDO DISTAL HASTA DESAPARECER POR COMPLETO EN LOS CAPILARES.

UTILIDAD.- ESTE SIGNO BRINDA DATOS IMPORTANTES ACERCA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR, ACCIÓN CARDIACA, VASOS SANGUINEOS Y CIRCULACIÓN.

SITIOS DONDE PUEDE PALPARSE EL PULSO:

EL PULSO PUEDE PALPARSE EN CUALQUIER LUGAR DONDE UNA ARTERIA ESTÉ CERCA DE LA SUPERFICIE Y CURSE SOBRE UN HUESO U OTRA ESTRUCTURA NO COMPRESIBLE.

- ARTERIA RADIAL
- ARTERIA TEMPORAL
- ARTERIA CARÓTIDA PRIMITIVA
- ARTERIA HUMERAL
- ARTERIA FEMORAL
- ARTERIA POPLITEA

PARA PALPAR EL PULSO ES NECESARIO CONTAR CON UN RELOJ CON SEGUNDERO EL REGISTRO SE REALIZA DURANTE 60 SEGUNDOS CONTANDO EL NÚMERO DE LATIDOS OBSERVANDO; FRECUENCIA, RITMO Y AMPLITUD. Y ANOTANDO LO ENCONTRADO EN LA HOJA DE ENFERMERA.

FRECUENCIA.- ES EL NÚMERO DE LATIDOS POR MINUTO; EL PULSO NORMAL VARÍA DE 60 A 100 PULSACIONES POR MINUTO EN EL ADULTO.

EL EJERCICIO, LA EXITACIÓN O ANGUSTIA PUEDEN ACELERALO.,

TAQUICARDIA.- MAS DE 100 LATIDOS POR MINUTO

BRADICARDIA MENOS DE 60 LATIDOS POR MINUTO.

AMPLITUD.- REFLEJA EL VOLÚMEN DE SANGRE QUE SE IMPULSA CONTRA LA PARED DE LA ARTERIA DURANTE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR.

PULSO DÉBIL.- NO HAY SENSACIÓN DE PLENITUD, NI LATIDO DEFINIDO.
TAMBIÉN ES LLAMADO PULSO FILIFORME.

PULSO IMPERCEPTIBLE.- CUÁNDO NO ES POSIBLE SENTIRLO

PULSO SALTÓN .- CUANDO EL VOLÚMEN ALCANZA UN NIVEL MAS ALTO DE LO NORMAL Y DESAPARECE EN SEGUIDA RÁPIDAMENTE.

RITMO.- SE REFIERE AL PATRÓN DE LOS LATIDOS, EL TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE CADA LATIDO SIEMPRE ES IGUAL.

TENSIÓN O ELASTICIDAD .- ES EL GRADO DE COMPRESIÓN DE LA PARED ARTERIAL; SI EL PULSO SE OBLITERA CON UNA PRESIÓN RELATIVAMENTE GRANDE ES UN PULSO DE PRESIÓN ALTA; SI SE OBLITERA CON UNA PRESIÓN SUAVE ES PULSO ES DE TENSIÓN BAJA.

ALGUNAS INSTITUCIONES PARA LA SALUD UTILIZAN UNA ESCALA NÚMERICA PARA VALORAR EL PULSO.:

- 0 AUSÉNCIA DE PULSACIÓN
- + 1 DISMINUCIÓN NOTABLE DE LA PULSACIÓN ; DÉBIL O FILIFORME
- + 2 PULSACIÓN NORMAL
- + 3 AUMENTO LEVE DE LA PULSACIÓN ; SALTÓN O AUMENTADO
- + 4 AUMENTO NOTABLE DE LA PULSACIÓN ; TAGUICARDIA

PROCEDIMIENTO PARA TOMAR EL PULSO:

CON LA MANO DOMINANTE SE PALPAN SUAVEMENTE LOS PULSOS PERIFÉRICOS, CON LAS YEMAS DE LOS DEDOS, INDICE, MEDIO Y CUANDO SEA APROPIADO EL ANULAR SE ELIGE EL SITIO DONDE SE VA A TOMAR EL PULSO Y SE CUENTAN TODAS LAS PULSACIONES DURANTE 60 SEGUNDOS Y SE HACE LA ANOTACIÓN. (21)

TECNICA PARA TOMAR LA PRESION ARTERIAL

AL TOMAR LA PRESIÓN ARTERIAL SE MIDE LA FUERZA QUE LA SANGRE EJERCE SOBRE LAS PAREDES ARTERIALES CUANDO EL CORAZÓN SE CONTRAE Y SE RELAJA (PRESIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA).

LA PRESIÓN SISTOLICA OSCILA ENTRE 110 Y 140 MMHG., LA PRESIÓN DIASTOLICA ENTRE 60 Y 90 MMHG. EL OBTENER UNA CIFRA EXACTA DEPENDE DE LO BIEN QUE SE PREPARE AL PACIENTE, LA SELECCIÓN DEL EQUIPO APROPIADO Y LA MANERA CORRECTA DE LLEVAR A CABO EL PRECEDIMIENTO.

EL EQUIPO CONSTA DE UN ESFIGMOMANÓMETRO Y UN ESTETOSCOPIO.

ANTES DE TOMAR LA PRESION ARTERIAL INDIQUE AL PACIENTE QUE SE RELAJE.

NO LA TOMA DESPUES DE QUE EL PACIENTE HAYA COMIDO, REALIZADO EJERCICIO, SUFRIDO ALTERACIÓN EMOCIONAL O POCO ANTES DE LA MICCIÓN.

ESCOJA UN BRAZAL DEL TAMAÑO ADECUADO AL PACIENTE; 20% MAYOR QUE EL DIAMETRO DE LA EXTREMIDAD EN LO QUE LO VAYA APLICAR, QUE FUNCIONE ADECUADAMENTE Y QUE LA PERILLA ESTE EN BUENAS CONDICIONES.

DESPUES DE PREPARAR AL PACIENTE Y EQUIPO APOYE EL BRAZO DEL PACIENTE A NIVEL DEL CORAZÓN SOBRE UNA MESA O CAMA EN POSICIÓN COMODA.

SE PALPA LA ARTERIA ELEGIDA PARA TOMAR LA PRESION CON EL FIN DE LOCALIZARLA. LA ARTERIA HUMERAL ES LA MAS FRECUENTE, PUEDE PALPARSE EN EL PLIEGE DEL CODO ENTRE LOS ASPECTOS MEDIAL O ANTERIOR DEL BRAZO.

CENTRE EL BRAZAL SOBRE LA ARTERIA Y ENVUELVALO DE MANERA UNIFORME ALREDEDOR DEL BRAZO DEL PACIENTE, DOS CENTIMETROS ARRIBA DEL PLIEGE DEL CODO.

APLIQUE LA CAMPANA DEL ESTETOSCOPIO CON SUAVIDAD A LA ARTERIA HUMERAL Y RAPIDAMENTE INFLA EL BRAZAL HASTA QUE DESAPAREZCA EL PULSO, CONTÍNUE INFLANDO HASTA QUE SE ELEVE OTROS 30 MMHG., LUEGO DESINFLA CON UNA VELOCIDAD DE DOS A TRES MMHG. POR SEGUUNDO, A MEDIDA QUE LA PRESIÓN DEL BRAZAL DISMINUYE Y SE IGUALA A LA PRESIÓN DE LA ARTERIA SE ESCUCHAN LOS RUIDOS DE KOROTKOFF O PRESIÓN SISTÓLICA, ESTOS SONIDOS SE SIGUEN ESCUCHANDO HASTA QUE LA PRESIÓN DE LA BANDA EMPIEZA A IGUALARSE CON LA PRESIÓN DEL VA-

SO SANGUINEO EN REPOSO Y SE ESCUCHAN UNOS RUIDOS APAGADOS O PRESIÓN DIAS
TOLICA. El MANÓMETRO DEBE MANTENERSE EN POSICIÓN VERTICAL Y LA ESCALA
DEBE VERSE A NO MAS DE NOVENTA CENTÍMETROS DEL OBSERVADOR, REGISTRAR EL
NÚMERO AL ESCUCHAR LOS PRIMEROS SONIDOS Y LOS RUIDOS APAGADOS PARA PODER
IDENTIFICAR LOS VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

SE DESINFLA POR COMPLETO EL BRAZAL Y SE RETIRA DEL BRAZO, COLOCANDOLO EN
SU LUGAR, Y SE ANOTAN LAS CIFRAS ENCONTRADAS.

EN LOS PACIENTES EN LOS QUE SE ENCUENTRE ALGUNA ANOMALIA SE DEBE HACER
EL REGISTRO EN AMBOS BRAZOS Y EN VARIAS POSICIONES; ACOSTADO, SENTADO O
DE PIE.

EN PACIENTES EN LOS QUE EL REGISTRO NO PUEDA EFECTUARSE EN LOS BRAZOS SE
PUEDE TOMAR EN LAS ARTERIAS POPLITEAS O TIBIAL POSTERIOR CON UN BRAZALE-
TE GRANDE. (22)

(22) KLUSEK HELEN HAMILTON, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DE LA SERIE
BIBLIOTECA CLINICA PARA ENFERMERAS, EDITORIAL CIENTIFICA PLM.

ELECTROCARDIOGRAMA

EL ELECTROCARDIOGRAMA ES LA REPRESENTACIÓN VISUAL O GRÁFICA DE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN, REFLEJADA EN LOS CAMBIOS DEL POTENCIAL ELÉCTRICO DE LA SUPERFICIE CUTÁNEA. LA CORRIENTE SE TRANSMITE DESDE EL CORAZÓN HACIA TODAS LAS DIRECCIONES Y AL LLEGAR A LA PIEL ES MEDIDA POR ELECTRODOS CONECTADOS A UN AMPLIFICADOR Y A UN REGISTRO CON UNA TIRA GRAFICADA O APARECE EN LA PANTALLA DEL OSCILOSCOPIO.

EL ELECTROCARDIOGRAMA ES PARTICULARMENTE ÚTIL PARA VALORAR CUADROS QUE INTERFIEREN CON LA FUNCIÓN NORMAL DEL CORAZÓN, COMO LAS PERTURBACIONES DE LA FRECUENCIA O EL RITMO CARDIACOS; ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN, AURÍCULOMEGALIA, VENTRÍCULOMEGALIA, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO Y DESEQUILIBRIOS DE ELECTROLITOS.

EL ELECTROCARDIOGRAMA ESTANDAR O COMUN INCLUYE 12 DERIVACIONES I, II, III, AVR, AVF, aVL, V1, V2, V3, V4, V5, V6. MUESTRA DIFERENTES VOLTAJES Y POTENCIALES ELÉCTRICOS.

SE ADHIEREN ELECTRODOS METÁLICOS A LAS CUATRO EXTREMIDADES Y SE LES LLAMAN DERIVACIONES BIPOLARES PORQUE CADA UNA DE ELAS TIENE DOS ELECTRODOS QUE SIMULTANEAMENTE REGISTRAN LA CORRIENTE ELÉCTRICA DEL CORAZÓN, QUE FLUYE HACIA LAS DOS EXTREMIDADES.

DERIVACIÓN I .- REGISTRA LA CORRIENTE ELÉCTRICA ENTRE LOS BRAZOS DERECHO E IZQUIERDO.

DERIVACIÓN II .- REGISTRA LA CORRIENTE ELÉCTRICA ENTRE BRAZO DERECHO Y PIERNA IZQUIERDA.

DERIVACIÓN III .- ENTRE BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA.

EL BRAZO DERECHO SIEMPRE ES EL POLO NEGATIVO Y LA PIERNA IZQUIERDA SIEMPRE ES EL POLO POSITIVO, EL BRAZO IZQUIERDO PUEDE SER POSITIVO O NEGATIVO DEPENDIENDO DE LA DERIVACIÓN.

LAS DERIVACIONES AUMENTADAS DE LAS EXTREMIDADES EMPLEAN LA MISMA COLOCACIÓN DE LOS ELECTRODOS DE LAS EXTREMIDADES, MIDEN LA CORRIENTE ELÉCTRICA DESDE UN PLANO VERTICAL. AVR, AVL, AVF.

LAS SEIS DERIVACIONES TORACICAS UNIPOLARES QUE MIDEN LA CORRIENTE ELÉCTRICA EN UN PLANO HORIZONTAL. SON DESIGNADAS POR LA LETRA "V" Y UN NÚMERO QUE REPRESENTA LA POSICIÓN DEL ELECTRODO EN LA PARED TORACICA O PRECARDIO.

V1 .- 4º ESPACIO INTERCOSTAL EN EL BORDE ESTERNAL DERECHO

V2 .- 4º ESPACIO INTERCOSTAL BORDE ESTERNAL IZQUIERDO.

V3 .- PUNTO INTERMEDIO ENTRE V2 Y V4 , EN UNA LINEA QUE UNE A ESTOS PUNTOS, SOBRE LA 5ª COSTILLA.

V4 .- 5º ESPACIO INTERCOSTAL A NIVEL DE LA LINEA MEDIO CLAVICULAR

V5 .- PUNTO INTERMEDIO ENTRE V4 Y V6 EN LA LINEA AXILAR ANTERIOR 5º ESPACIO INTERCOSTAL.

V6 .- LINEA MEDIA AXILAR IZQUIERDA 5º ESPACIO INTERCOSTAL.

LOS ELECTRODOS SE COECTAN A UNA MÁQUINA QUE TRASMITE EL IMPULSO A UNA TIRA DE PAPEL QUE CORRE A 25MM POR SEGUNDO.

EL PAPEL DE LECTROCARDIOGRAMA ESTÁ DIVIDIDO EN CUADRITOS POR TENUES LINEAS HORIZONTALES Y VERTICALES SEPARADAS ENTRE SÍ 1 MM, TANTO EN SENTIDO HORIZONTAL COMO VERTICAL, APARECEN LINEAS MAS OSCURAS CADA CINCO CUADRITOS.

EL VOLTAJE SE MIDE DE ACUERDO AL DESPLAZAMIENTO VERTICAL EN MILIMÉTROS HACIA ARRIBA O HACIA ABAJO DE LA LINEA ISOELÉCTRICA, CADA MM. VERTICAL ES IGUAL A 0.1 MILIVOLTIO (MV).

EL TIEMPO SE MIDE EN EL EJE HORIZONTAL, LA VELOCIDAD ES DE 24MM/SEG LA DURACIÓN ENTRE DOS LINEAS VERTICALES TENUES ES DE 0.04 SEGUNDOS.

Y ENTRE DOS LINEAS OSCURAS ES DE $5 \times 0.04 \text{ seg.} = 0.2 \text{ seg.}$
UN MINUTO DE REGISTRO ABARCA 300 CUADROS DE MAYOR TAMAÑO
60 SEG. / 0.2 SEG.

DEFLEXIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS.

ONDA P .- ES LA PRIMERA DEFLEXIÓN DEL CICLO CARDIACO Y REFLEJA LA ACTIVACIÓN DE LA AURÍCULA POR UN IMPULSO AURICULAR EN EL NODO SINUSAL.

COMPLEJO QRS.- REPRESENTA LA DESPOLARIZACIÓN VENTRICULAR.
LA ONDA Q ES UNA DEFLEXIÓN NEGATIVA AL INICIO DEL COMPLEJO QRS

ONDA R ES LA PRIMERA DEFLEXIÓN POSITIVA ASCENDENTE, EXISTA O NO ONDA Q

ONDA S ES LA PRIMERA DEFLEXIÓN DESCENDENTE BAJO LA LINEA ISOELECTRICA DESPUÉS DE UNA ONDA R.

ONDA T ES UNA DEFLEXIÓN PROVOCADA POR LA REPOLARIZACIÓN VENTRICULAR, SIGUE AL COMPLEJO QRS. PUEDE SER POSITIVA, NEGATIVA O DIFÁSICA SEGÚN LA DERIVACIÓN.

ONDA U ES UNA DEFLEXIÓN DE BAJA AMPLITUD QUE PUEDE SEGUIR A LA ONDA T

CALCULO DE LA FRECUENCIA CARDIACA

- 1.- SI LA FRECUENCIA CARDIACA ES REGULAR, CUENTE EL NÚMERO DE CUADROS GRANDES ENTRE DOS COMPLEJOS QRS COSECUTIVOS Y DIVIDA LA CONSTANTE 300 ENTRE ESTE NÚMERO.
- 2.- SI LA FRECUENCIA ES IRREGULAR, CUENTE EL NÚMERO DE CICLOS CARDIACOS (LOS INTERVALOS ENTRE DOS ONDAS R) QUE SE REGISTRAN EN 6 SEGUNDOS Y MULTIPLIQUE ESTE NÚMERO POR 10.

SITIOS DE APLICACION DE LOS ELECTRODOS.

DERIVACION II

POSITIVA (+) LADO IZQUIERDO DEL TORAX, COSTILLA MAS BAJA PALPABLE
LINEA MEDIA CLAVICULAR.

NEGATIVO (-) HOMBRO DERECHO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR.

TIERRA (G) HOMBRO IZQUIERDO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR

MCL1

POSITIVO (+) BORDE ESTERNAL DERECHO, COSTILLA MAS PALPABLE BAJA

NEGATIVO (-) HOMBRO IZQUIERDO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR.

TIERRA (G) HOMBRO DERECHO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR.

MCL6

POSITIVO(+) LADO IZQUIERDO DEL TORAX, COSTILLA MAS BAJA PALPABLE,
LINEA MEDIA CLAVICULAR.

NEGATIVO (-) HOMBRO IZQUIERDO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR

TIERRA (G) HOMBRO DERECHO DEBAJO DE LA FOSA INFRACLAVICULAR. (23)

(23) KLUSEK HAMILTON HELEN. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DE LA SERIE BIBLIOTECA
CLÍNICA PARA ENFERMERAS EDITORIAL CIENTÍFICA PLM MEXICO, 1990 Pp 41

MONITORIZACION

LA MONITORIZACION POR CABLE PERMITE LA OBSERVACION CONTINUA DE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN DEL PACIENTE DIRECTAMENTE CONECTADO A LA CONSOLA DEL MONITOR.

SE EMPLEAN ELECTRODOS QUE SE APLICAN AL TORAX DEL PACIENTE PARA CAPTAR LOS TIPOS DE IMPULSOS CARDIACOS, LOS CUALES SE PROYECTAN EN EL OSCILOSCOPIO DEL MONITOR.

EL MONITOR PROYECTA LA FRECUENCIA Y EL RITMO CARDIACO DEL PACIENTE

ANTES DE APLICAR LOS ELECTRODOS DEBE EXPLICARSE AL PACIENTE LA FINALIDAD DE LA INSTALACION DEL EQUIPO EN FORMA CLARA Y CONCISA, TODO TEMOR DEBE SER DISIPADO DEL PACIENTE.

EL PECHO DEL PACIENTE DEBE SER RASURADO Y ENCONTRARSE LIMPIO Y SECO PARA PREVENIR IRRITACION O INTERFERENCIAS EN LA CONDUCCION, LOS PUNTOS DE COLOCACION DE LOS ELECTRODOS SE SEÑALAN CON TINTURA DE BENJUI PARA EVITAR LESIONES EN LA PIEL, SE APLICA UNA SUSTANCIA CONDUCTORA SOBRE LOS ELECTRODOS O SOBRE LA PIEL Y SE FIJAN LOS ELECTRODOS CON SU SUSTANCIA ADHESIVA. LOS ELECTRODOS SE UNEN A LOS CABLES DE LAS DERIVACIONES Y ESTOS SE INSERTAN AL MONITOR, EN EL CUAL DEBE APARECER UN PATRON DE ONDAS; SI ESTE ES CLARO O GRUESO LA CAUSA PUEDE SER UNA MALA INSTALACION, UNA VEZ QUE SE OBTIENE UN PATRON CORRECTO SE CONECTAN LOS INDICADORES DE ALARMA PARA FRECUENCIA CARDIACA. CUANDO LA ALARMA SUENE, LA ENFERMERA DEBE EXAMINAR AL PACIENTE Y EL CUADRANTE DEL MONITOR,

LOS ELECTRODOS SE CAMBIAN SOLO CUANDO ES NECESARIO, LA SUDORACION EXCESIVA, LA PIEL GRASOSA, IRRITACION EN LA PIEL Y LA INCORRECTA COLOCACION PUEDEN HACER NECESARIO EL CAMBIO.

LA ENFERMERA VIGILA QUE LAS TOMAS DE CORRIENTE Y LOS CABLES SE ENCUENTREN INTACTOS PARA EVITAR ACCIDENTES.

PRESION VENOSA CENTRAL

LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL ES EL PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE OBTIENE LA PRESIÓN DE LA AURÍCULA DERECHA CON EL OBJETO DE CONOCER LA CAPACIDAD DE RENDIMIENTO DEL VENTRÍCULO DERECHO Y PROPORCIONAR PARÁMETROS SOBRE EL VOLÚMEN CIRCULANTE.

LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL CORRESPONDE A LA PRESIÓN DE LLENADO DEL VENTRÍCULO DERECHO E INDICA LA CAPACIDAD DEL HEMICARDIO DERECHO PARA EXPULSAR UNA CARGA DE SANGRE.

ES UNA GUIA ÚTIL EN LA FLUIDOTERAPIA EN INDIVIDUOS GRAVES Y UN ÍNDICE PARA CONOCER EL VOLÚMEN CIRCULANTE EFICÁZ.

LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL NORMAL EQUIVALE DE 3 A 10 ML. DE AGUA, UNA MEDIDA MAS BAJA PUEDE INDICAR UNA DISMINUCIÓN EN EL VOLÚMEN DE SANGRE CIRCULANTE CAUSADA POR SHOCK O HEMORRAGIA, HIPOVOLEMIA.

LOS NIVELES ARRIBA DE LO NORMAL PUEDEN INDICAR UN AUMENTO DEL VOLÚMEN O HIPERVOLEMIA QUE CAUSE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

LA INSTALACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL PUEDE UTILIZARSE PARA NUTRICIÓN PARENTERAL, QUIMIOTERAPIA PROLONGADA O TERAPEÚTICA A BASE DE LÍQUIDOS.

EL EQUIPO ESTÁ FORMADO POR UN FRASCO CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, INTRACATH LARGO, MANÓMETRO VENOPACK LARGO Y LLAVE DE TRES VIAS.

SE INSERTA EL CATETER EN UNA VENA DEL BRAZO O CUELLO A LA VENA CAVA SUPERIOR HASTA LLEGAR A LA AURÍCULA DERECHA, CON UNA TÉCNICA ESTRICTAMENTE ASEPTICA.

LECTURA DEL PROCEDIMIENTO

EL PACIENTE DEBE ESTAR EN POSICIÓN HORIZONTAL, LA MARCA DEL CERO DEL MANÓMETRO SE COLOCA EN LA LINEA MEDIA AXILAR A NIVEL DE LA TETILLA DEL PACIENTE, (NIVEL DE LA AURÍCULA DERECHA) Y EL MANÓMETRO EN POSICIÓN VERTICAL, SE ABRE LA LLAVE DE MANERA QUE EL FLUIDO LLENE EL MANÓMETRO EVITANDO HUMEDECER EL ALGODÓN QUE TIENE EN LA PUNTA.

SE DA VUELTA A LA LLAVE PARA QUE LA SOLUCIÓN DEL MANÓMETRO PASE AL PACIENTE Y CUANDO LA SOLUCIÓN SEA IGUAL A LA PRESIÓN DEL SISTEMA VENOSO EL NIVEL DE LÍQUIDO DEL MANÓMETRO SE DETIENE Y COMIENZA A FLUCTUAR CON LAS RESPIRACIONES DEL PACIENTE. EN ESTE PUNTO SE TOMA LA LECTURA DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL. SE COLOCA EL MANÓMETRO EN SU SITIO Y SE LE DA POSICIÓN CÓMODA AL PACIENTE.

LAS LECTURAS SE REALIZAN CADA UNA O DOS HORAS.

DEBIDO A QUE LOS CATETERES CREAN UNA CONEXIÓN DIRECTA ENTRE EL MEDIO AMBIENTE Y EL CORAZÓN LA FLEBITIS, LA TROMBOFLEBITIS Y LA INFECCIÓN SON UN GRAVE RIESGO POR LO QUE LA ENFERMERA DEBE REVISAR CONSTANTEMENTE EL SITIO DE INSERCIÓN Y EFECTUAR ASEO CON ISODINE, CAMBIO DE APÓSITO Y TELAS ADHESIVAS CUANTAS VECES SEA NECESARIO, TAMBIÉN DEBE OBSERVAR QUE EL CATETER NO SE ACODE U OBSTRUYA, SE ROMPA E IMPIDA EL PASO DE LÍQUIDOS Y QUE NO OCURRA SOBRE HIDRATACIÓN AL PACIENTE. (24)

CATETER SWAN GANS

EL CATETER SWAN GANS ES UTILIZADO PARA EL REGISTRO DE LA PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA, ESTA PRESIÓN ES IMPORTANTE PORQUE REFLEJA LA PRESIÓN EN LA AURÍCULA IZQUIERDA E INDIRECTAMENTE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA.

EL CATETER ARTERIAL PULMONAR SE INSERTA POR UNA VENA PERFÉRICA, USUALMENTE LA VENA BASÍLICA, EN EL PLIEGUE DEL CODO Y ES LLEVADO HASTA VENA SUBCLAVIA, ES UN SIMPLE CATETER DE DOBLE LUZ, LA MAS AMPLIA ESTÁ ABIERTA EN AMBOS EXTREMOS Y SE USA PARA MEDIR PRESIONES Y OBTENER MUESTRAS DE SANGRE ARTERIAL PULMONAR, LA OTRA LUZ SE EMPLEA PARA INFLAR EL BALÓN SITUADO EN LA PUNTA DEL CATETER, CUANDO ESTÁ INFLADO TIENE UN DIÁMETRO DE 11 A 13 MM Y OCULTA LA PUNTA DEL CATETER. DE VENA SUBCLAVIA PASA A LA AURÍCULA DERECHA Y FINALMENTE A LA ARTERIA PULMONAR.

EL CATETER ES CONECTADO A UN TRANSDUCTOR Y ESTE AL OSCILOSCOPIO DE MONITORIA VIA ATEROPULMONAR ESTÁ CONECTADA A UNA SOLUCIÓN HEPARINIZANTE Y SE DEPURA CON 8 O 10 GOTAS CADA 30 MINUTOS.

EL BALON DEL CATETER SE INFLA PARCIALMENTE CO 0.4 A 0.6 CC DE AIRE Y SE HACE PASAR A LA AURÍCULA DERECHA DESPUÉS EL BALÓN SE INFLA HASTA QUE CONTENGA 0.8 CC DE AIRE . SE REALIZAN DOS LECTURAS:

LA PRIMERA ES LA PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR SE TOMA CON EL BALÓN DESINFLADO Y REFLEJA LA PRESIÓN EN LA VASCULATURA PULMONAR, LA NORMAL ES DE 13 MM Hg.

LA SEGUNDA LECTURA SE TOMA CON EL BALÓN INFLADO HACIENDO CUÑA EN LA VASCULATURA PULMONAR, REFLEJA LA PRESIÓN EN LA AURÍCULA IZQUIERDA LA NORMAL ES DE 4 MM Hg. (EL BALÓN SE INFLA CON 1 C.C. DE AIRE)

LOS CAMBIOS EN ESTAS PRESIONES PUEDEN INDICAR ALTERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR. LA ENFERMERA DEBE TENER CUIDADO AL CATETER PARA EVITAR INFECCIONES, DESINFLAR EL BALÓN CUANDO NO SE REGISTRE LA PRESIÓN PARA EVITAR INFARTO PULMONAR Y RECORDAR HEPARINIZAR EL CATETER

EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

A PARTIR DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL. LOS AVANCES CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL MUNDO SE ACELERARON, EL SECTOR INDUSTRIAL UTILIZÓ EL PROCESO ADMINISTRATIVO PARA LOGRAR EL AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, LOS INVESTIGADORES SE INCLINARON POR EL MÉTODO CIENTÍFICO PARA APOYAR SUS DESCUBRIMIENTOS Y LAS CIENCIA APLICADAS CONSIDERARON CONVENIENTE PARA SUS NECESIDADES EL MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

ESTOS METODOS SON UTILES EN CUALQUIER DISCIPLINA, REPRESENTAN LA ORGANIZACIÓN LÓGICA DE PENSAR Y ACTUAR EN FORMA SISTEMÁTICA CON EL FIN DE FORMAR UN CRITERIO DISCIPLINADO QUE PERMITA EL DESARROLLO HUMANO.

EN ENFERMERIA CON EL PROPOSITO DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION PROPORCIONADA AL PACIENTE, SE INICIA LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA CON TENDENCIA A OFRECER UN CUIDADO INTEGRAL, DANDO ORIGEN AL PLAN DE CUIDADOS Y MAS TARDE AL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ES DE HECHO EL MÉTODO CIENTÍFICO, IMPLICA EL ORDENAMIENTO LÓGICO Y MENTAL DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR POR LA ENFERMERA EN BASE A LAS NECESIDADES REALES DEL PACIENTE, CONSIDERA ASPECTOS TALES COMO INVESTIGACIÓN, HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA, JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES PLAN DE CUIDADOS Y EVALUACIÓN.

LOS PASOS DE ESTE PROCESO HAN SIDO DELINEADOS EN DIVERSAS FORMAS POR MUCHOS AUTORES LÍDERES EN ESTA MATERIA, PERO LOS CONCEPTOS DE VALORACIÓN INICIAL, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN SON COMUNES A TODAS LAS DEFINICIONES.

COMO PRIMER PUNTO ESTA LA JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES, DEBE CONSIDERARSE EL GRADO DE URGENCIA DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS Y A CONTINUACIÓN FIJAR LOS OBJETIVOS, INMEDIATOS MEDIATOS Y A LARGO PLAZO ASI COMO LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL LOGRO DE TALES OBJETIVOS, QUEDANDO EN ESTA FORMA ELABORADO EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LA ETAPA DE EJECUCIÓN ES LA PUESTA EN PRACTICA DEL PLAN PROPUESTO; LA ENFERMERA EVALÚA DE MANERA CONSTANTE AL PACIENTE Y SUS RESPUESTAS, HACIENDO MODIFICACIONES AL PLAN CONFORME CAMBIA EL ESTADO DEL PACIENTE Y SE REASIGNAN PRIORIDADES.

DEPENDIENDO DE GRAN PARTE DE LAS TÉCNICAS INTELECTUALES E INTERPERSONALES DE LA ENFERMERA, PUDIENDO INCLUIR HABILIDADES TÉCNICAS Y DESTREZA MANUAL.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS ES LA FASE FINAL DEL PROCESO Y TIENE COMO FINALIDAD IDENTIFICAR LA RESPUESTA DEL INDIVIDUO A LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y LA MEDIDA EN QUE SE HAN LOGRADO ALCANZAR LOS OBJETIVOS.

LA ENFERMERA DEBE RECORDAR QUE EL PROCESO ESTÁ CONSIDERADO COMO UN TODO, ES CICLICO Y QUE SUS PASOS ESTÁN INTERRELACIONADOS, SON INDEPENDIENTES Y RECURRENTES.

EL PROCESO ES DE RECOPIACIÓN DE DATOS, TOMA DE DECISIONES EN QUE SE INCLUYEN LA EVALUACION DEL PACIENTE Y LA MODIFICACIÓN SUBSECUENTE COMO MECANISMOS DE RETROALIMENTACION LA RESOLUCION DE LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE.

AUNQUE SE DESCRIBEN POR SEPARADO LOS PASOS O FASES DEL PROCESO, NO SON LINEALES, SE SUPERPONEN, NO ES UN EJERCICIO RÍGIDO RUTINARIO; SE TRATA DE UN PROCESO DINÁMICO, CON UNA ACTIVIDAD ORIENTADA HACIA UN PROBLEMA QUE INCLUYE AL PACIENTE Y SU FAMILIA, ES UN MODO SISTEMÁTICO Y DINÁMICO DEL PENSAMIENTO QUE CONSTITUYE UNA GUÍA ÚTIL EN LA PRACTICA ASISTENCIAL, EDUCATIVA Y DE INVESTIGACIÓN DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.

VALORACION INICIAL CONSISTE EN LA RECOLECCION SISTEMATICA DE DATOS ACERCA DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE, REALIZAR UNA HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA; SE RESUMEN DATOS BIOLÓGICOS, HABITOS PERSONALES, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, ASI COMO EL PADECIMIENTO ACTUAL. SOLO SE RECABA LA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVITAR INTROMISIÓN EN LA VIDA PRIVADA DEL PACIENTE, LOS DATOS OBTENIDOS SE ANALIZAN PARA IDENTIFICAR SUS NECESIDADES REALES O POTENCIALES Y CON ELLOS SE ELABORA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA, COMO ES BIEN SABIDO, CADA PACIENTE RESPONDE DE MANERA DIFERENTE A LA ENFERMEDAD, AL TRATAMIENTO, A SU AMBIENTE SOCIAL Y SU SITUACIÓN ECONÓMICA, Y POR ELLO EL DIAGNÓSTICO ES PERSONAL.

VENTAJAS DE ELABORAR EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- PERMITE EL CUIDADO INDIVIDUALIZADO DEL PACIENTE, LO QUE CONDUCE A HUMANIZAR EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.
- BRINDAR LA OPORTUNIDAD DE OFRECER UN CUIDADO CIENTÍFICAMENTE ELABORADO Y NO POR INTUICIÓN.
- ES LA BASE DEL CUIDADO CONTINUO E INTEGRAL AL PACIENTE DURANTE SU PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN Y AÚN DESPUÉS DE SU EGRESO
- TIENDE A REFLEJAR EL PROGRESO DEL PACIENTE Y PUEDE CAMBIAR CON LAS RESPUESTAS QUE ESTE HACE DIARIAMENTE EN LAS ETAPAS DE SU ENFERMEDAD.

PLANIFICACION LA ENFERMERA ORGANIZA, ANALIZA, SINTETIZA, RESUME LOS DATOS RECOPIADOS Y DEFINE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DEL PACIENTE Y DA PASO A LA PLANIFICACIÓN.

MODELOS DE ENFERMERIA

"ESTOS MODELOS SON UTILES EN CUALQUIER DISCIPLINA, PROPORCIONAN UNA REPRESENTACION VISUAL DE LA ORGANIZACION DE LA DISCIPLINA, INDICANDO CONCEPTOS PRINCIPALES Y LA RELACION EXISTENTE ENTRE ELLOS.

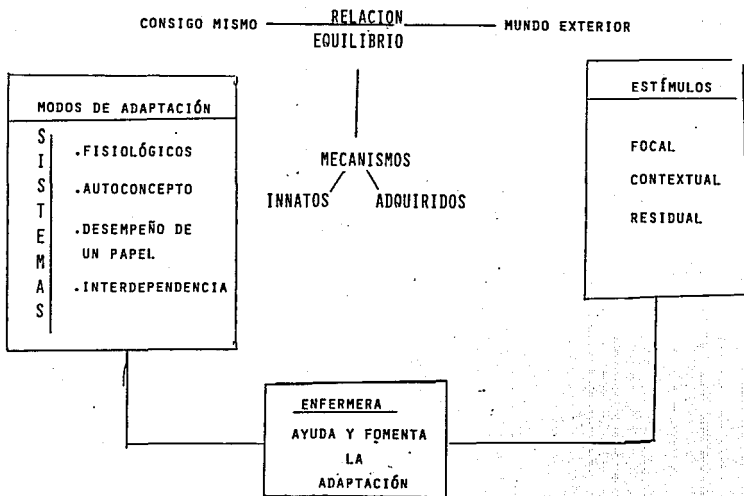
SE CREAN DANDO POR SENTADO QUE SOLO SON PUNTOS DE PARTIDA PARA SEGUIR ESTUDIANDO Y A MEDIDA QUE SE PROPONEN NUEVAS TEORIAS PARA EXPLICAR LA PRACTICA, ES POSIBLE QUE SE MODIFIQUE O RECHACE EL MODELO SI DEJA DE SER UTIL.

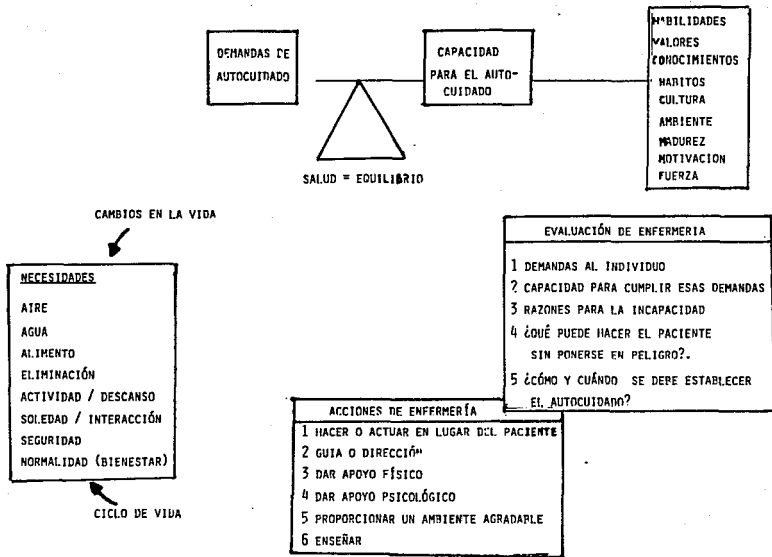
CASI TODOS LOS MODELOS, (MARCOS CONCEPTUALES) IMPLICAN ALGUNA VERSION DEL PROCESO DE ENFERMERIA, (EL PROCESO CIENTIFICO) PARA PROPORCIONAR UNA FORMA LOGICA Y SISTEMATICA DE UTILIZACION DE LOS CONCEPTOS Y SU REALIZACION EN LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA.

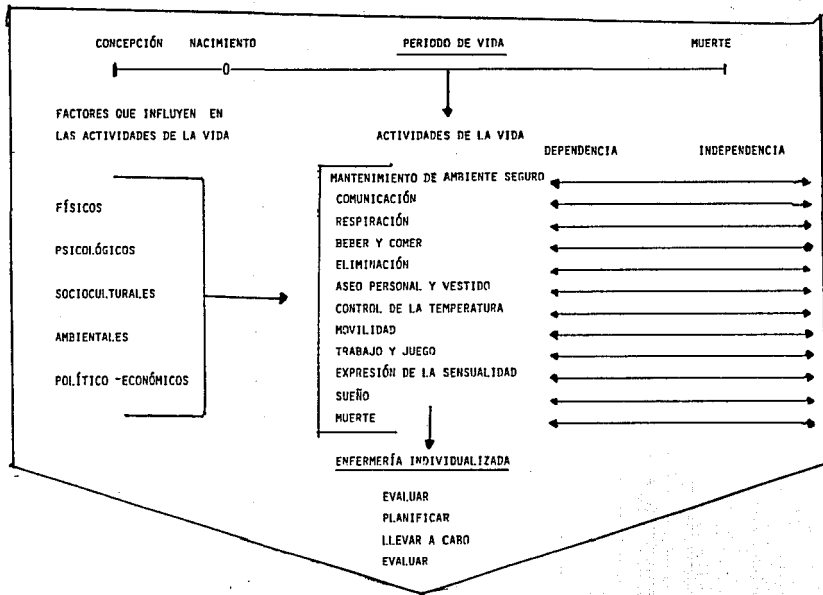
LA MAYORIA DE LOS MODELOS DE ENFERMERIA HAN SIDO CREADOS POR NORTEAMERICANOS, Y HAN SIDO VARIAS LAS PERSONAS QUE LOS HAN ANALIZADO EN BUSCA DE PUNTOS EN COMÚN Y DIFERENCIAS, COMO POR EJEMPLO: MELEIS (1985) Y FAWCETT (1984), DESCRITOS EN KERSAW & SALVAGE (EDS., 1986).

EN ESTE APENDICE SE COMPARA BREVEMENTE UN MODELO BRITANICO DE ENFERMERIA (ROPER, LOGAN Y TIERNERY R/L/T) CON TRES MODELOS NORTEAMERICANOS (KING 1981, OREM 1980, ROY 1984)". (25)

(25) ROPER Nancy, DICCIONARIO DE ENFERMERIA, EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO, 1991, PAG. 438-442







MODELO DE ENFERMERÍA DE ROPER, LOGAN Y TIERNEY

MODELOS DE ENFERMERIA

	R / L / T	OREM	ROY	KING
TIPO DE MODELO	ACTIVIDADES VITALES	AUTOCUIDADO	ADAPTACIÓN	SISTEMAS GENERALES
VISIÓN DEL HOMBRE	<p>EL INDIVIDUO REALIZA VARIAS ACTIVIDADES VITALES (AV) A LO LARGO DE LA VIDA, MOVIÉNDOSE ENTRE LA DEPENDENCIA Y LA INDEPENDENCIA DE LAS AV SEGÚN LA EDAD, CIRCUNSTANCIAS Y ESTADO DE SALUD.</p> <p>LA INDIVIDUALIDAD EN LAS AV SE VE INFLUIDA POR 5 FACTORES PRINCIPALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> . FÍSICO . PSICOLÓGICO . SOCIOCULTURAL (INCLUIDO EL ESPIRITUAL /ÉTICO). . AMBIENTALES . POLÍTICO ECONÓMICOS (INCLUIDOS LOS LEGALES). 	<p>EL INDIVIDUO ES UN TODO FUNCIONAL INTEGRADO EN UN CONJUNTO DE MOTIVACIONES PARA LOGRAR EL AUTOCUIDADO.</p> <p>EXISTEN 6 NECESIDADES UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> . SUFICIENTE AIRE, AGUA, NUTRICIÓN. . FUNCIONES ELIMINATORIAS . ACTIVIDAD Y REPOSO . TIEMPO PASADO A SOLAS Y TIEMPO PASADO CON LOS DEMÁS. . PREVENCIÓN DE AUTOLESIONES . SER NORMAL.- EL INDIVIDUO BUSCA MANTENER UN EQUILIBRIO ENTRE SU CAPACIDAD DE LOGRAR UN AUTOCONTROL Y LAS DEMANDAS RELACIONADAS CON LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO 	<p>EL HOMBRE ES UN SER BIOPSICOSOCIAL EN CONSTANTE INTERACCIÓN CON SU ENTORNO, LUCHANDO POR CONSERVAR UN EQUILIBRIO CONSIGO MISMO Y EN RELACIÓN CON EL MUNDO EXTERIOR.</p> <p>EL HOMBRE SE ADAPTA A LOS CAMBIOS O ESTÍMULOS UTILIZANDO MECANISMOS INNATOS O ADQUIRIDOS.</p> <p>LOS CAMBIOS DE ESTÍMULOS SON DE 3 TIPOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> . FOCAL AQUELLOS QUE AFECTAN INMEDIATAMENTE AL INDIVIDUO . CONTEXTUAL: AQUELLOS PERTENECIENTES A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LE RODEAN. . RESIDUAL: AQUELLOS DESARROLLADOS EN EL PASADO (CREENCIAS, RASGOS,) 	<p>EL HOMBRE SE VE COMO UNA FUNCIÓN DENTRO DE UNOS SISTEMAS SOCIALES A TRAVÉS DE RELACIONES INTERPERSONALES DURANTE SUS PERCEPCIONES, QUE INFLUYEN EN SU VIDA Y SALUD.</p> <p>SISTEMAS ABIERTOS, COMO LA RELACIÓN DEL HOMBRE CON EL ENTORNO, MUESTRAN UNAS RELACIONES PERMEABLES PERMITIENDO UN INTERCAMBIO DE MATERIA, ENERGÍA, INFORMACIÓN, VIDA, DINÁMICA, EXPERIENCIA DE SALUD ETC., QUE IMPLICAN UN AJUSTE CONTINUO RESPECTO A LOS AGENTES ESTRESANTES</p> <p>EL INDIVIDUO ES UN SER SOCIAL SENSIBLE RACIONAL, REACTIVO, PERCEPTOR QUE CONTROLA, FIJA OBJETIVOS, ORIENTA EN EL TIEMPO Y ACCIÓN</p>

MODELOS DE ENFERMERIA

	R / L / T	OREM	R O Y	KING
OBJETIVO DE ENFERMERIA	AYUDAR AL INDIVIDUO, EN TODAS LAS FASES DE LA VIDA, A CONSEGUIR EL NIVEL ÓPTIMO DE SALUD; IMPEDIR LA ENFERMEDAD; SOBREPONERSE, AJUSTARSE Y AFRONTAR LOS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA; MORIR CON DIGNIDAD.	AYUDAR AL HOMBRE A LOGRAR LA SALUD Y EL DESARROLLO DE UN NIVEL ÓPTIMO DE AUTOCUIDADO (EL PACIENTE ES EL AGENTE DE AUTOCUIDADO. LOS PADRES DE UN RECIÉN NACIDO O UN FAMILIAR DE UN INCONCIENTE. REDUCIR/ ELIMINAR LA FALTA DE AUTOCUIDADO: REDUCIR LA AUTODEMANDA HASTA UN NIVEL QUE PERMITA AL PACIENTE MANTENERSE.	AYUDAR AL HOMBRE A QUE CONSERVE LA SALUD, FOMENTANDO Y APOYANDO SUS CAPACIDADES DE ADAPTACIÓN EN LOS CUATRO MODOS DE ADAPTACIÓN: SISTEMA FISIOLÓGICO SISTEMA DE AUTOCONCEPTO SISTEMA DE DESEMPEÑO DE UN PAPEL SISTEMA DE INTERDEPENDENCIA	AYUDAR A LOS INDIVIDUOS Y GRUPOS A ALCANZAR, MANTENER Y RESTABLECER LA SALUD O A MORIR CON DIGNIDAD. AYUDAR A QUE LOS INDIVIDUOS MANTENGAN LA SALUD PARA QUE PUEDAN DESEMPEÑAR SU PAPEL.
CRITERIOS DE ENFERMERIA	LA ENFERMERA SE ENCARGA DE AYUDAR A LAS PERSONAS A PREVENIR, ALIVIAR, RESOLVER O AFRONTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES VITALES. 12 A.V. (COMER, RESPIRAR, COMUNICACIÓN, ASEO, MORIR ETC.) CICLO VITAL DEPENDENCIA / INDEPENDENCIA FACTORES QUE AFECTAN A A.V. INDIVIDUALIZACIÓN DE ENFERMERIA (PROCESO DE ENFERMERIA)	LA ENFERMERA ES UN SERVICIO DE AYUDA SOLO ES NECESARIO CUANDO LOS INDIVIDUOS (PARIENTES O ALLEGADOS) SON INCAPACES DE LOGRAR Y CONSERVAR UN EQUILIBRIO ENTRE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y LAS DEMANDAS ACTUALES; LAS INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA PUEDEN SER: TOTALMENTE COMPENSATORIAS (LA ENFERMERA ACTÚA POR EL PACIENTE) PARCIALMENTE COMPENSATORIAS (LA ENFERMERA COMPARTE CON EL PACIENTE) APOYO, EDUCACIÓN (LA ENFERMERA DEJA QUE EL PACIENTE SE CUIDE)	LA ENFERMERA SE ENCARGA DEL HOMBRE COMO UN TODO EN ALGUN MOMENTO ENTRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD Y SU INTERVENCIÓN ES NECESARIA CUANDO EXISTE UNA NECESIDAD, CARENCIA O EXCESO EN UNO O MAS DE LOS CUATRO MODOS DE ADAPTACIÓN LA ENFERMERA VALORA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE INTERVIENIENDO LUEGO MANIPULANDO LOS FACTORES QUE INFLUYEN (FOCAL, CONTEXTUAL O RESIDUAL) O AUMENTANDO EL NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PARA AFRONTAR LOS ESTÍMULOS	LA ENFERMERIA ES UN PROCESO DE ACCIÓN, REACCIÓN INTERACCIÓN Y TRANSACCIÓN. ES UN PROCESO DE RELACIÓN HUMANA ENTRE LA ENFERMERA Y EL CLIENTE, EN EL QUE UNO PERCIBE AL OTRO EN LA SITUACIÓN Y A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN, FIJAN OBJETIVOS BUSCAN MEDIOS Y ACUERDAN LOS MEDIOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS. LOS CONCEPTOS SE PRESENTAN COMO TRES SISTEMAS DE INTERACCIÓN: PERSONAL, INTERPERSONAL Y SOCIAL

MODELOS DE ENFERMERIA

	R / L / T	OREM	R O Y	KING
CRITERIO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	<p>MODO LÓGICO Y DINÁMICO DE PENSAR Y SU PUESTA EN PRÁCTICA</p> <p>VALORAR; RECOLECCIÓN DE DATOS BIOGRÁFICOS Y SOBRE LA SALUD, RELACIONADOS CON SU ESTILO DE VIDA</p> <p>CON LA DURACIÓN DE LA VIDA CON LA DEPENDENCIA / INDEPENDENCIA Y LOS FACTORES SIGUIDO TODO EL ANÁLISIS DE DATOS E IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES.</p> <p>PLANIFICAR, FIJAR UNOS OBJETIVOS DE ACTUACIÓN (JUNTO CON EL PACIENTE) TENIENDO EN CUENTA LOS RECURSOS DISPONIBLES</p> <p>REALIZAR ACTUACIÓN DEL PACIENTE Y ENFERMERA PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS POTENCIALES Y REALES HASTA ALCANZAR LOS OBJETIVOS TRAZADOS.</p>	<p>PROCESO INTERPERSONAL QUE INCLUYE LA INICIACIÓN CONDUCCIÓN Y CONTROL DEL SISTEMA</p> <p>HACER UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA,</p> <p>VALORAR LAS DEMANDAS PARA EL AUTOCUIDADO</p> <p>VALORAR LA CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA CUBRIR LAS DEMANDAS</p> <p>JUZGAR LA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SI HAY UNA FALTA DE AUTOCUIDADO ESTABLECER LAS CAUSAS</p> <p>DESENAR UN SISTEMA DE ENFERMERIA</p> <p>COMPENSATORIO PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO/EDUCACIÓN, ACCIONES DE ENFERMERIA, UNA SERIE DE ACTIVIDADES DE VALORACIÓN CONTROL, AJUSTE Y REAJUSTE.</p>	<p>PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS QUE IDENTIFICA MODOS EN LOS QUE HAY PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN</p> <p>VALORACIÓN DEL PRIMER NIVEL</p> <p>RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENJUICIAMIENT O SI ES O NO DE ADAPTACIÓN</p> <p>VALORACIÓN DE SEGUNDO NIVEL</p> <p>IDENTIFICAR LA CAUSA DEL COMPORTAMIENTO</p> <p>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS</p> <p>FIJACIÓN DE OBJETIVOS</p> <p>INTERVENCIÓN; SELECCIÓN DE FORMAS DE ACTUAR</p> <p>EVALUACIÓN</p>	<p>PROCESO INTERPERSONAL UNA SERIE DE ACTOS QUE CONNOTAN ACCIÓN, REACCIÓN E INTERACCIÓN Y TRANSACCIÓN ENTRE INDIVIDUOS Y GRUPOS EN SISTEMAS SOCIALES.</p> <p>EL PROCESO DE INTERACCIÓN ESTÁ INFLUIDO POR LAS PERCEPCIONES, OBJETIVOS NECESIDADES Y VALORES DEL CLIENTE Y ENFERMERAS.</p> <p>EL OBJETIVO ES COMPARTIR LA INFORMACIÓN; FIJAR OBJETIVO COMUNES; PARTICIPAR EN LAS DECISIONES SOBRE LOS OBJETIVOS Y MEDIOS; EJECUCIÓN DE LOS PLANES Y EVALUACIÓN</p>
RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE	<p>ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y PACIENTE PARA EL FOMENTO DE LA AYUDA PERSONAL Y SALUD EN LAS ACTIVIDADES VITALES, HASTA EL NIVEL ÓPTIMO PARA ESE PACIENTE.</p>	<p>PACIENTE; ADOPCIÓN DE AUTOCUIDADO CON UNA GUIA.</p> <p>ENFERMERA; QUIEN DISEÑA CONTROLA EL SISTEMA</p>	<p>PACIENTE SISTEMA DE ADAPTACIÓN</p> <p>ENFERMERA; QUIEN AYUDA Y FOMENTA LA ADAPTACIÓN.</p>	<p>PACIENTE ; INDIVIDUO RACIONAL CON CAPACIDADES</p> <p>ENFERMERA; INDIVIDUO CON UNA FORMACIÓN Y EXPERIENCIA EN EDUCACIÓN.</p>

METODOLOGIA Y OBJETIVOS

METODOLOGIA DEL TRABAJO

EL PRESENTE TRABAJO SE LLEVÓ A CABO EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL I.S.S.S.T.E., UBICADO EN AVENIDA UNIVERSIDAD 1321 COL. FLORIDA, D.F.

SE ELIGIÓ UN PACIENTE DE RECIENTE INGRESO AL HOSPITAL EN EL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA TRATADO CON ANTERIORIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL.

LA MECÁNICA DEL TRABAJO ES FUNDAMENTALMENTE EL QUE ESTÁ PROPUESTO POR EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EN EL QUE SE HARÁ DIARIAMENTE UNA VALORACIÓN PARA DETECTAR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y PROPONER LAS ACCIONES DE ENFERMERIA ADECUADAS PARA RESOLVERLAS.

EL MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS FUÉ A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE, SU FAMILIA, PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE LA INSTITUCIÓN UTILIZANDO EL EXPEDIENTE Y KARDEX EL CUESTIONARIO SE UTILIZÓ PARA ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA Y UN FORMATO PARA LA VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE Y EL PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

EL ESTUDIO SE LLEVO A CABO DURANTE EL TIEMPO QUE EL PACIENTE SE ENCONTRÓ HOSPITALIZADO Y SE EFECTUÓ UNA VISITA DOMICILIARIA POSTERIORMENTE.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA UTILIZANDO LA METODOLOGÍA DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.
- 2.- VALIDAR A TRAVES DEL USO SISTEMÁTICO UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE CARDIOPATA.

OBJETIVO ESPECIFICO:

OFRECER ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ADECUADA Y OPORTUNA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON EL FIN DE LOGRAR SU PRONTA RECUPERACIÓN.

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA DEL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

VALORACIÓN INICIAL

HOJA DE HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I DATOS GENERALES

SERVICIO Terapia Intensiva CAMA 1 EXP MOPR 401128
NOMBRE DEL PACIENTE Molina Pérez Rebeca EDAD 51
ESTADO CIVIL Casada OCUPACIÓN Maestra de Primaria
DOMICILIO Calle 17 No 56 interior 3 col Puytoqan D.F.

ESCOLARIDAD Maestra Normalista

II PERFIL DEL PACIENTE

HABITACIÓN Departamento propio construido con sala, comedor, cocina y baño dentro de la casa, bien construido, buena ventilación
SERVICIOS SANITARIOS Cuenta con servicios básicos intradomiciliares
HÁBITOS HIGIÉNICO DIETÉTICOS Baño diario, con cambio de ropa completa, aseo dental ocasional, lavado de manos frecuente. Alimentación hiposódica 2 al día en buena cantidad y calidad, con pollo, verduras y frutas diaria y lacteos cada tres días.
TOXICOMANÍAS Tabaquismo positivo de los 38 años a los 45 años con 5 cigarrillos al día
NIVEL SOCIOECONÓMICO Pertenece a la clase media

III ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Abuelas paternas y maternas por cardiopatía no especificada, ignora a que edad
Abuelos paternos y maternos fallecidos de causa desconocida se ignora la edad
Padre muerto de Ca a los 75 años de edad. Madre viva padece cardiopatía isquémica 73 años
tres. Hijos vivos referidos con sarampión, ningún antecedente tóxicos, lúcticos, neurológicos y

IV ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS

Menarca a los 11 años ritmo 28 X 2 disminuye no incapacitante DVA a los 21 años
GIII P III L III A.O. P.O. fecha última cesarea 1979, fecha de último regla 15 VIII 91

V ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Sarampión y varicela en la infancia, cuadros faringomigrales frecuentes 8 en un año
mitiloidosis, complicada con otitis supurativa, asintomática desde hace mas de 10 años
apendicitomía a los 18 años hipertensión arterial sistémica compensada de 10 años de eva-
luación I.C. desde hace 5 a. y angina inestable. Obesidad crónica y estenosis mitral de 1 año

VI PADECIMIENTO ACTUAL

La inicia hace tres semanas con dolor precordial tipo opresivo y punzante con irradiación
a brazo derecho y disfonía profunda con duración aproximada de 20 minutos que cede con la
administración de 150mg de nifedipina el dolor se presentó con una frecuencia de 5 en 24 horas
se agrega a esta sintomatología disnea de mínimos esfuerzos por lo que acude a urgencias en
donde se inicia manejo con lactato de C, diuréticos y medidas generales y se trasporta a TI

VII EXÁMENES DE LABORATORIO

HR 137	HTCO 43.8	Leucocitos 1200	Glicemia normal
TG 10	DH 100	Tiempo de protombina 100%	
TGP 6	Ex. Grial de orina Turbio, Pt 6	Leucocitos incontables	

VIII EXÁMENES DE GABINETE

Se congestión bilateral y aumento de la vena vascular cardiopulmonal grado III
E.C.G., Bloqueo completo de la rama izquierda del haz de His

OTROS ESTUDIOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Paciente angustiada con disnea de mínimos esfuerzos, cianosis y disfonía, se queja de
dolor precordial que se irradia a brazo derecho, se observa distensión venosa jugular,
reflejo tenso vertical, poliquinuria y disuria así como anorexia e insomnio, su peso es de
78 kg. que denota obesidad.

HOJA DE VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CARDIACO

NOMBRE Rebeca Malina Perez EDAD 51 años SEXO Femenina
 FECHA 15 Agosto 1991 DIAGNÓSTICO MÉDICO Insuficiencia cardiaca, Arterio inestable Inf. vías urinarias

ENTREVISTA

Paciente dolor precordial desde hace tres semanas, que se inicia a brazo derecho, con duración de 20 minutos y cede con la administración de Isosorbide sublingual, se agrega a esta sintomatología diuresis de mínimos esfuerzos, informa de disnea, polipnea y terezo vesical también desde hace tres semanas, se queja de padecer insomnio por crisis paroxística nocturna e irritabilidad e labilidad emocional.

Comenta padecer de hipertensión desde hace 10 años y usan aparato en ambos oídos. Actualmente presenta anemia, artrosis e Hipoxemia.

SIGNOS VITALES: T.A. 160/90 TRIP 32° RESP. 20 F.C. 92 PESO 78 kg. TALLA 1.57 cm.

EXPLORACIÓN FÍSICA POR AREAS

AREA	INSPECCIÓN	AUSCULTACIÓN	PALPACIÓN
CABEZA	<u>Consciente, orientada, pelo bien implantado, acrocianosis, cuello cilíndrico con ingurgitación yugular, bien hidratada.</u>		<u>Sin exostosis, ingurgitación yugular grado III</u>
THORAX	<u>Bien conformada, respiración torácica diáfana de mínimos esfuerzos</u>	<u>Soplo sistólico exclusivo en foco mitral. Frec. cardiaca 90 por minuto frec. respiratoria 22 por minuto</u>	<u>Disor en paravilla costal</u>
ABDOMEN	<u>Aflorante pericilo arfioso, presencia de cicatrices quirúrgicas antiguas</u>	<u>peristaltismo presente</u>	<u>hazlo degradable no doloroso</u>
EXTREMIDADES	<u>Movilidad normal, sin edemas, nod venosa colateral en miembros inferiores</u>	<u>TA 160/90</u>	<u>pulsos presentes con sensibilidad</u>

RESUMEN

PACIENTE EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA, AMPLIAMENTE CONOCIDO EN EL SERVICIO POR MÚLTIPLES INGRESOS POR DESCOMPENSACIÓN CARDIACA Y ANGOR INESTABLE. TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES POSITIVOS POR CARDIOPATÍA, ASÍ COMO PORTADORA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LARGA EVOLUCIÓN QUE AL PARECER CONDICIONA AFECCIÓN CARDIACA, COMO SABEMOS LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ES CAUSA DE MUERTE CADA VEZ MAS FRECUENTE EN LA POBLACION, TIENE COMO ORGANO DE CHOQUE AL CORAZÓN QUE INICIALMENTE COMPENSA LA CARGA EXCESIVA IMPUESTA POR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIANTE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, FINALMENTE ESTA FUNCIÓN SE DETERIORA Y SE DILATA APARECIENDO SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA, TAMBIEN PUEDE APARECER ANGINA DE PECHO DEBIDO A CORONOPATÍA SECUNDARIA ACCELERADA A UN AUMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS MIOCARDICOS DE OXIGENO, SE AGREGA LA PRESENCIA DE OBESIDAD EXÓGENA IMPORTANTE Y LA INADECUADA RESPUESTA AL STRESS QUE EXACERVA LA SINTOMATOLOGÍA.

ADEMAS LA PACIENTE CURSA CON VALVULOPATÍA MITRAL AL PARECER SECUNDARIA A INFECCIÓN FARÍNGEA FRECUENTE, ESTO CONDUCE A QUE LA SANGRE FLUYA DE AURÍCULA A VENTRÍCULO IZQUIERDO ÚNICAMENTE SI ES PROPULSADO POR UN GRADIENTE DE PRESIÓN ANORMALMENTE ELEVADO.

LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN EN LA AURÍCULA ELEVA A SU VEZ LA PRESIÓN VENOCAPILAR DANDO POR RESULTADO DISNEA DE ESFUERZO Y ELEVACIÓN DEL GASTO CARDIACO.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

- 1.- DOLOR PRECORDIAL; OCACIONADO POR FALTA DE OXÍGENO AL MIOCARDIO.
- 2.- DIFICULTAD PARA LA ACTIVIDAD, POR FATIGA Y DISNEA COMO CONSECUENCIA DEL AUMENTO DEL GASTO CARDIACO.
- 3.- ANGUSTIA , CAUSADA POR LA DISNEA Y EL DOLOR PRECORDIAL.
- 4.- INQUIETUD, SECUNDARIA A LA OXIGENACIÓN INADECUADA
- 5.- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS DEL AUTOCUIDADO PERSONAL, QUE REQUIERE DE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA.

OBJETIVOS

- ALIVIAO O DISMINUIR EL DOLOR
- TRANQUILIZAR AL PACIENTE REDUCIENDO LA ANGUSTIA
- OPTIMIZAR EL REPOSO PARA DISMINUIR EL TRABAJO DEL CORAZÓN
- MANTENER UNA PERFUSIÓN ADECUADA
- ESTABILIZAR LA FUNCIÓN HEMODINÁMICA EN LÍMITES NORMALES
- LIMITAR EL DAÑO, EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD
- DAR A CONOCER AUTOCUIDADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

HOMBRE DEL PACIENTE REBECA MOLINA PÉREZ

FECHA 15 DE AGOSTO 1991

HOJA 1

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()	()	HEPATOMEGALIA ()	()	ALIENTO DE PESO (x)	(x)	DIETA PREVENIAL (x)	(x)
TACICARDIA ()	()	ESPLENOMEGALIA ()	()	PICTURIA ()	()	MIADIPSIS (x)	(x)
DIASIA DE ESPIRADO (x)	(x)	ICTERICIA ()	()	FATIGA ()	()	DISURIA (x)	(x)
DIASIA NOCTURNA (x)	(x)	DISTENSIÓN VENTOSA ()	()	INTIPALIDAD ()	()	PTILACURIA (x)	(x)
ORTICARIA ()	()	VALULAN (x)	(x)	DEBILIDAD MUSCULAR ()	()	TEMPER. SPECIM. (x)	(x)
TOR SECA (x)	(x)	PULSO SALTÓN ()	()	INSOMNIO (x)	(x)	MEDICAMENTOS (x)	(x)
TOR PRODUCTOR ()	()	OLIGURIA ()	()	PALIDEZ ()	()		
ESPIRO ESPIRADO ()	()	DEULTO EN CLAVANTE ()	()	DISMINUCIÓN DE PULSO ()	()		
ESPIRO HEMOPTICO ()	()	SUPERIOR PERICHO ()	()	DESHIDRATACIÓN ()	()		
CIANOSIS (x)	(x)	EDEMA DE MIEMBROS INF. ()	()	HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()	()		
MIOSIA ()	()	ASCITIS ()	()	ELIMINACIÓN VESICAL (x)	(x)		
ESTRIJONES ()	()	DISURIAS ()	()	ELIMINACIÓN INTESTINAL ()	()		
STIBILANCIAS ()	()	ALIMENTO DE P.V.C. ()	()	ALIMENTACIÓN ()	()		
HIPERMENSTRUACIÓN ()	()	ANOREXIA ()	()	PICTURAS ()	()		
ESTUDIOS		DIETA		EXCUCIONES			
<i>Electrocardiograma</i>		<i>Ayuno hasta nueva orden</i>		<i>ad. glucosado al 5% / 100ml</i>	<i>17/26 H.</i>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Paciente angustiada con diátesis de mínimos esfuerzos, cianosis y diaforesis, presenta dolor precordial que se localiza bajo derecho, se observa distensión venosa yugular, reflete tansano vesical, poliquiuria y diuresis así como anorexia e insomnio.
su peso es de 78 kg. que denota obesidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Diátesis de mínimos esfuerzos	Posición de Fowler, oxígeno por puntas nasales a 2 lts por minuto	Ajoran un poco la ventilación frecuencia respiratoria 20 por minuto.
Cianosis ortopnea	ofrece posición cómoda con la mesa puente y almohada	dianalvea un poco la cianosis
Dolor precordial que se localiza a bajo derecho	Reposo absoluto en cama toma electrocardiograma Instala monitorización continua. Administración de Isoorbida sublingual 5 mg	se quita dolor precordial a los 10 minutos El electrocardiograma muestra bloque completo de zona izquierda del haz de his
Distensión venosa yugular	Canaliza vena y manténela permeable. Administración de Isoorbida 25 mg. cada 12 horas	se instala cateter largo en miembro superior derecho
Tansano vesical, poliquiuria y diuresis	Envia muestra de orina al laboratorio	Pendiente resultados
Diaforesis	Mantener seco la piel	Le apacencia la paciente
Insomnio	Tanquiliza a la paciente	se mantiene tranquila

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOYER BEBECA MOLINA PÉREZ

FECH 16 AGOSTO 1991 HOJA 2

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.I.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		ASIENTO PP PUNO ()	Y	DIARREA (X)	Y
TACHICARDIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		MICTURIA ()		TEJER PRECOCCION. (X)	Y
TURBA DE SUEÑO (X)	X	ITECTICIA ()		FATIGA ()		PEL. TACHICARDIA (X)	Y
DISPNEA NOCTURNA (X)	X	DISTENSIÓN VENOSA ()		INTOLERANCIA ()		TIPOLOGÍA VASCULAR (X)	Y
ORTOPNEA (X)	X	YUGULAR (X)	Y	DEBILIDAD MUSCULAR ()		TIPOLOGÍA VASCULAR (X)	Y
TOS SECA (X)	X	PELLO MALÓN ()		INSONO (X)	X	MEDICAMENTOS:	
TIR PRODUCTIVA (X)	X	CIANOSIS ()		PALPES ()		Aspiración sublingual 5 mg. en 30 min.	
ESPURO ESPUNCO (X)	X	TURBA EN QUADANTE ()		DIPOSIICIÓN DE PULSOS ()		Aspiración 10 mg. en 1/2 h	
TURBA HEMODINAMICA (X)	X	SUPERIOR INFERIOR ()		DEMINUTACIÓN ()		Aspiración con sulfametoxazol 2 mg. cada 12 horas vía oral	
CIANOSIS (X)	X	EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (X)		HIPERTENSIÓN ARTERIAL (X)	X		
HICHA (X)	X	ASCITIS ()		ELIMINACIÓN URINARIA (X)	Y		
ESTERTORES (X)	X	DISTENSIÓN ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL ()			
TIBLACIONES ()		ASIENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN ()			
HIPERTENSIÓN ()		ASPIRACIÓN (X)	Y	ALIMENTACIÓN ()			
ESTUDIOS		DIETA		ALIMENTACIÓN ()			
Electrocardiograma		Normal de 170 casillas. Lige en 2 semanas de uso		SOLUCIONES			
				Cloruro de 5% 1000 ml. para 4 horas			
						Reposo absoluto 20 por puntos nasales Posición Fowler Monitorización	

"INDICACIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente con dolor precordial, disnea y ortopnea, tos productiva, se escuchan estertores basales continuos con distensión venosa yugular y cianosis, hipertensión arterial de 160/110. Eliminación vesical con disuria poliuriquinosa y tenesmo vesical, paucitaca incontinuo y anorexia. Venoclisis en miembros superiores con cateter largo, monitorización continua, dieta de miembros inferiores

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCION PROPUESTA	EVALUACIÓN
Dolor precordial	Reposo absoluto Administración de Isoosbida Sup. sublingual y 10mg.v.o.c/8h	El dolor se quita a los 5 minutos
Disnea de esfuerzo y ortopnea	Posición de Fowler, alternada con posición sentada apoyando las brazos en la mesa puente. Oxigeno a 2lt por minuto por punta nasales	Disminuye la disnea
Cianosis	Nebulizaciones cada 2 horas fisioterapia pulmonar.	abundantes secreciones que expulsa la paciente no desea que se le aspire
Tos productiva y estertores basales	Instalación de cateter venoso central para registros horarios de presión venosa central Registros horario de Signos vitales. Monitorización continua Nifedipina sublingual 10 mg. Timotopim con sulfametoxazol 2 tabletas cada 12 horas oral Medición de oxim y anotac. caracteristicas.	La presión arterial llega a 130 - 100
Distensión venosa yugular	control de líquidos estatico cuidados a cateter largo, vigilancia de potes de soluciones dieta hiposodica 2 gr. de sal.	caracteristicas normales de la oxim cantidad de 400 en el turno matutino
Hipertensión arterial 160/110	dieta hiposodica 2 gr. de sal. venda de miembros inferiores	Presenta anorexia
Tenesmo vesical, disuria y poliuriquinosa		
Monitorización parenteral		
Edema de miembros inferiores		

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE REBECA MOLINA PÉREZFECHA 17 DE AGOSTO DE 1991

HOJA 3

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		ALIENTO EN PESO (X)	X	TORAX PROCELDIM. (X)	X
TARDECEMIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		ACTIVIDAD ()		MIOPÍA (X)	X
DIFICIL DE ESPERDUZ (X)	X	ICTERICIA ()		FATIGA (X)	Y	PLAQUELITIA (X)	X
NOSEA NOCTURNA (X)	Y	DISTENSIÓN VENOSA ()		ERITIPILITMO (X)	Y	TENENHO VESTICAL (X)	Y
MITOSIA (X)	Y	HEMORRAGIA ()	Y	DEBILIDAD MUSCULAR (X)	Y		
POS SECA (X)	Y	HEMORRAGIA ()		INFORMACIÓN (X)	Y	HEMORRAGIAS:	
TOS PRODUCTIVA (X)	Y	CLORURIA ()		PALIDEZ ()		nasales: Smp. en caso de rales prescrt	
ESFUERZO ESPALMADO (X)	Y	COLOR EN CLARAMENTE ()		DIMINUCIÓN DE PULSOS ()		puer. Temperatura 37.5 c/8 hrs 27.5	
ESFUERZO HEMOPTICO ()		SUPERIOR TENDIDO ()		DESHIDRATACIÓN ()		Alimentación por pal. 100 kcal/200 ml	
CIANOSIS (X)	Y	EDEMA DE MIEMBROS INF. (X)	Y	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (X)	Y	100 ml 4 x 4. Hidratación 100 ml 4 x 4	
MIOPÍA ()		ASCITIS ()		ELIMINACIÓN VESTICAL (X)	X	Anal. de orina: 100 ml 4 x 4	
ESTERORES (X)	X	DISTONIAS ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL ()		Anal. de 7. A. Análisis de orina: 100 ml 4 x 4	
SIBIRIACIAS ()		ALPIMENTO DE P.V.C. ()		ALDREVICACIÓN ()		TE ESPECIALES	
MIEMBRAS INFLAMADAS ()		ANEMIA ()	Y	MUSCLES ()		Registra de 7. A. Análisis	
ESTUDIOS		BIEN		EXPLORACIONES		Registra de 7. A. Análisis	
Electrocardiograma		Normal de 120 cal con 40 pulsos de pulso en 2 que de cal		Tuercas al 4 ° 110 para 20 años		Registra de 7. A. Análisis	

HISTORIA DE ENFERMEDAD

Sin muchos cambios con respecto al día de ayer, Tensión Arterial de 100/110 Abundante mucosidad y muy fatigada. Edema de miembros inferiores

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Dificultad de mínimas esfuerzos Debilidad muscular y fatiga Dyspnea	Posición de Fowler Reposo absoluto Posición sentada apoyando los brazos en la mesa puente.	Mejora la ventilación, respiración mejor, se encuentra más tranquila.
Cianosis	Oxígeno por puntas nasales a 2 lts por minuto.	
Tos productiva y estertores basales	Nebulizaciones cada 2 horas Palmo puño percusión Cambios de posición cada 2 horas	La paciente expulsa las secreciones
Dolor precordial	Administración de lasorbide Smp. sublingual y 10 mg. de aseton por vía oral. c/8 horas	El dolor disminuye
Dilatación yugular Hipertensión arterial 160-100	Reposo absoluto Monitorización continua Toma de Electrocardiograma Administración de Nifedipina sublingual 10 mg.	Tensión arterial 130 - 100
Hidratación parenteral Edema de miembros inferiores	Registro horario de Tensión arterial y presión venosa central Asa y cuación de cateter largo Vigilancia del goteo de solución Dieta hiposódica	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.

NOMBRE: RENATA MOLINA FERRZ

FECHA: 12 DE AGOSTO 1991 HOJA: 8

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.T.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALEPITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		INCREMENTO DE PESO (X)	X	OTORRINORRUEA (X)	X
TACHICARDIA ()		ESPLINOMEGALIA ()		ICTERICIA ()			
DISNEA DE ESFUERZO (X)	X	ICTERICIA ()		FATIGA (X)	X		
DISNEA NOCTURNA (X)	X	DISTENSIÓN VENTOSA ()		INTESTINALISMO (X)	X		
ORTOPNEA (X)	X	VEJIGAL ()	X	DEBILIDAD MUSCULAR (X)	X		
TEJ. SECA ()		PULSO SALTON ()		TROMBOCITOSIS (X)	X		
TOX PROTEINURIA (X)	X	OLIGURIA ()		PALIDEZ (X)	X	MEDICAMENTOS:	
ESFUERZO HIPERTÓXICO (X)	X	ICTERO EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ()		TRUNCAMENTO DE PULSO ()		Furosemida 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
CIANOSIS (X)	X	ICTERO EN CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO ()		DESHIDRATACIÓN ()		Aspirina 4 mg. tipo acción paracetamol	
HEMISIA ()		ESOMA DE MEMBRANAS INT. (X)	X	ELIMINACIÓN VESICAL (X)	X	Aspirina 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
ECHEMOSES (X)	X	ACUTIS ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL (X)	X	Aspirina 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
STIBILANCIAS ()		ALUMENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN (X)	X	Aspirina 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
INDEBILITACIÓN ()		ALUCIASIA (X)	X	RESPIRACION (X)	X	Aspirina 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
ESTUDIOS		DIETA		EXCITACIONES		Aspirina 10 mg. V.O. c/ 8 hrs	
Electrocardiograma	P. U. C. c/ 24 hrs	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación
Anticoagulante	P. U. C. c/ 24 hrs	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación	Región de alimentación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
IGUAL QUE EL DÍA ANTERIOR

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Dificultad de almóno esfuerzos ortopnea debilidad muscular y fatiga cianosis disnea postural y ungueal tos productiva y rales crecientes basales	posición de Fowler, alternada con sentada en reposo reposo absoluto Oxígeno por puntos nasales a 2L. nebulizaciones cada 2 horas pulso pulso percusión cambios de posición eliminación de secreciones por aspiración.	Mejora la disnea y la ortopnea. La cianosis se disminuye Expulsa abundantes secreciones espumosas
Dolor precordial	Isosorbide 5 mg sublingual	Se administra además captopril 25 mg por vía oral c/ 8 h.
Distensión venosa yugular	Monitorización continuo, electrocardiograma, Isosorbide 10mg. oral cada 8 horas. Registro de presión venosa central horario	La presión arterial es de 130/90.
Nitroglicerina oral 140 -100	Nifedipina 10 mg. sublingual	
Infección de vías urinarias	Registro horario de tensión arterial, pulso y respiración Trimetoprim con sulfametoxazol 2 tab. cada 12 horas oral.	Las características son normales
Edema de miembros inferiores	Cuantificación orina y anota características, control de líquidos vigilancia de soluciones parenterales peso y curación de sitio de catéteres. Dieta hiposódica vendaje de miembros inferiores	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE **REBECA MOLINA PÉREZ**FECHA **19 DE AGOSTO 1981**HOJA **5**

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		INCREMENTO DE PESO (x)		Dolor precordial (x)	()
TREMULANZA ()		ESPLENOMEGALIA ()		NICTURIA ()			()
DISNEA DE ESFUERZO (x)	x	ictericia ()		PISTIA (x)			()
DISNEA NOCTURNA (x)	x	DISTENSIÓN VENOSA ()		INMARTILINADO (x)			()
ORTOPNEA (x)	x	MUJALAR ()		DEBILIDAD MUSCULAR (x)			()
TOS SECA ()		PALEO SALTÓN ()		TAQUICARDIA (x)			()
TOS PRODUCTIVA (x)	x	CLORURIA ()		TAQUIPNEA (x)			()
ESPUTO ESPUMOSO (x)	x	DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ()		DEHIDRATACIÓN ()			()
ESPUTO HEMOPTÓICO ()		EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (x)	x	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (x)			()
CIANOSIS (x)	x	ASCITIS ()		ELIMINACIÓN URINARIA (x)			()
MIOPORTA ()		DISPNEAS ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL (x)			()
ESTERTORES ()	x	INCREMENTO DE P.V.C. (x)	x	DIARREA ()			()
SIBILANCIAS ()		ANOREXIA (x)	x				()
INTERVENTILACIÓN ()							()
ESTUDIOS		DIETA Hiposódica (Dosis de 1000 mg en 1000 cc de NaCl) 1000 cc		ESTUDIOS			
Electrocardiograma				ECG			
radiografía P.V.C.				ECG			

 PLAN DE ENFERMERÍA
 SIN CAMBIOS CON RESPECTO AL DIA DE ANTER

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Disnea de mínimos esfuerzos Ortopnea debilidad muscular y fatiga clausura Tos productiva y estertores	Posición de Fowler, alternando con reposar, apoyo absoluto Oxígeno por puntas nasales Nebulizaciones cada 2 horas pulso pulso percusión, alimenta- ción de secreciones Isosavabida 5 mg via 'orol' con de axilte dolor y 10mg. de acet- min cada 8 horas. Monitoreo Electrocardiograma, signos de presión venosa central Nifedipina 10mg sublingual. en posición adaltática mayor o igual a 100. respiración de t.A. Nifedipina 10 mg c/8 horas cuantificadas dilua y control de líquidos. Talmetupam con sul- famatoxazol 2 tab c/12 horas. vigilancia de soluciones parente- rales, vendaje de miembros inferiores. dieta hiposódica y restricción de líquidos orales. Apoyo emocional	Ansiosa la disnea La cianosis es muy discreta y las secreciones son abun- dantes, la paciente la ex- pulle con facilidad.
Dolor precordial		El dolor precordial se pre- senta por las mañanas y se- jana con la administración del medicamento
distensión venosa yugular		La t.a. registra 140 -100 y baja hasta 130 -90./
Hipertensión arterial		
Infección de vías urinarias		
Edema de miembros inferiores		

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.

NOMBRE: REBECA MOLINA PEREZ

FECHA: 20 DE AGOSTO DE 1991 HOJA: 6

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	ASIBLE...	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HIPATOPALIA ()		UMENTO DE PESO (x)	x	()	
TACHICARDIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		NICTURIA ()		()	
DISEÑA DE ESPIRITOS (x)	x	ICTERIA ()		FATIGA (x)	x	()	
DISEÑA NICTURIA (x)	x	DISTRENCIÓN VESICAL ()		POSITIVIDAD (x)	x	()	
ORTOPNEA ()		YEMBLAS ()		DEBILIDAD MUSCULAR (x)	x	()	
TOX SECA ()		FLEDO SALINO ()		INTONOS (x)	x	()	
TES PRODUCTIVA (x)	x	OLEGRIA ()		PALINIZ (x)	x	TRATAMIENTOS:	
ESPUITO ESPUMOSO ()		DELEN EN CLAUDANTE ()		RECONSTRUCCIÓN DE FLETS ()		Nifedipina 10 mg. v. o. 1 vez al día	
ESPUITO MEMBRANOSO ()		SUPERIOR DELEN ()		DEHIDRATACIÓN ()		Furosemida 40 mg. 2 Vez. 12/12 Hrs. una	
CIANOSIS ()		TIRNO DE MEMBRAS DELEN ()		HIPERTENSIÓN ARTERIAL (x)	x	Nifedipina una 10 mg. c/8 Hrs y otra	
MIOPÍA ()		ACTIVIS ()		ELIMINACIÓN VESICAL (x)	x	1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
ESTERNORES (x)	x	ASISTEMAS ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL (x)	x	1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
STABILANCIA ()		AUMENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN (x)	x	1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
HIPERTENSIONAL ()		ANEMIA (x)	x	HEMATAS ()		1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
ESTUDIOS		DIETA		TRASTORNOS		1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
Clasificación		Alimentación con 2 gramos de sal		Glucosuria al 4% (1000 por. 2/1aa)		1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
Monitorización		1 litro en 1000 de líquidos por día				1 vez al día con 100 mg. de T.A.	
P.V.C.						1 vez al día con 100 mg. de T.A.	

MONITOREO DE ENFERMERÍA
 Posición diurna de cabeza y nocturna que la enfermera le lee es protectora con espúto espumoso y se escuchan rales crepitantes
 Se observan palidez de labios, fatiga y debilidad muscular mejor en estado emocional su control de líquidos es bueno, continúa con rales crepitantes A. 10/100
 ruido vesical a presencia; venoclisis con catéter largo en miembro superior derecho, catéter venoso central para P.V.C. y monitorización continua.
 Edema de miembros inferiores

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Dificultad de sueño y nocturno	Reposo posición de Fowler centrada en reposo origeno por puntas nasales	Reduce la disnea
Ortopnea	Reposición de líquidos	los rales crepitantes son pocos
debilidad muscular y fatiga	Alimentación adecuada	los rales crepitantes abundantes
Tos productiva y crepitantes	Alimentación adecuada	control de tensión arterial
espúto espumoso	Alimentación adecuada	
Hipertensión arterial	Nifedipina sublingual en caso de T.A. diastólica mayor o igual a 100 Registra de T.A. horario Nifedipina 10 mg. c-8 hrs. Control de líquidos	edema discreto
Edema de miembros inferiores	Restricción de líquidos orales Dieta hiposódica Cuidados a sonda vesical auscultación de catéteres monitorización continua enjuague de miembros inferiores	la paciente se encuentra menos cansada, su estado emocional mejoró

61
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE BERENGA MOLINA PÉREZ

FECHA 21 DE AGOSTO DE 1991

HOJA 7

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HIPOTENSIÓN ()		ANHEMIA (X)			
TALICARDIA ()		ESPLINMEGALIA ()		ICTERIA ()			
DISPNEA DE ESFUERZO (X)	Y	ICTERICIA ()		FATIGA (X)			
DISPNEA NOCTURNA (X)	Y	DISTENSIÓN VENCERA ()		INESTABILIDAD (X)			
ORTOPNEA ()		TUSAS ()		HEMILIDAD MUSCULAR ()			
TOX SECAS (X)		PULSO SALTÓN ()		URTIKARIA ()			
TOX PRODUCTIVA (X)	Y	OLETRIA ()		PALPIZ (X)			
ESPUITO ESPESADO (X)	Y	DOLOR EN CUADRANTE ()		HEMIPRESIÓN DE PULSOS ()			
ESFUZO IMPROPIO ()		SUPERINFECCIÓN ()		DESUBMATACIÓN ()			
CINCUIS ()		EDEMA DE MIEMBROS INF. (X)		HIPERTENSIÓN ARTERIAL (X)			
HIPORIA ()		ASCITIS ()		ELIMINACIÓN VESICAL (X)			
ESFERDES ()		DISTENSIÓN ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL (X)			
SIBILANCIAS ()		ALUMENTO DE "N.C." ()		ELIMINACIÓN (X)			
URTIKARIAS ()		ANOREXIA (X)	Y	ANURIAS ()			
ESTUDIOS		DIETA	hiposódica con 2 gramos de sodio, tipo en 1400 de líquidos por día 24 horas.	EXAMINACIONES	Cloruro al 5% para 24 horas		
Electrocardiograma							
radiografía	P.V.C.						

HISTORICO DE ENFERMEDAD

Palidez de tegumentos, fatiga y debilidad muscular, disnea: tos productiva y espesa, no en ocasiones estacionales, T.A. 130/80 en reposo la noche vesical continua costosa larga, costosa venosa central y radiografía continua edema de miembros inferiores

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PROBLEMA DETECTADO	ACCION PROPUESTA	EVALUACION
Disnea de esfuerzo y nocturna	Reposo en acostar por el día por la noche posición de Fowler	Ajuna la disnea
Insomnio	Oxígeno por puntas nasales	Disminuye al insomnio
Fatiga y debilidad muscular	Abundancia, palmo puro pasación, proporcionada a la pacien te para los deuchables para que permita secreciones.	La tos y el esputo es poca
Tos productiva, esputo espeso	Se utiliza sonda vesical, observan consecutivamente de la orina y cuantifican.	Normal
Eliminación vesical	Administración de laxantes o aplicación de enema evacuante	Evacha espesa de aplicación de enema
Eliminación Intestinal;	Registra normal de presión arterial, Monitorización continua Electrocardiograma, Registra de presión venosa central.	T.A. 130 -80
Edema de miembros inferiores	Control de líquidos orales	
Alimentación	Vendaje de miembros inferiores	
Anorexia	Medio hiposódico, 1300 cal, 60 prot	Come sin apetito
Palidez de tegumentos	Tija en 1500ml de líquidos para 24 horas	Ajuna estado emocional

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE SEREA MOLINA PÉREZ

FECHA 27 DE AGOSTO DE 1961

HOJA N°

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
T.C.I.		T.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		ABIMENIO DE PUNO (x)	x		()
TACHICARDIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		PICTURIA ()			()
OPRESA DE ESPUNDO (x)	x	ICTERICIA ()		FATIGA (x)	x		()
DISPNEA NOCTURNA (x)	x	DISTRORSION VEZICA ()		INFLAMILLADO (x)	x		()
ORTOPNEA ()		VEZICAL ()		PERILIDAD MUSCULAR (x)	x		()
TOX SECA ()		PULSO SALTON ()		INCEPNO (x)	x		()
TOX PRODUCTIVA (x)	x	OLIGURIA ()		PALIDIZ (x)	x		()
ESPUTO ESPUMOSO (x)	x	COLON DE CLARORANTE ()		DISMINUCION DE PULSOS ()			()
ESPUTO HEMOPTICO ()		SUPERIOR NEGATIVO ()		DESHIDRATACION ()			()
CIANOSIS ()		EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (x)	x	HIPERTENSION ARTERIAL (x)	x		()
HIPURIA ()		ASCITIS ()		ELIMINACION VESICAL (x)	x		()
ESTERONES ()		DISTRORSION ()		ELIMINACION INTESTINAL (x)	x		()
SIBILANCIAS ()		AUMENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACION (x)	x		()
INDETERMINACION ()		ANOREXIA (x)	x	DIURESIS ()			()
ESTUDIOS		DIETA		SPELACIONES			
Hospitalización		Hiposódica con dos paños de sal 1500 de lit p/24		Glucosada al 5% para 24 horas			

PLACIACIÓN DE ENFERMERIA

Continúa mejorando la diuresis, la tos productiva y el esputo ha disminuido, presenta palidez de tegumentos, fatiga, debilidad muscular, anorexia e inestabilidad. T.A. 130/70 excreta normales alimentación hiposódica por la tarde para a hospitalización medicina interna.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PROBLEMA DETECTADO	ACCION PROPUESTA	EVALUACION
Diuresis de esfuerzo y nocturna	Reposo en acostado en el día y por la noche posición de fowler	Mejora la diuresis y el insomnio
Insomnio	Oxígeno por puntas nasales	
Fatiga y debilidad muscular	Rebulgaciones, palma pulso precaución, proporciones pañuelos desechables	Cuida tos y esputo
Tos productiva con esputo espumoso		
Palidez de tegumentos, anorexia.	Dieta apropiada a la vista	
Edema de miembros inferiores	Control de líquidos	Disminuye el edema
	Vendaje de miembros inferiores	
	Dieta hiposódica de 1300 cal.	
	60 proteínas litro en 1500 de líquidos para 24 horas	
Hipertensión arterial	Regístralo horario de Tensión arterial, Hospitalización continua, Electrocardiograma	T.A. 130 - 70
	Regístralo de presión venosa central horario	P.V.C. en límites normales
Inestabilidad	Ambiente apropiado	Prepara cubculo en hospitalización apropiado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.

NOMBRE REFECA MOLINA PÉREZFECHA 25 DE AGOSTO DE 1991HOJA 9

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE Y SINT.	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALPITACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		ANHEMIA DE PUNTO (X)	X		()
TACICARDIA (X)		ESPLINOMEGALIA ()		ICTERICIA (X)			()
DIÁFRAMA DE ESFUERZO (X)	X	ICTERICIA ()		FATIGA (X)	X		()
RESPIRA FICTICIA ()		DISTENSIÓN VENOSA ()		IRRITABILIDAD ()			()
ORTOREA ()		YUGULAR ()		PERILIDAD MUSCULAR ()			()
TOS SECA ()		PULSO SALTÓN ()		INSEMIO ()			()
TOS PRODUCTIVA (X)	X	CLORURIA ()		PALIDEZ (X)	X		()
ESFUERZO ESFUERZO ()		TELEOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ()		REDUCCIÓN DE PULSOS ()			()
ESFUERZO HEMPTIVO ()		ESFUERZO IZQUIERDO ()		DESATENDIMIENTO ()			()
CIANOSIS ()		FORMA DE MEMBRAS INF (X)		HIPERTENSIÓN ARTERIAL (X)			()
HIERNIA ()		ASCITIS ()		FLIMACIÓN VESICAL ()			()
ESTERORES ()		DISPNEA ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL ()			()
SINTANCIAS ()		ADRENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN (X)			()
MIOSITIS ()		ANEMIA ()					()
ESTUDIOS Papelulografía Electrocardiograma		DIETA Hiposódica		SINUCITIS Solución Glucosado 5% AED para 24 horas		MT/CAMENTOS: Isonalida 10 mg c/8 hrs oral Ceftriaxona 10 mg c/8 hrs oral Nifedipina 30 mg c/12 hrs oral Carvedilol 25 mg /12 hrs oral Carvedilol 20 c/12 hrs oral 24 hrs antes de inicio c/24 hrs TE ESPECIALES: Antidopaminas aprox en reposo control de líquidos vorteja de miembros inferiores	

HISTÓRICO DE ENFERMERÍA

Paciente obesa con dieta de esfuerzo, tos productiva, fatiga, palidez de tegumentos, se realiza cateter venoso central, continúa con control de líquidos, monitorización y soluciones por catetera largo en miembros superiores derecho. T.A. 130/70, diátesis edema de miembros inferiores.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Dieta de esfuerzo	Reposo en reposo	Reposo la dieta
Tos productiva	Palmo puño prescrición	acepta tos y espato
Palidez de tegumentos	Rehidratación cada 2 horas	
Retino de catetera central	Alimentación balanceada	Reposo al apetito
Edema de miembros inferiores	Cuación de sitio de catetera venoso central	sitio de catetera central sin infección ni problemas
Alimentación	Vendaja de miembros inferiores	diátesis edema de miembros inferiores
Obesidad	Dieta hiposódica	
Hipertensión arterial	de 1300 calorías	acepta la dieta
	Registro de presión arterial por turno	para 76 hp.
	Monitorización continua	T.A. 130/70
	Control de líquidos	
	Administración de medicamentos indicados	balance de líquidos normal

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y GINECOTRACIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

FECHA 7º DE AGOSTO DE 1991

HOJA 10

NOMBRE REBECA MOLINA FÉRRIZ

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
T.C.T.		T.C.D.		OTROS SIGNOS Y SIMT.			
PALPITACIONES ()		HIPOTONIA ()		AUMENTO DE PESO (x)	x		()
TACICARDIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		PICTURIA ()			()
OLANEA DE ESPUNTO (x)	x	ICTERIA ()		FAJIGA ()			()
DIARREA ()		DISPENSA DE FONDO ()		PRETENDIDO ()			()
ORTOPNEA ()		YUGULAR ()		DEBILIDAD MUSCULAR ()			()
TOX SECA ()		PIEDRO KALÓN ()		INOPRHO ()			()
TOX PRODUCTIVA ()		CLORURO ()		PRILEZ ()			()
ESPUTO ESPUMOSO ()		COLON EN CASCABOTE ()		INTERFERENCIA DE PULSO ()			()
ESPUTO ESPUMOSO ()		SUPERIOR DERECHO ()		DESINTEGRACIÓN ()			()
CIANOSIS ()		EDOMA DE MEMBRANAS (x)		HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()			()
HIPONIA ()		ASCITOS ()		ELIMINACIÓN MEDICAL ()			()
ESTERORES ()		ALIMENTOS ()		ALIMENTACIÓN INGESTIVAL ()			()
STABILICIAS ()		ALIMENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN (x)	x		()
HEPATOMEGALIA ()		ANEMIA ()		INAPETENCIA ()			()
ESTUDIOS		DIETA		EXERCICIOS			
<i>Electrocardiograma</i>		<i>hiponatica</i>		<i>Glucosa 1200 para 20 horas</i>			<i>vigilancia de signos vitales</i>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

Dianca de esfuerzo, dianca tox productiva, palidéz de tegumentos, se realiza monitorización deambulación establecida en su cuenta.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCION PROPUESTA	EVALUACION
<i>Dianca de esfuerzo</i>	<i>reposo en reposo</i>	<i>La dianca es muy dianca</i>
<i>Tox productiva</i>	<i>Rebulzación</i>	
<i>Palidéz de tegumentos</i>	<i>palmo puho paucación</i>	<i>casaca tox productiva</i>
	<i>alimentación balanceada</i>	
<i>Deambulación</i>	<i>Ayudada a deambular</i>	<i>Deambula un poco por su cuenta</i>
<i>Obesidad</i>	<i>Dieta de 1300 calorías, 60pas de proteínas.</i>	
<i>Alimentación</i>	<i>Registra por turno de signos vitales</i>	<i>signos vitales en límites normales</i>
<i>Alimentación actual</i>	<i>Administración de medicamentos indicados.</i>	<i>Mejora estado emocional, se muestra muy optimista</i>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE BERENGA MOLINA PÉREZ

FECHA 25 DE AGOSTO DE 1991

HOJA 11

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALITACIONES ()		HIPOTERMIA ()		ALIMENTO Y PESO (X)	Y	()	
TACICARDIA ()		ESPLINTEGALIA ()		MICTURIA ()		()	
DISNIA DE ESPUELOS ()		ICTERICIA ()		FATIGA ()		()	
DISNIA NOCTURNA ()		DISTENCIÓN VENCOSA ()		INDEBILIDAD ()		()	
ORTOPNEA ()		YELAZAR ()		FERTILIDAD MUSCULAR ()		()	
TCC SECA ()		PULSO SALTO ()		INMOTIL ()			
TCC PRODUCTIVA ()		OLIGURIA ()		PALEOZ ()			
ESFUERZO ESFUERZO ()		TENSIÓN EN CUADANTE ()		REGULACIÓN DE PULSOS ()		MEDICAMENTOS:	
ESFUERZO HEMPTICO ()		SUPERIOR PERICO ()		DESODORACIÓN ()		Aspirina 100mg 4 veces al día	
CRAMDIS ()		ETNOVA DE MIDRONE (X)		HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()		VIT. C 100mg 3 veces al día	
MIOPHIA ()		AGITIS ()		ELIMINACIÓN ARTERIAL ()		Aspirina 25 y Cardiolin 100 mg 2 veces al día	
ESTERFONES ()		DISURMIAS ()		ELIMINACIÓN VESICAL ()		Anticoagulante 100 mg 2 veces al día	
SIBILANCIAS ()		ALIMENTOS P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN INTESTINAL (X)	Y	V.E. ESPECIALES.	
HIPOTERMIA ()		ANEMIA ()		INMOTIL ()		Insulina oral	
ESTUDIOS		DIETA		SOLUCIONES		vigilancia de signos vitales	
<i>ELECTROCARDIOGRAMA</i>		<i>HIPOCALÉMICA</i>		<i>insuficiente</i>			

PROGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Según el estado general de la paciente, deambula y se baña asistida, se actúa con calma

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Obesidad	Dieta balanceada de 1300 calorías con 60 gramos de proteínas y restricción de líquidos orales a 1500 en 24 horas	acepta la dieta
Deambulación	deambula un poco por el piso	se siente muy bien
Signos vitales	estables de signos vitales por tuos	signos vitales estables
Medicamentos	Administración de medicamentos indicados	
Aseo personal	baño de repareda asistido por el familiar	Muy tranquila y gustosa

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE REBECA MOLINA PÉREZ

FECHA 26 DE AGOSTO DE 1991

HOJA 12

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALEACIONES ()	_____	HEPATOMEGALIA ()	_____	ANHEMIA DE FESE ()	_____		()
TACHICARDIA ()	_____	ESPLENOMEGALIA ()	_____	NEURITIA ()	_____		()
PIEQUE DE ESFUERZO ()	_____	ICTERICIA ()	_____	FATIGA ()	_____		()
PIEQUE RECTANJA ()	_____	DISTORSION MENOSA ()	_____	FRITAPILINDO ()	_____		()
ORTOPNEA ()	_____	YUGULAR ()	_____	PERILINDO MUSCULAR ()	_____		()
TOS SECA ()	_____	PULSO SALTON ()	_____	INCHONIS ()	_____		()
TOS PRODUCTIVA ()	_____	OLIGURIA ()	_____	PALPITZ ()	_____		()
ESFUERO ESPIRADO ()	_____	DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ()	_____	DISMINUCION DE PULSOS ()	_____		()
ESFUERO VENTRICULO ()	_____	EDEMA DE MIEMBROS INF ()	_____	DESHIDRACION ()	_____		()
CIANOSIS ()	_____	ASCITIS ()	_____	HIPERTENSION ARTERIAL ()	_____		()
HIPERTONIA ()	_____	DISURIAS ()	_____	ELIMINACION URINARIA ()	_____		()
ESTERTORES ()	_____	ALTERO DE P.V.C. ()	_____	ELIMINACION INTESTINAL ()	_____		()
SIBILANCIAS ()	_____	ANOREXIA ()	_____	ALIMENTACION ()	_____		()
IMPEDIMENTACION ()	_____		_____	INUNES ()	_____		()
ESTUDIOS		DIETA		SINUACIONES			
<i>Electrocardiograma</i>		<i>Proteinas</i>					

EVOLUCION DE ENFERMEDAD
 La paciente mejoro notablemente

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PROBLEMA DETECTADO	ACCION PROPUESTA	EVALUACION
<i>Obesidad</i>	<i>Dieta de 1300 calorías con 60 gramos de proteínas</i>	<i>No se ha pasado la paciente</i>
<i>deambulación</i>	<i>ayuda para deambular</i>	<i>deambula un poco por el pasillo</i>
<i>Baño en agua tibia</i>	<i>ayuda a la paciente durante el baño</i>	<i>mejora estado general y de ánimo</i>
<i>Vigilancia de signos vitales</i>	<i>registrado por turno de signos vitales</i> <i>Electrocardiograma de control</i>	<i>Sin problemas</i>
<i>Administración de medicamentos</i>	<i>administración de medicamentos indicados por el medico</i>	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

NOMBRE REBECA MOLINA PEREZFECHA 5 SEPTIEMBRE 1991HOJA 14

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SINT.			
PALEACIONES ()		HEPATOMEGALIA ()		UMENTO DE PERS (X)	X		
TROSCARDIA ()		ESPLENOMEGALIA ()		MEIBRIA ()			
DISNEA DE ESFUERZO ()		ICTERICIA ()		FATIGA ()			
DISNEA NOCTURNA ()		DISTENSIÓN VENCIGA ()		INRITABILIDAD ()			
ORTOPNEA ()		YELAZJA ()		REGLIDAD MUSCULAR ()			
TOR SECA ()		YELIZ CALÓN ()		INFORMES ()			
TRA PRODUCTIVA ()		OLIGURIA ()		PALPIZ ()			
ESFUZO ESPIRADO ()		DILER EN CLORANTHE ()		DEMINUCIÓN DE PALPIS ()			
ESFUZO MEMFOTICO ()		SUPERIOR DERECHI ()		DESPERTECACIÓN ()			
CIANOSIS ()		EDOMA DE MEMBRANA IVF ()		SUPERTECENSIÓN ANTRIAL ()			
MIPIRIA ()		ACETIS ()		ELIMINACIÓN MESTRAL ()			
ESTERIONES ()		ALERTIAS ()		ELIMINACIÓN INTESTINAL ()			
CIBILANCIAS ()		AUMENTO DE P.V.C. ()		ALIMENTACIÓN ()			
MIEMBRILACIÓN ()		ANORECIA ()		MAZIAS ()			
ESTUDIOS		DIETA		SOCIALIZACIÓN ()			
		<i>Reposicion</i>					

MEDICAMENTOS:
Lasomida y Nitroglicerina 10 mg. c/8 hs
Codeína 25 mg. c/2 hs
Las. para el control de la presión de sangre
Medicacion de 1/2 lit. c/2 hs

TR. ESPECIALES:
Reposo relativo actividad normal

HISTÓRICO DE ENFERMÍA

Paciente en su domicilio, sentada en un sillón, con buen aspecto general, tiene 9 días de su su agrava continúa tratamiento médico y dietético, muy cooperativa, menciona que bajo 6 kg. de peso durante su estancia en el hospital. El apoyo familiar es bueno.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN
Actividad	Orientación sobre actividades físicas como aumentales gradualmente, cuando se reincorpore a su trabajo, y actividades propias del hogar,	La paciente desea regresar a su empleo de profesora, está consciente de sus limitaciones y piensa no aceptar sobra carga de trabajo.
Tratamiento médico	se orienta sobre el uso de sus medicamentos y la importancia de no interrumpirlos	Apadece las indicaciones y se promete cumplirlas.
Tratamiento dietético	Se le dan sugerencias sobre alimentos que pueda comer y la necesidad de no ingerir sodio en su dieta.	Menciona que ya se acostumbró al sabor de los alimentos sin sal y que su familia le ayuda mucho en este aspecto.
Apoyo familiar	SE platicó con sus familiares Integración familiar ambiente libre de tensiones	Los familiares colaboran mucho Paciente y familiares muy contentos por la visita.

DISEÑO Y VALIDACIÓN : RAQUEL LARA ABRIL 1991

EVALUACION FINAL

PACIENTE QUE INGRESA AL HOSPITAL POR PRESENTAR ANGOR INESTABLE, INSUFICIENCIA CARDIACA E INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, MANIFESTADOS POR: DOLOR PRECORDIAL, TIPO OPRESIVO Y PUNZANTE IRRADIADO A BRAZO DERECHO, DISNEA DE MÍNIMOS ESFUERZOS, INGURGITACION YUGULAR, DISURIA, POLTAQUIURIA Y TENESMO VESICAL, OBSERVANDOSE MUY ANGUSTIADA, INQUIETA E IRRITABLE, ASÍ COMO, FATIGADA Y ADINÁMICA.

ES ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON ANTIBIÓTICOS VASODILATADORES Y ANTIHIPERTENSIVOS, SE INSTALO VIGILANCIA HEMODINÁMICA; ELECTROCARDIOGRAMAS DIARIOS Y MONITORIZACIÓN CONTINUA, SE ADMINISTRO OXIGENOTERAPIA Y NEBULIZACIONES, SOLUCIONES GLUCOSADAS AL 5% POR CATETER LARGO INSTALADO EN MIEMBRO SUPERIOR DRECHO, SE MANTIENE EN POSICIÓN DE FOWLER ALTERNANDO CON REPOSET, CONTROL ESTRICTO DE LÍQUIDOS Y DIETA HÍPOSÓDICA, CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL TRATAMIENTO MÉDICO LA PACIENTE MEJORÓ LENTAMENTE DURANTE LOS DIAS QUE PERMANECIO EN EL SERVICIO, SE TRASLADO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DONDE SE ADVIERTE RÁPIDA MEJORÍA, PROBABLEMENTE INFLUYÓ EL HECHO DE QUE LA PACIENTE HA TENIDO MULTIPLES INGRESOS AL HOSPITAL Y CONOCE LAS AREAS CRÍTICAS, MANTENIENDO MAYOR STRESS QUE EXACERVO LA SINTOMATOLOGÍA, AGREGANDO HIPERTENSIÓN PERSISTENTE, EN ESTE SERVICIO DESAPARECIÓ LA IRRITABILIDAD Y ANGUSTIA, MEJORÓ LA DISNEA Y LA HIPETENSIÓN ARTERIAL, DEAMBULA Y SE BAÑA ASISTIDA, ACEPTA LA DIETA HIPOSÓDICA Y PRESENTA MEJOR ASPECTO GENERAL.

EN SU DOMICILIO SE ENCONTRÓ UN BUEN AMBIENTE FAMILIAR, AGRADABLE, LA PACIENTE HACE PLANES PARA REINCORPORARSE A SU EMPLEO Y LA FAMILIA SE REORGANIZA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR, TODOS ESTAN CONCIENTES DE LAS LIMITACIONES DE LA PACIENTE Y QUE DEBE CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO Y DIETA.

CONCLUSIONES

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BRINDA LA OPORTUNIDAD DE OFRECER AL PACIENTE UNA ATENCIÓN INTEGRAL, INDIVIDUALIZADA Y HUMANA, BASADA EN CUIDADOS CIENTIFICAMENTE ELABORADOS A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN DE HECHOS QUE DETERMINAN LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS DEL ENFERMO Y LAS ACCIONES A REALIZAR PARA MEJORARLOS.

LA ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO RETROALIMENTA EN LOS CONCEPTOS DE ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y PATOLOGÍA, ELEMENTOS QUE SE PUEDEN OBSERVAR EN UN CASO REAL, INTEGRANDO LA TEORÍA CON LA PRÁCTICA CLÍNICA.

LA FORMULACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA PERMITE IDENTIFICAR AL PACIENTE COMO PERSONA HUMANA, CON NOMBRE, SENTIMIENTOS Y FAMILIA, NOS DA A CONOCER SU SITUACIÓN ECONÓMICA, HABITOS HIGIENICOS Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. AL LLENAR EL FORMULARIO LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE - FAMILIA, SE HACE EVIDENTE, CREANDO UNA ATMÓSFERA DE CONFIANZA EN LA QUE SE SIENTE CON LIBERTAD DE ESPRESARSE FACILITANDO LA COMPRENSIÓN DE SUS NECESIDADES. CON LA DETECCIÓN DE NECESIDADES SE ELABORA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y SE PLANEAN LAS ACCIONES A SEGUIR PARA SU ALIVIO.

LA EJECUCIÓN DEL PLAN EVITA LA AUTOMATIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA FAVORECIENDO LA REFLEXIÓN Y EL ANÁLISIS DESARROLLA UN PENSAMIENTO CRÍTICO AL RESOLVER UN PROBLEMA DE SALUD ESPECÍFICO, APLICANDO UNA METODOLOGÍA CIENTÍFICA A LA OBSERVACIÓN DIARIA DEL PACIENTE SIGUIENDO SUS RESPUESTAS Y PROGRESOS PROPORCIONANDO UN CUIDADO INTEGRAL DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN Y DESPUÉS DE SU EGRESO.

LA COMUNICACIÓN FACILITA LA ORIENTACIÓN SOBRE LA MODIFICACIÓN DE HABITOS ALIMENTICIOS, ACTIVIDAD, COMPRENSIÓN DE SU ENFERMEDAD, AYUDARLO A HACER PLANES PARA EL FUTURO Y CONCIENTIZARLO PARA SU AUTOCUIDADO.

LA EVALUACIÓN ESTABLECE CRITERIOS QUE MIDEN CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA, HACE AJUSTES Y REASIGNAR PRIORIDADES, MEJORAR LA ATENCIÓN CONDUCE A UN CUIDADO MAS ESPECIALIZADO E INDIVIDUALIZADO POR MEDIO DEL ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO DE LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE Y LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL.

PARA EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO LA ENFERMERA DEBE EMPLEAR SU CRITERIO PARA DISEÑAR INSTRUMENTOS QUE FACILITEN SU APLICACIÓN. EN ESTA OCASIÓN EL INSTRUMENTO EMPLEADO ME PERMITIO REALIZAR LA OBSERVACION DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA, MARCANDO LOS PROBLEMAS OBSERVADOS, ELABORANDO EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y FORMULANDO EL PLAN DE CUIDADOS EN UNA SOLA HOJA QUE ME LLEVÓ SENCILLAMENTE A LA EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN CONTINUA DEL PACIENTE.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA ES UN PROBLEMA COMPLEJO POR LAS REPERCUSIONES QUE TIENE A NIVEL FAMILIAR Y LABORAL, POR ELLO NO SE PUEDE PLANTEAR SOLAMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO. LA ENFERMERA PARTICIPA DANDO ORIENTACIÓN SOBRE ASPECTOS DE NUTRICIÓN, ADAPTACIÓN A CAMBIOS EN SUS ACTIVIDADES EN EL HOGAR Y TRABAJO, DA A CONOCER SUS ALCANCES Y LIMITACIONES Y DA NORMAS PARA FACILITAR EL AUTOCUIDADO DEL INDIVIDUO, PERMITIENDO DE ESTA MANERA QUE SE INTEGRE LO MEJOR POSIBLE A LA SOCIEDAD.

BIBLIOGRAFIA

A. A. C. N .

CUIDADOS INTENSIVOS EN EL ADULTO, 2A EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO 1983,
Pp 164 A 167

BRUNNER, LILIAN Y
SUDDARRTH

ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA, VOL. I 6A EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA Mc GRAW HILL, MÉXICO,
1989, Pp 592 A 601

CRUZ AYALA GLORIA

CUIDADO INTENSIVO DEL ENFERMO CARDIÓPATA EN FASE
TERMINAL, DE LAS JORNADAS CONMEMORATIVAS AL XL
ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN DEL INC,
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ
MÉXICO 1985.

DENTON A CODEY

EL CORAZÓN ENCICLOPEDIA DE LA SALUD VOL. 2 EDITO-
RIAL ÚTREA, MÉXICO 1984, Pp 128 - 129

DIAZ DE LEON PONCE
MANUEL

MEDICINA CRÍTICA EDITORIAL LIMUSA, MÉXICO 1989
Pp 97 - 109

ESCUDERO DE LA PEÑA

ACTUALIDAD EN MEDICINA, REVISTA MÉDICA, VOL. 2 No 8
AGOSTO 1988, Pp 26 - 30

INSUFICIENCIA CARDIACA REVISTA MÉDICA DEL I. M. S.S.
No 4 , VOL 22, JULIO - AGOSTO 1984, Pp 237 - 240

HOLLAN JEANNE M.

ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR, TRATAMIENTO Y REHABILITA-
CIÓN, EDITORIAL LIMUSA, MÉXICO 1982, Pp 44-67 Y 193
A 203

INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGÍA

LECCIONES ELEMENTALES DE CARDIOLOGÍA Y NEFROLOGÍA
I.N.C., MÉXICO 1982, Pp 65 A 90

KLAUSEK HELEN HAMILTON

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DE LA SERIE
BIBLIOTECA CLÍNICA PARA ENFERMERAS, EDITORIAL PLM
MÉXICO 1985 Pp 19 y 75 a 87

LARIOS SALDANA MA ANTONIETA
Y MARTINEZ PALAU ESPERANZA

PROGRAMA GUÍA Y ANTOLOGÍA DE SEMINARIO DE TESIS, SUA
IMPRESO EN LA E.N.E.O. U.N.A.M. 1990^a

LUIS RODRIGO TERESA MANUEL

EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE, EDITORIAL DOYMA,
ESPAÑA 1989. Pp 49 a 49 y 87

MEADOR BILIE C.

ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS, EDITORIAL EL MANUAL
MODERNO, MÉXICO 1986 Pp 33 -36

MILLER J. MARTHA

FISIOPATOLOGÍA, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO 1985
Pp 233 - 237

ROJAS SORIANO RAUL

GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES, IMPRENTA
UNIVERSITARIA, MÉXICO 1985.

RENOU PHILIPPE

APARATO CARDIOVASCULAR DE CUADERNOS DE LA ENFERMERA,
EDITORIAL MASSON BARCELONA, 1984, Pp 62 a 70

VILLALPANDO GUTIERREZ JAVIER
Y PARTICIPANTES

MESA REDONDA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA REVISTA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M. VOL 21 # 5 MÉXICO 1978 ,
Pp 5 a 24.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCION ENFERMERIA AL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA CARDIACA

INSTRUMENTO DISEÑADO POR LA ALUMNA DE LICENCIATURA EN ENFERME-
rfa: RAQUEL LARA AGUILERA Mayo 1991.

- . -

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

JUSTIFICACIÓN:

La insuficiencia cardiaca es la complicación a donde van a desembocar a corto o a largo plazo las cardiopatías que hayan dañado severamente el miocardio.

OBJETIVOS:

- 1.- Obtener información diaria del estado del paciente para elaborar un diagnóstico de Enfermería
- 2.- Detectar las necesidades del paciente que requieran de una acción de enfermería para elaborar un plan de atención que les de una posible solución.
- 3.- Conocer la evolución del padecimiento cardiaco en un tiempo determinado

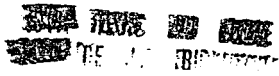
INSTRUCCIONES:

Utilizar una hoja diaria , observando al paciente cuidadosamente

Consultar el kardex del paciente cuando sea necesario.

Mantener una relación afectuosa con el paciente y familiares.

Participar con el personal Médico y para médico en el tratamiento del paciente.



- Marcar con una X dentro del paréntesis los signos o síntomas que se observen en el paciente.

- Colocar una X en la columna de problema por cada signo o síntoma que se encuentre

- Escriba en el espacio en blanco los signos o síntomas que presente el paciente y que no se encuentren en el formato.

- Anote en las líneas del formato los medicamentos y las dosis indicadas .

- Describa los tratamientos especiales por ejemplo: destroxtis, ven daje, nebulizador, etc.

- En el cuadro inferior escriba el diagnóstico de enfermería detectado anotando todas las necesidades del paciente con I.C..

- En el formato correspondiente elabore el plan de cuidados de enfermería, jerarquizando de la necesidad primordial a la menor.;

1a columna.- Problema detectado

2a columna.- Acción propuesta para solucionar el problema

3a columna.- Evaluación de la acción propuesta.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

4. HOJA DE VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB	VARIABLE	PROB
I.C.I.		I.C.D.		OTROS SIGNOS Y SIMT.			
PALITACIONES ()	()	HIPERTENSIONAL ()	()	RENCHO DE PUNO ()	()		()
TACHICARDIA ()	()	ESPLINDOMECALIA ()	()	NEURIA ()	()		()
OPRESA DE ENFIBLADO ()	()	ICTERICIA ()	()	FATIGA ()	()		()
OPRESA INCLINA ()	()	DISFENSIÓN VENOSA ()	()	INFLAR ILINDO ()	()		()
OPRESA ()	()	VOJALM ()	()	VEZILIÓN MOCULAR ()	()		()
TON SECA ()	()	PALLO SALÓN ()	()	INDONIO ()	()	MEDICAMENTOS:	
TON PROSLTIVA ()	()	CLORIA ()	()	PALISEZ ()	()		
OPRESO ENFIBRO ()	()	NOJOR EN CORDANTE ()	()	DISFENSIÓN DE PLEKOS ()	()		
OPRESO INNOFICO ()	()	SUPULOR CURETI ()	()	DEHIDRATACIÓN ()	()		
CLINICAL ()	()	OPRESA DE MEDIAS INF ()	()	HEPENTACIÓN ARTERIAL ()	()		
NOURIA ()	()	ASCTIS ()	()	EL INOACIÓN VEGICAL ()	()		
ESTORIOS ()	()	DISURIAS ()	()	EL INOACIÓN INTESTINAL ()	()		
STRILANCIAS ()	()	ALMENDO DE P.V.C. ()	()	ALIMENTACIÓN ()	()	TR. ESPECIALES:	
HEPENTILACIÓN ()	()	NOURIA ()	()	PUKIAS ()	()		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

4.1. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA DETECTADO	ACCIÓN PROPUESTA	EVALUACIÓN

3. VALORACIÓN INICIAL

3.1. HOJA DE HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I DATOS GENERALES

SERVICIO _____ CAMA _____ EXP _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____

DOMICILIO _____

ESCOLARIDAD _____

II PERFIL DEL PACIENTE

HABITACIÓN _____

SERVICIOS SANITARIOS _____

HÁBITOS HIGIÉNICO DIETÉTICOS _____

TOXICOMANÍAS _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO _____

III ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

IV ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS

V ANTECEDENYES PERSONALES PATOLÓGICOS

VI PADECIMIENTO ACTUAL

VII EXÁMENES DE LABORATORIO

VIII EXÁMENES DE GABINETE

OTROS ESTUDIOS

9. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

3. HOJA DE VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CARDIACO

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 FECHA _____ DIAGNÓSTICO MÉDICO _____

ENTREVISTA

EXPLORACIÓN FÍSICA POR AREAS

AREA	INSPECCIÓN	AUSCULTACIÓN	PALPACIÓN
CABEZA			
TORAX			
ABDOMEN			
EXTREMIDADES			