



---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD  
DE OXIGENACIÓN RELACIONADO CON CARDIOPATIA ISQUEMICA”.**

**QUE PARA OBTENER  
EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

***CECILIA MÉNDEZ SÁNCHEZ***

**No. de Cta. 92607684**

**ASESORA:**

**LIC. ENF. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS**

**MÉXICO D. F. 2008.**

---

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
<b>1.- MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
1.2 Proceso atención de enfermería.....	9
1.2.1 Valoración.....	9
1.2.2 Diagnóstico de enfermería.....	11
1.2.3 Planeación de los cuidados.....	13
1.2.4 Ejecución de los cuidados.....	16
1.2.5 Evaluación.....	17
<b>2.- GENERALIDADES DE LOS CUIDADOS.....</b>	<b>19</b>
2.1.- Cuidar.....	19
2.2.- Concepción de Watson.....	20
<b>3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....</b>	<b>20</b>
3.1.- Datos biográficos.....	21
3.2.-Tendencia y modelo.....	21
3.3.- Principales conceptos y definiciones.....	22
3.4.- Función de la Enfermera.....	22
3.5.- La intervención de la Enfermera.....	23
3.6.-Salud.....	23
3.7.- Entorno.....	23
3.8.- Persona.....	23

<b>3.9.- Supuestos principales .....</b>	<b>24</b>
<b>4.- METODOLOGÍA.....</b>	<b>27</b>
<b>5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>28</b>
<b>5.1.- Presentación del Caso Clínico.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2.- NECESIDADES ALTERADAS.....</b>	<b>29</b>
<b>5.3. - VALORACION.....</b>	<b>30</b>
<b>5.4.-VALORACIÓN ESTANDARIZADA DE NECESIDADES.....</b>	<b>35</b>
<b>6.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>7.-PLAN DE CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>37</b>
<b>8.-PLAN DE ALTA.....</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>48</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>74</b>

## INTRODUCCIÓN.

La enfermería en México ha experimentado grandes avances en relación al desarrollo profesional, así como en la implementación de teorías de enfermería que han permitido consolidar una identidad profesional propia del gremio; al identificar su rol en el campo multidisciplinario, ampliando analíticamente las habilidades, cambios de pensamientos, capacidad para evaluar el plan de cuidados y determinar los propósitos de la práctica de la Enfermería, la docencia y la investigación.

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

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

La aplicación de este proceso esta basado en la teoría de Virginia Henderson, contiene la descripción de cada una de las etapas, destacando cada una de las 14 necesidades, jerarquización de problemas de forma holística, así como los diagnósticos de enfermería basado en la NANDA, el plan de cuidados integral de un paciente con un diagnostico de Cardiopatía Isquemica, permitiendo su evaluación, así como el cumplimiento de los objetivos propuestos.

## JUSTIFICACIÓN.

En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer.<sup>1</sup>

El dolor torácico agudo es un problema frecuente, difícil de evaluar y de alto costo, de las consultas a los servicios de urgencias 5-20% se deben a dolor torácico, solo el 10-15% de estos pacientes tienen Infarto Agudo.

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte en los países industrializados, siendo la cardiopatía isquémica motivo fundamental de dicha mortalidad cardiovascular.

En México, cada año fallecen cerca de medio millón de personas por diversos padecimientos. Aproximadamente 190 mil se relacionan con enfermedades cardiovasculares.

“Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indican que 7 de cada 10 personas adultas presentan sobrepeso y Obesidad.”

En México hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares.

Las enfermedades del corazón constituyen la segunda causa de muerte en el país, tanto en mujeres como en hombres. Dentro de estas enfermedades destaca

---

<sup>1</sup> Programa Nacional de Salud 2007-20012 Pág.17, 24.

la cardiopatía isquémica, que es responsable de más de la mitad de las muertes en este grupo de padecimientos.

La isquemia cardiaca se caracteriza por la disminución del aporte de oxígeno al corazón como consecuencia de la obstrucción y/o el estrechamiento de las arterias coronarias, que puede llegar a producir un infarto del miocardio y la muerte de las personas afectadas. Los principales factores de riesgo relacionados con esta enfermedad son el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés y la diabetes.

Por lo cual estos hechos demuestran la importancia de la intervención de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en desarrollar, el utilizar como instrumento el Proceso Atención de Enfermería a un adulto mayor con alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con una cardiopatía isquémica.

Ya que es de suma importancia para proporcionar los cuidados oportunos de acuerdo a las necesidades del paciente.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una paciente con Cardiopatía Isquémica, que presenta alteraciones en sus necesidades humanas, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, con el propósito de otorgar una atención de calidad.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ✚ Conocer el proceso enfermero tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson así como los diagnósticos que establece la NANDA.
- ✚ Identificar, evitar y disminuir el deterioro de la salud, así como fortalecer la promoción de la salud.
- ✚ Dar a conocer la importancia de la aplicación del proceso enfermero en un paciente con Cardiopatía Isquémica en el área de hospitalización para poder brindar atención oportuna.

## **1.-MARCO TEÓRICO.**

### **1.1 HISTORIA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA.**

El proceso de atención de enfermería se ha mantenido en constante evolución; fue considerado por primera vez, como un proceso por Hall (1955) y Jonson (1959); Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron las primeras autoras que utilizaron este termino, refiriéndose a este; una serie de etapas con el fin de sistematizar cada una de las necesidades reales y potenciales de la persona (paciente) para establecer planes de cuidados individuales y actuar para prevenir o curar la enfermedad y resolver problemas.<sup>1</sup>

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático racional para planificar los cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la persona, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. (Du Gas; 2000, p. 57).

### **1.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**

El proceso de atención de enfermería esta orientado hacia el logro de las metas, facilita la comunicación con el paciente para que su atención sea de forma individualizada. (Murray y Atkinson; 1996, p.1)

Las etapas del Proceso de Enfermería son: 1) Valoración, 2) Diagnósticos de enfermería, 3) Planeación de los cuidados, 4) Ejecución de los cuidados y 5) Evaluación de los cuidados. (Ibid; p. 2).

#### **1.2.1 VALORACIÓN.**

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.<sup>2</sup>

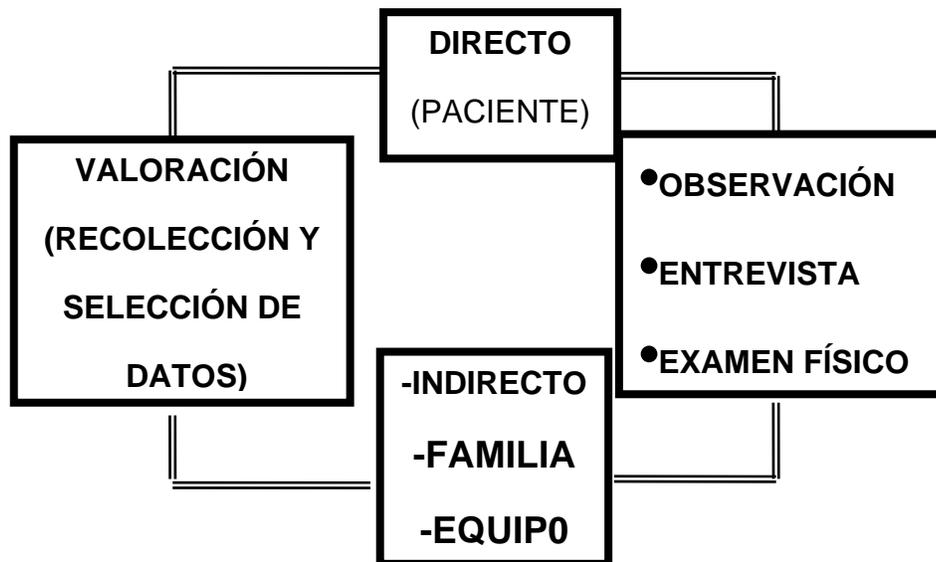
La valoración es la primera fase del proceso de enfermería en la que se recopila la información, es necesario que antes de realizar un diagnostico se cuente con dicha información proporcionada por el paciente o familiares. Es de suma importancia contar con esta información, la recogida de datos es el proceso continuo para obtener información sobre el nivel de salud del paciente, la sistematización disminuye la posibilidad de omitir datos significativos, la

---

<sup>1</sup> Revista cubana de enfermería 1999 pag.18.

<sup>2</sup> Guía de práctica clínica **cuidados críticos de enfermería** hospital txagorritxu 2004. Pag.28.

continuidad asegura la actualización reflejando cambios que puedan aparecer en la persona (Alfaro;2005, p.36)



#### ✚ Fuentes directas

- 1.-Entrevista: Al paciente, familia o comunidad.
- 2.-Exploración física

#### ✚ Fuentes indirectas

- ✚ Entrevista a personas significativas
- ✚ Registros de enfermería
- ✚ Expediente clínico (Historia clínica, laboratorio, exámenes de gabinete, interconsultas etc.)
- ✚ Valoración General: Información que se reúne en el contacto inicial, que contempla aspectos de su estado de salud.
- ✚ *Focalizada*. Útil para controlar problemas específicos
- ✚ Exploración física.
- ✚ Inspección.
- ✚ Palpación.
- ✚ Percusión.
- ✚ Auscultación.

El abordaje depende del estado del paciente y de la experiencia de la enfermera.

#### ❖ Entrevista.

- Organizar el contenido de la entrevista
- No se fíe de la memoria
- Dedique tiempo suficiente
- Asegure la intimidad

- Mantenga centrada su atención
  - Mantenerse atento, cálido y seguro
- Recolección de datos
- ❖ Identificar datos
- Objetivos. Lo que usted observa.  
Subjetivos. Lo que el paciente dice.

Objetivos	Subjetivos
Presión arterial 90/50 Claudicación al caminar Se come todo el desayuno	Siento que nadie me quiere Siento dolor en el costado Tengo malestar estomacal

❖ Verificar que la información sea verídica y completa. Esto es un paso esencial en el pensamiento crítico.

❖ Esto evita:

- Omitir información importante
- Comprender erróneamente la situación
- Centrar la atención en una dirección equivocada
- Cometer errores al identificar los problemas.

Organización de los datos.

❖ Principio básico del pensamiento crítico que refuerza la capacidad de obtener una imagen nítida del estado de salud del paciente.

❖ Requiere de un diseño de valoración.

-Agrupación de datos según una perspectiva teórica.

-Agrupación de datos según los sistemas corporales.

Comprobación de primeras impresiones.

❖ Implica señalar que información es relevante y cual no.

❖ Tomar decisiones aproximadas sobre lo que podrían sugerir los datos.

❖ Focalizar la valoración para entender mejor la situación.

Determinar relevancia de datos  
Recordar principio de causalidad

INFORME Y

### ANOTACIONES

❖ Fase final de la valoración

❖ Anotar a tiempo los datos ayuda a fomentar:

- La continuidad.
- La exactitud.
- El pensamiento crítico.

- ❖ Informar todo aquello que sospeche que podría ser anormal
- ❖ Compare datos del paciente con estándares de normalidad aceptados

### 1.2.2.- DIAGNOSTICO.

Un diagnostico enfermero es “un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales, proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable”<sup>3</sup> (NANDA internacional, 2005, pag. 277).

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula “ relacionado con” (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos “manifestado por” (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990.

#### Principios del Razonamiento Diagnóstico

- ❖ Estar familiarizado con la taxonomía de la NANDA
- ❖ Tener la mente abierta
- ❖ Apoyar el Dx. con evidencias
- ❖ No hacer Dx. apoyados solo en la intuición
- ❖ Si no se detecta un problema, lo etiqueta mal o identifica uno inexistente, esta cometiendo un error Dx.
- ❖ Ser consciente de nuestras capacidades y limitaciones.

#### Pasos para Diagnosticar Problemas de Salud.

Pedir al usuario su colaboración para identificar el mayor número de respuestas humanas o problemas.

- ❖ Realizar una valoración completa.
  - ❖ Hacer lista de problemas reales y potenciales.
  - ❖ Buscar evidencias que sustenten los problemas.
  - ❖ Incluya y excluya problemas.
  - ❖ Nombre los problemas usando las etiquetas que más estrechamente reflejen los hallazgos de la valoración
-

- ❖ Identificar en la lista que elaboro de problemas, si estos corresponden al ámbito de resolución de enfermería.
- ❖ Identificar si se trata de un problema real o potencial
- ❖ Determine la causa del problema.
- ❖ En Dx. potenciales no registrar sintomatología.

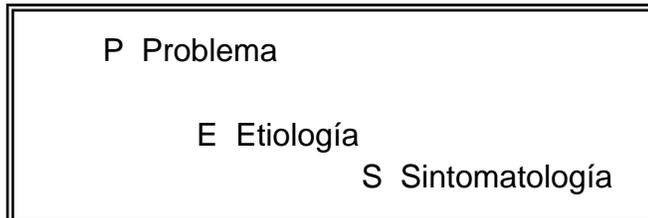
Importancia de Desarrollar y perfeccionar los diagnósticos de enfermería

### DIAGNÓSTICO ENFERMERO

- ✚ Mayor identificación del cuerpo de conocimientos enfermeros.
- ✚ Mayor responsabilidad.
- ✚ Mayor autonomía profesional.

Componentes de la Etiqueta Diagnóstica

ETIQUETA: el termino potencial de aumento será cualitativo designado un aumento se define como “hacer mas, aumentar en calidad, o lo mas deseado”



### FORMULACION DEL DIAGNOSTICO

Planteamiento del diagnóstico de enfermería:

FORMATO PES (GORDON 1976 - CARPENITO 1987)

P = El Problema

(Respuesta del cliente: Etiqueta de categoría Dx.)

E = La Etiología

(Factores que contribuyen a probables respuestas)

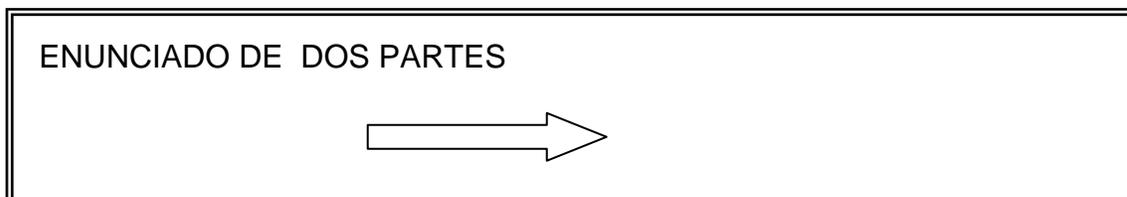
S = Los signos y síntomas

(Definición de las características manifestadas por el cliente.

### PROBLEMAS REALES



### PROBLEMAS POTENCIALES



## ENUNCIADO DEL PROBLEMA

## FACTORES DE RIESGO

### Tipos de Diagnósticos

**Reales:** Los datos de la persona muestran evidencias de signos y síntomas definitorios.

Significa que el problema ha sido confirmado mediante características definitorias y por lo tanto se trata de un problema real.

Potenciales o de Riesgo: Existen evidencias de factores de riesgo del Dx.

Un diagnóstico de enfermería de riesgo, describe una alteración que puede presentarse si no se realizan ciertas intervenciones de enfermería.

Las características que la definen no están presentes. Por lo tanto, estas intervenciones serán de naturaleza preventiva.<sup>4</sup>

**Posibles:** Ausencia de evidencias definitorias o de riesgo.

Pero la intuición apoya la presencia del Dx.

### 1.2.3.- PLANEACION:

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quien es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>, año 2000.

<sup>5</sup> Ibid; p. 30.

Se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se hayan identificado durante el diagnóstico.

Es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de cuidados, se lleva a cabo mediante la toma de decisiones y la solución de problemas (Phaneut; 1999, p.182)

LA PLANEACION IMPLICA:

- Fijar prioridades
- Establecer criterios de resultados
- Determinar las intervenciones de enfermería
- Registrar el plan de cuidados

FORMULACION Y PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

Deben ser individualizadas, realistas, considerar el tiempo de permanencia del cliente, los recursos disponibles para el cuidado del cliente, intervenciones fechadas y firmadas.

- ✚ ¿QUIEN?
- ✚ ¿QUE HACE?
- ✚ ¿CÓMO LO HACE?
- ✚ ¿EN QUE MEDIDA?
- ✚ ¿CUANDO LO HACE?

Determinación de prioridades

- ✚ Problemas que amenazan la vida y que intervienen con las necesidades fisiológicas.
- ✚ Problemas que interfieren con la seguridad y la protección
- ✚ Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
- ✚ Problemas que interfieren con la autoestima y la capacidad de lograr objetivos.

Objetivos del plan de cuidados

1. Promover la comunicación entre profesionales
2. Dirigir los cuidados y documentarlos
3. Crear un registro útil para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Permite determinar costos de la atención.

Utilidad de los objetivos

1. Son los instrumentos de medición de plan de cuidados.
2. Dirigen las intervenciones.
3. Son factores de motivación.

En la construcción de los objetivos utilizar verbos medibles

Mensurables: Identificar, describir, hacer, explicar, comentar, discutir, demostrar, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, andar, debatir etc.

No mensurables: Saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.

Principales componentes del plan de cuidados

1. Diagnósticos o Problemas.
2. Objetivos.
3. Resultados deseados.
4. Intervenciones.

Como ya se había mencionado anteriormente se debe de tomar en cuenta la clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros, tal como la menciona la investigación que se realiza como resultado a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueda utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez el año 1997.

Ya que los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un “estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera” (Morread, Jonson & Maas, 2004, Pág. xix).<sup>6</sup> Los resultados del NOC pueden utilizarse para controlar el progreso, o ausencia del progreso a través de los diferentes entornos del cuidado.

#### TIPOS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

- ✚ Diagnósticas.
- ✚ Terapéuticas.
- ✚ Enseñanza.
- ✚ Independientes
- ✚ Interdependientes
- ✓ INDIVIDUALIZADOS:
  - Se realizan específicamente de acuerdo a la problemática real, potencial y de salud que presente cada uno de los pacientes
- ✓ ESTANDARIZADOS:
  - Impresos y elaborados de antemano
- ✓ MULTIDISCIPLINARIOS:
  - Plan de enseñanza
  - Plan Funcional
  - Plan Didáctico.

---

<sup>6</sup> Interrelaciones NANDA NOC y NIC Pág. 7

## INTERVENCIONES DE ENFERMERAS PERMITEN:

- ✚ Controlar el estado de salud
- ✚ Minimizar los riesgos
- ✚ Resolver o controlar un problema
- ✚ Colaborar con las actividades de la vida diaria (baño etc)
- ✚ Promover un óptimo estado de salud e independencia.

## FORMULACION DE RESULTADOS ESPERADOS CRITEROS PARA SU FORMULACIÓN:

1. Comprensibles, claros y concisos.
2. Dirigidos al cliente, que reflejen acciones del cliente.
3. Observables y medibles.
4. Deben tener un límite de tiempo.
5. Deben determinarse conjuntamente entre el paciente y la enfermera.

## RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE INTERVENCION

- ✚ El paciente presentará disminución del dolor en la herida quirúrgica en los siguientes 2 días del post-operatorio.
- ✚ Conserva la integridad cutánea en la periferia del sitio de drenaje durante su estancia hospitalaria
- ✚ Tolera su dieta líquida después de las primeras 48 horas.

### 1.2.4.- EJECUCIÓN.

#### EJECUCION DEL PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA.

Es la aplicación del plan de cuidados, dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de reparación, realización, registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

En esta etapa se deben llevar a cabo los siguientes pasos:

- 1.-Preparación para la ejecución, que comprende: revisar y actualizar datos, revisar y adaptar el plan según las circunstancias.
  - 2.-Aplicación o ejecución, implica considerar los riesgos y complicaciones, ambientales donde se ejecuta, los conocimientos que se requieren para realizar las acciones, las implicaciones legales.
  - 3.-Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos.
- ✚ Fijar prioridades diarias.
  - ✚ Valorar y revalorar.
  - ✚ Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.
  - ✚ Registrar.
  - ✚ Dar el informe de cambio de turno.

A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionistas de enfermería realizan para ayudar al paciente con el resultado deseado.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos e indirectos dirigidas a los individuos, familias, y comunidad. Ya sea tratamiento iniciados por las enfermeras, por los médicos o por los profesionales. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza el NIC para documentar los cuidados. Las intervenciones del NIC se han relacionado con los diagnósticos de la NANDA.

La taxonomía del NIC se codifico por varias razones (1) para facilitar su uso informático (2) para facilitar la manipulación sencilla de los datos, (3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y (4) para permitir sus usos en las retribuciones.

Además se define como una intervención de enfermería a: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

### **1.2.5.- EVALUACIÓN.**

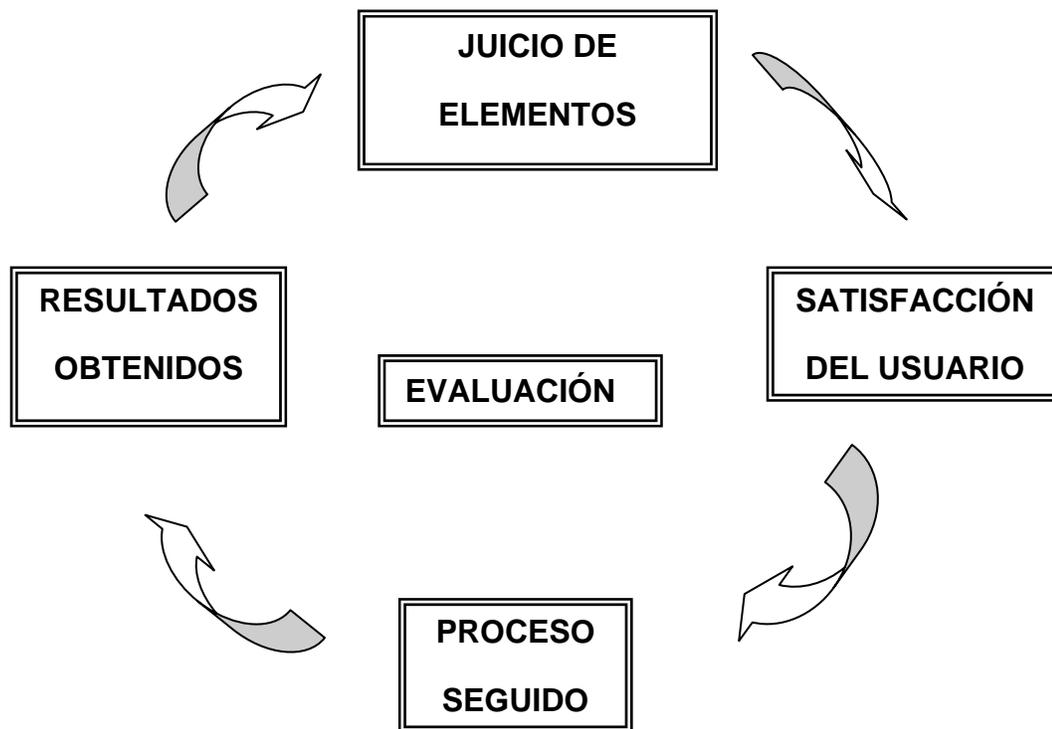
En esta última fase consiste en valorar el grado en que se han logrado los objetivos.

La evaluación es fundamental que se realice de forma continua con la finalidad de retroalimentar, así como nos va a permitir realizar cambios en cada una de las fases del proceso de acuerdo a las necesidades que llegue a presentar el paciente.

#### **¿QUE EVALUAR DE LA INTERVENCION DE ENFERMERÍA?**

- ✚ ¿Se evidencio el cambio esperado en el paciente?
- ✚ ¿Cuál es su apreciación de los resultados obtenidos?
- ✚ ¿Las Intervenciones de Enfermería fueron apropiadas?
- ✚ ¿Eran claros y precisos los objetivos, realistas y articulados con el Diagnóstico de Enfermería?
- ✚ ¿El Diagnóstico de Enfermería fue apropiado para el caso clínico abordado?

- ✚ ¿Los datos recogidos evidenciaron los elementos pertinentes para implementar los cuidados de enfermería?
- ✚ ¿Surgieron nuevos datos, cuáles y en que circunstancias del proceso de atención?



- ✚ La evaluación debe considerarse como un reciclaje o como el inicio de un nuevo proceso.
- ✚ Los resultados de la evaluación suponen un retorno a los pasos iniciales del proceso.
- ✚ La comparación entre objetivos – logros, determina el alcance parcial o total del plan de intervención.
- ✚ La evaluación requiere:
  - Centrar la atención en el paciente
  - Revisar el plan de atención
  - El desarrollo de criterios de resultados específicos es el paso vital para evaluar.
  - La evaluación es útil para:
    - Conocer calidad de la atención.
    - Apoya en auditorias.
    - Evaluaciones formales.

## **2.- GENERALIDADES DE LOS CUIDADOS .**

La practica de enfermera puede ser concebida como un campo de experiencia donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.<sup>1</sup>

Esta se centra en el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere de una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar intuición, ya que se trata de “acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona” (Diers, 1986; traducción libre, Pág.27).

### **2.1.- CUIDAR.**

El cuidado es “invisible” (Colliere, 1986). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente son acciones invisibles.

En el estudio de Benner (1984) distingue seis características de poder asociado con el cuidado:” la transformación, la integración, la defensa de los derechos, la curación, la participación/ afirmación y la resolución de los problemas”.

### **2.2 CONCEPCION DE WATSON ( Escuela del Caring)**

La enfermera se basa su practica profesional en el modelo conceptual de Watson centra su atención en el cuidado humano y transpersonal con el objetivo de asistir a la persona en su búsqueda de una mejor armonía, entre el alma, el cuerpo y el espíritu.

Watson fundamenta su trabajo en las ciencias humanísticas, situado en la corriente de pensamiento de la Transformación, que considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar<sup>2</sup>.

La enfermera deberá desarrollar su capacidad para comprometerse en una relación transpersonal de cuidado. Cae por su propio peso que la persona debe comprometerse, a su vez con esta relación.

---

<sup>1</sup> Antología Gestión del Cuidado ENEO UNAM Pág. 10.

<sup>2</sup> . Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F. La pensée infirmière. 2a ed. Laval (Québec): Beauchemin; 2003

### **3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.<sup>1</sup>

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.<sup>2</sup>

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

---

<sup>1</sup> Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería Hospital Txagorritxu Mayo 2004 pag.23-26.

<sup>2</sup> Revista enfermeras CNE, vol. XLIV abril 2008. pag 7.

## **VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)**

### **3.1 DATOS BIOGRAFICOS.**

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

### **3.2 TENDENCIA Y MODELO**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

### **3.3 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas.

La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

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

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

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

### **3.4 FUNCIÓN DE ENFERMERÍA**

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa

misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir

el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

### **3.5 LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA**

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

### **3.6 SALUD**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

### **3.7 ENTORNO**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

### **3.8 PERSONA (PACIENTE)**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Según Henderson una necesidad es un requisito más que una carencia.

Las necesidades más comunes a toda persona enferma o sana son:

- 1.- Necesidad de Oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

### **3.9 SUPUESTOS PRINCIPALES**

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

## **CUIDADOS BÁSICOS**

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería que son: reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

## **CONCEPTO DE INDEPENDENCIA**

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

## **CONCEPTO DE DEPENDENCIA**

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

## **AUTONOMÍA**

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

## **AGENTE DE AUTONOMÍA ASISTIDA**

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: Respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel, mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

## **DIFERENCIA ENTRE FALTA DE AUTONOMÍA Y FALTA DE FUERZA**

La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido Temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

## **MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA**

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida.

Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

## **MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA**

Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

## **RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson.

## **VALORACIÓN**

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

## **DIAGNÓSTICO ENFERMERO**

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación

enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula “relacionado con” (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos “manifestado por” (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990.

El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Problemas con relación a la autonomía

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador. La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad.

La enfermería tiene una función de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del usuario.

Problemas con relación a la independencia

Pueden dividirse en:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.
- Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

## Problemas de colaboración

Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico.

Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas.

La enfermería es plenamente responsable de su actuación aunque la responsabilidad del resultado final recae sobre el médico. Para nombrar estas situaciones es necesario utilizar la terminología médica que describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales o pueden referirse a complicaciones potenciales para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

#### **4. METODOLOGÍA.**

El Proceso Atención de Enfermería, se realizó en el Hospital de Especialidades de la Raza, en el servicio de hospitalización de cardiología.

Eligiendo a un adulto mayor de 72 años con alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con una Cardiopatía Isquemica.

Para la realización de este proceso de enfermería fue preciso aplicar los cinco pasos de esta metodología: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación tomando como referencia las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Durante la aplicación de dicho proceso fue necesario llevar a cabo la valoración de enfermería por medio de la observación, interrogatorio y exploración física así como la recolección, organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno ya que fueron de suma importancia para la toma de decisiones y actuaciones posteriores.

De acuerdo a la información recabada se realizaron los diagnósticos de enfermería utilizando las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que se dieron como resultado de la valoración previa de enfermería.

A partir de cada uno de los diagnósticos de enfermería se realizó la planeación tomando como referencia los resultados de la Clasificación de Enfermería (NOC), y ejecución de los cuidados fueron basados en la clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) ya que esta clasificación es global y estandarizada, finalizando con la evaluación la cual en esta etapa permitió evidenciar el logro de los objetivos planteados hacia la persona, si estos fueron alcanzados con el apoyo de su familia, del equipo de salud y por parte del personal de enfermería.

El objetivo de la realización de este trabajo como antes se ha mencionado fue hacer una recopilación de datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la Cardiopatía Isquemica, así como describir la fisiopatología de la enfermedad y dar a conocer al personal de enfermería la utilidad del proceso enfermero dentro del área hospitalaria; lo que dará como resultado una atención de calidad, reduciendo tiempo y costo de hospitalización e incrementando el beneficio, que sería la meta propuesta.

## 5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

### 5.1.- PRESENTACION DEL CUADRO CLINICO.

Se trata de paciente masculino de 72 años de edad que tiene como factores de

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
-------------	-----------------

riesgo cardiovascular lo siguiente:

Edad, genero, sedentarismo, obesidad, habito tabaquito previo positivo desde la juventud hasta hace 12 años (fumo aproximadamente 45 años) a razón de una cajetilla al día, diabetes mellitus 2 desde hace 3 años de diagnostico y tratamiento con glibenclamida 5mg cada 12hrs y metformina 850 mg cada 24hrs.

Hipertensión arterial sistémica de 12 años de diagnostico y tratamiento. Con captopril 25mg cada 12hrs con mal apego a su tratamiento. Inicia su padecimiento actual el día 14 de julio aproximadamente a las 15:00hrs. Posterior a deambular en la calle regresa a casa e inicia con dolor epigástrico de tipo punzante, irradiado posteriormente a región precordial, intensidad 9/10, acompañado de diaforesis profusa, palidez, nausea sin llegar al vomito descansa sin remisión del dolor precordial es cual aumenta de intensidad 10/10 por lo que decide acudir a su HGZ para manejo.

Ingresa a su HGZ en donde no se cuenta con los recursos necesarios para su atención medica y se decide el envío a esta unidad para manejo y control desarrollando descontrol hipertensivo (150/110), continua con dolor precordial.

Se recibe en la unidad y se decide presentar al servicio de hemodinamia ya que continua con una angina inestable, el cual pasa a sala y se realiza cateterismo cardiaco el cual reporta enfermedad ateromatosa de múltiples vasos y oclusión aguda de la DA, el paciente fue sometido a un cateterismo cardiaco con abordaje de vía femoral por el servicio de hemodinamia, realizando Angioplastía de rescate con intento fallido, el servicio de hemodinamia decide su egreso al servicio de cardiología para continuar su tratamiento del paciente.

RESPIRAR (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con alteración ya que presenta ligera palidez, diaforesis e hipotensión.</li> </ul>
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nauseas.</li> <li>• Limitación para alimentarse por si mismo.</li> <li>• La postura le impide realizarlo.</li> </ul>
ELIMINACIÓN (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación para asistir al baño ya que de acuerdo a los cuidados de post-cateterismo cardiaco esta contraindicado levantarse.</li> </ul>
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene limitación para moverse ya que debe permanecer en decúbito dorsal por 12 horas por el procedimiento realizado (cateterismo cardiaco).</li> </ul>
DESCANSO Y SUEÑO (INDEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conciliar el sueño por el dolor lumbar por falta de movimiento.</li> </ul>
USAR PRENDAS ADECUADAS (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación para vestirse, por la posición en la que se encuentra.</li> </ul>
TERMORREGULACIÓN (INDEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración.</li> </ul>
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación de la Higiene.</li> <li>• Presencia de herida en área inguinal derecha.</li> </ul>
SEGURIDAD (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia. –Miedo</li> <li>• Preocupación. - Ansiedad</li> <li>• Temor. – Stres.</li> <li>• Dolor.</li> </ul>
COMUNICACIÓN (INDEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variedad de información de su problema.</li> <li>• Demanda de información.</li> </ul>
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES (INDEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener Fe en Dios.</li> </ul>
TRABAJAR Y REALIZARSE (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción negativa de su imagen ante la falta de movimiento y dificultad para realizar sus Actividades.</li> </ul>
JUEGO Y ACTIVIDADES REDREATIVAS (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar material de distracción (música) ya que por su estado de salud no puede realizar alguna otra actividad.</li> </ul>
APRENDIZAJE (DEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de conocimientos sobre su situación de salud.</li> </ul>

## 5.2 PRESENTA LAS SIGUIENTES NECESIDADES ALTERADAS.

## 5.3 VALORACIÓN.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**NOMBRE:** R. C. M **EDAD:** 72 AÑOS **PESO:** 78 KILOS **TALLA:** 1.70 CMS

**FECHA DE NACIMIENTO:** 28-SEPTIEMBRE-1928 **SEXO:** MASCULINO

**OCUPACIÓN:** PENSIONADO **ESCOLARIDAD:** PREPARATORIA

**FECHA DE ADMISIÓN:** 14-JULIO-2008 **HORA:** 16:00 HRS **PROCEDENCIA:** EDO. MÈX. **FUENTE DE INFORMACIÓN:** DIRECTA **MIEMBRO DE LA FAMILIA / PERSONA SIGNIFICATIVA:** ESPOSA.

**VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS<sup>1</sup>.**

## **1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.**

**NECESIDAD DE OXIGENACION.**

- **SUBJETIVO**

**DISNEA DEBIDO A:** CARDIOPATIA ISQ **TOS PRODUCTIVA / SECA:** NO **DOLOR ASOCIADO CON LA RESPIRACIÓN:** NO **FUMADOR:** SI **DESDE CUANDO FUMA /CUANTOS AL DIA/VARIA LA CANTIDAD SEGÚN SU ESTADO EMOCIONAL:** INICIO EN LA JUVENTUD HASTA HACE 12 AÑOS (FUMO APROX 45 AÑOS) 1 CAJETILLA AL DIA.

- **OBJETIVO**

**REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y CARACTERISTICAS:** 28 F. RESP. DE F.C. 150/90.TEMP.35.9 **TOS PRODUCTIVA/SECA:** NO **ESTADO DE CONCIENCIA:** CONCIENTE **COLORACIÓN DE PIEL/LECHOS UNGUEALES / PERIBUCAL:** PALIDEZ DE TEGUMENTOS, DIAFORESIS. **CIRCULACIÓN DEL RETORNO VENOSO:** SE OBSERVA INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, EDEMA DEL MISMO +.

## **2.- NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

- **SUBJETIVO**

**DIETA HABITUAL (TIPO):** Refiere que la alimentación es variada: carne 7/7, fruta 7/7, verdura 1/7, leguminosas 3/7, huevo 2/7, tortillas 8/7, pan 2/7, leche 7/7, té 1/7, taza de café 6/7, agua al día 1 Lt y refresco 3 veces por semana **NUMERO DE COMIDAS**

---

<sup>1</sup> RODRIGUEZ, J.S. et.al "Instrumento metodológico para la recolección de datos", ENEO.UNAM, SUA.1999. Pág.388-398.

DIARIAS: 3-4 **TRANSTORNOS DIGESTIVOS:** Si estreñimiento **INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS/ALERGIAS:** NO **PROBLEMAS DE LA MASTICACION Y DEGLUCIÓN:** No **PATRÓN DE EJERCICIO:** No

- **OBJETIVO.**

**TURGENCIA DE LA PIEL:**

**MEMBRANAS MUCOSAS HIDRATADAS/SECAS:** con ligera cianosis peribucal características de uñas/cabello: bien implantado, en condiciones limpias, con presencia de seborrea y uñas limpias **FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO:** Se encuentra en decúbito dorsal con presencia de lumbalgia. **ASPECTO DE LOS DIENTES Y ENCIAS:** dentadura incompleta con adecuada higiene. **HERIDAS, TIPO Y TIEMPO DE CICATRIZACIÓN:** Presenta herida en área inguinal derecha (sitio de punción cateterismo cardiaco).<sup>2</sup>

### 3.- NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

- **SUBJETIVO**

**HABITOS INTESTINALES:** 1 vez al día, diuresis de 4 a 6 veces al día.

**CARACTERISTICAS DE LAS HECES, ORINA Y MENSTRUACIÓN:** bien formadas las heces, orina concentrada. **HISTORIA DE**

**HEMORRAGIAS/ENFERMEDADES RENALES, OTROS:** No **USO DE**

**LAXANTES:** Ocasionalmente **HEMORROIDES:** Si **DOLOR AL DEFECAR /**

**MENSTRUAR / ORINAR:** Si **COMO INFLUYEN LAS EMOCIONES EN SUS**

**PATRONES DE ELIMINACIÓN:** Al parecer no influyen

- **OBJETIVO**

**ABDOMEN CARACTERISTICAS:** Blando no doloroso. **RUIDOS INTESTINALES:**

Adecuada peristalsis **PALPACIÓN DE LA VEJIGA URINARIA:** Con globo vesical.

### 4.- NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **SUBJETIVO**

**ADAPTABILIDAD DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA:** A veces **EJERCICIO/TIPO Y**

**FRECUENCIA:** caminar 30 min 2 veces a la semana **TEMPERATURA AMBIENTAL QUE**

**LE ES AGRADABLE:** TODAS LAS ESTACIONES

- **OBJETIVO**

---

**CARACTERISTICA DE LA PIEL:** Bien Hidratada **TRANSPIRACIÓN:** Si **CONDICIONES DEL ENTORNO FISICO:** Inadecuado según la percepción del paciente.

## 2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

**Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.**

## 5.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA.

- **SUBJETIVO**

**CAPACIDAD FÍSICA COTIDIANA:** Con ligera limitaciones **ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE:** Leer **HABITOS DE DESCANSO:** Si **HABITOS DE TRABAJO:** No

- **OBJETIVO**

**ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO. FUERZA:** Adecuada **CAPACIDAD MUSCULAR. TONO/RESISTENCIA / FLEXIBILIDAD:** Adecuada para su edad **POSTURA:** Permanece en decúbito dorsal por 12 hrs. **NECESIDAD DE AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN:** No **DOLOR CON EL MOVIMIENTO:** Esporádico **PRESENCIA DE TEMBLORES:** NO **ESTADO DE CONCIENCIA:** Alerta **ESTADO EMOCIONAL:** Presenta angustia **OTROS:** Dependiendo del entorno social en el que se encuentre.

## 6.- NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- **SUBJETIVO**

**HORA DE DESCANSO:** a las 22 HRS. **HORARIO DE SUEÑO:** 22:30 horas **DE DESCANSO:** A veces **tiene HORAS DE SUEÑO:** DE 2 A 4 HRS **SIESTA:** A veces **AYUDAS:** No **INSOMIO:** Ocasional **DEBIDO A:** que a veces no encuentra una buena postura para acomodarse para dormir **DESCANSADO A LEVANTARSE:** Si a veces no.

- **OBJETIVO**

**ESTADO MENTAL. ANSIEDAD/ESTRÉS/LENGUAJE:** Ansiedad, estrés **OJERAS:** Si **ATENCIÓN:** Si **BOSTEZOS:** Si **CONCENTRACIÓN:** Si **APATIA:** Generalmente no **CEFALEAS:** No **RESPUESTA A ESTIMULOS:** Adecuada.

## 7.-NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- **SUBJETIVO**

**INFLUYE SU ESTADO DE ANIMO PARA LA SELECCIÓN DE SUS PRENDAS DE VESTIR:** No **SU AUTOESTIMA ES DETERMINANTE EN SU MODO DE VESTIR:** No **SUS CREENCIAS LE IMPIDEN VESTIRSE COMO A USTED LE GUSTARÍA:** No **NECESITA AYUDA PARA LA SELECCIÓN DE SU VESTUARIO:** No

- **OBJETIVO**

VISTE DE ACUERDO A SU EDAD: Si CAPACIDAD PSICOMOTORA PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Adecuada VESTIDO INCOMPLETO: No SUCIO: No INADECUADO: No OTROS: Le gusta verse bien arreglado le preocupa mucho su aspecto personal.

## 8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- **SUBJETIVO**

FRECUENCIA DEL BAÑO: Diario MOMENTO PREFERIDO PARA EL BAÑO: Por la mañana o por las noches es variable CUANTAS VECES SE LAVA LOS DIENTES AL DIA: 2 veces al día ASEO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE COMER: Si DESPUES DE ELIMINAR: Si TIENE CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS QUE LIMITEN SUS HABITOS HIGIENICOS: No.

- **OBJETIVO**

ASPECTO GENERAL: Adecuado OLOR CORPORAL: Limpio HALITOSIS: Si ESTADO DEL CUERO CABELLUDO: Buena implantación de cabellera para su edad, el cuero cabelludo y cabello se encuentran en condiciones limpias, con presencia de seborrea LESIONES DERMICAS. TIPO: ninguna.

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- **SUBJETIVO**

QUE MIEMBROS COMPONEN LA FAMILIA DE PERTENENCIA: Tres COMO REACCIONA ANTE SITUACIÓN DE URGENCIA: Angustia y ansiedad CONOCE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: Algunas HOGAR: SI TRABAJO: No Trabaja REALIZA CONTROLES PERIODICOS DE SALUD RECOMENDADOS EN SU PERSONA: Si FAMILIARES: No

- **OBJETIVO**

DEFORMIDADES CONGENITAS: No CONDICIONES DEL AMBIENTE EN SU HOGAR: Armónico TRABAJO: No trabaja.

## 3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

- **SUBJETIVO**

ESTADO CIVIL: Casado AÑOS DE RELACION: 48 Años VIVE CON: Su esposa y uno de sus hijos PREOCUPACIONES/ESTRÉS: En ocasiones FAMILIA: No OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN AYUDAR: Hermanos, hijos y nietos ROL EN ESTRUCTURA FAMILIAR: Hernamo mayor COMUNICA PROBLEMAS DEBIDO A LA ENFERMEDAD/ESTADO: Si CUANTO TIEMPO PASA SOLA: Siempre esta acompañado FRECUENCIAS DE LOS CONTACTOS SOCIALES DIFERENTES EN EL TRABAJO: Tiene contacto con sus vecinos y con la gente que lo atiende en la peluquería.

- **OBJETIVO**

**HABLA CLARO:** Si **CONFUSA:** No **DIFICULTAD.** **VISIÓN:** Si de acuerdo a su edad **AUDICIÓN:** No **COMUNICACIÓN VERBAL/NO VERBALCON LA FAMILIA/CON OTRAS PERSONAS:** Es muy sociable.

## 11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- **SUBJETIVO**

**CREENCIA RELIGIOSA:** Católica **SU CREENCIA RELIGIOSA LE GENERA CONFLICTOS PERSONALES:** No **PRINCIPALES VALORES EN LA FAMILIA:** Honestidad, lealtad, **PRINCIPALES VALORES PERSONALES:** Confianza, lealtad, honestidad **ES CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA DE VIVIR:** Si

- **OBJETIVO**

**HABITOS ESPECIFICOS DE VESTIDO. (GRUPO SOCIAL RELIGIOSO):** De acuerdo a su edad **PERMITE EL CONTACTO FÍSICO** Si **PRESENCIA DE ALGUN OBJETO INDICATIVO DE DETERMINADOS VALORES Y CREENCIAS:** Si (escapulario).

## 12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- **SUBJETIVO**

**TRABAJA ACTUALMENTE:** No **TIPO DE TRABAJO:** Ninguno **RIESGOS:** No **CUANTO TIEMPO LE DEDICA AL TRABAJO:** Le dedicaba 10 hrs. **ESTA SATISFECHO (A) CON SU TRABABJO:** Si **SU RENUMERACIÓN LA PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES BÀSICAS Y/O LAS DE SU FAMILIA:** Si **ESTA SATISFECHO (A) CON EL ROL FAMILIAR QUE JUEGA:** Si.

- **OBJETIVO**

**ESTADO EMOCIONAL /CALMADO/ ANSIOSO/ ENFADADO/ TEMEROSO/ IRRITABLE/ INQUIETO/ EUFÒRICO:** Ansioso, inquieto enfadado.

## 13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- **SUBJETIVO**

**ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE:** Leer, y escuchar música, caminar **LAS SITUACIONES DE ESTRÉS INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE ESTA NECESIDAD:** A veces **RECURSOS EN SU COMUNIDAD PARA LA RECREACIÓN:** Canchas, parques, cine **HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LÚDICA O RECREATIVA:** Por el momento no.

- **OBJETIVO**

**INTEGRIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR:** Adecuado **RECHAZO A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS:** No **ESTADO DE ÁNIMO. APÀTICO/ ABURRIDO/ PARTICIPATIVO:** Participativa **OTROS:**

## 14..- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

### SUBJETIVO

**NIVEL DE EDUCACION:** Preparatoria Terminada **PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:** No **LIMITACIONES COGNITIVAS:** Ninguna **TIPO:-----PREFERENCIAS.** **LEER/ ESCRIBIR:** Leer **CONOCE LAS FUENTES DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE EN SU COMUNIDAD:** Si **SABE COMO UTILIZAR ESAS FUENTES DE APOYO:** Si **INTERES EN EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD:** Si

- **OBJETIVO**

**ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO:** Adecuada **ORGANOS DE LOS SENTIDOS:** Adecuada  
**ESTADO EMOCIONAL. ANSIEDAD, DOLOR:** Dolor sitio de punición **MEMORIA RECIENTE:**  
Adecuada **MEMORIA REMOTA:** Si **OTRAS MANIFESTACIONES:** -----

#### **5.4- VALORACIÓN ESTANDARIZADA DE NECESIDADES.**

##### **INDEPENDIENTES:**

- ✚ **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**
- ✚ **NECESIDAD DE TERMORREGULACION.**
- ✚ **NECESIDAD DE COMUNICARSE.**
- ✚ **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.**

##### **DEPENDIENTES:**

- ✚ **NECESIDAD DE OXIGENACION.**
- ✚ **NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.**
- ✚ **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**
- ✚ **NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.**
- ✚ **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.**
- ✚ **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**
- ✚ **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**
- ✚ **NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**
- ✚ **NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**
- ✚ **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.**

## 6.-DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS:

### REALES

- ✚ Disminución del gasto cardiaco R/C insuficiencia contráctil M/P palidez, diaforesis e hipotensión.
- ✚ Ansiedad R/C padecimiento actual M/P expresión facial.
- ✚ Temor R/C mal pronostico de su padecimiento actual M/P expresión verbal.
- ✚ Nauseas R/C efecto secundario del medio de contraste M/P expresión verbal.
- ✚ Deterioro de la eliminación urinaria R/C la posición de decúbito dorsal en la que se encuentra M/P expresión verbal.

### POTENCIALES.

- ✚ Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C procedimiento invasivo (Cateterismo Cardiaco).
- ✚ Riesgo de infección R/C Cateterismo Cardiaco.
- ✚ Riesgo de síndrome de stress por traslado r/c cambio ambiental, sentimientos de impotencia, falta de asesoría previa al traslado, experiencias negativas anteriores.

## 7.- PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Oxigenación.

**Diagnóstico de enfermería:** disminución del gasto cardiaco R/C insuficiencia contráctil M/P palidez, diaforesis e hipotensión.

**Definición:** La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

NOC	NIC
<p>Efectividad de la bomba cardiaca.</p> <p><b>Definición:</b> adecuación del volumen de sangre expulsado por el ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas.</b></li> <li>• <b>Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</b></li> <li>• <b>Supervisa cambios en el estado de salud.</b></li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p><b>Definición:</b> mejora de la frecuencia, la precarga, la poscarga y contractilidad cardiaca.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se Explican los procedimientos a realizar.</li> <li>➤ Se pregunta al paciente por sus signos y síntomas o problemas recientes.</li> <li>➤ Se valoran los signos y vigilan los síntomas de bajo gasto.</li> <li>➤ Se registrar la frecuencia, el ritmo cardiaco y los pulsos.</li> <li>➤ Monitoriza el ritmo cardiaco continuo.</li> <li>➤ Se colocar oxígeno por puntas nasales.</li> <li>➤ Se minimizan / eliminar los factores ambientales estresantes.</li> <li>➤ Se valorar el nivel de conciencia.</li> <li>➤ Se logra controlar el estado emocional.</li> <li>➤ Continuar con la administración de sus medicamentos (Antiagregante plaquetario).</li> </ul>

**EVALUACIÓN:** (4) Mejora la coloracion, disminuye su diaforesis se mantiene con signos vitales estables durante las primeras horas de post-cateterismo cardiaco.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Seguridad

**Diagnóstico de enfermería:** Ansiedad R/C padecimiento actual M/P expresión facial.

**Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite que el individuo tomar medidas para afrontarlo.

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
------------	------------

<p>Afrontamiento a problemas.</p> <p><b>Definición:</b> Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elimina precursores de la ansiedad.</b></li> <li>• <b>Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</b></li> <li>• <b>Controla la respiración de la ansiedad.</b></li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Apoyo emocional, aumentar el afrontamiento.</p> <p><b>Definición:</b> Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro adelantado.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se utilizo un enfoque sereno para darle seguridad.</li> <li>➤ Se explican todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar durante la estancia en el servicio.</li> <li>➤ Se proporciono información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento.</li> <li>➤ Se permaneció con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo.</li> <li>➤ Se escucho al paciente con atención.</li> <li>➤ Se pudo crear un ambiente con el cual se facilito la confianza.</li> <li>➤ Se anima al Sr. Marco para que manifestara sus miedos y percepciones.</li> <li>➤ Se ayudo al Sr. Marco a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad.</li> <li>➤ Se instruye al Sr. Marco sobre técnicas de relajación(aromaterapia).</li> <li>➤ Se observo al Sr. Marco si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul> <p>Se a la familia sobre la importancia de permanecer con el Sr. Marco durante su estancia en el servicio.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACIÓN:** (4) Se logra minimizar su estado de ansiedad durante la estancia en el servicio, ya que pudo expresar sus emociones y sentirse mas tranquilo.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Vivir según sus creencias y valores.

**Diagnóstico de enfermería:** Temor R/C mal pronostico de su padecimiento actual M/P expresión verbal.

**Definición:** Sentimiento de miedo relacionado con un origen identificable que se percibe como una amenaza o peligro para el yo.

NOC	NIC
-----	-----

<p><b>Autocontrol del miedo.</b></p> <p><b>Definición:</b> Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Expresa sentimientos.</li> <li>✚ Busca información para reducir el miedo.</li> <li>✚ Controla la respuesta al miedo.</li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p><b>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</b></p> <p><b>Definición:</b> disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Al identificar el motivo de su temor se identificaron a sus seres queridos cuya presencia ayudo al paciente.</li> <li>➤ Se ofreció tranquilidad, hablándole y mirándolo a los ojos.</li> <li>➤ Se permitió que se le proporcionaran objetos que simbolizan seguridad (escapularios e imágenes religiosas).</li> <li>➤ Se mostró calma, se escucharon los miedos y se permaneció con el paciente fomentando seguridad.</li> <li>➤ Se instruyo al paciente sobre métodos relajación (respiración) que disminuyan su ansiedad.</li> <li>➤ Se le ofrecieron líquidos.</li> <li>➤ Se mantuvo la calma de una forma deliberada durante el turno.</li> </ul> <p>Se le permitió al señor marco la oportunidad de hacer preguntas y aclarar los malos entendidos.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACIÓN:**

(4) Se facilito la comunicación abierta con el paciente, familiares y se redujeron los sentimientos de aprensión y tensión.

**PLAN DE CUIDADOS**

**Necesidad:** Nutrición e hidratación.

**Diagnóstico de enfermería:** Nauseas R/C efecto secundario al medio de contraste M/P expresión verbal.

**Definición:** Sensación desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o en todo el abdomen que puede ir seguida o no del vomito.

NOC	NIC
<p>Control de nauseas y vómitos.</p> <p><b>Definición:</b> acciones personales para controlar síntomas de nauseas esfuerzos para vomitar y vómitos.</p> <p><b>Indicador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utiliza medidas preventivas.</b></li> <li>• <b>Informa de nauseas, esfuerzos para vomitar.</b></li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p><b>Definición:</b> prevención y alivio de las nauseas.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se consiguió el historial completo pre-tratamiento.</li> <li>➤ Se identifico el factor (uso de medio de contraste durante el cateterismo cardiaco).</li> <li>➤ Se aseguro de que administro antiemético eficaz para evitar las nauseas.</li> <li>➤ Se controlaron los factores ambientales que pudieran evocar nauseas (teniendo una ventilación adecuada de la habitación).</li> <li>➤ Se fomento el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las nauseas.</li> <li>➤ Se administraron líquidos fríos transparentes, sin olor.</li> <li>➤ Se proporciono información acerca de las nauseas, causas y duración.</li> <li>➤ Se proporciona apoyo emocional.</li> </ul> <p>Se verifico los efectos de las nauseas.</p>

**EVALUACIÓN:**

(4) Se logra controlar los síntomas de las nauseas y el paciente no presenta vómitos durante las primeras 8 horas posteriores a su cateterismo cardiaco.

**PLAN DE CUIDADOS**

**Necesidad:** Eliminación.

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la eliminación urinaria R/C la posición de decúbito dorsal en la que se encuentra M/P expresión verbal.

**Definición**

NOC	NIC
<p><b>Definición:</b> Recogida y descarga de la orina.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patrón de eliminación.</b></li> <li>• <b>Vacía la vejiga completamente.</b></li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p><b>Definición:</b> Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Se proporciono intimidad para la eliminación.</li> <li>✚ Se estimulo el reflejo de la vejiga con la aplicación de calor en el abdomen.</li> <li>✚ Se proporciono el tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 min.).</li> <li>✚ Se Vigilo periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión.</li> <li>✚ También se hizo correr agua del lavabo para la estimulación.</li> <li>✚ Se anoto la ultima hora de eliminación urinaria sus características consistencia, volumen, color y olor.</li> </ul>

**EVALUACIÓN:** (5) El señor marco pudo eliminar la orina sin ningún problema.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Evitar peligros.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C procedimiento invasivo.

**Definición:** Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

NOC	NIC
<p><b>Perfusión tisular: periférica.</b></p> <p><b>Definición:</b> adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reconoce el riesgo.</b></li> <li>• <b>Color de la piel.</b></li> <li>• <b>Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</b></li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p><b>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</b></p> <p><b>Definición:</b> Prevención de una insuficiencia vascular.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se mantiene la ropa de cama limpia y sin dobleces.</li> <li>➤ Se explica a el señor marco de la importancia de permanecer en esa posición por 12 horas (decúbito dorsal).</li> <li>➤ Se enseña del como puede solamente el mover las manos, la cabeza y el miembro inferior izquierdo.</li> <li>➤ Se aplica hielo local en el sitio de la punción (área inguinal derecha).</li> <li>➤ Se mantiene una vigilancia estrecha de los pulsos periféricos pedio, tibial, temperatura y cambios de coloracion de la extremidad donde se ha practicado la punción cada 4 horas.</li> <li>➤ Se explica que tiene que evitar el flexionar la rodilla del miembro inferior derecho.</li> <li>➤ Se fomenta la ingesta de líquidos a 1500ml al día.</li> <li>➤ Se administran analgesicos según la prescripción.</li> </ul> <p>Se utilizaron medidas no invasivas para el alivio del dolor (relajación)</p>

### EVALUACIÓN:

(4) El señor marco logra comprender la necesidad de cooperar con su tratamiento y permanece tranquilo.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Evitar peligros.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de infección R/C Cateterismo Cardíaco.

**Definición:** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

NOC	NIC
<p><b>Curación de la herida por primera intención.</b></p> <p><b>Definición:</b> Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un procedimiento invasivo (cateterismo cardíaco).</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</li> <li>• Utiliza los sistemas de apoyo personal para el control de riesgo.</li> <li>• Reconoce factores de riesgo.</li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p><b>Definición:</b> Prevención de infección.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se explica a el señor marco los cuidados que debe llevar acabo en el sitio de punción.</li> <li>➤ Se brinda información sobre la vigilancia de la piel y los cambios de coloración.</li> <li>➤ Se instruye a la familia sobre los signos y síntomas de infecciones.</li> <li>➤ Se hace hincapié de la importancia del baño diario.</li> <li>➤ Se explica como debe llevar acabo el monitoreo de la glucosa.</li> <li>➤ Se fomenta la importancia de apegarse a su régimen alimenticio adecuado.</li> <li>➤ Se explica al paciente y familiar de la importancia de llevar un control adecuado de la ministración de sus medicamentos.</li> </ul>

### EVALUACIÓN:

(5) El señor marco, su esposa comprenden la información que se les proporciona.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Evitar peligros.

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de síndrome de stress por traslado r/c cambio ambiental, sentimientos de impotencia, falta de asesoría previa al traslado, experiencias negativas anteriores

**Definición:** Riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

NOC	NIC
<p><b>Adaptación del paciente a la hospitalización.</b></p> <p><b>Definición:</b> gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de soporte profesional.</li> <li>• Orientado a los cuidados al nuevo servicio.</li> <li>• Acepta el traslado al nuevo servicio.</li> </ul> <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p><b>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</b></p> <p><b>Definición:</b> Ayudar a disminuir el estrés.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se explica a el señor marco que se encuentra en el servicio de cardiología en el cual se va a continuar su tratamiento.</li> <li>➤ Me presente con el señor marco haciendo referencia de que era la enfermera que le iba a estar atendiendo.</li> <li>➤ Se realizo una valoración inicial de necesidades del señor marco.</li> <li>➤ Se brinda información sobre los procedimientos a realizar.</li> <li>➤ Se pregunta al paciente si tiene alguna duda sobre su tratamiento realizado.</li> <li>➤ Se explica la importancia que tiene el que el coopere con su tratamiento indicado.</li> <li>➤ Se solicita al familiar permanecer con el señor marco durante las primeras 12 horas de su tratamiento.</li> <li>➤ Se brinda información sobre su dieta prescrita.</li> <li>➤ Se brinda información sobre los medicamentos que tiene prescritos.</li> </ul> <p>Se fomenta la implicación familiar en su tratamiento.</p>

**EVALUACIÓN:** (4) Se logra disminuir el estrés por el traslado, así como la identificación de la comprensión de los conocimientos de los cuidados posteriores de acuerdo a su tratamiento.

## **8.- PLAN DE ALTA:**

### **OBJETIVOS:**

- 1 Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.
- 2 Proporcionar al paciente la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional según sus necesidades, situación de salud y creencias religiosas y administrar los cuidados necesarios en la ingesta.
- 3 Ayudar a satisfacer su necesidad de movimiento.
- 4 Mejorar circulación sanguínea, adquirir tonicidad y fuerza muscular.
- 5 Mejorar autoestima del paciente.
- 6 Establecer una relación de confianza y participación mutua, manteniendo cierto distanciamiento que le permita tomar decisiones.
- 7 Establecer una comunicación continua entre profesional y paciente para lograr el bienestar y mejorar.
- 8 Enseñar a los familiares a comprender y aceptar la enfermedad, así como la identificación de síntomas.
- 9 Administrar un medicamento por vía oral por prescripción facultativa

### **Material:**

- 1 Comprobar que el paciente se lleva el informe, las recetas y entiende las indicaciones de los medicamentos que debe tomar.
- 2 Comprobar que se entregue un informe por escrito de todos los cuidados que debe de llevar acabo el paciente en su domicilio, así como los signos y síntomas de alarma.

### **PROCEDIMIENTO**

1. Informar al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
2. Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
3. Entregar informe de Enfermería al alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
4. Entregar medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tratamiento durante las primeras 24 horas.
5. Despedir al paciente y su familia.
6. Anotar el Alta en el libro de Registro de la Unidad y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
7. Cursar impreso de Alta al Servicio de Admisión.
8. Recoger la historia clínica para enviar al Servicio de Archivos.
9. Complementar la información enviando al familiar a que acuda a los servicios de nutrición y Farmacia (si los hubiera).

Se hizo hincapié al señor marco que se tiene que apegar a sus diversos cuidados que se describen:

- Reposo relativo en casa.
  - Trabajo ligero de jardín.
  - Leer.
  - Subir escaleras.
  - Compras.
  - Ir al cine
  - Pasajero en auto.
  - Jugar cartas.
  - Baño diario.
  - Podar plantas, cortar flores.
  - Cocinar comidas.
  - Trabajo ligero de mecánica.
  - Ir a los restaurantes
  - Ir a la iglesia.
  - Caminata
  - Limpieza, sentarse en la mesa, lavar platos, acomodar ropa.
- En cuestión de recibir visitas se sugiere que las limite durante las primeras dos semanas. Si usted esta cansado, discúlpese y váyase a acostar.

### **Guía de Ejercicio.**



El ejercicio es una parte importante del tratamiento y del manejo del paciente con cardiopatía isquémica.

El objetivo es mantener una actividad física de acuerdo a la edad y las posibilidades del paciente.

Los beneficios son múltiples ya que ayudan a mantener en forma el aparato cardiocirculatorio en su conjunto.

Los pacientes coronarios, diabéticos y obesos deben hacer ejercicio.

Los pacientes con grados avanzados de insuficiencia cardiaca o angina que se fatigan al mínimo esfuerzo, deberán abstenerse.

El paciente debe notar una ligera sensación de fatiga, que debe intentar mantener durante los 20-30 minutos que dura el ejercicio y descansar a voluntad.

Nunca debe insistir si nota que hay dolor o presión en el pecho (angina), mareo o malestar general.

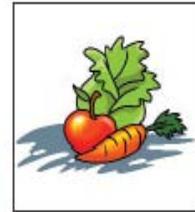
## RECOMENDACIONES IMPORTANTES:

1. Para cualquier ejercicio si usted tiene falta de aire, calambres en las piernas, fatiga rara o dolor de pecho (angina). Avise a su doctor si estos síntomas persisten.
2. Si su pulso después del ejercicio es mayor a 30 latidos que la frecuencia de su pulso en reposo, usted ha hecho un ejercicio muy duro. Para corregir estas condiciones, usted necesita modificar su siguiente sesión de ejercicio.

### **Régimen alimenticio.**

La dieta es una parte importante todo tratamiento en el paciente con aterosclerosis y, en particular en el paciente coronario.

Hablamos de una dieta cardioprotectora para referirnos a una dieta adaptada a los pacientes con cardiopatía isquémica, pero que, de hecho es adecuada también para las otras formas de aterosclerosis.



La dieta ayuda a conseguir los objetivos de prevención en las personas sanas (prevención primaria), y complementa el efecto de los fármacos en los que han padecido algún episodio coronario (prevención secundaria) al reducir eficazmente el impacto de los factores de riesgo coronario.

Con la dieta, se deberían intentar mejorar todos los factores de riesgo.

Objetivos de la dieta cardioprotectora:

- Reducir la cantidad de grasas saturadas, las de origen animal (colesterol malo).
- Mantener el peso dentro de los valores normales.
- Mantener el equilibrio entre los componentes esenciales de la dieta y un adecuado contenido de fibra, calcio, magnesio, potasio, vitaminas, aminoácidos esenciales y oligoelementos.

La dieta debe incluir todos los alimentos tradicionales como son: carne pescado, frutas, hortalizas y legumbres, arroz, pan, huevos y derivados lácteos.

- Huevos:** limitar la ingesta a uno por día.
- Carne:** Consumirla como máximo tres veces por semana.
- **Dulces:** no consumir en exceso.



**-Frutas dulces y frutos secos:** alternarlos con moderación. En los pacientes diabéticos deberán evitar las frutas muy dulces (tropicales, dátiles, mango, chirimoya).

**-Lácteos:** se deben de evitar raciones grandes o los derivados concentrados muy dulces. Se recomienda el consumo regular de leche (1-2 vasos diarios) y queso (raciones pequeñas). Por lo tanto, diremos que en la dieta cardioprotectora se prohíben muy pocas cosas, pero se desaconseja comer con prisas, en lugares de comida rápida, evitar la pizza, bocadillos, bebidas azucaradas que se conviertan en lo habitual.

## **CONCLUSIÓN.**

La intervención del profesional de enfermería a través del proceso enfermero en el cuidado del paciente con una cardiopatía isquémica es de vital importancia ya que permite priorizar las necesidades inmediatas del individuo, estabilizarlo y mantener sus funciones vitales. Por otra parte, es posible que por medio de la enseñanza, se proporcionen las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida.

Ya que el proceso enfermero es un método que guía las acciones de enfermería, necesario para realizar actividades que conlleven a la pronta recuperación del paciente. Este proceso se puede desarrollar de manera holística apoyándose en diversos modelos enfermeros como lo son de Virginia Henderson, acorde a las 14 necesidades del paciente que cursa con algún tipo de insuficiencia cardíaca.

Se hace evidente que es de suma importancia el compromiso de todo el personal de salud para dar calidad de atención a los pacientes con este tipo de patologías cuya óptima atención requiere de una interacción multidisciplinaria y responsable.

El contacto con el equipo de salud, enfermeras y médicos, se constituye en un momento decisivo para la comprensión, aceptación del problema y del procedimiento, permitiendo a los pacientes colaborar durante el mismo, estar menos tensos y ansiosos.

Sin embargo, la mayoría de las veces, este encuentro es despersonalizado y confuso para el paciente, pues no se da un intercambio de conocimientos lo suficientemente claro, sencillo que facilite la comprensión de la enfermedad y la necesidad del procedimiento.

Puedo concluir que la verdadera presencia de la enfermera contribuye con la transmisión de apoyo a la persona, para que se sienta valorada, respetada y no como un objeto más que hace parte del trabajo.

## **SUGERENCIAS**

- Se sugiere a las coordinaciones de enfermería la actualización del Proceso de Atención de Enfermería aplicando los diagnósticos de la NANDA así como la clasificación del NIC y el NOC en las distintas instituciones en las cuales se puedan unificar los criterios en cuanto a las intervenciones de enfermería.
- Se sugiere al personal docente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que implementen una materia que sea exclusiva del Proceso de Atención de Enfermería se imparta desde el inicio del séptimo semestre ya que en la realización de dichos trabajos como el que se esta presentando, resulta complejo por la falta de conocimientos y sobre todo de practica al momento de plasmar la información.

A

N

E

X

O

S

**ANEXOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÈXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÌA Y OBSTETRICIA**

**VALORACION**

**NECESIDAD DE OXIGENACIÒN**

**SUBJETIVO:**

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva /seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Registro de S.V. y características: Pulso: \_\_\_\_\_ Respiración: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Coloración de piel /lecho unguial/peribucal: \_\_\_\_\_ Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION**

**SUBJETIVO:**

Dieta habitual: \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias \_\_\_\_\_ Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_ Intolerancia alimentaría / Alergias: \_\_\_\_\_ Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_ Mucosas hidratadas /secas: \_\_\_\_\_ Características de unas y cabello: \_\_\_\_\_ Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE ELIMINACION**

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ Características de las evacuaciones: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_  
Menstruación: \_\_\_\_\_ Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_  
Dolor al defecar, orinar o menstruar: \_\_\_\_\_  
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Abdomen, características: \_\_\_\_\_ Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_ Palpación de vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_ Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_ Postura en la que se sienta mas cómodo: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético: \_\_\_\_\_  
Valoración muscular: \_\_\_\_\_

Posición Adecuada: \_\_\_\_\_  
Ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_  
Dolor al movimiento: \_\_\_\_\_  
Presencia de temblores: \_\_\_\_\_  
Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Estado emocional: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

**SUBJETIVO:**

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_ Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_ Toma siesta: \_\_\_\_\_ Requiere de ayudas : \_\_\_\_\_ Padece insomnio y desde cuando: \_\_\_\_\_ Se siente descansado al levantarse: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: \_\_\_\_\_ Ojeras: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

**SUBJETIVO:**

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: \_\_\_\_\_ Su autoestima es determinante en su modo de vestir: \_\_\_\_\_ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: \_\_\_\_\_ Necesita ayuda para la selección de su vestuario: \_\_\_\_\_ Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: \_\_\_\_\_ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_ Vestido incompleto \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE TERMOREGULACION

**SUBJETIVO:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ Temperatura ambiente que le es agradable: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Características de la piel: \_\_\_\_\_ Transpiración: \_\_\_\_\_ Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_ Requiere de ropa de cama extra durante la noche: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL**

SUBJETIVO:

Frecuencia de baño: \_\_\_\_\_ Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día se lava los dientes: \_\_\_\_\_ Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ después de eliminar: \_\_\_\_\_ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tiene fragilidad capilar o de la piel: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Aspecto general: \_\_\_\_\_ Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_ Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas de que tipo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

SUBJETIVO:

Como reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_ Conoce las medidas en caso de siniestro: \_\_\_\_\_ Realiza controles periódicos de salud: \_\_\_\_\_ Como canaliza las situaciones de \_\_\_\_\_ tensión \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ su vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Requiere de supervisión para realizar movilización: \_\_\_\_\_ Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: \_\_\_\_\_ Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE COMUNICACION**

SUBJETIVO:

Con \_\_\_\_\_ quien \_\_\_\_\_ vive: \_\_\_\_\_ Preocupaciones / estrés: \_\_\_\_\_ Comunica sus problemas debido a la enfermedad: \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ tiempo \_\_\_\_\_ pasa \_\_\_\_\_ sola: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confuso: \_\_\_\_\_ Dialecto: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_ Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

**SUBJETIVO:**

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_ su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_ Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_ Principales valores personales: \_\_\_\_\_ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Permite el contacto físico: \_\_\_\_\_ Tiene algún objeto: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

**SUBJETIVO:**

Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_ Esta satisfecho con su trabajo: \_\_\_\_\_ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia \_\_\_\_\_ Esta satisfecho con el rol familiar que juega: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

**SUBJETIVO:**

Que actividades realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_ Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Se muestra apático, aburrido o participativo: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

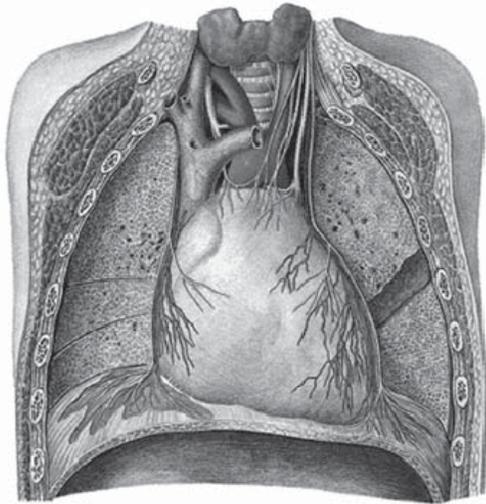
**SUBJETIVO:**

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_ Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ Preferencias. Leer/escribir: \_\_\_\_\_ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: \_\_\_\_\_ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: \_\_\_\_\_ interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Se muestra apático, aburrido o participativo: \_\_\_\_\_

## ANATOMÍA DEL CORAZON.



El corazón es un órgano muscular hueco localizado en la cavidad torácica, en el mediastino anterior, justo por encima del diafragma. No ocupa una posición central, ya que más de 2/3 de su volumen quedan a la izquierda de la línea media corporal y su morfología no es simétrica.

Su tamaño varia con la edad, sexo y la superficie corporal del individuo, aunque en una persona adulta normalmente oscila entre los 220-300g.

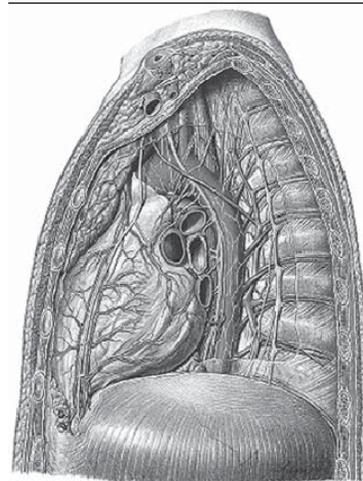
Se encuentra envuelto por una bolsa serosa; el pericardio, que constituye la

capa externa del corazón.

Tiene dos hojas, visceral y parietal (la más externa), entre las cuales existe una pequeña cantidad de líquido lubricante que permite el deslizamiento entre ellas y los movimientos cardíacos. La pared del corazón se compone a su vez de tres capas: la externa se denomina epicardio.

La capa media muscular constituye la mayor parte del grosor de la pared y es responsable con su contracción del bombeo de sangre. La capa interna del corazón tapiza la luz de las cavidades y se llama endocardio.

El interior del corazón está formado por cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos. Estas cavidades están separadas entre sí, externamente por el surco inter-auricular e interventricular que se unen en la cruz del corazón, e internamente por el septum o tabique inter-auricular e interventricular que constan de una parte muscular y otra fibrosa.



Presenta cuatro estructuras valvulares: dos auriculo-ventriculares que comunican cada aurícula con su ventrículo (mitral, entre aurícula y ventrículo izquierdo y tricúspide, entre aurícula y ventrículo derecho) y dos válvulas sigmoideas (aórtica, a la salida del ventrículo izquierdo y pulmonar, a la salida del ventrículo derecho).

La válvula mitral es bicúspide y las otras tres tienen tres velos.

Las cavidades derechas bombean la sangre desde la circulación sistémica (a través de las venas cavas superior e inferior) hasta la circulación pulmonar y las cavidades izquierdas bombean la sangre que llega desde la circulación pulmonar a la circulación sistémica.

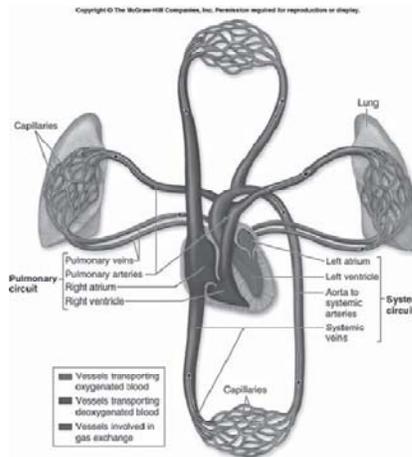
## ANATOMIA DE LAS AURICULAS



Situadas en la parte posterolateral del corazón.

Actúan como reservorios, enviando el drenaje venoso pulmonar y sistémico a través de las válvulas aurículo-ventricular derecha e izquierda a los ventrículos correspondientes. Están separadas por un tabique delgado denominado tabique interauricular que contiene el foramen oval, patente durante la vida fetal y que se cierra durante el primer año de vida, permaneciendo permeable en la cuarta parte de los individuos de 30-80 años. Poseen además unas prolongaciones situadas en su posición antero superior llamadas orejuelas.

### 2.1.1 Aurícula Derecha

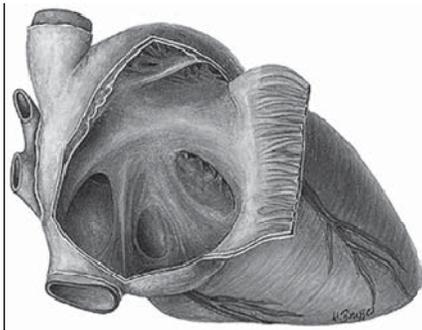


Forma el borde lateral derecho del corazón situándose detrás, encima y a la derecha del ventrículo derecho y por delante y a la derecha de la aurícula izquierda. Es una cavidad de paredes delgadas, cámara de llegada de la sangre venosa de la circulación mayor a través de las venas cava superior e inferior. Presenta una anatomía compleja distinguiéndose varias porciones: una zona posterior tubular que recibe las venas cavas y se denomina seno venoso, y una zona anterior en forma de bolsa en la que se distingue un apéndice que constituye la orejuela derecha que abraza la aorta.

La zona de unión de la desembocadura de las venas cava superior e inferior presenta se realiza externamente por una depresión en la pared que se denomina surco terminal y que internamente se corresponde con un reborde muscular en forma de C denominado crista terminalis.

En la zona de unión de la vena cava superior con la aurícula derecha se localiza el nodo sinusal.

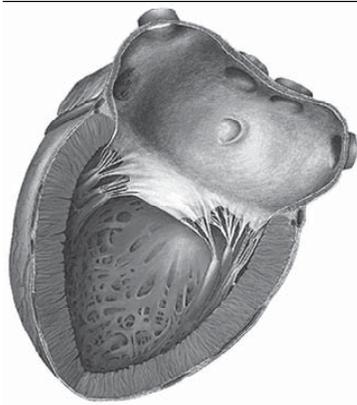
En la zona de unión de la vena cava inferior se observa un repliegue semilunar, la válvula de Eustaquio, que puede ser grande y fenestrada dando lugar a la red de Chiari. Hacia la pared septal encerrado parcialmente por la válvula de Tebesio y la cateterización del seno coronario se hace difícil, facilitándose si se accede por subclavia izquierda o mediante el uso de catéteres con punta dirigible si se accede por la vena cava inferior.



En su parte más anterior se encuentra la válvula tricúspide. Entre la desembocadura de la vena cava inferior y el anillo tricuspídeo (lo que se ha denominado istmo cavo-tricuspídeo) se interpone la banda muscular de la crista terminal.

La zona triangular delimitada por la valva septal de la válvula tricúspide, el ostium del seno coronario y el tendón de Tódaro se denomina triángulo de Koch.

### Aurícula Izquierda



Es la cavidad más postero-superior del corazón y recibe la sangre procedente de la circulación pulmonar.

Es algo menor que la derecha y está formada por el suelo (ocupado por el anillo mitral), pared septal y pared libre, en cuya porción postero-superior desembocan las cuatro venas pulmonares, marcador de importancia electrofisiológica donde se origina la fibrilación auricular.

La orejuela izquierda se localiza sobre el surco AV, por encima de la arteria coronaria circunfleja y no está separada de ninguna banda muscular. En

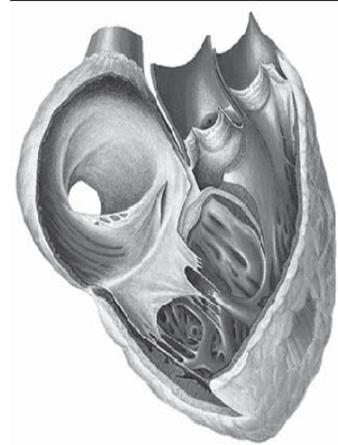
la pared septal lisa, sólo se observa la válvula del foramen oval.

## ANATOMIA DE LOS VENTRICULOS

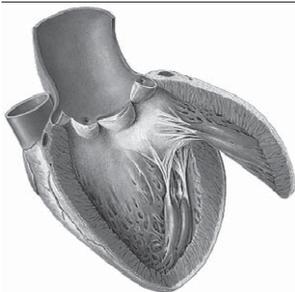
### Ventrículo Derecho

Es la cavidad antero inferior derecha del corazón, se distinguen dos porciones cavitarias separadas por un anillo de bandas musculares que son: el tracto de entrada con forma de cono que se extiende desde el orificio de la válvula tricúspide hasta el apex y el tracto de salida, que se dirige por la cara anterior desde la punta hasta la arteria pulmonar y que contiene el aparato valvular tricúspide.

Las bandas musculares que separan ambos tractos son: la cresta supra ventricular en el techo ventricular (que separa la válvula tricúspide de la pulmonar) donde se insertan algunas de las llamadas vías septales anteriores, y la trabécula septomarginal en el tabique interventricular que es una banda muscular en forma de Y que se divide en varias ramas, una de ellas la banda moderadora que cruza toda la cavidad ventricular y se inserta en el músculo papilar anterior de la válvula tricúspide.



### VENTRÍCULO IZQUIERDO



Es una cavidad posterior izquierda delimitada por la pared libre, el tabique interventricular y por los orificios mitral y aortico.

Morfológicamente se distingue del ventrículo derecho por su mayor tamaño, su musculatura más hipertrófica y no poseer trabeculas musculares que lo subdividan aunque existe un tracto de entrada, desde el anillo mitral hasta el ápex delimitado por la parte inferolateral de la pared libre y otro de salida, desde el ápex hasta

el anillo aórtico y delimitado por la parte anterior de la pared libre.

### LA UNION DE LAS AURICULAS Y LOS VENTRICULOS.

Es el área de mayor interés en la electrofisiología, el surco aurículoventricular es el marcador

Anatómico externo y se corresponde internamente con el esqueleto fibroso del corazón y los planos de las válvulas aurículo-ventriculares y aórtica.

### **EL ESQUELETO FIBROSO DEL CORAZÓN.**

Es una estructura continua del tejido fibroso que engloba los anillos valvulares mitral, aórtico y tricúspide y el área de continuidad mitroaórtica, junto con una zona fibrosa intervalvular formada por los trígonos fibrosos izquierdo, derecho y el tabique membranoso que constituyen el cuerpo fibroso central. Parte del tracto de salida del ventrículo izquierdo pertenece al área fibrosa intervalvular.

### **EL SURCO AURÍCULO-VENTRICULAR.**

Los surcos aurículo-ventriculares derecho e izquierdo son los marcadores externos de las válvulas tricúspide y mitral, respectivamente. Por el surco derecho discurre la arteria coronaria derecha y la pequeña vena cardiaca. El anillo valvular está poco desarrollado y en el lado endocárdico del surco, la musculatura auricular y ventricular forman un repliegue, quedando en contacto. Por el surco izquierdo discurre el seno coronario. El anillo valvular mitral está bien diferenciado y la musculatura auricular y ventricular quedan ampliamente separadas por tejido graso.

Las vías accesorias AV laterales atraviesan el tejido graso y los anillos valvulares conectando la musculatura auricular y ventricular.

### **EL SURCO ESQUELETO PIRAMIDAL.**

Es la cavidad más postero-superior del corazón y recibe la sangre procedente de la circulación pulmonar.

Es algo menor que la derecha y está formada por el suelo (ocupado por el anillo mitral), pared

septal y pared libre, en cuya porción postero-superior desembocan las cuatro venas pulmonares, marcador de importancia electrofisiológica donde se origina la fibrilación auricular, la orejuela izquierda se localiza sobre el surco AV, por encima de la arteria coronaria circunfleja y no está separada por ninguna banda muscular. En la pared septal lisa, sólo se observa la válvula del foramen oval.

#### **A. Posterior**

Está constituido por tejido graso y se localiza hacia la cruz del corazón, donde las paredes septales de las aurículas divergen. Por él discurren la porción inicial del seno coronario y la arteria del nodo AV. En este espacio se localizan las vías accesorias septales posteriores.

#### **B. Anterior**

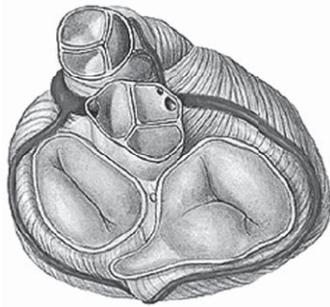
Por él discurre la porción proximal de la arteria coronaria derecha y está delimitado por el tracto

de salida del ventrículo derecho, la inserción en la pared de la orejuela derecha y la cresta supra-ventricular. En este espacio se localizan las vías accesorias septales anteriores.

### **CIRCULACION CORONARIA.**

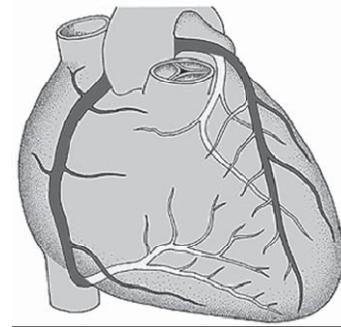
La irrigación del corazón se va a realizar mediante un sistema arterial y venoso propio.

#### **Arterias Coronarias**

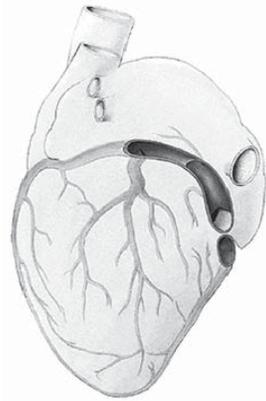


Se encargan de la irrigación del miocardio y su conocimiento es imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica. Tienen su origen en la raíz aórtica, por encima de los senos de de Vasalva y discurren por la superficie del epicardio hasta hacerse finalmente intramiocárdicas.

Se dividen en dos: la arteria coronaria derecha que se subdivide en ramas secundarias (descendente posterior y posterolaterales) y que irriga el ventrículo derecho y la cara inferior y posterolateral en menor o mayor medida del ventrículo izquierdo, y la arteria coronaria izquierda que posee un tronco común y se divide en dos grandes ramas, la arteria descendente anterior, que irriga la cara anterior del ventrículo izquierdo y la arteria circunfleja que irriga la cara posterolateral e inferior del ventrículo izquierdo, mediante un sistema arterial y venoso propio.



### Venas Coronarias



La circulación venosa coronaria consta de tres sistemas: las venas de Tebesio (pequeños vasos que drenan directamente al interior de las cavidades cardíacas), las venas anteriores del ventrículo derecho (que se dirigen hacia el surco aurículoventricular anterior y se vacían en la aurícula derecha) y las venas tributarias del seno coronario (que recogen la sangre venosa de las cavidades izquierdas en la vena interventricular anterior y que se convierte a nivel del surco aurículoventricular en la gran vena cardíaca que finaliza en el seno coronario, que desemboca a su vez en la aurícula derecha, por encima de la válvula tricúspide, y que presenta en su origen la válvula de Tebesio. El seno coronario por su localización representa la estructura ideal para la cartografía de la unión aurículoventricular.

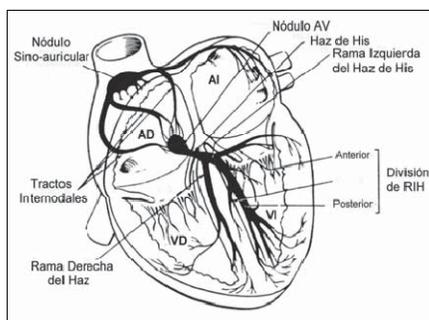


### INERVACION CARDIACA.

El corazón está inervado por nervios del sistema simpático, procedente de la cadena simpática cervical a la altura de los ganglios cervicales III y IV, y por el sistema parasimpático que llega a través de las ramas cardíacas del nervio vago.

### EL SISTEMA ESPECÍFICO DE CONDUCCION.

Las contracciones auricular y ventricular del corazón deben producirse en una secuencia



especifica y con un intervalo apropiado para que el trabajo de bombeo sea lo más eficaz posible. Esta coordinación se logra por el sistema de conducción del corazón que es capaz de iniciar y transmitir impulsos eléctricos que controlan esta actividad.

El sistema de conducción está constituido por las células marcapasos o de respuesta lenta (automáticas) y las células de conducción o de respuesta rápida (que no suelen presentar despolarizaciones espontáneas y que son activadas por el PA generado en las células marcapasos).

## **NODO SENOAURICULAR**

En condiciones normales, el impulso eléctrico se genera en el marcapasos principal, el nodo senoauricular, una pequeña estructura subepicárdica que se encuentra en la región superior de la aurícula derecha donde desemboca la vena cava superior.

Tiene forma triangular o de coma y mide aproximadamente 5x20 mm. Su irrigación depende en el 60% de los casos de la arteria conal y el resto de la arteria circunfleja.

Tiene capacidad de ser influido por el sistema nervioso autónomo. El nervio vago derecho va a actuar como sistema cardiomodador, mientras que el sistema simpático actuará como cardioacelerador.

Presenta una gran cantidad de fibras de colágeno y esta constituida por dos tipos de células diferenciadas: las células nodales principales (P) (localizadas en la parte central del nodo y que son consideradas el verdadero marcapasos sinusal por poseer actividad automática espontánea a una frecuencia que habitualmente oscila entre 60-100lpm) y las células transicionales.

Desde el nodo sinusal el estímulo eléctrico activa las aurículas a través de las vías de conducción preferenciales hacia el nodo aurículoventricular y hacia el nodo aurículoventricular y hacia la aurícula izquierda.

Se distinguen: el *haz de Bachmann o internodal anterior* (se divide en dos haces que van hacia el nodo AV y aurícula izquierda), el *haz de Wenckebach o internodal medio* (de situación posterior se dirige al margen superior del nodo AV) y la *vía de Thorel o internodal posterior* (que se dirige al margen posterior del nodo AV).

Es lo que representa la onda P en el ECG.<sup>1</sup>

## **NODO AURICULO-VENTRICULAR.**

En la zona de la unión aurículoventricular el impulso sufre un retraso (intervalo PR del ECG) para favorecer un adecuado llenado ventricular y proteger a los ventrículos de las posibles arritmias auriculares rápidas.

La región del nodo AV es una estructura de límites no muy precisos que puede dividirse en cuatro áreas: la zona transicional, el nodo compacto y la porción penetrante y ramificada del Haz de His.

Esta estructura se extiende desde la parte derecha del tabique interauricular y el triángulo de Koch (zona transicional), hasta adentrarse al cuerpo fibroso central, donde se vuelve una estructura más densa y de un tamaño medio de 6x4mm.

---

<sup>1</sup> Enfermería en Cardiología N.º 40 / 1.º cuatrimestre 2007

Es lo que conocemos como nodo compacto y se extiende en su parte posterior hacia las porciones mitral y tricúspide llegando casi al ostium del seno coronario (zona relacionada con la vía lenta nodal y los fenómenos de reentrada), y en su parte anterior atraviesa el triángulo derecho, abandonando el cuerpo fibroso central, dando lugar así a la porción penetrante (relacionada con el septo membranoso auricular) y ramificante del Haz de His (que guarda relación con las valvas sigmoideas aórticas del seno derecho y del no coronario). Está inervado por el nervio vago izquierdo e irrigado en el 80% de los casos por la arteria coronaria derecha.

### **HAZ DE HIS.**

Es una estructura constituida por células automáticas de capaces de estimular a ritmo más lento cuanto más distal.

El haz de His se divide a su vez en dos ramas: derecha e izquierda. La rama derecha es una estructura con forma de cordón que se extiende por la trabécula septomarginal y la banda moderadora hasta el músculo papilar anterior de la válvula tricúspide). La rama izquierda del haz de His se extiende en forma de abanico por el ventrículo izquierdo originando tres fascículos: anterior, medio y posterior.

Las ramas derecha e izquierda posterior y media están irrigadas por la arteria coronaria derecha e izquierda, mientras que la rama izquierda anterior sólo por la coronaria izquierda.

### **SISTEMA DE PURKINJE.**

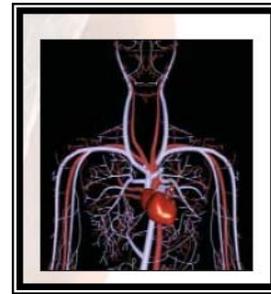
El sistema His-Purkinje está constituido por miocitos especializados Aislados por una vaina fibrosa del resto del músculo cardíaco no especializado y de conducción más lenta, distribuyendo el estímulo por ambos ventrículos para que éstos se despolaricen y se produzca la contracción ventricular. Está representada por el complejo QRS en el ECG.

Todas las células miocárdicas una vez despolarizadas tardan un tiempo en volver a su estado de excitabilidad. Es lo que se conoce como periodo refractario y va desde el inicio del complejo QRS al final de la onda T.

Si el nodo Senoauricular falla, el resto de las células automáticas puede asumir el control. La frecuencia de descarga de estos marcapasos subsidiarios es menor que los del nodo Senoauricular y va decreciendo desde las aurículas a los ventrículos, siendo la frecuencia de descarga de los marcapasos auriculares, 80,60 y 50% de la frecuencia del nodo Senoauricular, respectivamente.

## GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA.

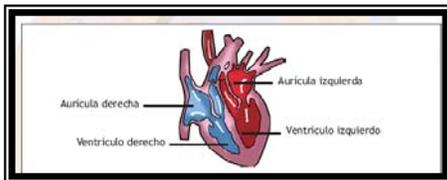
Como ya se había mencionado anteriormente el aparato circulatorio está compuesto por vasos sanguíneos (arteria y venas) y el corazón. Es el sistema de distribución de las sustancias químicas en el cuerpo.



Esto incluye los nutrientes como el oxígeno y la glucosa, pero también hormonas, las células de la sangre e incluso los medicamentos viajan y son distribuidos a todas las células del organismo a través del aparato circulatorio.

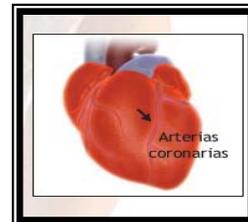
El movimiento constante de la sangre en el aparato circulatorio se debe a la acción del corazón, que actúa como una auténtica bomba de impulsión.

El corazón es un músculo un poco especial (miocardio) que envuelve las cavidades, dos ventrículos y dos aurículas.



Las cavidades están separadas por válvulas que permiten al flujo de sangre en una sola dirección. La compresión (sístole) y la relajación (diástole) cíclicas del músculo cardíaco producen el flujo de sangre hacia las arterias y los órganos del cuerpo.

La nutrición del propio músculo del corazón se hace a través de las llamadas arterias coronarias, unos vasos de unos 2mm de diámetro que discurren por la superficie externa del corazón y van ramificándose y penetrando en su interior.



## LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.

La cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria se produce por la afectación de las paredes de las arterias coronarias a causa de la aterosclerosis, con tendencia a progresar y a obstruirlas, y a producir daño en el músculo cardíaco.

Esta obstrucción puede ser lenta, progresiva e incompleta, en caso de la angina de pecho, o más rápida y completa, en el caso del infarto al miocardio.

Entre la angina y el infarto, hay muchas formas intermedias (anginas de pecho graves, infartos pequeños). Además, el infarto puede suceder la angina.

## CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La isquemia se caracteriza por obstrucción progresiva del flujo sanguíneo a través de una o más arterias coronarias. La disminución del flujo sanguíneo priva al miocardio de un suministro adecuado de sangre oxigenada. Los factores que disminuyen el suministro de oxígeno son: formación de trombos, hipotensión, anemia, hipoxemia y espasmo arterial coronario. Los factores que aumentan el consumo de oxígeno son: el ejercicio, emociones fuertes,

hipertiroidismo e hipertensión diastólica, pudiendo causar un desequilibrio entre demanda y suministro de oxígeno al miocardio.

La enfermedad progresa durante muchos años antes de producirse síntomas, siendo la arterioesclerosis la principal causa de la obstrucción del flujo de las arterias coronarias, por tanto hay que centrar el interés en identificar y reducir los factores de riesgo. Los considerados controlables son: hiperlipidemia, hipertensión, tabaquismo, obesidad, inactividad, diabetes mellitus y estrés. Por otra parte hay también factores de riesgo no controlables: como que en los hombres, la incidencia de cardiopatía isquémica aumenta progresivamente con la edad; en las mujeres, la incidencia se eleva después de la menopausia. La correlación entre cardiopatía isquémica y edad puede tener su origen en la duración de la exposición a uno o más factores de riesgo.

La arterioesclerosis se caracteriza por una proliferación de células de músculo liso y acumulo de lípidos en la capa más interna de la arteria.

**La cardiopatía isquémica** puede clasificarse en dos grupos: *angor pectoris* e infarto agudo de miocardio (IAM).

### **ANGOR PECTORIS**

Es la oclusión parcial de una arteria coronaria por un estrechamiento de la luz de la arteria de un 75% produciendo dolor o malestar por un desequilibrio entre la demanda miocárdica de oxígeno y el aporte del mismo. La lesión que se produce es reversible una vez restaurado el suministro sanguíneo al área afectada del corazón.

El síntoma clásico del angor es dolor torácico central o malestar precipitado por el ejercicio y que mejora en reposo. El dolor se describe como intenso, agobiante y opresivo, está íntimamente relacionado con la severidad del ejercicio y su inicio es predecible. También se puede presentar por el frío, la comida y las emociones. Con frecuencia no se encuentran anomalías en el examen físico con el paciente en reposo.

#### **. *Angor pectoris estable***

Aparece cuando el ejercicio físico o el estrés emocional aumentan la demanda de oxígeno del miocardio por encima de la capacidad de las arterias coronarias para elevar el suministro de sangre. El inicio, duración e intensidad de los síntomas es predecible.

#### **. *Angor pectoris inestable***

Se conoce como angina preinfarto. Las arterias coronarias son incapaces de cubrir las necesidades de oxígeno del miocardio incluso en reposo. El dolor es más frecuente, dura más, es más intenso y no se alivia con reposo ni con fármacos.

**El tratamiento** se centra en aliviar las crisis agudas de angina, prevenir nuevos ataques y evitar la progresión de la isquemia. Hay que reducir la carga de trabajo del corazón para aminorar la demanda de oxígeno, mejorar su suministro aumentando el flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco. Es importante eliminar los factores de riesgo que pudieran empeorar el angor, hay que aconsejar al paciente que reduzca el ejercicio tan pronto como aparezca el dolor y que ajuste su estilo de vida a sus capacidades, evitando el ejercicio duro, como subir escaleras o transportar objetos pesados.

El mejor fármaco para el angor es la trinitroglicerina. Ésta se mastica o disuelve en la boca, es mejor tomarla de forma profiláctica antes de que se produzca dolor que el paciente puede predecir.

## 1.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

El infarto de miocardio es la complicación cardíaca más grave de la arterioesclerosis. Es un proceso agudo en que el tejido miocárdico experimenta una disminución grave y prolongada del suministro de oxígeno por interrupción o deficiencia del flujo sanguíneo coronario, lo que da lugar a isquemia y necrosis tisular.

La causa más común es un trombo superpuesto a una placa o ulceración de una placa con embolización del material liberado. El trombo puede ocluir la arteria coronaria e interrumpir el flujo sanguíneo hacia la región distal, con isquemia y necrosis del tejido miocárdico no profundado. La necrosis del área afectada se produce aproximadamente en seis horas. La zona isquémica que rodea el área necrótica puede ser reversible si se le proporciona un tratamiento correcto, en cambio el daño del tejido necrótico infartado es irreversible y se forma una cicatriz fibrosa.

El efecto perjudicial del infarto depende del tamaño del área dañada, la localización del infarto y la presencia de circulación colateral.

La presentación típica del IAM es el inicio brusco de dolor torácico precordial severo. Se describe como un dolor opresivo con sensación de presión, es similar al dolor del angor pero más agudo, prolongado, no relacionado con el ejercicio y que no mejora con la trinitroglicerina. Suele irradiar al hombro o brazo izquierdo, a la mandíbula, hacia el epigastrio o hacia la espalda, se suele acompañar de sudoración, náuseas y vómitos, debilidad, desvanecimiento y ansiedad. El dolor dura como mínimo una hora y su duración está relacionada con la extensión y la gravedad del IAM.

En los ancianos son muy frecuentes las presentaciones atípicas de IAM. Es habitual la presentación sin dolor pero con alguna característica, tienen sensación de malestar, falta de energía y aversión a realizar las actividades habituales. A veces se presenta en forma de disnea súbita o agudización de insuficiencia cardíaca. También puede presentarse con palidez y sudoración sin dolor.

Las complicaciones más frecuentes son: disritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, *shock cardiogénico*, pericarditis, angina postinfarto y problemas tromboembólicos. Tras el infarto de miocardio puede aparecer ansiedad, seguida de depresión y dependencia psicológica de los demás.

**Tratamiento.** Los objetivos terapéuticos son prevenir la extensión del infarto y las complicaciones, es necesario por tanto la restauración precoz del flujo sanguíneo coronario, así como mejorar el equilibrio entre suministro y demanda de oxígeno. Es necesario ingresar a los pacientes en unidades coronarias, mantener reposo en cama, mejorar el dolor y suministrar los fármacos correspondientes.

El anciano que ha presentado infarto severo de miocardio requiere una rehabilitación hábil, con aumento gradual de las actividades. Si ya padecía una incapacidad o enfermedad, el grado de incapacidad aumentará como mínimo temporalmente. El dolor torácico persistente, la disnea o la insuficiencia cardíaca congestiva limitarán las actividades de la vida diaria. Debe animarse a los pacientes a que sean tan activos como les permitan sus síntomas e

incapacidades, y debe instruirse a los familiares para que no les creen dependencia.<sup>2</sup>

La aterosclerosis es la causa de la enfermedad coronaria. Es un proceso de endurecimiento y degeneración de la pared de las arterias, que sobreviene con los años aunque también puede afectar a personas relativamente jóvenes, debido a los factores de riesgo.

En la aterosclerosis, la pared del vaso aumenta de grosor a medida que se depositan en ella sustancias y células extrañas.

A la larga tienden a obstruir la luz de forma lenta (angina estable), pero pueden a menudo añadirse fenómenos de trombosis a inflamación que la hacen progresar rápidamente en determinados momentos (angina inestable e infarto).

Los principales factores de riesgo coronarios son:

- ✚ Las alteraciones del colesterol y otros lípidos en la sangre (muy especialmente el colesterol elevado).
- ✚ La presión alta de la sangre (hipertensión arterial).
- ✚ El consumo de tabaco.
- ✚ La diabetes mellitus (especialmente la de tipo 2, que afectan a personas adultas, tanto si precisan de insulina o no).
- ✚ La obesidad, junto con el sedentarismo.

Cuando la cardiopatía isquémica se presenta, lo hace en forma de angina de pecho o de infarto al miocardio.

En ambos casos la persona siente dolor u opresión en el pecho o en los brazos, incluso en la mandíbula o en la espalda, o pueden ser simultáneos.

Suele ser un dolor intenso, pero a veces no tanto, incluso se puede sentir más bien como falta de aire.

Cuando una o más arterias coronarias se encuentran estrechas en más del 75% de la luz del vaso, pero todavía no se ha producido la obstrucción completa, pueda haber molestia o dolor al hacer esfuerzos o en situaciones de tensión emocional, pero cede con el reposo (angina estable de esfuerzo).

---

<sup>2</sup>Artículo Procesos que afectan al sistema cardiovascular, *Universidad de Barcelona* 2006 pag3-5.

Se puede tratar eficazmente con fármacos o restableciendo la luz con la Angioplastia coronaria o con cirugía, y no suele presentar complicaciones.

Con el tiempo la angina no tratada tiene tendencia a progresar, y puede aparecer ante esfuerzos mínimos, en reposo o incluso durmiendo (angina inestable e infarto de miocardio).

El dolor del infarto es muy parecido al de la angina, pero suele ser más intenso.

A menudo se acompaña de náuseas, vómitos y sudoración y ocurre cuando se produce la obstrucción completa de una arteria coronaria.

Como consecuencia del infarto, una parte del músculo queda lesionada y deja de trabajar. Dependiendo de que parte sea, del tamaño y de la localización y de otros factores, esto puede conllevar complicaciones, como la insuficiencia cardíaca (falta de fuerza del corazón para funcionar correctamente) o arritmias.

Las complicaciones también dependerán de lo rápido que el paciente acuda a un hospital y se le aplique un tratamiento para abrir la arteria obstruida (tratamiento fibrinolítico o Angioplastia).

En los infartos pequeños, a menudo no ocurre ninguna complicación.<sup>3</sup>

#### MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.

En general, cualquier dolor o molestia en el pecho.

- El síntoma característico es el DOLOR RETROESTERNAL (85% de los casos).
- Opresivo.
- Intenso.
- Irradiación al cuello, hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo o ambos brazos (borde cubital).
- Con frecuencia se irradia al dorso.
- Habitualmente dura más de 30 minutos, puede prolongarse por varias horas.
- La presión arterial suele ser normal o baja.
- Taquicardia.



#### MANIFESTACIONES VEGETATIVAS.

- Palidez.
- Diaforesis.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Sialorrea y broncoespasmo (reacción vagal).
- Ansiedad.

---

<sup>3</sup> Guía interactiva para pacientes con enfermedad de larga duración, hospital clinic de Barcelona Pág.5-9.

- Debilidad.
- Falta de aliento y pérdida de la conciencia.
- Sensación de muerte inminente.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Úlcera gástrica penetrante.
- Dolor vesícula biliar.
- Dolor esofágico.
- Dolor pericárdico.
- Dolor pancreático.
- Distensión del hígado.
- Neumonía.
- Embolismo pulmonar.
- Reflujo gastroesofágico.

#### DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico esta basado en la presencia de los siguientes criterios.

- Dolor origen cardiaco.
- Alteraciones de ECG.
- Aumento de los marcadores cardiacos.

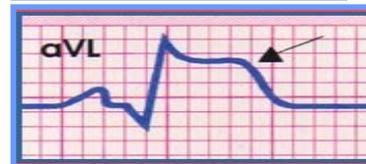
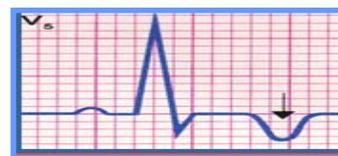
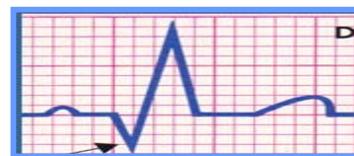
- HISTORIA CLÍNICA.

#### ELECTROCARDIOGRAMA:

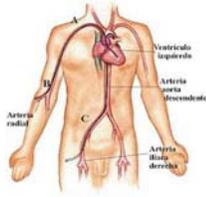
Registros de los potenciales eléctricos generados por la actividad del corazón.

“Dar una información excelente ritmo cardiaco (Localización, extensión y evolución)”

- En el cuadro típico del infarto pueden encontrarse manifestaciones de las tres diferentes condiciones de la fibra miocárdica.
- Necrosis (Aparición ondas Q patológicas) Q profunda.
- Isquemia (alteraciones de la onda T, frecuente inversiones de esta onda negativa).
- Lesión (desnivel del segmento ST, frecuentemente positivo).
- Toma de exámenes de laboratorio.



(BH, QS, TP, TPT, GPO Y RH, GASOMETRIA, CPK)



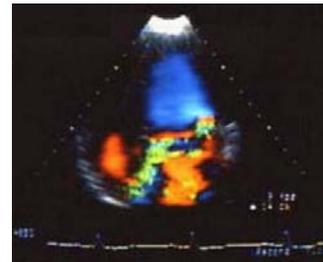
- La necrosis produce alteraciones específicas (elevación plasmática de la fracción miocárdica de ciertas enzimas).

- La más específica la medición de la fracción miocárdica (MB) de la CPK.

- Las más utilizada es la creatinfosfokinasa (CPK) Se eleva en forma precoz, dentro de las primeras 8 hrs., con un nivel máximo a las 24 hrs.

EL ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL Y EL SISTEMA DOPPLER.

- Son de utilidad en casos en los que a pesar de los métodos antes mencionados no se puede hacer el diagnóstico o el diagnóstico diferencial.
- El ecocardiograma puede mostrar hipocinesia, acinesia o discinesia segmentaria que confirme la isquemia miocárdica aguda.



- Puede reconocer casi todas las complicaciones cardíacas de un infarto del miocardio (aneurismas, trombos, rupturas, etc.).

**CATETERISMO CARDIACO.**

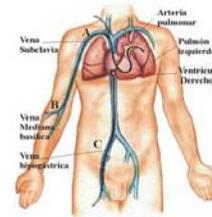


- Procedimiento de invasión mínima que proporciona información anatómica sobre las cavidades del corazón, arterias coronarias, válvulas, miocardio y grandes vasos.



**CATETERISMO DIAGNÓSTICO.**

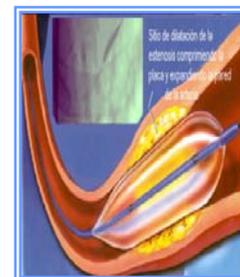
- RAMA DERECHA: evalúa el funcionamiento de la válvula tricúspide, el funcionamiento de la válvula pulmonar y la presión de la arteria pulmonar.
- RAMA IZQUIERDA: Evalúa el libre tránsito en las arterias coronarias, el funcionamiento adecuado de la válvula mitral, aortica y el funcionamiento adecuado del ventrículo.



**TRATAMIENTO.**

- Oxigenoterapia (excepto en los que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave).
- Canalizar de inmediato una vía periférica.
- Monitoreo electrocardiográfico, SO2.

- Toma de ECG.
- Admón. De analgésicos (Nubain, Morfina, Meperidina).
- Administrar metoclopramida en inyección I.M (Prevenir y tratar las náuseas, vómitos causados por la morfina).
- La fibrilación ventricular se debe tratar de manera inmediata con un desfibrilador; (si no es eficaz, se administra el antiarrítmico lidocaína).
- Vigilar estrechamente la hiperglucemia en todos los pacientes.
- El ácido acetilsalicílico a dosis de 150-300 mg por V.O (preferiblemente masticado) se administra de manera inmediata por su efecto antiagregante plaquetario.
- Nitratos (nitroglicerina).Disminuye el trabajo del corazón, por lo tanto sus necesidades de oxígeno (efecto vasodilatador).
- *Betabloqueadores*. Reduce la demanda miocárdica, el corazón late más despacio y con menos fuerza disminuyendo la T.A (taquicardia e hipertensión arterial).
- Propranolol 10 a 20 mg c/8 hrs.
- Metroprolol 50 mg c/12 o 24 hrs.
- Digoxina.
- Laxantes suaves.
- Angioplastia transluminal percutánea (durante la primera hora de evolución del infarto).
- Evitar complicaciones irreversibles.
- Sedantes (PVM).



#### COMPLICACIONES.

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

#### **CUIDADOS POST-CATETERISMO CARDIACO.**

- ✚ Monitorización continua de Electrocardiograma.
- ✚ Realizar un ECG estándar, derechas y posteriores.
- ✚ T.A. cada 30' durante las primeras 2-3 h. Y posteriormente c/hora, si signos de hemorragia o cuadro vagal mas frecuentemente.
- ✚ Vigilar la zona de punción arterial por el posible sangrado (misma frecuencia que TA). Informarle de que no movilice la extremidad inferior.
- ✚ Vigilar los pulsos pedio y tibial, temperatura y coloración de la extremidad donde se ha practicado la punción(misma frecuencia que la TA)
- ✚ Administración de soluciones y medicación según prescripción médica.
- ✚ La perfusión de Abciximax (Reopro) se suspende al terminar la dosis que fue iniciada en el servicio de hemodinamia, tras la intervención
- ✚ Si trae perfusión de REOPRO: extraer analítica urgente de Plaquetas a las 6 h.

### **SI EL PACIENTE TIENE EL INTRODUTOR.**

- ✚ El paciente permanecerá en reposo en la cama en decúbito dorsal y en ayunas hasta le retirada del introductor.
- ✚ A las 6 h. del bolo de heparina (en hemodinámica), extraer TTP y retirar introductor si la TTPA < 50" (si TTPA >50 " repetir a las 2 h)
- ✚ Tras detectar pulso femoral, se procederá a la retirada del introductor aspirando con una jeringa mientras lo sacamos para que el posible coagulo que se haya formado en la punta del catéter sea extraído.
- ✚ Presionaremos en la arteria por encima del punto de punción manualmente durante 30`.
- ✚ Posteriormente colocaremos un apósito compresivo sobre el punto de punción sujetándolo con esparadrapo de tela y colocaremos encima un peso durante 4-6 horas sin movilizar la extremidad.
- ✚ Control de Constantes, pulsos pedios, tibiales y vigilancia del apósito c/ 15'-30'-60'-120'-180'-240'.
- ✚ El paciente permanecerá en reposo en cama y en ayunas hasta la retirada del introductor. A las 2 horas, ofrecer líquidos orales.
- ✚ En pacientes con By-Pass aorto-femoral esta contraindicada la compresión manual sobre el mismo, por lo cual la presión se hará con menor duración e intensidad. Repartiremos la presión con más dedos sobre una mayor superficie de la arteria (presionar con 4 ó 5 dedos en vez de con los 2 habituales).

## GLOSARIO

**Ao (aorta):** La arteria de mayor diámetro del cuerpo. Nace del ventrículo izquierdo y termina dividiéndose en sus dos ramas terminales, las arterias ilíacas primitivas. Se distinguen diversos tramos aórticos: aorta ascendente, cayado y aorta descendente, con sus porciones torácicas y abdominales. De la aorta parten todas las arterias que constituyen la circulación mayor.

**AMI-DA:** (arteria mamaria interna a descendente anterior). Abreviatura usada en uso de puentes en colocación de arterias coronarias.

**Aurícula:** (aurícula izquierda y derecha) Cámara; antiguamente, aurícula del corazón. Hay dos aurículas, derecha e izquierda. La derecha recibe sangre venosa por las venas cavas superior e inferior y la envía al ventrículo derecho. La aurícula izquierda recibe sangre arterial procedente de las cuatro venas pulmonares y la envía al ventrículo izquierdo.

**Arteria coronaria:** Vasos sanguíneos que transportan oxígeno y nutrientes al músculo cardíaco.

**Aterosclerosis:** proceso degenerativo que afecta a la parte interna de las arterias grandes e intermedias, como las coronarias, como la consecuencia de la acumulación de grasas y formación de coágulos, en diversas proporciones, con tendencia a producir la obstrucción de la luz del vaso.

**Angioplastía coronaria:** dilatación de la luz de la arteria coronaria obstruida o estrechada mediante el inflado de un catéter-balón que se introduce previamente en la arteria.

**Catéter:** tubo flexible que se puede insertar en un vaso sanguíneo, cavidad corporal u órgano. Los catéteres se utilizan para proporcionar medicamentos y líquidos, eliminar líquidos, proporcionar tratamientos e introducir endoscopios que les permiten a los médicos ver el interior del cuerpo sin realizar una cirugía.

**CD:** Abreviatura usada para referirse a la Coronaria Derecha.

**Cpk:** encima muscular que se libera a la sangre en caso de un infarto o angina de pecho grave y que es útil para diagnosticarlo.

**DISNEA:** Dificultad para respirar, que produce sensación de ahogo, su origen puede ser diverso.

**Ecocardiograma:** prueba de diagnóstico que usa alta frecuencia (ultrasonido) para grabar las cámaras, las válvulas, la movilidad de las paredes y los patrones de flujo sanguíneo del corazón. Esta prueba puede realizarse en reposo o con una prueba de esfuerzo (ecocardiograma de esfuerzo).

**Isquemia:** falta de riego sanguíneo que se produce cuando un órgano o tejido no recibe suficiente sangre con oxígeno y glucosa para sus necesidades. Si esto es grave y/o prolongado puede producir muerte celular y lesión del órgano.

**Stent Coronario:** Malla de alambre de acero inoxidable flexible que se coloca dentro de una arteria. Presiona la placa contra la pared de la arteria, lo que permite que fluya más sangre a través de la arteria (Stent coronario).

**VI VD.** Abreviatura que hace referencia al Ventrículo (Izquierdo y Derecho).

## BIBLIOGRAFÍA:

- R. Alfaro "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA" Ed. DOYMA 1986.
- C. Campbe11 "DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA" Ed. DOYMA 1984.
- J.H. Carlson "DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA" Ed. PIRÁMIDE 1982.
- L. Carpenito "DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (39 EDICIÓN) " Ed. INTERAMERICANA 1990.
- J.W. Griffith "P.A.E. APLICACIÓN DE TEORÍAS GUÍAS y MODELOS" Ed. MANUAL MODERNO 1986.
- M.J. Kim. "DIAGNOSTICOS EN ENFERMERIA" Ed INTERAMERICANA 1986.
- M.J. Kim. "MANUAL DE DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERIA" Ed. INTERAMERICANA 1989.
- P.W. Iyer. "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA" Ed. INTERAMERICANA 1986.
- "La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después", Virginia Henderson Interamericana McGraw-Hill, 1994.
- Joanne Mc Closkey Doch Terman. Clasificación de intervenciones de enfermería ( NIC ) 4ta edición España 2005. Editorial el siviér.
- Sue Moorhead RHN R/N Proyectos resultados lowa clasificación de los resultados de enfermería ( NOC ) 3ra edición 2005.editorial el servier España Barcelona.
- Carlos Haya. Planes y cuidados estandarizados de enfermería servicios de anda luz de salud. Enero del 2006.
- Romper n Nancy. diccionario de enfermería ED. 15 Editorial interamericana pág. varias.