

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA  
ELABORADO CON LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM  
EN HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A**

**EVA PAULINA ESPINOSA ORTEGA  
NO. DE CUENTA: 308081963**

**DIRECTOR ACADÉMICO**

**MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**SEPTIEMBRE 2016**



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.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi madre porque gracias ella soy la persona que soy, por ser mi apoyo incondicional, por estar a mi lado en todo momento, a mi familia que siempre ha estado a mi lado desde que era pequeña y que vivió conmigo esta maravillosa etapa de Universidad.

A la maestra Olivia Salas que estuvo conmigo en mi último semestre y me asesoró en mi trabajo de titulación y a mi gloriosa Universidad Nacional Autónoma de México a la que pertenezco desde la preparatoria por haberme permitido ser parte de ella.

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	OBJETIVOS .....	6
III.	MARCO TEÓRICO .....	7
IV.	METODOLOGÍA .....	17
V.	VALORACIÓN INICIAL .....	18
VI.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	26
VII.	PLAN DE ATENCIÓN .....	28
VIII.	PLAN DE ALTA .....	85
IX.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	89
X.	ANEXOS .....	90
XI.	REFERENCIAS.....	107

## **I. INTRODUCCION**

El presente trabajo consiste en la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico de Estenosis Aórtica, el cual se realizó con el fin de obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Este proceso se llevó a cabo en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" que tiene formatos de enfermería establecidos con la teoría de Dorothea Orem, razón por la cual este proceso se sustentará en la misma teoría. El proceso de atención de enfermería es una herramienta que hoy en día todo el personal de enfermería debe basarse para desempeñar sus actividades diarias como enfermera, valorar a los pacientes es algo que debe ser primordial en nuestro día a día para poder identificar específicamente que requisito tiene alterado razón por la cual se encuentra hospitalizado y de esta manera planear una serie de intervenciones que nos ayuden a ir mejorando su salud y el último paso pero no menos importante la evaluación, está determinará qué tan adecuadas fueron esas intervenciones que se diseñaron para mejorar la salud del paciente y que si fueron las indicadas o suficientes, y si no volver a revalorar para diseñar nuevas intervenciones y brindar el mejor cuidado para que él o la paciente mejoren su estado de salud.

En el apartado III se menciona la patología de base de la paciente, estenosis aórtica que es una cardiopatía que en los últimos años ha ido aumentando su incidencia en adultos mayores debido a la calcificación de la válvula aórtica que si no es atendida a tiempo puede traer complicaciones mayores e incluso la muerte aunado a enfermedades que se pueden estar presentando a la vez.

La presentación del caso clínico que nos refiere toda la historia clínica de la paciente referida por un interrogatorio verbal y una exploración física que determinó cuales fueron los requisitos universales alterados de acuerdo a la teoría de Orem en la paciente y de los cuales se establecieron los diagnósticos de Enfermería específicos para brindar un cuidado holístico a la paciente.

El siguiente apartado detalla el plan de atención de enfermería que se diseñó de acuerdo a la valoración que se realizó anteriormente para favorecer la salud de la paciente con intervenciones de enfermería específicas con su fundamentación científica y que de igual manera muestra la evaluación de cada una de las mismas para determinar si dicha intervención mejoró la salud o para reevaluar y mejorar las estrategias de cuidado, para ir mejorando el estado de salud de la persona o evitar que se deteriore.

Posteriormente se encuentra el plan de alta que se le realizó a la paciente consecutivamente a la mejoría de su estado de salud y finalmente llegamos a las conclusiones y sugerencia que en lo personal plasmo todo lo que para mí fue realizar este proceso de atención de enfermería, al igual que en el seminario y como enfermera, nuestro objetivo es brindar un cuidado holístico pero basado en evidencias y con una fundamentación científica que sí todo el personal lo realizáramos de esta forma nuestra profesión sería la mejor de todas.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General:**

- ❖ Realizar un plan de atención de enfermería para valorar e identificar los requisitos universales que se encuentren alterados y establecer los planes de cuidado específicos que cubran estos requisitos, logrando restablecer de forma eficaz la salud de la persona.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- ❖ Identificar los requisitos universales alterados de la persona en relación a la teoría de Dorothea Orem, mediante un instrumento de valoración.
- ❖ Establecer los diferentes diagnósticos reales y de riesgos obtenidos de la valoración, para desarrollar intervenciones de enfermería específicas de acuerdo al requisito alterado que mejoren o restablezca en forma eficaz la salud de la persona.

### III. MARCO TEÓRICO

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de sus respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo<sup>1</sup>. Está compuesto de cinco pasos que se encargan de valorar los patrones universales y diagnosticar para saber si estos son reales de riesgo o de bienestar, para que planeemos intervenciones que le proporcionaremos al paciente, ejecutarlas para que de este modo lleguemos a la evaluación que nos llevará a un mejor estado de salud, con el objetivo de brindar cuidados de calidad a cada uno de los pacientes. La valoración incluye el interrogatorio, observación y exploración física; en esta se obtienen todos los datos acerca del paciente al que se le va a realizar dicho plan en la cual se adquieren datos subjetivos estos referidos por el paciente en torno a su salud y al medio ambiente, datos objetivos los cuales se adquieren por medio de la observación obteniéndolos por medio de la inspección, auscultación, percusión, palpación y medición, también incluye los antecedentes, todo lo que el paciente refiera en cuanto a su salud, alguna cirugía o algún tratamiento en el cual haya estado, sus antecedentes heredofamiliares para saber posibles factores de riesgo y los datos del padecimiento actual, a esto le llamamos fuente primaria ya que es información que el propio paciente la refiere y si es expresada por algún familiar o datos de laboratorios incluso su propio expediente se toma como fuente secundaria; en los diagnósticos, toda la información obtenida en la valoración será analizada para obtener los diagnósticos personalizados de cada paciente, Rosales en 2004 define al diagnóstico como “una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención personal de enfermería”<sup>1</sup>. La estructura del diagnóstico de Enfermería está compuesta por 3 partes: P = Problema que se identifica durante la valoración y el análisis de la información, E = Etiología son los diversos factores que están contribuyendo al problema y S = que compone los signos y síntomas que lo caracterizan, existen 3 tipos reales, de riesgo, de bienestar y potenciales.

La planeación toma mayor fuerza ya que se definirán los objetivos a corto, mediano y largo plazo para fijar a donde queremos llevar a ese paciente en razón a mejorar su salud; se comienza con citar el diagnóstico, tomando en cuenta la prioridad respecto al patrón que este alterado, se fijan los objetivos y se establecen las intervenciones que favorecerán la salud, en ocasiones las intervenciones se pueden entrelazar para facilitar el cuidado del paciente y así cumplir los objetivos en el tiempo que se estableció. Para hacer más fácil este proceso debemos de llevarlo al día colocando fecha y esto hace mención al tiempo en el que se planea cumplir el objetivo y tener fundamentación científica, para saber por qué y para qué realizamos dicha intervención. En la ejecución se aplica el plan que se realizó anteriormente en donde estaremos en contacto con el paciente para brindar las intervenciones que nos llevarán a mejorar el estado de salud, estas las realizará el personal de enfermería, con el apoyo del paciente si es que esta consiente y en ciertos casos con el apoyo del familiar. El logro de planeamiento depende de la capacidad profesional de enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante la ejecución y de las capacidades de innovación y creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean físicas, emocionales, culturales, espirituales. Es de vital importancia la evaluación ya que esta etapa va a la par de la ejecución porque es aquí donde evaluaremos si las intervenciones fueron las más adecuadas para lograr una mejoría en el paciente, es aquí donde veremos si se cumplió el objetivo planteado o se deberá modificar el plan para llegar lo más pronto a ese a ese fin; la evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones. La evaluación es un proceso continuo que se lleva a cabo inmediatamente después de ejecutar una intervención para permitir al profesional de enfermería modificar sobre el proceso de la intervención, una característica de esta etapa, es ser continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

El presente proceso de atención de enfermería se abordará bajo la teoría de Dorothea Orem, ya que este trabajo se realizó en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en donde todos los servicios, las hojas de enfermería tienen el formato con el modelo de Dorothea Orem y eso me facilitó el abordaje del proceso con esta teórica. Esta teoría está compuesta de tres relacionadas entre sí, la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería; habla sobre el autocuidado, cuando toda persona tendría que saber cómo cuidarse a sí misma para poder vivir y sobrevivir a todo lo que se pueda enfrentar; de acuerdo con Orem “el autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus condiciones ambientales”<sup>2</sup> tomando en cuenta que su autocuidado dependerá de la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona, los requerimientos serán variables, ya que no serán los mismos para un recién nacido que para un adulto mayor, refiere que la persona requiere del cuidado de una enfermera cuando esta tiene incapacidad para cuidar de sí mismo en calidad y cantidad, así mismo identificó cinco amplias visiones de los seres humanos necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría del déficit del autocuidado para entender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros “son la visión de: a) persona, b) agente, c) usuario de símbolos, d) organismo y e) objeto”<sup>3</sup> ella afirma que debemos de tener una visión para poder brindar un cuidado esencial para la persona que lo requiere, al no ser capaz de autocuidarse, la teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría, esta tiene su origen en la finalidad propia de enfermería, a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente<sup>3</sup>.

Orem basa su teoría en requisitos, en este trabajo solo hace referencia a los requisitos universales y los de autocuidado en la desviación de la salud, razón por la cual la persona está en el área de hospitalización; de esta manera la paciente recibe cuidados médicos para no poner en riesgo su estado de salud, y los requisitos universales como su nombre lo dice son los necesarios para que toda persona se encuentre en buenas condiciones de salud, los requisitos universales son

primordiales dentro de nuestra valoración de enfermería para saber en dónde está dicha desviación, en dónde nosotros como personal de enfermería interferimos para poder dar apoyo y educación de autocuidado a nuestro paciente para cubrir dichos requisitos que comprenden los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales necesarios para la vida. “La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es capaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de salud”<sup>2</sup>

“La enfermería es un servicio legítimo cuando las habilidades de cuidado son menores que las requeridas para satisfacer una demanda de autocuidado conocida como una relación de déficit y las habilidades de autocuidado o cuidado dependiente exceden o son iguales a las requeridas para satisfacer la demanda de autocuidado actual, pero puede anticiparse una futura relación de déficit a causa de una disminución predecible a las habilidades de cuidados, o ambas cosas.”<sup>2</sup>. Así déficit significa “la relación entre las acciones de los individuos que deberían llevar a cabo y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o cuidado dependiente”<sup>2</sup>. Toda persona es capaz de cubrir sus requerimientos universales para poder tener una buena salud; pero cuando la persona no es capaz de realizar esas actividades consciente e inconscientemente para su cuidado es cuando presenta un déficit y es ahí cuando su vida puede estar en riesgo. Sin embargo Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo, la satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria, la prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada y la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad<sup>3</sup>. Es importante resaltar la teoría de sistemas de enfermería, ya que en la actualidad es de vital importancia en los procesos de atención de enfermería, haciendo referencia en las hojas que se manejan en el Hospital General de México porque es ahí donde evaluamos que tan compensatorios son los cuidados que brindamos a esa persona

que no es capaz de autocuidarse, cada sistema va relacionado a las funciones de cada uno, tanto de la enfermera del paciente y de ambos, ya que de esa manera nos percatamos que tan satisfactorios son dichos cuidados para que poco a poco esa persona sea capaz de autocuidarse y ya no dependa de una enfermera. El Metaparadigma de Orem describe a la persona como el receptor del cuidado enfermero, el entorno los factores ambientales, todos lo relacionado con el exterior de la persona, salud la describe como estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal y a enfermería común servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.

En este apartado haré referencia a la patología “ Estenosis Aórtica” por la cual la paciente estuvo en el área de hospitalización y fue intervenida quirúrgicamente, Catherine M. Otto y Robert O. Bonow en el año 2013 denominan a la estenosis aórtica (EAo) como “la obstrucción del flujo de salida del ventrículo izquierdo (VI) suele localizarse en la válvula aórtica, sin embargo, la obstrucción también puede tener lugar por encima de la válvula (estenosis supra valvular) o por debajo de ella estenosis subvalvular localizada; o puede deberse a una miocardiopatía hipertrófica”<sup>4</sup>, las principales causas por las cuales se da la EAo son por una válvula bicúspide congénita con calcificación superpuesta, una calcificación de una válvula normal de tres valvas y por enfermedades reumáticas, en este caso la causa fue una calcificación de la válvula normal de 3 valvas debido al envejecimiento, que en los últimos años es la principal causa de esta patología. De acuerdo a un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez, entre el mes de octubre de 2005 y mayo de 2007 para determinar las características clínicas de los pacientes que se atienden en la unidad coronaria, “los resultados revelan que el 64% de la atención médica se proporcionó a pacientes isquémicos, mientras que el 36% restante se relaciona con cardiopatías no isquémicas, donde las valvulopatías ascienden a un 33% y de este total, 36% corresponden a la valvulopatía aórtica. En el año 2007 las cirugías de recambio valvular aórtico fueron 178, de las cuales el 88.2% egresaron debido a mejoría y un 11.8% a causa de defunción”<sup>5</sup>. Robert O. Bonow en el año 2013 en el libro de Braunwald tratado de cardiología: texto de medicina cardiovascular, refiere que “Los factores de riesgo para el desarrollo de

la EAo calcificada son análogos a los de la aterosclerosis vascular debido al aumento de la concentración sérica de colesterol de lipoproteína de densidad baja (LDL) y de lipoproteína(a) [Lp(a)], diabetes, tabaco e hipertensión. La EAo calcificada también se ha ligado a marcadores inflamatorios y componentes del síndrome metabólico<sup>4</sup>. De acuerdo a la Revista Argentina de Cardiología “Se requiere al menos algún grado de lesión del endotelio valvular para generar cambios histopatológicos que lleven a la fibrosis, fusión comisural y calcificación, y que éstos, con el tiempo, sean capaces de reducir el área valvular lo suficiente como para alterar la hemodinamia”<sup>6</sup>. Sin embargo existen 4 factores que intervienen en la severidad de esta patología 1) el área valvular aórtica; 2) el gasto sistólico; 3) la contractilidad del miocardio; 4) el tiempo de evolución de la estenosis aórtica<sup>6</sup>. “La historia natural depende del grado de la estenosis, de la velocidad de progresión de la valvulopatía y de la aparición de síntomas. Anualmente el gradiente de presión a través de la valvulopatía aórtica se incrementa de 10 a 15 mm Hg, mientras que el área valvular disminuye de 0.1 a 0.3 cm<sup>2</sup>”<sup>12</sup>.

Las manifestaciones de la EAo son la disnea de ejercicio, la angina, el síncope y, finalmente, la insuficiencia cardíaca, con el apoyo de los estudios previos se les diagnostica ahora antes de que empiecen los síntomas debido al hallazgo de un soplo sistólico en la exploración física, y se confirma el diagnóstico por ecocardiografía. La tradicional tríada de síntomas incluye la angina, el síncope y la insuficiencia cardíaca. Aproximadamente un 35% de los enfermos con EAo debutan con el primer síntoma que es la angina de pecho, un 15% lo hacen con síncope de esfuerzo y la insuficiencia cardíaca es la principal causa con un 50% de los pacientes. La supervivencia media tras la insuficiencia cardíaca es de 1 a 2 años, de 2 a 3 años tras la aparición de síncope y de 4 a 5 años después del comienzo de la angina<sup>7</sup>. El síncope y los mareos se atribuyen a bloqueo cardíaco intermitente o arritmias auriculares o ventriculares. Pero lo más común es que aparezca con el esfuerzo o tras el mismo, al mantenerse fijo el volumen sistólico, sin el incremento correspondiente a las necesidades creadas por el esfuerzo<sup>7</sup>. La angina de pecho es un síntoma de estenosis severa y se presenta en todos los grupos de edad, solo el 50% aproximadamente de los pacientes con EAo y angina tienen coronarias con

obstrucción significativa, atribuyéndose la angina al aumento de las necesidades de oxígeno por la hipertrofia miocárdica, y/o el incremento de la tensión parietal<sup>7</sup>. La insuficiencia cardíaca se manifiesta primero como disminución de la tolerancia al esfuerzo y posteriormente como disnea de esfuerzo, en ocasiones la primera manifestación es el edema agudo de pulmón desencadenado por factores que incrementan la eficiencia cardíaca tales como fiebre, anemia, transgresión dietética<sup>7</sup>. “Las características clave de la exploración física en los pacientes con EAo son la palpación del latido carotideo, la evaluación del soplo sistólico, la evaluación del desdoblamiento del segundo tono cardiaco y la búsqueda de signos de insuficiencia cardíaca”<sup>4</sup>.

Para un mejor diagnóstico, los estudios de gabinete de utilidad en la evaluación inicial son la radiografía de tórax y el electrocardiograma, los cuales muestran cambios asociados a la hipertrofia ventricular izquierda secundaria a la EAo, desafortunadamente los cambios radiológicos y electrocardiográficos de la EAo (hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo) también pueden presentarse en otras patologías, como en la hipertensión arterial sistémica, “en el electrocardiograma el principal cambio electrocardiográfico es la hipertrofia del VI que se encuentra aproximadamente en el 85% de los pacientes con EAo grave, la falta de hipertrofia del VI no excluye la presencia de una EAo crítica, y la correlación entre los voltajes electrocardiográficos absolutos en las derivaciones precordiales y la gravedad de la obstrucción es escasa en los adultos”<sup>4</sup>. En la actualidad se están utilizando otros estudios de imagen diferentes al ecocardiograma, como la resonancia magnética, la cual ha demostrado su utilidad en el diagnóstico de diferentes valvulopatías, incluyendo la EAo<sup>9</sup>, el ecocardiograma bidimensional detectará la existencia únicamente de dos senos de Valsalva, ocasionalmente pueden registrarse durante la diástole tres senos de Valsalva permaneciendo dos de ellos fusionados, en estos casos el estudio de la apertura sistólica permitirá valorar la dinámica real de la válvula que funcionalmente se comportará como una válvula bicúspide, la sección circular de la válvula aórtica está ocupada por los tres senos de Valsalva y sus correspondientes velos valvulares. “La disposición de los velos recibe su nombre del origen de las arterias coronarias que de ellos nacen: 1) seno

y velo coronarios izquierdos, situados posterior y a la izquierda, 2) seno y velo coronarios derechos, situados anterior y a la derecha, y 3) seno y velo no coronarios, situados posterior y a la derecha, sin duda, una de las aportaciones del eco Doppler ha sido el cálculo del gradiente transvalvular, que hace unos años se debía realizar mediante estudios hemodinámicos, un gradiente pico inferior a 40 mm Hg nos indica la presencia de una lesión ligera, entre 40 y 60 mm Hg moderada y superior a 60 mm Hg severa<sup>11</sup> y “la coronografía que debe llevarse a cabo cuando exista una justificación, es decir, cuando se presenta con un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST”<sup>13</sup>.

Las Guías del Colegio y de la Sociedad Americana de Cardiología establecen los parámetros ecocardiográficos en la estenosis leve, moderada y severa. “**Estenosis leve:** área valvular aórtica de 1.5 cm<sup>2</sup>, gradiente medio menor de 25 mm Hg, velocidad máxima < 3 m/s. **Estenosis moderada:** área de 1 a 1.5 cm<sup>2</sup>, gradiente medio 25 a 40 mm Hg, velocidad máxima 3 a 4 m/s. **Estenosis severa:** Velocidad máxima > 4 m/s, Área valvular < 1.0 cm<sup>2</sup>, Gradiente medio > 40 mm Hg, Área valvular indexada < 0.60 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>, Calcificación ECO 4/4, TAC > 1,650 UA”<sup>9</sup>.

No hay un tratamiento médico específico para la estenosis aórtica, la estenosis leve incluso no tiene restricción para realizar actividad física; sin embargo, en la medida en que progrese la enfermedad a una estenosis moderada, las actividades físicas competitivas o con alto grado de actividad muscular estática o dinámica se deben restringir. En el momento que el paciente refiera síntomas como síncope, dolor precordial o disnea, se deberá prohibir cualquier actividad física intensa o moderada, hasta que se realice una evaluación adecuada, la evaluación clínica deberá ir siempre acompañada de un estudio ecocardiográfico<sup>9</sup>.

El tratamiento médico se considera sólo en pacientes que no tienen síntomas de gravedad de la estenosis como el síncope, angina de esfuerzo o insuficiencia cardíaca; en estos casos, el único tratamiento efectivo es el reemplazo valvular. En los pacientes con insuficiencia cardíaca y edema agudo pulmonar se puede utilizar nitroprusiato de sodio, sin embargo esto debe ser implementado en unidades de terapia intensiva con las restricciones de evitar la hipotensión que puede causar

grave hipoperfusión sistémica<sup>9</sup>. El tratamiento de los trastornos cardiacos concurrentes, como la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria, es complicado en los pacientes con EAo asintomática por el hecho preocupante de que los efectos vasodilatadores de los medicamentos puedan no verse contrarrestados por un aumento compensador del gasto cardiaco. A pesar de esto, los pacientes con EAo deben recibir el tratamiento adecuado para su enfermedad concurrente, aunque los medicamentos deben comenzarse con dosis bajas y aumentarse progresivamente, con una vigilancia estrecha de la tensión arterial y de los síntomas; las pruebas de ejercicio pueden ser útiles en pacientes aparentemente asintomáticos para detectar síntomas ocultos, una capacidad para el ejercicio limitada o una respuesta anómala de la tensión arterial, en los pacientes sintomáticos deben evitarse completamente las pruebas de ejercicio<sup>4</sup>, existe la opción de la colocación del balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC) para pacientes inestables hemodinámicamente y que no tengan contraindicación (insuficiencia valvular)<sup>13</sup>. “Paciente con EAo que han de ser sometidos a otra cirugía cardiaca si el gradiente medio es > de 25 mm Hg y la válvula es patológica (calcificada, desestructurada) el cirujano explorará la válvula durante el acto quirúrgico y si confirma los hallazgos morfológicos se procederá al recambio valvular valorando la edad del paciente”<sup>10</sup>. En la mayoría de las ocasiones se observa una rápida evolución de la EAo en 6 meses (aumento de la espesor de septo y pared, disminución de área valvar, aumento de gradiente y velocidad de chorro) en estos casos el paciente es clasificado como de muy alto riesgo por la rápida evolución de la EAo y la conducta indicada es quirúrgica, hoy en día, el único tratamiento que modifica la sobrevida de los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática es el reemplazo valvular aórtico, existen diferentes opciones en el tipo de válvulas a utilizar como las prótesis mecánicas uni o bivalvas y las válvulas protésicas biológicas. La prótesis ideal debe combinar una baja trombogenicidad con una vida media prolongada y resistencia a la infección. Las bioprótesis se recomiendan en pacientes ancianos ya que no requieren de anticoagulación prolongada para evitar las complicaciones hemorrágicas asociadas al uso de anticoagulantes orales<sup>9</sup>.

El paciente debe tener seguimiento después de la cirugía que se le vaya a realizar y después de ella. “Pre cirugía en EAo ligera: ECO cada 2-3 años, en moderada ECO anual y en severa asintomático ECO cada 6 meses. Post cirugía: ECO al alta y luego seguimiento clínico anual por su cardiólogo de área, no siendo necesario realizar ecos de control rutinarios si la evolución clínica es satisfactoria y no hay cambios exploratorios, en las prótesis biológicas se aconseja ECO a partir del 8 año aunque el paciente este asintomático”<sup>9</sup>.

#### **IV. METODOLOGIA**

El siguiente trabajo se realizó con la señora María de los Ángeles Ramírez en el mes de octubre del año 2014, tiempo en el cual pude valorarla y observar su estado de salud, le realice una valoración inicial mediante un interrogatorio verbal para obtener información importante, sus antecedentes y saber desde cuando cursaba con dicha enfermedad, de igual manera le realice una exploración física de aparatos y sistemas para poder determinar que patrón pudiese tener alterado de acuerdo a la teoría de Orem, y tomando en cuenta las hojas de enfermería que tienen establecidas en la institución, se valoraron las escalas de Glasgow para determinar su estado de conciencia, la escala de EVA para saber si tenía dolor la paciente, la escala de Braden para evitar las úlceras por presión, la escala de Downton para categorizar el riesgo de caídas y la escala del sistema de enfermería en el apartado de los diagnósticos de enfermería y se pidió autorización mediante el consentimiento informado a la paciente y a su familiar, para poder realizar dicho proceso de atención en ella para brindarle los cuidados que su patología exigía personalizadamente. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de la paciente para poder trabajar con ella.

## V. VALORACIÓN INICIAL

### Antecedentes

María, paciente femenino de 66 años de edad, originaria de Michoacán, radica en el Distrito Federal en la delegación Iztapalapa, estado civil: casada, ocupación: ama de casa, vive en pareja escolaridad: primaria incompleta (4 año) religión: católica.

#### Antecedentes heredofamiliares

Desconoce

#### Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios entra y extra domiciliarios, zoonosis negada, con hábitos alimenticios deficientes, niega toxicomanías, tabaquismo y etilismo, con hábitos higiénicos cada 3er día, ejercicio diario 30 minutos de caminata, cuenta con su esquema de inmunizaciones completo.

#### Antecedentes ginecobstétricos

Menarca: 14 años, Menstruación: ya no presente por histerectomía en el año 1988 por miomatosis uterina, FUM: hace 26 años aproximadamente, IVSA: 23 años, 2 gestas, un parto y un aborto.

#### Antecedentes personales patológicos

- Hipertensión arterial sistémica de 30 años de diagnóstico, tratada con amlodipino y ramipril/ hidroclorotiazida.

Diagnóstico de valvulopatía aórtica hace 10 años

#### Padecimiento actual

Menciona que desde hace un año presenta disnea de mediano esfuerzo, la cual ha sido progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos, refiere un cuadro de síncope en agosto del año en curso, por el cual llegó a consulta externa y de ahí transferida a hospitalización para cateterismo cardiaco.

#### Diagnóstico médico

Estenosis aórtica e hipertensión arterial sistémica

## EXPLORACIÓN FÍSICA

**CABEZA:** Paciente con orientación hacia personas, espacio y tiempo responde a preguntas adecuadamente, cráneo normocefálico, pelo implantado en cuero cabelludo de textura fina, corto, teñido y reseco, ligera palidez de tegumentos, facies de cansancio, ojos con pupilas isocóricas, con miosis y midriasis normales, utiliza lentes para leer, cejas simétricas, orejas simétricas en proporción al cráneo pabellones auriculares limpios, con buena audición; nariz con tabique nasal alineado, orificios ovalados en posición simétrica, mucosas hidratadas, senos paranasales sin sensación dolorosa a la palpación, boca simétrica con coloración rosada, mucosas hidratadas de textura lisa y húmeda, dientes de color marfil con predominación a amarillo, con presencia de caries en molares inferiores y superiores del lado derecho, con falta de piezas dentales el canino mandibular derecho y el 3er molar maxilar del lado izquierdo, lengua de tono rojizo mate e hidratada.

**CUELLO:** cilíndrico, normolíneo con pulso carotideo de 80x' arrítmico sin regurgitación yugular sin adenomegalias, tráquea central y móvil; con movimientos de flexión, extensión, rotación y desplazamiento sin ningún inconveniente al realizarlos.

**TÓRAX:** normolíneo, con movimientos de amplexión y amplexación normales, con ligera palidez de tegumentos, mamas pequeñas de color uniforme, areolas redondeadas bilateralmente iguales pezones hacia afuera de color marrón, a la palpación no se encuentra masas y no presenta salida de líquido por pezón, tórax posterior sin dolor, se encuentran costillas prominentes y columna alineada de acuerdo a la palpación. FC: 80x' FR: 20x' T°: 36.3°

**RUIDOS CARDIACOS:** Soplo mesosistólico de intensidad III/IV ruido en foco aórtico irradiando a hueco supra esternal, soplo Holo sistólico en foco mitral III/VI irradiado a línea axilar anterior. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire sin estertores, con una FR: 20 x', T/A: 130/70 mm Hg.

**EXTREMIDADES SUPERIORES:** íntegras, simétricas, con movilidad, sin edema con pulsos braquiales y radiales presentes no rítmicos, reflejos osteotendinosos presentes, manos sin deformidades, dedos con llenado capilar de 2 segundos, uñas cortas y limpias, T/A: 130/70 mm Hg y FC: 76x'

**ABDOMEN:** Ligera palidez de tegumentos, con cicatriz abdominal por histerectomía, abdomen con peristaltismo presente, blando, sin datos de dolor a la palpación sin hepatoesplenomegalia ruidos peristálticos presentes, genitales con apariencia de acuerdo a sexo y edad, vello púbico escaso.

**MIEMBROS INFERIORES:** Íntegros, simétricos sin edema sin alteraciones presentes, con ligera resequedad, pulsos femoral, poplíteo y tibial no rítmicos de buena intensidad, pies limpios con buena coloración de tegumentos y buena hidratación, sin edema, uñas cortas y limpias, FC: 70x'

**ELECTROCARDIOGRAMA:** Ritmo sinusal, QRS en precordiales derechas de 140 msg con bloqueo de rama derecha, qR en V1 como datos de hipertensión pulmonar y sobrecarga diastólica derecha.

**RADIOGRAFIA DE TORAX:** Se observa cardiomegalia con ICT de 6 Hilios de tipo arterial y presencia de botón aórtico prominente con calcificación.

## **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN OREM**

### **Datos generales**

Nombre: María de los Ángeles Edad: 66 años Ocupación: Hogar Peso: 51 kg Talla: 163 cm IMC: 19. Grupo Rh: O+ Religión: Católica Escolaridad: Primaria Origen y Residencia: Michoacán, Edo de México Teléfono: 0554459472015 Domicilio: Mirasol 25 esquina con Crisantemos col. El Rosario San Lorenzo Tezonco Delegación: Iztapalapa, Jorge Washington Núm. 134 int. 2 col. Moderna. Persona responsable: Sr. Graciano Parentesco: Esposo Edad: 82 años Escolaridad: Primaria Ocupación: Campesino Trabaja actualmente: Si, en el campo. Padecimiento: Ninguno Grupo Rh: O+.

### **Características de la familia**

Tipo de familia: Nuclear, vive con su esposo, núm. de integrantes: 2, la comunicación con la pareja es buena, también tiene buena comunicación con su hijo al igual que con otros familiares, se reúne con su la familia de vez en cuando y realiza actividades los mismos. El sustento de la familia es su esposo y sus ingresos provienen de la ayuda de alimentación del gobierno 1000 pesos al mes.

### **Características del ambiente**

Vivienda: casa propia, con ventanas pequeñas que brindan adecuada ventilación, abastecen la iluminación con focos, cuenta con 2 habitaciones, 3 ventanas, el tipo de construcción es mixta, de combustible utilizan gas, servicios intra domiciliarios: cuenta con agua, luz, drenaje, cuenta con recolección de basura diario, pavimentación, teléfono público, medios de transporte, centros recreativos, comerciales, servicios médicos cercanos, con un tiempo de distancia aprox. de 30 min., zoonosis negada, fauna nociva negada.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

### 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- *Hábitos de salud*

Realiza diario higiene de fosas nasales, tabaquismo negado, niega la convivencia con fumadores, no usa técnicas que mejoren su respiración

- *Revisión por sistemas*

Aparato respiratorio: Nariz sin ninguna alteración, alineada sin desviación ni deformidades, mucosas hidratadas. Tórax normolíneo, con movimientos de amplexión y amplexación normales, con ligera palidez de tegumentos, mamas pequeñas y simétricas pezones normales, a la palpación no se encuentra masas y no presenta salida de líquido por pezón. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire sin estertores, ni sibilancias con una frecuencia respiratoria de 20 x'

Sistema cardiovascular: Soplo mesosistólico de intensidad III/IV ruido en foco aórtico irradiando a hueco supra esternal. Presencia de soplo Holo sistólico en foco mitral III/VI irradiado a línea axilar anterior y una frecuencia cardiaca de 80 x', T/A: 130/ 70 mm Hg.

Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas:

Extremidades superiores integras, con movilidad sin complicación, simétricas con adecuada coloración e hidratación pulsos periféricos presentes con buena intensidad y ritmo, sin presencia de edema, con un llenado capilar de 2 seg., FC: 76x', T/A: 130/70 mm Hg, T°: 36.3°C.

Extremidades pélvicas: integras, simétricas con adecuada coloración con falta de hidratación pulsos presentes con buena intensidad y ritmo, reflejos osteotendinosos presentes sin presencia de edema con ligera presencia de varicosidades, con un llenado capilar de 2 seg., FC: 70x'.

## 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- *Hábitos de salud*

Acostumbra a tomar agua 1 litro aproximadamente al día purificada, en ciertas ocasiones bebe agua de sabor, té, atole, rara vez café y le desagrada el refresco.

- *Revisión por sistemas*

Hidratación de piel y mucosas: piel hidratada en la mayoría de la superficie corporal, falta de humectación en miembros pélvicos, mucosas orales hidratadas, no cuenta con líquidos parenterales.

## 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- *Hábitos de salud*

Realiza tres comidas en el día, consume regularmente leche una vez día, 7 veces a la semana, verduras tres veces por semana, come carne y huevo una vez por semana cada uno, consume fruta tres veces por semana, tortillas diario, pan cada tercer día, queso dos veces por semana, sal y azúcar las consume diario en bajas porciones, todos los alimentos le agradan, toma vitaminas y ác. fólico diario. Problemas relacionados con la digestión/ ingestión: gastritis, la paciente comenta que la comida es un momento de convivencia con la familia y necesaria para sobrevivir, refiere realizar todas sus comidas en casa, el desayuno y la comida sola y la cena con su esposo, dispone de una hora aproximadamente para consumir sus alimentos, y el desayuno lo realiza de 9 a 10 de la mañana consumiendo una taza de té con pan o una tortilla, la comida de 3 a 4 de la tarde consumiendo lentejas o habas, huevo y tortillas y la de la de 8 a 9 de la noche consumiendo té o atole con pan o tortilla, negando tener colaciones durante el día.

- *Revisión por sistemas*

Boca: cavidad oral limpia sin halitosis, encías con adecuada coloración sin inflamación sin presencia de canino superior derecho y presencia de caries en el segundo molar inferior izquierdo y en primer molar superior izquierdo, con presencia de caries; aparato digestivo sin alteraciones.

#### 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

Intestinal: evacua de 2 a 3 veces al día la mayoría de las veces formadas y de color café. Vesical: micciona de 3 a 4 veces al día sin ningún problema de coloración ámbar o amarillo paja.

#### 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

- *Hábitos de salud*

Las actividades que realiza en casa son la limpieza, lavar ropa, hacer de comer, ver televisión, tejer, en el trabajo recoger la siembra en el campo de vez en cuando con su esposo y de actividad física realiza caminata cada tercer día por 30 min. En su tiempo libre lee, teje, hace deshilado, y realiza crucigramas, duerme aproximadamente 8 horas y su sensación al despertar es de descanso.

- *Revisión por sistemas*

Sistema musculo esquelético: sin alteración de acuerdo a sexo y edad, tono muscular adecuado para la movilidad, pulsos periféricos presentes, sistema neurológico alerta con sensibilidad al calor, al frío y al tacto.

#### 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- *Hábitos de salud*

Comunicación verbal directa, clara, abierta, contacto visual y lenguaje corporal, tono de voz pasivo.

- *Revisión por sistemas*

Oído sin alteración, ojos con pupilas isocóricas, sin alteración.

#### 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Refiere conocer medidas de seguridad en casa y en trabajo, estudios ginecológicos realizados hace 2 años con resultado negativo, visita al dentista cada 4 meses y a su médico cada 2 mes, sabe que puede prevenir enfermedades con una buena alimentación y visitando a su médico, maneja las situaciones de tensión hablando con las personas y rezando, refiere tener cambios en su físico de acuerdo a la edad

y aceptado, etilismo y tabaquismo negado, medicamentos metropolol y omeprazol bajo indicación médica. Concepto de su imagen: aceptado de acuerdo a su edad, con respecto a lo espiritualidad si es muy creyente, reza al despertar, antes de cada alimento y cuando está sola.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

- *Hábitos de salud*

Se baña en casa diario ahora en el hospital cada tercer día, cambio de ropa, cada tercer día aseo bucal 2 veces al día, se lava las manos antes de comer y antes y después de ir al baño para ella limpieza significa sinónimo de salud y buena imagen corporal, la relación o comunicación con los demás es buena, los productos para la higiene personal que ella utiliza son jabón, shampoo, papel higiénico y crema hidratante.

- *Revisión por sistemas*

Sin alteración a la exploración, pelo con una distribución y cantidad buena de acuerdo a su edad, uñas limpias, cortas con un llenado capilar de 2 seg., mamas simétricas con pezones normales, sin presencia de masas ni ganglios a la exploración sin salida de secreción, genitales con apariencia de acuerdo a sexo y edad, vello púbico escaso.

Historia previa de la desviación de salud:

Enfermedades de la edad adulta: HAS de 30 años de evolución, sin relevancia en enfermedades de la niñez, estuvo hospitalizada por parto y un aborto, los medicamentos prescritos Amlodipino 5 mg VO c/24 hrs., ramipril/ hidroclorotiazida 2.5 /12.5 mg VO c/24 hrs, refiere contar con esquema de vacunación completo.

## VI DIAGNÓSTICOS

REQUISITO	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
<b>AIRE</b>	Intolerancia a la actividad física r/c debilidad generalizada m/p elevación de la tensión arterial e informes verbales de debilidad.	1
<b>AIRE</b>	Alteración de la normalidad del ritmo cardiaco r/c disminución del gasto cardiaco m/p taquicardia y variaciones en la tensión arterial.	2
<b>PREVENCIÓN DE PELIGROS</b>	Riesgo de lesión física r/c un entorno desconocido y a las limitaciones para caminar.	3
<b>NORMALIDAD</b>	Bajo autocuidado r/c falta de apego al tratamiento por creencias religiosas m/p incumplimiento de los tratamientos y pensamientos repetidos de que Dios la aliviara.	4
<b>ALIMENTACIÓN</b>	Alteración de la nutrición r/c ingesta inferior a las necesidades y bajo ingreso económico m/p palidez de las membranas mucosas, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y peso de 51 kg con talla 1.63m IMC: 19	5
<b>ELIMINACIÓN</b>	Alteración de la eliminación intestinal r/c actividad física insuficiente y baja ingesta de fibra. m/p estreñimiento y tenesmo	6

<b>ACTIVIDAD Y REPOSO</b>	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario, ruidos, iluminación, falta de intimidad al compartir habitación m/p cambio en el patrón normal de sueño e insomnio.	7
<b>NORMALIDAD</b>	Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento y rehabilitación r/c cambio valvular aórtico, m/p desconocimiento y preguntas reiteradas.	8

## VII PLAN DE ATENCIÓN

Patrón alterado: AIRE	Intolerancia a la actividad física r/c debilidad generalizada m/p elevación de la tensión arterial e informes verbales de debilidad.		
Definición del diagnóstico:	Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.		
Objetivo:	Favorecer la oxigenación tisular para mejorar la tolerancia a la actividad		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Monitorizar y registrar cada 4 hrs. signos vitales</p> <p>Frecuencia cardíaca Tensión arterial Ruidos cardiacos Ritmo cardiaco</p>	Totalmente compensatorio	<p>Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Los SV son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia y ritmo cardíaco (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (PA o TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. La intolerancia a la actividad física puede determinarse mediante la valoración de</p>	<p>Se mantuvo a la paciente monitorizada con las siguientes cifras: Frecuencia cardíaca con un rango de 55 a 100 latidos por minuto, presión arterial media entre 80 - 85 mm Hg con cifras 130 – 110 mm Hg en la sistólica y de 80 a 60 mm Hg diastólica.</p> <p>En los ruidos cardiacos presenta Soplo mesosistolico de intensidad III/IV, en foco aórtico irradiando a hueco supra esternal, soplo Holo sistólico, en foco mitral III/VI irradiado a línea axilar anterior.</p>

		<p>la situación cardíaca circulatoria y respiratoria. De la mano de una adecuada función respiratoria y circulatoria, ha ganado espacio la cuantificación de la saturación de oxígeno por medio de la oximetría (OXM) que se basa en los principios fisiológicos de que la hemoglobina oxigenada y desoxigenada tienen diferente espectro de absorción y permite dar una rápida pero beneficiosa idea de la calidad de perfusión de oxígeno a los tejidos<sup>17</sup>.</p>	
Vigilar datos de bajo gasto cardíaco	Totalmente compensatorio	<p>Se denomina gasto cardíaco (GC) a la cantidad de sangre que expulsa el corazón en un minuto. <math>GC = \text{volumen sistólico (VS)} \times \text{frecuencia cardíaca (FC)}</math>. Los valores de normalidad del gasto cardíaco en el adulto sano en torno a 4-6,5 l/min (2,5 l/min por m<sup>2</sup> de superficie corporal sería el índice cardíaco), en reposo. Sin embargo, el gasto cardíaco, como principal determinante del transporte de oxígeno al organismo, ha de adaptarse, en cada momento, a las necesidades del organismo, por lo que un valor dentro del intervalo de la «normalidad» no sirve, como único dato, para indicarnos que la función cardíaca es óptima. Los determinantes del gasto cardíaco son el volumen sistólico y la</p>	<p>No se presentaron datos de bajo gasto cardíaco. Se puede evitar el gasto excesivo de energía si se realizan actividades relajantes, en el caso de la paciente solo daba algunos pasos por el pasillo del pabellón y se tomaba su tiempo para recuperación sentándose en el reposet o en la cama. No se presentó disminución o ausencia del pulso, presencia de piel fría y marmórea en extremidades, así como tampoco cianosis distal o acrocianosis. En la frecuencia cardíaca hay un aumento, y la tensión arterial sistémica se encontró disminuida o normal.</p>

		<p>frecuencia cardíaca. A su vez, el volumen sistólico va a depender de:</p> <p><u>Precarga.</u>- Está determinada por la longitud de la fibra cardíaca antes de su contracción. <u>Poscarga.</u>- Supone la resistencia al vaciado del corazón. En un corazón sano, la poscarga equivale a la tensión de la pared ventricular en sístole, siendo esta tensión la presión que debe superar el ventrículo para contraerse.</p> <p><u>Contractilidad cardíaca.</u>- Es la capacidad intrínseca del miocardio para bombear la sangre en condiciones de precarga y poscarga constantes. Está relacionada con la velocidad de acortamiento del músculo cardíaco que, a su vez, depende del contenido de Ca<sup>++</sup> intracelular de los miocitos y determinadas proteínas musculares como la proteincinasa. La contractilidad miocárdica puede ser modulada por factores nerviosos y humorales<sup>18</sup>.</p>	
<p>Identificar datos de dificultad respiratoria</p> <p>* Oximetría de pulso</p> <p>*Auscultar campos pulmonares.</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>La oximetría de pulso es un método no invasivo que permite la estimación de la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial y también vigila la frecuencia cardíaca y la amplitud del pulso. La presión parcial de oxígeno disuelto en la sangre arterial se denomina PaO<sub>2</sub>. El porcentaje de saturación de oxígeno unido a la hemoglobina en la sangre</p>	<p>La saturación se mantuvo en un rango de 95 a 98 %, con buena entrada y salida de aire en las bases pulmonares y expansión de tórax bilateral y simétrica; al realizar la auscultación de los campos pulmonares la frecuencia respiratoria no superó las 20 respiraciones siempre</p>

		<p>arterial se denomina SaO<sub>2</sub> y cuando se mide por un oxímetro de pulso, este valor se denomina SpO<sub>2</sub>.<sup>19</sup> La saturación de oxígeno debería estar siempre entre 95 - 100%. Si la saturación de oxígeno es de 94% o menos, el paciente está hipóxico y necesita ser tratado rápidamente. Una saturación de menos de 90% es una emergencia clínica<sup>20</sup>. Es fundamental, en primer lugar, que para una buena técnica auscultatoria el enfermo respire relajado, sin esfuerzo y con la boca entreabierta. Al auscultar el aparato respiratorio debemos fijarnos en el ritmo, la intensidad y el timbre. Conviene auscultar simétricamente los dos campos pulmonares, es decir, después de hacerlo sobre una región, pasamos a auscultar la porción simétrica del otro pulmón. Al colocar el estetoscopio sobre los bronquios principales se percibe un ruido intenso en ambos tiempos respiratorios, llamado soplo bronquial o tubárico y que contrasta con el murmullo vesicular o alveolar que se percibe en el tórax<sup>21</sup>.</p>	<p>manteniéndose en un rango de 16 a 18 respiraciones por minuto. La tolerancia a un aumento de la actividad dependió de la capacidad de la paciente a adaptarse a las necesidades fisiológicas que le acompañan, la adaptación requiere un óptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurológico y musculo esquelético.</p>
<p>Dar posición: Colocar a la paciente en posición semifowler para alivio de disnea</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>Posición semifowler: En esta posición la cabecera de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45°. El paciente esta acostado con las rodillas flexionadas y los pies descansando sobre el plano</p>	<p>Se evitaron alteraciones en el patrón respiratorio ya que la paciente se mantuvo en posición semifowler la mayor parte del día y su frecuencia respiratoria no fue</p>

		<p>horizontal de la cama. Se pueden colocar almohadas en el cuello, muslos, tobillos, etc. para evitar tensiones. Esta posición se utilizará en los siguientes casos: Cuando haya que realizar cambios posturales, en pacientes con problemas respiratorios o cardiacos, para facilitar actos como comer o leer en la cama y para llevar a cabo exploraciones de cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, garganta y pecho<sup>22</sup>. La disnea es la sensación desagradable de que cuesta trabajo respirar. En la insuficiencia cardiaca la disnea se debe al acúmulo de líquido en los pulmones. Se clasifica mediante una escala que creó la Asociación del Corazón de Nueva York (en inglés, New York Heart Association, cuyas siglas son NYHA). Por eso, para establecer la severidad de la disnea de un paciente se utiliza la escala de la "NYHA". Como esta escala refleja la capacidad que tiene el paciente de realizar esfuerzos físicos, se la llama también "<b>clase funcional de la NYHA</b>", que tiene 4 grados:</p> <p><b>NYHA I:</b> la disnea sólo aparece cuando el paciente realiza una actividad física superior a la habitual, por ejemplo andar muy deprisa o correr.</p> <p><b>NYHA II:</b> la disnea se presenta con</p>	<p>mayor a las 20 respiraciones por min. La posición favoreció la ventilación y mejoró la tolerancia a la actividad. Una progresión gradual de la actividad, dirigida por la tolerancia de la paciente, aumento el funcionamiento fisiológico y redujo la hipoxia del tejido cardiaco. Éste es un aspecto difícil de evaluar, ya que la disnea es una sensación subjetiva, y en su aparición y percepción juegan múltiples factores individuales, una aproximación válida fue preguntarle a la paciente por los pisos de escaleras que es capaz de subir o cuantos pasos podía dar por el pabellón, no sin que aparezca disnea, sino sin que ésta sea tan intensa como para obligarle a detenerse, a lo cual frecuente respondía que podía caminar más de 5 min sin fatigarse.</p>
--	--	---	--

		<p>actividades que realizamos en nuestra vida cotidiana, como subir una cuesta o varios pisos de escaleras. <b>NYHA III:</b> la disnea aparece con esfuerzos físicos pequeños, como por ejemplo andar un recorrido corto en llano o ducharse. <b>NYHA IV:</b> la disnea está presente incluso en reposo, cuando el paciente no realiza ninguna actividad física, por ejemplo, estando sentado. Esta es la situación más grave, y habitualmente requiere ingreso hospitalario para realizar un tratamiento intensivo<sup>23</sup>.</p>	
<p>Planificar la actividad de acuerdo al grado de estenosis aortica y enseñarle a la paciente la actividad y ejercicio prescrito:</p> <p>1) Caminata de 5 a 10 minutos por el pasillo del pabellón.</p> <p>2) Fomentar actividades educativas, lúdicas y recreativas. (lectura o costura)</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>La estenosis aórtica es actualmente la principal enfermedad valvular en el mundo, la calcificación valvular es la etiología más frecuente, seguido por enfermedades congénitas y afección reumática esta última aún tiene una prevalencia importante en países en vías de desarrollo aunque, en forma general, se ha reportado una disminución en su incidencia. La calcificación valvular aórtica se considera una enfermedad compleja, de etiología probablemente sistémica, con fenómenos de inflamación local, calcificación y acumulación de lípidos, muy parecida a la fisiopatología de la aterosclerosis<sup>8</sup>.</p>	<p>Se planifico y se llevó a cabo la actividad de acuerdo al grado de estenosis y la tolerancia de la persona se realizaba. Paciente con actitud positiva para realizar las actividades: 1) Caminata aceptable de 5 a 10 min por el pasillo, 2) Por la tarde noche se ponía a coser y por las noches solía leer, 3) La paciente reconoció la importancia de un programa donde se equilibren la actividad física y el reposo. La paciente aceptaba deambular por los pasillos del pabellón sin ningún inconveniente. El ahorro de energía evitó que las necesidades de oxígeno</p>

<p>3) Apoyar a la paciente en la deambulaci3n realizando ejercicios pasivos (caminar)</p>		<p>La adaptaci3n cardiovascular al ejercicio es el conjunto de modificaciones derivadas de la pr3ctica de una actividad f3sica de suficiente intensidad y frecuencia. El coraz3n es probablemente el 3rgano que soporta una mayor sobrecarga durante la pr3ctica de ejercicio f3sico, sufriendo notables modificaciones por dicha pr3ctica, la respuesta aguda al ejercicio produce un aumento en las necesidades de O<sub>2</sub> y de la actividad simp3tica que puede originar la aparici3n de espasmo coronario. Ante esta situaci3n de potencial riesgo, es necesario conocer el estado de salud cardiovascular y, en su defecto, el comportamiento individualizado del card3pata que desea realizar ejercicio f3sico<sup>25</sup>. Estenosis a3rtica (con gradiente trasvalvular de 21-49 mmHg) sin historia de trastornos del ritmo, s3ncope o angina. Pueden efectuar deportes ligeros o moderadamente din3micos y est3ticos. Evitar deportes con riesgo de colisi3n<sup>26</sup>. El ejercicio aumenta las necesidades metab3licas que deben ser satisfechas especialmente a trav3s del aumento del gasto card3aco alcanzando en sujetos entrenados valores de 35-40 l/m durante un m3ximo esfuerzo. Las principales adaptaciones son el aumento del gasto</p>	<p>sobrepasar un nivel que el coraz3n no puede asumir. El descanso suministra al cuerpo intervalos de bajo gasto de energ3a.</p>
---	--	---	--

		cardíaco y del consumo de O <sub>2</sub> , el incremento del retorno venoso, el aumento de la contractilidad del miocardio y la disminución de las resistencias periféricas. El incremento del gasto cardíaco durante el ejercicio es siempre superior a la disminución de las resistencias periféricas, por lo que se produce un aumento de la presión arterial <sup>8</sup> .	
Integrar a la familia o al cuidador primario:  Informar sobre las restricciones de la actividad a la familia de la paciente o al cuidador primario	Educación y apoyo	Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposa, hijo, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia <sup>25</sup> .	El contacto frecuente con el cuidador primario indica aceptación y puede facilitar el cumplimiento del tratamiento, el cuidador primario verbalizó la importancia de cubrir con las indicaciones de actividad y de reposo.

Patrón alterado: AIRE	Alteración de la normalidad del ritmo cardiaco r/c disminución del gasto cardiaco m/p taquicardia y variaciones en la tensión arterial.		
Definición del diagnóstico:	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.		
Objetivo	Favorecer el aumento del gasto cardiaco		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Monitorización de signos y síntomas de bajo gasto cardiaco: Estado de conciencia Diaforesis Llenado capilar > 3' Palidez Hipotensión Taquicardia	Totalmente compensatorio	Gasto Cardiaco (GC): Se define como gasto cardiaco al volumen de sangre eyectado por el corazón en un minuto. Para obtener el índice cardiaco (IC) se debe correlacionar con la superficie corporal. Los valores normales de IC son de 3,5 a 5,5 L /min. / mt <sup>2</sup> . Bajo Gasto Cardiaco (BGC): Es el síndrome provocado por la incapacidad de la bomba cardiaca, de mantener un volumen minuto cardiaco (VMC) adecuado, para satisfacer las necesidades tisulares de oxígeno y remover los metabolitos tóxicos. El gasto cardíaco depende de la interacción de los factores (precarca, poscarga, contractilidad y	Se mantuvieron constantes vitales con los siguientes parámetros T/A: 130/70 mmHg FC: 80x', FR: 20x' T°: 36.3°, llenado capilar de 2 seg y una puntuación de 15 de la escala de Glasgow. Se suele observar taquicardia incluso durante reposo para compensar la disminución de la contractilidad ventricular S1 y S2 pueden ser débiles a causa de una disminución de la acción de bombeo. Los ritmos de galope son frecuentes en S3 y S4 y causados al fluir la sangre en cavidades no elásticas, dilatadas. Los soplos

		<p>lusitropismo)<sup>26</sup>. El Síndrome de bajo gasto Cardíaco SBGP se distingue por la incapacidad del corazón para mantener un volumen por minuto adecuado para satisfacer las necesidades tisulares de oxígeno y nutrientes en el posoperatorio de una intervención cardíaca, concepto que implica dos factores: el gasto cardíaco y la influencia de los vasos periféricos sobre la resistencia al flujo sanguíneo y la perfusión tisular. Aunque existen varias definiciones, el SBGP se considera cuando existe la necesidad de un apoyo inotrópico o un balón de contrapulsación intraaórtica por más de 30 min después del ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos para mantener un índice cardíaco <math>&gt;2.2</math> L/min/m<sup>2</sup>, con una presión capilar pulmonar <math>&gt;15</math> mmHg durante las primeras 6h posoperatorias. Cuando el SBGP persiste y se presenta hipotensión sistémica grave y sostenida (presión arterial sistólica <math>&lt; 90</math> mmHg) se enfrenta una complicación mayor, el choque cardiogénico poscardiotomía, que supone una mayor morbimortalidad. Las manifestaciones clínicas dependen en esencia de los</p>	<p>pueden reflejar insuficiencia o estenosis valvular.</p>
--	--	--	--

		<p>signos de hipoperfusión sistémica. Por lo regular, cuando se presentan en las primeras horas del posoperatorio, el paciente muestra datos de diaforesis, palidez de tegumentos, llenado capilar retardado, acidosis metabólica y datos de hipoperfusión renal con oliguria o incluso anuria, que en muchos casos precede al incremento de la creatinina. Cuando este síndrome se presenta en los días siguientes a la extubación, a los datos renales y acidobásicos se suman signos claros de disfunción neurológica (desorientación, bradipsiquia, delirio, etcétera.) y estimulación adrenérgica (taquicardia, diaforesis, ansiedad)<sup>27</sup>.</p>	
<p>Valoración de los pulsos periféricos: *Carotideo *Radial *Poplíteo</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>El pulso es una onda determinada por la distensión súbita de las paredes de la aorta, originada por la eyección ventricular, que se propaga a las arterias gracias a su elasticidad. La velocidad de propagación es de 8-10 m/s, de manera que la onda llega a las arterias más alejadas del corazón antes de que haya terminado el período de evacuación ventricular. Esta velocidad aumenta al disminuir la elasticidad arterial, por cuyo motivo es mayor en los viejos que en los jóvenes. El examen de estos pulsos comienza</p>	<p>Un gasto cardiaco reducido puede estar reflejando en los pulsos radial, poplíteo, dorsal pedio y tibial posterior. Los pulsos pueden ser fugaces o irregulares a la palpación y se pueden observar pulsos alternos (latidos fuertes alterados con latidos débiles). Se valoraron los pulsos periféricos, el pulso carotideo tenía una frecuencia de 66 lpm del lado izquierdo y de 63 lpm del lado derecho, pulso radial tenía una frecuencia de 62 lpm del lado izquierdo y de 58 lpm del lado</p>

		<p>lógicamente por la inspección, en busca de pulsos visibles, que son patológicos, por lo que los pulsos arteriales son evaluados generalmente por palpación. Los pulsos periféricos pueden palparse en áreas donde las grandes arterias están cercanas a la superficie de la piel. Los pulsos palpables comprenden, a cada lado, los pulsos: temporal, carotídeo, axilar, humeral o braquial, cubital o ulnar, radial, femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio o dorsal del pie<sup>29</sup>.</p>	<p>derecho y el pulso poplíteo tenía una frecuencia de 60 lpm del lado izquierdo y de 58lpm del lado derecho en donde se encuentra francas evidencias de las diferencias entre ambos lados.</p>
<p>Administrar medicamentos vía oral Amlodipino 5 mg c/24 horas. Rapiiril con hidroclorotiazida 2.5 /12.5 mg c/24 horas</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>Amlodipino es un antagonista de los canales del calcio (ACC) son fármacos que ejercen su acción interfiriendo en la entrada de calcio al interior de las células, al bloquear los canales de calcio voltaje dependientes tipo L. Sus principales sitios de acción en el sistema cardiovascular son las células del músculo liso vascular, los miocitos cardíacos y el tejido específico de conducción. La dosis usual inicial de Amlodipino es de 5 mg una vez por día (tanto para la hipertensión arterial como para la angina de pecho). La dosis puede ser aumentada a un máximo de 10 mg dependiendo de la respuesta individual del paciente. En los estudios realizados no fue</p>	<p>Los pacientes con hipertensión resistente tienen mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y episodios cardiovasculares que los pacientes con TA controlada con la medicación. De hecho, en los pacientes con hipertensión resistente, el pobre control de la TA puede generar mayor lesión en órganos diana y esto, a su vez, puede ser causa de una resistencia mayor al tratamiento. La presión arterial media se mantiene entre 80 - 85 mm Hg con cifras entre 130 – 110 mm de Hg sistólica y 80 a 60 mm de hg diastólica su balance de</p>

		<p>necesario un ajuste de la dosificación de Amlodipino al administrar concomitantemente diuréticos tiazídicos, betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina<sup>31</sup>. Tritazide contiene dos principios activos, ramipril e hidroclorotiazida. El ramipril es un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA). Los inhibidores de la ECA reducen la producción de angiotensina II, un potente vasoconstrictor (sustancia que estrecha los vasos sanguíneos). Al reducirse la producción de angiotensina II, los vasos sanguíneos se relajan y se ensanchan. Con ello, el corazón bombea sangre con más facilidad y el flujo sanguíneo aumenta debido al mayor bombeo de sangre hacia y entre vasos más dilatados. La hidroclorotiazida (HCTZ) es un diurético. Actúa aumentando la frecuencia de micción, reduciendo la cantidad de líquido en la sangre y rebajando la presión arterial. Tritazide se usa para tratar la hipertensión y está indicado en los pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con ramipril o hidroclorotiazida en monoterapia<sup>32</sup>.</p>	<p>líquidos se mantuvo entre (+) 50 y (-) 50 ml</p>
--	--	---	---

Patrón alterado: <b>PREVENCIÓN DE PELIGROS</b>	Riesgo de lesión física r/c un entorno desconocido y a las limitaciones para caminar.		
Definición del diagnóstico:	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.		
Objetivo:	Identificar y tratar oportunamente las complicaciones		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Identificar el riesgo de hipoperfusión cerebral y de síncope:</p> <p>Limitar la actividad física de acuerdo al grado de estenosis aortica crítica Alternar los ejercicios pasivos con periodos de descanso</p>	Totalmente compensatorio	El síndrome de hiperperfusión cerebral (SHC) constituye una complicación excepcional, pero muy grave, de la cirugía de revascularización carotídea, asociada tanto a la endarterectomía carotídea (EC) como al stenting (SC), con una incidencia variable, según las series, entre 0,2 y 18,9%. Considerando aisladamente ambas técnicas las cifras de incidencia son similares: 1,9% en EC y 1,16% en SC. Este síndrome se define como la tríada clínica consistente en cefalea, convulsiones y síntomas de focalidad neurológica en asociación con hipertensión arterial (HTA), y todo ello en ausencia de isquemia cerebral. Posteriormente a esta definición original, preconizada por Sundt, sean añadido como criterios diagnósticos el	En algunos casos se precisan medidas extraordinarias para garantizar la seguridad del paciente y evitar que se lesione a sí mismo. La disminución del ritmo cardiaco hace que la sangre no este lo suficientemente oxigenada como para cubrir las necesidades metabólicas. Se mantuvo en vigilancia continua se disminuyeron las complicaciones. Teniendo estas constantes vitales FC: 80x' FR: 20x', la PAM entre 80 - 85 mm Hg con cifras entre 130 - 110 mm de hg sistólica y 80 a 60 mm de hg diastólica, T°: 36.3° y un llenado capilar de 2 seg y una

		<p>incremento del flujo sanguíneo cerebral (FSC) respecto a los valores basales preoperatorios y/ o la emostración de hiperperfusión en RMN o TA C<sup>33</sup>. El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente. Esta definición permite diferenciar el síncope de otras entidades que cursan con pérdida de conciencia transitoria, real o aparente, en las que el mecanismo no es una hipoperfusión cerebral, como la epilepsia, las caídas accidentales o el seudosíncope psiquiátrico. Se revisa la clasificación etiológica del síncope, con especial hincapié en que el síncope reflejo es el más frecuente y tiene buen pronóstico, mientras que el síncope cardiogénico aumenta con la edad y tiene peor pronóstico. Por otra parte, entre el 6 y el 30% de los pacientes, en función de la edad y el contexto en que se analicen, presentan un síncope debido a una causa cardiaca, que a veces es la primera manifestación de su enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico, con riesgo de muerte súbita<sup>34</sup>.</p>	<p>puntuación de 15 de la escala de Glasgow. La disminución del volumen sanguíneo circulante/ gasto cardiaco puede provocar disminución de la perfusión hística como respuesta compensatoria, disminución de la circulación en extremidades, aumento de la FC y pulso. La paciente caminaba por periodos cortos de 5 minutos por el pabellón sin presentar dificultad respiratoria.</p>
Evitar los cambios posturales bruscos	Parcialmente compensatorio	Los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que se realizan con el objetivo de ir alternando las zonas corporales del paciente en contacto con la	Mantener una posición permite un ahorro de energía, la paciente cambiaba de posición cada 2 horas sin ningún esfuerzo,

		<p>cama, es decir, las áreas corporales sometidas a presión, con lo que se consigue: favorecer la comodidad y bienestar del paciente, evitar la aparición de lesiones de la piel y tejidos subyacentes las úlceras por presión, evitar la aparición de deformidades, evitar la aparición de contracturas musculares. Los cambios posturales deben realizarse cada dos horas en los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. Se han determinado ciertos lineamientos, según el grado de riesgo que presentan los pacientes, así, para pacientes de bajo riesgo se propone un protocolo de cambios posturales frecuente, facilitando al máximo la movilización, la protección de talones, uso de superficies e apoyo y cuidados encaminados al manejo de la humedad, nutrición y corte fricción. En pacientes con riesgo moderado, se utilizarán las mismas medidas generales, a las cuales se agregará el uso de dispositivos de espuma para decúbito lateral. Si el paciente clasifica dentro del rango alto riesgo, se debe aumentar la frecuencia de cambios posturales, intercalando los cambios con pequeñas movilizaciones, agregadas a las medidas generales planteadas anteriormente. En los pacientes de máximo riesgo se debe considerar un protocolo que involucre todos los cuidados de los pacientes de alto riesgo y</p>	<p>manteniendo la frecuencia cardiaca en un rango de 55 a 70 latidos por minuto, de esta manera se permitió dar comodidad y bienestar a la paciente sin alterar sus constantes vitales, evitar la aparición de contracturas y úlceras por presión.</p>
--	--	--	--

		además agregar el uso de dispositivos de anulación de la presión. Se debe fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente <sup>35</sup> .	
<p>Explicar y mantener medidas de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que la unidad cuente con las medidas establecidas</li> <li>• Identificar el riesgo de caídas.</li> <li>• Colocar distintivo de riesgo de caídas.</li> </ul>	Parcialmente compensatorio	<p>La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. Es también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y los cuidados, que pueden causar daño e incluso la muerte del paciente. Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos (EA) entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50% son considerados como evitables en función del tipo de estudio<sup>36</sup>. Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos: medicamentos de aspecto o nombre parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección, mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud<sup>37</sup>.</p>	<p>La orientación ayuda a la paciente a familiarizarse con las cosas, la luz encendida durante la noche le ayuda a desplazarse desde la cama con seguridad. Se verifico que la sala tuviera los timbres funcionando, que todas las lámparas estuvieran funcionando que en la cabecera de su cama estuviera la tarjeta de riesgo alto de caídas, que se contara con un banco de altura para poder subir y bajar de la cama y se identificó que en su pulsera de identificación contara con la etiqueta de riesgo alto de caídas, la posición horizontal hace que el paciente pueda acostarse y levantarse más fácilmente y mantener los objetos al alcance de las manos ayuda a evitar las caídas del paciente por tener que extender peligrosamente.</p> <p>El riesgo de caída de acuerdo a la escala Braden su semaforización fue amarillo</p>

<p>Concientizar a la paciente sobre la importancia de mantener las medidas de seguridad proporcionando el timbre de llamado.</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>La Seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexión sobre la magnitud que tiene el problema de efectos adversos en la asistencia sanitaria, para así prevenir su ocurrencia y proteger a los pacientes con acciones que garanticen una práctica segura. La Seguridad del Paciente es un factor esencial de la calidad asistencial y desde la publicación del informe “Error es humano” es objeto de atención general. Existen múltiples definiciones sobre Seguridad del paciente o Seguridad clínica, una de las más usadas es la de Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como “un conjunto de estructuras y/o procesos organizados que reducen la probabilidad de efectos adversos y resultantes de exposición al sistema de atención sanitaria por enfermedades y procedimientos o bien como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo, la seguridad del paciente es un elemento imprescindible de la calidad asistencial que ha adquirido gran importancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia tangible, eficiente y segura. El objetivo de la Seguridad del</p>	<p>La paciente identifico todas las medidas de seguridad repitiéndolas y refirió que tocaría el timbre para cualquier cuestión que tuviera.</p>
--	--------------------------	---	---

		Paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen <sup>38</sup> .	
--	--	---	--

Patrón alterado: NORMALIDAD	Bajo autocuidado r/c creencias religiosas m/p incumplimiento de los tratamientos y pensamientos repetidos de que Dios la aliviara.		
Definición del diagnóstico:	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades		
Objetivo:	Sensibilizar a la persona sobre el apego del tratamiento		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Favorecer un entorno de comunicación con la persona: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación empática.</li> <li>• Proyectar confianza y seguridad</li> <li>• Asegurar la adecuada comprensión por parte de la paciente.</li> </ul>	Parcialmente compensatorio	La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización, y especialmente durante el ingreso en la Unidad de cuidados Intensivos (UCI). Una de las principales necesidades de los familiares, es recibir una adecuada información. Normalmente se concibe la información como información médica y no de Enfermería <sup>40</sup> . La empatía, actitud que propone Rogers, consiste en introducirnos en el mundo del hombre. "Es la capacidad de percibir	Se estableció un ambiente de confianza que facilitó la comunicación entre la paciente la enfermera, de esta manera la paciente reconoció y comprendió los riesgos y complicaciones que puede presentar si no sigue un correcto control terapéutico, que no solo es sentirse bien por unos 7 días y dejar de tomar el medicamento, que este debe de tomarlo diario y a las horas establecidas por su médico, que su enfermedad es algo serio y que va a mantenerse con el cuidado que ella se tenga y con un control médico. La paciente conoció las alternativas para controlar su presión arterial, que es to

		<p>correctamente lo que experimenta la otra persona y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado". No consiste solo en entender al enfermo, sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia. Tampoco debemos confundir la empatía como técnica con la empatía como actitud. El resultado es conseguir que el ayudado se sienta comprendido por el ayudante, a la vez que conseguimos que se autoexplora y se comprenda. La única forma para que el ayudado se sienta comprendido es por medio de la comunicación, por medio del diálogo, y éste, personalizado, por lo tanto, "implica un modo de compartir la emoción percibida por el otro "sintiendo con el otro" sin "sentir lo mismo que el otro". El ayudante, hábil en la empatía, sabría leer lo que el ayudado comunica, interpretándolo bajo la visión del mismo ayudado, asegurándose de estar en lo correcto a través de sus respuestas<sup>41</sup>.</p>	<p>mar el medicamento siempre a la hora indicada, tener una alimentación balanceada evitando la ingesta de sal, embutidos, irritantes y alimentos que contengan grasa para poder llevar un mejor control sobre su peso y evitar que este sea un factor para poner en riesgo su salud.</p>
<p>Enseñarle a la paciente: Los datos relevantes sobre su enfermedad los factores de riesgo y el tratamiento farmacológico</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento</p>	<p>La información facilitada la paciente y su familiar en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de enfermería, son fundamentales para una mayor comprensión de esta, al platicar con</p>

	<p>crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad<sup>41</sup>. La estenosis aórtica degenerativa es la valvulopatía más frecuente en el mundo occidental y su prevalencia va en aumento como consecuencia del incremento de la esperanza de vida de la población Sabemos que en algunos países hasta un 8% de los individuos mayores de 84 años tienen estenosis aórtica grave. Tres son los elementos clave en la exploración de estos pacientes: la palpación del pulso carotideo (disminución de la amplitud, pulso anácroto), la auscultación cardiaca (intensidad del soplo sistólico y disminución o abolición del segundo tono) y la existencia de signos de insuficiencia cardiaca. La presencia de un frémido sistólico en el mesocardio o en el foco aórtico es muy específica de estenosis aórtica grave. Una anamnesis cuidadosa es fundamental para detectar</p>	<p>ellos y mostrarle con imágenes de que se trataba su enfermedad entendieron mejor todo el proceso que estaba pasando, ella reconoció y comprendió los riesgos y complicaciones de su enfermedad ya que se explicó a base de folletos y esquemas, qué medicamentos son los que debe tomar y en que horarios para mantener su presión arterial controlada que debe tomar su medicamento antihipertensivo de preferencia a la misma hora al igual que su diurético, que estando en hospitalización enfermería estaría a cargo de sus medicamentos pero ya estando ella en su hogar deberá llevar una bitácora de estos para tener un mejor control.</p>
--	--	--

		síntomas como disnea de esfuerzo, angina, mareos o síncope <sup>42</sup> .	
Explicarle la importancia del control de la presión arterial que debe tener un registro de cifras tensionales	Parcialmente compensatorio	La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo de vital importancia en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y representa un significativo problema de salud pública. Se ha descrito que por cada 20 mmHg de incremento de la PA sistólica y cada 10 mmHg de la diastólica se duplica el riesgo de episodios cardiovasculares en presiones entre 115/75 y 185/115 mmHg <sup>43</sup> . La Organización Mundial de la Salud reportó en 2012 una prevalencia mundial de hipertensión en hombres de 29.2% y de 24.8% en mujeres; en México, entre los años 2000 y 2006 la prevalencia fue de 31.6% en adultos mexicanos y es una de las principales causas de hospitalización. En 2013 se describió que la hipertensión arterial afecta a 31.5% de la población mexicana adulta, lo que demuestra estabilidad en la prevalencia de esta enfermedad entre 2000 y 2012 <sup>44</sup> .	Controlar la propia T/A es más conveniente y puede hacer que el paciente siga el tratamiento mejor. La paciente conoció las alternativas que favorecen el cumplimiento del tratamiento y las puso en práctica, tales como tomar sus medicamentos todos los días a la misma hora tener momentos de relajación en particular ella solía rezar o tejer, cuidar su alimentación y beber el agua suficiente. La paciente estuvo pendiente de sus cifras tensionales reportando: 120/80mm Hg, 130/70 mm Hg, 120/70 mm Hg, 120/80 mm Hg, 160/60 mm Hg, 130/80 mm Hg, 130/70 mm Hg, 110/70 mm Hg, 140/80 mm Hg, 140/70 mm Hg, 120/60 mm Hg.
Enseñarle Cómo detectar los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• epistaxis</li> <li>• visión borrosa</li> </ul>	Parcialmente compensatorio	Estos signos y síntomas pueden indicar hipertensión arterial u otras complicaciones cardiovasculares. Epistaxis: La palabra <i>epistaxis</i> proviene del griego, y significa <i>fluir gota a gota</i> . Se define como la salida de sangre al	La paciente comprendió cuáles son los signos de alarma que se mostraron mediante imágenes y videos para saber reconocerlos, si en algún momento se le presentaban tenía que comunicarlo de

<ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor precordial</li> <li>• disnea</li> </ul>		<p>exterior por vía anterior o posterior, de origen endonasal, retronasal o extranasal, causada por la ruptura de los elementos vasculares que garantizan la irrigación de las fosas nasales, senos perinasales y la nasofaringe, de lo cual no está exento ningún grupo de edades. Tanto la incidencia como las dificultades terapéuticas son provocadas por la gran riqueza de la vascularización de las fosas nasales, y por las múltiples causas locales y generales que pueden provocar el sangrado. Estudios realizados en Europa y algunos países de América (Chile, Panamá, Brasil) demostraron que la epistaxis constituye un frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencias de otorrinolaringología, asociada generalmente a elevación de la presión arterial, lo cual constituye una de las urgencias más aparatosas; Ante un cuadro de epistaxis grave por su abundancia, es necesario el tratamiento de urgencia, sin precisar más que el lado afectado y orientado a lograr hemostasia rápida, tratar la causa y pasar después a un estudio más profundo. En general es posible plantear unos lineamientos de atención básicos y obtener los datos necesarios para establecer un diagnóstico y aplicar tratamiento<sup>45</sup>.</p>	<p>inmediato a su enfermera de turno para tomar darle tratamiento y que si ya estando fuera de la estancia hospitalaria debía de acudir a al hospital para que la atendieran, que para que estos signos no se presentaran ella debía controlar la presión arterial que es de vital importancia para tener un buen funcionamiento. La paciente no presenta ningún dato de alarma durante su estancia hospitalaria y se mantuvo con un buen control terapéutico.</p>
--	--	--	--

		<p>Retinopatía hipertensiva: Las alteraciones visuales son muy frecuentes en su presentación, oscilando entre el 30 y el 60% de los casos. Las alteraciones en el fondo de ojo son muy características y consisten en hemorragias y/o exudados (retinopatía hipertensiva grado III) y edema de papila (retinopatía hipertensiva grado IV). Las hemorragias (en forma de llama o de puntos) son un signo de lesión vascular grave y suelen desaparecer a las pocas semanas después del control de la PA. Los exudados (en sus dos formas, duros o algodonosos) también suelen desaparecer a las pocas semanas del tratamiento efectivo<sup>46</sup>.</p> <p>Dolor Precordial: El dolor torácico agudo es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia de todo el mundo. La principal preocupación detrás de estos casos es que el síntoma sea causado por un síndrome coronario agudo. Sin embargo, luego de una evaluación clínica y de laboratorio apropiada, sólo un 15 a 25% de los pacientes que concurren por este síntoma resultan tener, finalmente, un síndrome coronario agudo. Por otra parte, alrededor de un 2% de los pacientes que acuden a los servicios de</p>	
--	--	--	--

		<p>urgencia por molestias torácicas son dados de alta desde el servicio de urgencia a sus domicilios en circunstancias que sí tenían un síndrome coronario agudo en evolución. Otras causas de dolor torácico agudo de origen cardiovascular, que pueden poner en riesgo la vida, son la embolia pulmonar y la disección aórtica<sup>47</sup>. Disnea: La disnea se define como la sensación subjetiva de falta de aire o dificultad para respirar. Engloba múltiples sensaciones, cualitativa y cuantitativamente diferentes, que explican la heterogeneidad con la que puede expresarse este síntoma, que se puede presentar en otras enfermedades no respiratorias y en personas sanas. Desde una visión general podemos destacar varios factores determinantes de la disnea: a) desequilibrios de la ventilación-perfusión; b) limitación al flujo aéreo; c) receptores pulmonares, torácicos, quimiorreceptores; d) utilización de la musculatura accesoria de las extremidades superiores, y e) factores psicológicos<sup>48</sup>.</p>	
Proporcionar alternativas para favorecer el cumplimiento del		La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica,	Una participación activa en el tratamiento ayuda al paciente y a la familia a sentir un mayor control de la enfermedad, lo cual mejora la eficacia

<p>tratamiento, horarios accesibles para la ingesta de los fármacos.</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas<sup>49</sup>.</p>	<p>de la acción terapéutica del tratamiento, adoptando un mismo horario para la ingesta de sus medicamentos para tener un mejor control sobre las cifras de su presión arterial. Fue necesario que se conociera la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento. Para ello, se planteó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar claramente al paciente su Enfermedad y los posibles tratamientos, con sus pros y contras</li> <li>• Conocer qué espera el paciente de su tratamiento</li> <li>• Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias</li> <li>• Ayudar al paciente a tomar las decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios</li> <li>• Aceptar que: el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos, beneficios y efectos adversos</li> </ul> <p>El paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar que el paciente o familiar tuviera una lista actualizada de los medicamentos que toma así como de alergias y efectos adversos.</li> </ul>
<p>Procurar la Participación de su</p>		<p>El personal de Enfermería tiene un papel fundamental en la atención a los</p>	<p>La paciente y su familiar aceptaron las recomendaciones dadas para así</p>

<p>familia Explicarle a la familia la importancia de modificar en conjunto los factores de riesgo. Darle a conocer a la familia el efecto que tiene su participación en el tratamiento. Escuchar a la familia Aclarar dudas</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>familiares de los pacientes. La Enfermería se ocupa de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales y/o procesos vitales de los individuos grupos y comunidad. Las respuestas humanas son las conductas, comportamientos y reacciones que a nivel cognoscitivo, afectivo y psicomotor tienen las personas ante distintas situaciones de salud y/o procesos vitales<sup>40</sup>. Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes<sup>50</sup>. En 1999, la Organización mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de res-ponsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. La mayoría de los cuidadores primarios al responsabilizarse de las personas enfermas, ignoran toda la</p>	<p>tomar alternativas en su cuidado. Se logró el entendimiento del familiar en relación con el cumplimiento del tratamiento, El familiar comprendió los factores de riesgo y refirió q modificarán su estilo de vida. La información sobre cómo manejarse dentro del sistema sanitario ayuda a la paciente y a la familia a sentirse más tranquilos y a un mejor control del cuidado del paciente. Proporcionar información exacta puedo disminuir la ansiedad del paciente asociada a lo desconocido y a lo extraño.</p>
---	--------------------------	--	---

		<p>carga y las implicaciones que conlleva el cuidado. El cuidador primario progresivamente incrementa el tiempo de cuidado a la persona y disminuye el tiempo de descanso para él, con tendencia a la sobreprotección, lo que implica mayor tiempo, trabajo y dedicación, enfrentando los riesgos asociados a estrés y/o agotamiento. El resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta por los cuidadores, puede propiciar una vivencia subjetiva de sobrecarga, así como otras consecuencias negativas sobre su salud<sup>51</sup>.</p>	
--	--	--	--

Patrón alterado: <b>ALIMENTACIÓN</b>	Alteración de la nutrición r/c ingesta inferior a las necesidades y bajo ingreso económico m/p palidez de las membranas mucosas, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y peso de 51 kg con talla 1.63m IMC: 19		
Definición del diagnóstico:	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas		
Objetivo:	Favorecer el estado nutricional para mejorar la ingestión de nutrientes.		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Enseñanza de dieta: Explicarle el propósito de la dieta.	Educación y apoyo	Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema de salud pública en muchos países en desarrollo. El incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo (FR) observadas en América Latina, son los más importantes indicadores de la magnitud de esta epidemia. La dieta juega un rol importante en el desarrollo de estas enfermedades, para mantener la salud se necesita consumir nutrientes variados y otros compuestos, como los fitoquímicos, que han demostrado un papel protector en diversas afecciones. La meta es cambiar de forma permanente los hábitos alimentarios y el aumento de la	Una dieta reducida en grasas, rica en proteína y con un incremento en la relación grasas poliinsaturadas/grasas saturadas disminuye la mortalidad por todas las causas, lo que se atribuye a una disminución de muertes por enfermedad coronaria. La paciente comprendió que la alimentación es parte fundamental para mejorar su salud. Se le enseña bajo imagen del plato del buen comer los alimentos que debe

		<p>actividad física acorde al estado cardiovascular del paciente. Para alcanzar estos propósitos la dieta debe ser rica en frutas y vegetales, pescado graso, pollo, carne magra, legumbres, cereales y granos integrales. Factores de riesgo:</p> <p>Hiperlipoproteinemias (HLP): La hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de la enfermedad coronaria y en la progresión de las lesiones ateroscleróticas. Con la dietoterapia y las drogas hipolipemiantes se previene la progresión de la placa aterosclerótica, se induce la regresión y disminuye el riesgo de eventos coronarios agudos en pacientes con enfermedad coronaria preexistente o con enfermedad periférica. Se considera a los triglicéridos (TG) como un factor de riesgo cardiovascular independiente a otros factores conocidos. En pacientes con enfermedad coronaria establecida la disminución del LDL colesterol, reduce ampliamente el riesgo de infarto agudo del miocardio, muerte por enfermedades cardiovasculares y por todas las causas.</p> <p>Hipertensión arterial: La dieta desempeña un papel importante en la regulación de la presión arterial. La dieta hiposódica puede disminuir la presión sanguínea y el incremento de ella con la edad. Los alimentos que disminuyen la presión arterial son las frutas y</p>	<p>consumir en las 5 comidas establecidas.</p>
--	--	--	--

		<p>los vegetales. La reducción de la ingestión de sodio puede ayudar a los hipertensos con tratamiento a disminuir la dosis de sus medicamentos mientras mantiene un buen control de la presión sanguínea. Existe una asociación entre las dietas de bajos niveles de calcio con incrementos de la prevalencia de hipertensión arterial. Es por ello beneficioso mantener niveles adecuados de calcio en la ingesta<sup>52</sup>.</p>	
<p>Instruir a la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>La Norma Oficial Mexicana NOM-043. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación ofrece opciones prácticas para integrar una dieta correcta, adecuada a su cultura, costumbres, necesidades y posibilidades.</p> <p>Grupo 1: frutas y verduras</p> <p>Enfatiza la importancia de promover el consumo de verduras y frutas y su mejor forma de consumirlas para aprovechar el contenido de vitaminas, minerales y fibra dietética, El educador puede recomendar el consumo diario de verduras y frutas durante el desayuno comida y cena y dos raciones complementarias, una media mañana y una a media tarde, puede dar ejemplos de platillos o ensaladas y realizar demostraciones culinarias.</p> <p>Grupo 2: Cereales y tubérculos</p> <p>Recomienda el consumo de cereales, de preferencia</p>	<p>Para obtener una dieta variada se deben seleccionar diariamente diferentes alimentos: cereales, viandas; vegetales y frutas pueden disfrutarse en mayor cantidad; aves, pescados, huevo, frijoles en cantidades moderadas; aceites, azúcar y dulces en cantidades limitadas</p> <p>La paciente tiene consiente que alimentos puede comer y cuáles no evitando el consumo de sal, se le explico el plato del buen comer para saber que alimentos puede comer y como combinarlos para poder tener una alimentación balanceada, que lo primordial en ella será consumir frutas y verduras, proteína evitando</p>

		<p>integrales, así como de tubérculos, por su alto contenido de energía y fibra, se apoya en el Apéndice Informativo B que da ejemplos de cereales y tubérculos ricos en fibra y energía. El educador enfatiza en la importancia de este grupo como fuente de energía; orienta sobre el adecuado consumo de cereales sin llegar al exceso para no causar problemas de obesidad.</p> <p>Grupo 3: Leguminosas y alimentos de origen animal Este grupo está conformado por dos tipos de alimentos: Alimentos de origen vegetal: Como el fríjol, lenteja, habas, soya y alimentos de origen animal como la leche, la carne y el huevo que son fuente de proteínas que participan en la formación y reparación de tejidos, debe señalar el consumo adecuado de ellos evitando el exceso en el caso de las carnes que tienen alto contenido de grasas<sup>53</sup>.</p>	<p>las carnes rojas por la cantidad de grasa que en ocasiones trae de preferencia pollo y fibra para evitar el estreñimiento, estando en hospitalización el servicio de dietología le mandaba sus alimentos y sus colaciones para realizar su 5 comidas.</p>
<p>Enseñar a la paciente a planificar las comidas adecuadas.</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>Una alimentación variada que incluya alimentos vegetales ricos en antioxidantes naturales previene grandemente estos efectos negativos de dietas ricas en ácidos grasos saturados y carga glucémica. Alimentos dados en conjunto puede tener diferentes efectos vasculares que la suma de sus componentes individuales. Puede ser entendido por lo tanto, que lo que sucede durante y después de la fase de absorción de los alimentos es de considerable importancia porque ocurre varias veces al día y además</p>	<p>Los aspectos más importantes a tener en cuenta son: control del peso corporal, disminuyendo la obesidad, incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo; eliminación o disminución a niveles no dañinos de alcohol, reducir la ingesta de sal, lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta</p>

		<p>los seres humanos pasan ahora gran parte de su vida en estado postprandial. Múltiples estudios sobre diferentes componentes de la alimentación, han mostrado resultados contradictorios; puntualizando más en la dieta global que en los componentes individuales de la misma. La absorción de los alimentos es un fenómeno complejo; debido a ello se ha prestado mucha atención a la evidencia que estados metabólicos post-prandiales (hipertrigliceridemia e hiperglucemia) son importantes factores contribuyentes al desarrollo de la aterosclerosis. Ambas situaciones pueden causar disfunción endotelial: un marcador temprano de aterosclerosis. Los hidratos de carbono son clasificados tradicionalmente como simples o complejos dependiendo de su estructura química. Los azúcares simples son típicamente digeridos y absorbidos más rápidamente que los complejos y por lo tanto son pensados en inducir una respuesta hiperglucémica más rápida. Estudios recientes han reconocido también que muchos alimentos feculentos (papas hervidas y pan blanco) producen más altas respuestas hiperglucémicas que muchos azúcares simples<sup>54</sup>.</p>	<p>equilibrada de alimentos, para alcanzar estos objetivos la dieta debe ser rica en frutas y vegetales, pescado graso, pollo, carne magra, legumbres, cereales y granos integrales. Comprendió que debe tener 3 tiempos para alimentarse y 2 colaciones entre las comidas para tener una mejor absorción de nutrientes.</p>
<p>Ayudar a la paciente a sustituir ingredientes</p>		<p>La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria y de los dos tipos de accidente cerebrovascular</p>	<p>Existe asociación positiva para la hipertensión arterial con la ingestión de carnes rojas y</p>

<p>que se acomoden a sus recetas favoritas.</p>	<p>Educación y apoyo</p>	<p>(isquémico y hemorrágico). De los muchos factores de riesgo asociados a la hipertensión, la exposición alimentaria más investigada es la ingesta diaria de sodio. Ha sido ampliamente estudiada en modelos experimentales en animales, estudios epidemiológicos, ensayos clínicos con testigos y estudios de población sobre restricción de la ingesta de sodio. Todos los resultados de esos estudios muestran de forma convincente que la ingesta de sodio está directamente asociada a la tensión arterial. Un examen general de los datos observacionales obtenidos en diversos estudios de población reveló que una diferencia de 100 mmol diarios en la ingesta de sodio se traducían en una diferencia media de 5 mm Hg de la tensión sistólica a los 15-19 años, y de 10 mm Hg a los 60-69 años. La tensión diastólica se reduce aproximadamente la mitad, pero la asociación se intensifica con la edad y la magnitud de la tensión arterial inicial. Se calculó que una reducción universal de 50 mmol diarios en la ingesta alimentaria de sodio permitiría reducir en un 50% el número de personas que necesitan tratamiento antihipertensivo, en un 22% el número de muertes por accidente cerebrovascular, y en un 16% el número de muertes por cardiopatía coronaria<sup>55</sup>.</p>	<p>procesadas, al contrario con la ingestión de granos enteros, frutas y nueces, la ingestión de vegetales tiene efectos beneficiosos sobre la presión sanguínea, la paciente sabe que debe tener una alimentación balanceada y evitar carnes rojas, embutidos y la sal debe consumirlas en muy pocas cantidades que puede condimentar sus comidas con especias para evitar la sal.</p>
---	--------------------------	--	---

<p>Administración de Omeprazol 20 mg c/24 horas.</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>El omeprazol es un derivado bencilimidazólico sustituido, con alta potencia y selectividad en su acción inhibitoria de la secreción ácida gástrica, tanto basal como estimulada, en animales y en el hombre. Constituye el primer elemento de una serie de nuevos fármacos antiulcerosos cuyo mecanismo único de actuación para reducir la secreción ácida es la inhibición de la enzima hidrógeno/potasio adenosina trifosfatasa o (H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>) ATP asa gástrica (enzima inhibitoria de la bomba de protones de las células parietales u oxínticas, gástricas); su selectividad de acción se basa en que sólo actúa sobre la enzima de origen gástrico. La actuación de la bomba de protones se produce en la fase final común de los procesos secretores gástricos, de lo que se infiere que el omeprazol puede reducir la acidez intragástrica, independientemente de la naturaleza del estímulo primario<sup>56</sup>.</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria se administraba una tableta de omeprazol por las mañanas la paciente no tuvo ningún problema de tipo gástrico durante su hospitalización.</p>
--	---------------------------------	--	---

Patrón alterado: ELIMINACIÓN	Alteración de la eliminación intestinal r/c actividad física insuficiente y baja ingesta de fibra m/p estreñimiento y tenesmo		
Definición del diagnóstico:	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces duras y secas		
Objetivo:	Disminuir el riesgo de estreñimiento y así facilitar las evacuaciones intestinales.		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Comprobar movimientos intestinales, al igual que frecuencia, forma y consistencia.	Parcialmente compensatorio	El estreñimiento es un problema de salud que afecta a cerca de 20-30% de la población general. Puede elevarse hasta casi el 50% en ancianos sanos y alrededor del 70-80% en ancianos dependientes. En el paciente cardiológico, el estreñimiento tiene una alta incidencia ya que este experimenta, en la fase aguda de su enfermedad, cambios biofísicos provocados tanto por la propia patología como por su tratamiento. En estas circunstancias, pueden aparecer graves complicaciones como consecuencia del esfuerzo, por lo que creemos necesaria su prevención <sup>57</sup> . El abordaje graduado del tratamiento se basa en recomendar cambios en el estilo de vida y la dieta, interrumpiendo o reduciendo medicaciones que producen	Ruidos intestinales disminuidos, debido a la poca movilización aunque la paciente refiere tener por lo menos una evacuación intestinal al día de características  Ojo aumentar líquidas y eliminación

		estreñimiento y administrando suplementos con fibra u otros agentes formadores de volumen. Generalmente se recomienda un aumento gradual de la fibra (ya sea como suplementos estandarizados o incorporada en la dieta) y un aumento de la ingesta de líquidos. El segundo paso en el abordaje graduado es agregar laxantes osmóticos. La mejor evidencia es utilizar polietilenglicol, pero también existe buena evidencia para la lactulosa. Las nuevas drogas lubiprostona y linaclotida actúan estimulando la secreción ileal y aumentando así el agua fecal. Prucaloprida también está aprobada en muchos países y en Europa. El tercer paso incluye laxantes estimulantes, enemas, y fármacos proquinéticos. Se pueden administrar laxantes estimulantes por vía oral o rectal para estimular la actividad motriz colorrectal. Los fármacos proquinéticos también buscan aumentar la actividad de propulsión del colon, pero a diferencia de los laxantes estimulantes, que deben tomarse ocasionalmente, estos están diseñados para administrarse a diario <sup>58</sup> .	
Enseñar a la paciente y al familiar a tener un diario de comidas.	Educación y apoyo	El estreñimiento aparece más en mujeres que en hombres y aumenta con la edad, no siendo el envejecimiento su causa desencadenante, sino factores que pueden promoverlo tales como enfermedades crónicas, inmovilidad, condiciones	La paciente tomo en cuenta y comenzó a registrar en una libreta los alimentos que consumía. Código de evacuación

		<p>neurológicas y psiquiátricas, el uso de medicamentos, nutrición inadecuada A todo paciente que pueda comer, se le asignará una dieta pobre en grasas saturadas e hiposódica, añadiendo la especificación “rica en fibra” y , siempre que no haya contraindicaciones, se le asegurará el aporte hídrico necesario (1,5 litros/día)<sup>59</sup>.</p> <p>Puede mejorar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la necesidad de laxantes. No existen evidencias que las medidas vinculadas a la dieta y al estilo de vida tengan ningún efecto sobre el estreñimiento en los individuos de edad, mientras que los suplementos de fibra y los laxantes osmóticos simples habitualmente constituyen un manejo adecuado para el estreñimiento en estos pacientes. En los pacientes con dilatación colónica debe evitarse la suplementación con fibras. Los suplementos con psilio y lactulosa pueden ser útiles para el tratamiento del estreñimiento crónico<sup>60</sup>.</p>	
Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser la causa del estreñimiento o lo contribuyen.	Parcialmente compensatorio	El estreñimiento del paciente anciano, en la mayoría de los casos, se debe a causas multifactoriales de entre las que destaca de forma muy importante la inmovilidad. Se ha descrito en adultos estreñidos y sedentarios que, con el ejercicio físico, independientemente del contenido de fibra en la dieta y de la ingesta hídrica, se mejora	La paciente corre el riesgo de estreñimiento a consecuencia de la poca actividad física que realiza, para lo cual se le recomendó aumentar la ingesta de líquidos acompañada de un poco

		<p>el patrón defecatorio y el tiempo de tránsito colónico. En los ancianos frágiles encamados y con síndrome de inmovilidad se ha visto que el tiempo de tránsito colónico puede estar muy prolongado. Entre las posibles causas de estreñimiento pueden estar factores locales anales o intestinales, alteraciones de algunos hábitos alimentarios, la toma de fármacos para el tratamiento de la comorbilidad y alteraciones metabólicas, endocrinas y neurológicas y las causas más frecuentes, cabe destacar que la dieta pobre en fibra se asocia a una disminución en el volumen de las heces, así como a un tránsito intestinal más lento. La dieta de un paciente anciano debería contener unos 40 g de fibra al día y, para ello, en muchas ocasiones habría que adaptarla. Un exceso de fibra puede ser contraproducente en los casos de sospecha de obstrucción o de íleo de cualquier causa<sup>61</sup>.</p>	<p>actividad física (caminar no más de 5 min)</p>
<p>Ajustar la dieta al estilo del paciente y fomentar la ingesta de líquidos</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>El promedio de consumo de fibra en el mundo occidental oscila entre 10-15 gramos por día. Un incremento de 15-20 gramos, hasta completar la cantidad de 30 gramos al día determina un aumento del volumen de las deposiciones, una disminución de su consistencia y una reducción del tiempo de tránsito colónico, suplementos de líquidos (hasta 1.5–2.0 L/día). Este hecho es particularmente cierto en aquellos pacientes</p>	<p>En la alimentación se le pidió la ingesta de fibra para una mejor digestión. La paciente aceptó el aumento de ingesta de líquidos para facilitar la eliminación intestinal y disminuir el riesgo.</p>

		<p>con estreñimiento y tránsito colónico normal. Los enfermos con un tiempo de tránsito enlentecido, obstrucción funcional distal o megacolon suelen empeorar al aumentar la ingesta de fibra. El salvado de trigo constituye la fuente principal de aporte de fibra (44 g/100 g). Algunos pacientes, sin embargo, rechazan este suplemento, optando por otras formulaciones de mejor sabor. %). Otros alimentos como las legumbres y algunas frutas como los kiwis o las ciruelas pasas poseen una cantidad de fibra considerable. Debe explicarse al paciente que el efecto terapéutico de la fibra no es tan inmediato como el obtenido con otros laxantes y que su administración, a menudo va acompañada por un cuadro transitorio de flatulencia debido al incremento en la producción de gas por parte de las bacterias intestinales. Por este motivo, se recomienda que el aporte de suplementos de fibra se realice de un modo gradual<sup>59</sup>.</p>	
--	--	---	--

Patrón alterado: <b>ACTIVIDAD Y REPOSO</b>	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario, ruidos, iluminación, falta de intimidad al compartir habitación m/p cambio en el patrón normal de sueño e insomnio.		
Definición del diagnóstico:  Objetivo:	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos  Favorecer el patrón del sueño para mejorar el descanso.		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Determinar el esquema del sueño.	Parcialmente compensatorio	El sueño es una necesidad humana fundamental. Es considerado un reloj biológico complejo que funciona sobre un período de 24 horas, en el cual se controla una gran cantidad de procesos fisiológicos, como la temperatura, el pulso, la tensión arterial y la secreción hormonal. El sueño modula el sistema inmunológico, repara y favorece la homeostasis y consolida algunas funciones cognitivas; cuenta, además, con una serie de funciones fisiológicas importantes. La función anabólica del sueño está confirmada por el incremento de la absorción de los aminoácidos por parte de los tejidos, de la síntesis de las proteínas y del ácido ribonucleico y de la eritropoyesis.	Estando la paciente en una habitación compartida le era muy difícil conciliar el sueño ya que no estaba en su hogar por ende no estaba en las condiciones adecuadas en cuestiones de comodidad y al compartir habitación no todas las pacientes solían tener el mismo patrón de sueño ya que unas dormían por las tardes y por las noches permanecían despiertas o por lo contrario pacientes en estado crítico que no podían descansar por su enfermedad, por lo tanto le era difícil conciliar el sueño por las

		Adicionalmente, la melatonina se ha considerado la “hormona de la oscuridad”, ya que su producción depende del sueño y permite la modulación del sistema inmunológico, así como la conservación de la memoria y el aprendizaje. Una de las principales alteraciones en el ciclo del sueño es cuando se presenta una privación de este, con efectos hormonales y cognitivos. En las hormonas, la privación del sueño desencadena alteraciones en la modulación de la respuesta inmunológica y hacen al paciente más susceptible de presentar infecciones; además, el desequilibrio entre el control del sistema simpático y parasimpático aumenta el riesgo de presentar hipotensión o hipertensión, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, hipoxemia, fatiga muscular y disminución de la eritropoyesis <sup>62</sup> .	noches solía dormir pero despertaba varias veces.
Registrar el esquema y número de horas del sueño del paciente, evitando dormir en el día.	Parcialmente compensatorio	El patrón de un sueño normal comienza con una fase de pre sueño (latencia de sueño), que dura aproximadamente entre 10 y 30 minutos. Progresivamente, el sujeto va desarrollando una somnolencia que avanza hasta llegar a la fase IV del sueño NREM. Al finalizar esta fase, el patrón de sueño se invierte y el sujeto regresa a los estadios III y II, y es donde tiene lugar el sueño REM (cuya duración	De acuerdo a las características de la habitación en la que estaba hospitalizada, comenzó a fijar cierta hora para dormir (22:00hr) al igual que para despertar (07:30) para poder mejorar el sueño y descansar por 9:30hrs., refiriendo despertar 1 o 2 veces en ese

		<p>es de 5 a 30 min, cada 90 minutos aproximadamente). El tiempo total de sueño reparador en los humanos se compone de 4-6 ciclos recurrentes de 90 a 120 minutos, donde alternan el sueño REM y NREM. No obstante, la duración total de sueño varía sin ser un hecho patológico entre unos individuos y otros, existiendo cortos durmientes de 4-6 horas, durmientes medios de 6.5-8 horas, grandes durmientes de 8.5-11 horas. Aunque están descritos sujetos normales durmiendo menos de 4 horas, lo habitual es que una cantidad menor de 4 horas por noche se relacione con un trastorno del sueño, Como se observa, el trastorno del sueño puede constituirse como problema de forma aislada (desincronización del ritmo circadiano como por ejemplo el jet-lag, o debido a la variabilidad de turnos de trabajo), que mantenida en el tiempo puede dar lugar a una patología mental, o viceversa, pudiendo ser que una patología mental dé como síntoma subjetivo más importante cualquier forma de trastorno del sueño<sup>63</sup>.</p>	<p>horario fijado por factores externos,</p>
<p>Ayudarle a identificar el mobiliario que hay en su habitación y el espacio que tiene para facilitar la movilización si fuera</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Se recomienda propiciar un entorno que favorezca la mantención de un sueño normal en los pacientes hospitalizados. Las intervenciones sugeridas se dirigen fundamentalmente al nivel de ruido,</p>	<p>La paciente se adaptó con el mobiliario de su habitación, aceptando que debe de compartirla, y quedándose con un cómodo para así evitar</p>

<p>necesaria en las noches.</p>		<p>exposición a luz natural y a la organización de las actividades de cuidado que lidera el personal de Enfermería. Dentro de las recomendaciones están las siguientes:</p> <p>a) Limitar el nivel de ruido ambiental, alarmas, TV, conversaciones junto a la cama del paciente. Si es posible cerrar la puerta de la habitación, limitar el número de visitas y hacer respetar los horarios de las mismas. Ofrecer tapones de oídos y desconectar teléfonos en la habitación en horarios de descanso. b) Fomentar la exposición a luz brillante durante el día y atenuarla a partir de las 21 hrs. También ha sido evaluado el ofrecer una máscara para los ojos, de manera de limitar la luminosidad durante la noche. c) Fomentar el sueño regular nocturno y aconsejar no tomar siestas durante el día.</p> <p>d) Minimizar los baños, cambios de ropa y otras actividades de cuidados de Enfermería durante la noche. e) Dentro de lo posible, intentar respetar el ciclo de 90 minutos de sueño entre un control de signos vitales y otro, extracción de muestras para exámenes de laboratorio, optimizando el control de glicemia nocturno y maximizando el manejo del dolor. Estas recomendaciones pretenden mejorar de forma global las rutinas junto a</p>	<p>levantarse para ir al baño y ya no salir de la habitación. El Identificar el área donde se encuentra y tener ubicado el mobiliario le facilitó un espacio de confort en el cual la paciente podía desenvolverse sin ningún riesgo.</p>
---------------------------------	--	--	---

		la cama del paciente para evitar fragmentar excesivamente su sueño <sup>64</sup> .	
Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación y limitar los estímulos ambientales (luz y ruido).	Parcialmente compensatorio	Durante el sueño las necesidades metabólicas del paciente disminuyen y, consecuentemente, también lo hace la demanda ventilatoria; de igual manera, en esta fase existe una inhibición de estímulos corticales y la regulación ventilatoria depende casi exclusivamente de los quimiorreceptores. La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables un exceso de activación (trastornos cardiovasculares, disfunciones gastrointestinales, fobias, etc.). En estos casos, la práctica de la relajación no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico. La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la	Eligió como método de relajación rezar, adaptándose a las normas del hospital evitando dormir por las tardes para tener un mejor descanso y sueño por la noche, al compartir habitación con 5 personas más, no le era fácil conciliar el sueño ya que varias de ellas tenían familiar las 24 hr y había mucho ruido para poder descansar, ya que el sueño sincroniza factores ambientales como la luz y la oscuridad, para facilitar el sueño la paciente decidió cerrar las cortinas y apagar la luz.

		<p>emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta (Fernández-Abascal, 1997). En lo que respecta a la dimensión fisiológica, los efectos de la relajación son los opuestos a los de la activación simpática. Así, a nivel fisiológico la relajación produce, principalmente una disminución de los siguientes parámetros: Tensión muscular tónica, frecuencia e intensidad latido cardíaco, actividad simpática en general, secreción adrenalina y noradrenalina, vasodilatación arterial, cambios respiratorios (disminución frecuencia, aumento en intensidad, regulación del ritmo respiratorio), metabolismo basal, índices de colesterol y ácidos grasos en plasma<sup>67</sup>.</p>	
<p>Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Promover el bienestar psicológico, ayudar al paciente a completar una noche de rutina familiar, reducir sentimientos de ansiedad dando información adecuada y explicaciones, promover una posición cómoda para dormir, reducir y priorizar el número de actividades de cuidado para evitar interrupciones en el sueño del paciente y tomarse el tiempo para explicarle al paciente los procedimientos independiente de su estado de alerta. La European Society of Cardiology define la práctica de actividad física como recomendación tipo I con nivel de</p>	<p>La paciente acepto que para mejorar el sueño debe de realizar actividad física, lo que se comenzó a realizar fue caminar por momentos cortos durante todo el día alternando con reposo en su cama o en el reposit, para evitar descompensación.</p>

		<p>evidencia B; afirmando que la recomendación de actividad física es para todo paciente crónico estable, no existiendo una evidencia de que el ejercicio físico deba ser limitado en estos pacientes sea cual sea su etiología, su clasificación en la escala de la NHYA, su fracción de eyección o su medicación. Además concluye que existen efectos similares en los programas hospitalarios y en los programas realizados fuera de estos. Por consiguiente existe acuerdo en considerarla práctica de actividad física en pacientes con insuficiencia cardiaca como una práctica recomendada, siempre que sean pacientes controlados. Las recomendaciones generales que proponen las guías internacionales se resumen en los siguientes puntos: Los pacientes estables pueden alcanzar los 30 minutos o más de una actividad de intensidad moderada, prácticamente todos los días de la semana, una menor intensidad y prácticas más cortas en el tiempo, combinadas con periodos de descanso, pueden ser suficientes para pacientes con patologías más agudas, se pueden desarrollar actividades de bajo impacto para minimizar el riesgo de lesiones, incorporar la actividad física en las actividades diarias puede ser</p>	
--	--	--	--

		recomendable como una parte del programa de rehabilitación <sup>68</sup> .	
Realizar un control estricto de líquidos	Totalmente compensatorio	El agua es el componente más abundante del cuerpo; se distribuye a través de las células, líquidos extracelulares y las estructuras de sostén. El agua representa un porcentaje variable entre individuos (60%, 70% y hasta 80%) del peso corporal, dependiendo de la edad, el sexo y el contenido de grasa corporal. Las mujeres tienen una cantidad de agua corporal total correspondiente a alrededor del 60% del peso corporal, los hombres del 70% y los niños del 80%. El agua corporal total está distribuida como agua intracelular, en un 50–58%, el agua extracelular (plasma y líquido intersticial como linfa y ceflorraquídeo) 38–46% y una pequeña fracción de agua transcelular 2,5% (secreciones y excreciones). Con base en el peso corporal, los requerimientos usuales diarios de agua para adultos normales varían entre 21 y 43 mL/kg; el promedio es de 32 mL/kg y los niños requieren aproximadamente de 100 a 150 mL/kg día. El balance de agua y electrolitos está determinado por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretado. Las fuentes de ingesta de agua incluyen el agua consumida, los alimentos ricos en agua, como las frutas,	Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico del paciente del paciente.  su balance de líquidos se mantuvo entre (+) 50 y (-) 50 ml, teniendo un ingreso de 450 ml por vía oral sin soluciones IV, manteniendo un ingreso de 450 ml, mientras de egresos 300 ml de diuresis, 100ml de evacuaciones, teniendo 400 ml de egresos obteniendo un balance positivo de 50 ml.

		<p>así como el agua que genera el metabolismo oxidativo. Las fuentes de excreción de agua son la orina, el sudor, las secreciones gastrointestinales y vapor en el aire espirado. Las pérdidas insensibles en niños son de 30 a 50 mL/kg/día ó 500 mL/m<sup>2</sup> de superficie corporal/día, las pérdidas fecales de 8 a 10 mL/kg/día ó 100 mL/m<sup>2</sup> de superficie corporal/día; en adultos son de 300 a 500 mL/m<sup>2</sup> de superficie corporal, las pérdidas fecales de 200 mL/día. Los electrolitos son aquellas sustancias que se hallan disueltas en los líquidos del organismo: potasio, sodio, cloro, calcio, bicarbonato sódico, magnesio y fosfato. La concentración de estos electrolitos debe mantenerse dentro de un rango muy estrecho correspondiente a la normalidad; múltiples enfermedades, trastornos y medicamentos pueden provocar desequilibrios. El balance normal debe ser "0". El balance es positivo cuando la cantidad de líquido administrado por vía exógena es mayor que la cantidad de líquido eliminado por el organismo y es negativo cuando la cantidad de líquido eliminado por el organismo es mayor a la cantidad de líquido administrado por vía exógena<sup>69</sup>.</p>	
--	--	--	--

<p>Identificar y evitar el estreñimiento:</p> <p>Auscultar los movimientos intestinales</p> <p>Cuantificar las deposiciones en 24 horas</p> <p>Fomentar la ingesta de líquidos</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>El estreñimiento o constipación es un problema muy frecuente en las personas mayores y, además, tiene muchas implicaciones sanitarias y psicológicas. El envejecimiento supone la unión de factores que convergen en la aparición del estreñimiento tales como: inmovilidad, deshidratación o simplemente la polimedicación. En las posibles causas de estreñimiento pueden estar factores locales anales o intestinales, alteraciones de algunos hábitos alimentarios, la toma de fármacos para el tratamiento de la comorbilidad y alteraciones metabólicas, endocrinas y neurológicas. Por todo ello, es básica una correcta metodología en la recogida de la historia clínica. Cada día llegan al colon entre 1 y 1,5 l de fluidos que contienen sales, fibra y otros residuos. De ellos, un 90% será absorbido por la mucosa colónica, que produce a diario unos 100 g de heces, de los cuales un 70% es agua y el resto, residuos sólidos. Con el paso de los años no parece que haya un enlentecimiento fisiológico del tránsito colónico, excepto en los casos en que hay estreñimiento. Sí se observa una reducción en las neuronas de los plexos mientéricos que son sustituidas por tejido fibroso, aunque este hallazgo no está correlacionado con cambios en la</p>	<p>Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad peristáltica y la evacuación regular al igual que un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regularidad en la evacuación. Se auscultan los movimientos intestinales con poca actividad peristáltica. Se cuantifican heces de 1 a 2 al día, solidas de color café sin dificultad para evacuar.</p>
--	---------------------------------	---	--

		funcionalidad. También hay una disminución de la sensibilidad rectal y canal anal que altera el umbral de distensión rectal. Como la sensibilidad es fundamental para una correcta defecación y contención fecal, hay más riesgo de incontinencia y estreñimiento. Asimismo, hay una alteración en la eficiencia de la musculatura pelviana que puede afectar tanto la defecación como la continencia <sup>59</sup> .	
--	--	---	--

Patrón alterado: NORMALIDAD	Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento y rehabilitación r/c cambio valvular aórtico, m/p desconocimiento y preguntas reiteradas.		
Definición del diagnóstico:	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.		
Objetivo:	Que la paciente obtenga la información necesaria acerca de su enfermedad con el fin de lograr independencia.		
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se aplicaron técnicas pedagógicas en cada fase del aprendizaje respecto a: Definición, etiología y fisiopatología de su enfermedad.	Educación y apoyo	Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad. Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Cuidados personalizados con especial hincapié en la relación enfermera-paciente, para fortalecer esta relación es necesario que la enfermera desarrolle las habilidades específicas relacionadas con las patologías de los	Se optó por llevarle la información por escrito de su enfermedad y explicársela hasta que la comprendiera. La educación favorece la adherencia del paciente al programa, disminuye la ansiedad, facilita el proceso de la recuperación de paciente y evita la progresión de la enfermedad

		pacientes; así mismo, con ellos se mantendrá actualizada, obtendrá conocimiento y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación con el paciente. Para conseguir una buena relación es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia, para ayudarla a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción, y pueda ser percibida por el paciente como un profesional totalmente involucrado, evitando quejas y expresiones como: “ni siquiera me puso atención” o “se mostraba” <sup>70</sup> .	
Medidas de rehabilitación para su reintegración a la sociedad.	Parcialmente compensatorio	Las actividades educativas en el programa de rehabilitación cardiaca varían de acuerdo al momento de la recuperación y a las necesidades específicas del paciente. En un inicio, la educación estará más encaminada a la comprensión de la enfermedad, reconocimiento de los signos de alarma y a la preparación del paciente para el regreso a casa. En una etapa posterior la educación estará dirigida a la modificación de factores de riesgo y adopción de nuevos estilos de vida. Las sesiones educativas pueden ser individualizadas o en grupo. En estas pláticas también deben incluirse a los familiares. Durante las pláticas de grupo los pacientes y sus familias encuentran un espacio para sentirse menos aislados cuando tienen la oportunidad de interactuar con otros miembros del grupo con problemas similares. Además, el	La paciente comprendió su enfermedad y todo lo que debe realizar para cuidar su salud. Los pacientes tienen a aprender a vivir con una enfermedad crónica. Aun aquellos pacientes que no sufren de enfermedad coronaria pero que están en rehabilitación cardiaca por otra enfermedad cardiovascular estarán sujetos a terapias y tratamientos a largo plazo como parte de su estilo de vida.

		<p>nivel de conocimiento varía entre los participantes del grupo y algunos de ellos sirven como coinstructores. En muchas ocasiones, el aprendizaje se facilita cuando el educador ha tenido la experiencia personal con el problema. Los pacientes cardiacos parecen tener la tendencia natural de ayudarse el uno al otro durante el proceso de aprendizaje. Dentro de las actividades educativas en la fase I de rehabilitación cardiaca, el paciente, además de recibir información, es incluido en un programa donde se establecen metas a corto y largo plazo. La enfermera de rehabilitación cardiaca evaluará el momento para el inicio de estas actividades. Asegurará que el personal de piso (en caso de no ser ella quien intervenga directamente), terapia física y dietología lleven a cabo las actividades educativas correspondientes. Se otorgará instrucción acerca de los medicamentos, molestias comunes después de la cirugía, cuidado de la herida quirúrgica y safenectomía. El paciente recibirá instrucción con respecto a los cuidados y actividades recomendadas durante las primeras seis semanas de recuperación. Especial atención se dará a la enseñanza y reconocimiento de los síntomas que requieren atención médica inmediata. La inclusión de los pacientes a los programas de fase II de rehabilitación cardiaca facilitan el constante recordatorio de las medidas de autocuidado y</p>	
--	--	---	--

		<p>modificación de factores de riesgo a través de pláticas individuales y/o grupales impartidas a los pacientes y sus familiares. En él intervienen los diversos profesionales que forman parte del equipo de rehabilitación cardiaca siendo las enfermeras quienes generalmente coordinan los programas de educación de pacientes. Esta fase de la rehabilitación cardiaca constituye el momento más importante para promover el cambio del estilo de vida de los pacientes. El objetivo de las actividades educativas en esta fase se centra a ofrecer los recursos para que el paciente, a través de la práctica, adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y modifique actitudes que conduzcan en conjunto a un cambio relativamente permanente en la conducta para mejorar y mantener su salud. El programa de rehabilitación cardiaca debe ser capaz de cubrir las necesidades más importantes del paciente que lo conlleven a su pronta reincorporación familiar, social y laboral. Falla III Las llamadas telefónicas para el seguimiento de los pacientes que están en casa o las visitas periódicas a la unidad de rehabilitación cardiaca para su control, han demostrado ser un método efectivo para el recordatorio de las instrucciones y para incrementar el conocimiento y retención, con una mayor adherencia al tratamiento y control de factores de riesgo<sup>71</sup>.</p>	
--	--	--	--

<p>Favorecer independencia.</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>Aumentar el nivel de independencia de los pacientes a nuestro cargo es una premisa constante en la ejecución de nuestros cuidados y además ha servido de fundamento para algunas de las teorías que han dado forma al marco conceptual de nuestra profesión. De hecho, conseguir el menor grado de dependencia posible de las poblaciones es un objetivo que compartimos las enfermeras con otras disciplinas científicas, ya que la dependencia, la podemos considerar como un sinónimo de la discapacidad. La dependencia de tipo físico o funcional, es definida por Aguilar Hernández et al como “la dificultad para realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse y desvestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones”. La recuperación o el mantenimiento de la independencia funcional es un resultado de salud que puede ser abordado desde varias perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por un lado, forma parte de los resultados en salud catalogados como clásicos (calidad de vida, mortalidad, morbilidad, satisfacción, resultados de las pruebas clínicas). Concretamente, formaría parte de los resultados determinantes de la calidad de vida, que serían la funcionalidad física, la funcionalidad psíquica y la social<sup>72</sup>.</li> </ul>	<p>El objetivo de las actividades educativas se centra a ofrecer los recursos para que la paciente, a través de la práctica, adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y modifique actitudes que la conduzcan en conjunto a un cambio relativamente permanente en la conducta para mejorar y mantener su salud</p> <p>La paciente adapto a su forma de vida que es fundamental realizar ejercicio, en su caso realizar caminata de 5 a 10 minutos a tolerancia.</p>
---------------------------------	---------------------------------	--	--

## **XI. PLAN DE ALTA**

### **DIETA:**

#### **Hiposódica**

- Verduras
- Pollo, carne de res, Pescado
- Evitar alimentos irritantes
- Abundantes líquidos agua natural, jugos de frutas, infusiones, evitando las bebidas gaseosas y el café

### **MEDICAMENTOS:**

- ✓ Amlodipino 5 mg VO c/24 hrs.
- ✓ ramipril/ hidroclorotiazida 2.5 /12.5 mg VO c/24 hr
- ✓ warfarina conservar el INR en 2,0 a 3,0 en paciente valvular

Tomar la presión arterial 1 vez al día y valorar las cifras tensionales

### **CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA:**

- Realizar 1 vez al día la limpieza de la herida con agua y jabón neutro valorando signos de infección de la misma, que no haya sangrado, que la herida no se encuentre roja o caliente y que no tenga salida de líquido purulento.

## ACTIVIDAD FISICA:

## REHABILITACION CARDIACA:

### Fase 1:

- ▶ Se educa al paciente acerca de su enfermedad.
- ▶ La dieta, los factores de riesgo y su modificación.
- ▶ Se le orienta respecto a sus medicamentos.
- ▶ Cuidados que ha de tener en casa.
- ▶ Actividad física permitida.
- ▶ Signos de alarma para solicitar ayuda.

### Fase 2 Ambulatoria:

- ▶ Es la principal.
- ▶ Puede comenzarse con la prueba ergométrica precoz (5-15 días).
- ▶ El objetivo es adquirir un hábito de vida cardiosaludable.
- ▶ El control de los factores de riesgo cardiovascular.
- ▶ La realización de ejercicio físico adecuado.
- ▶ Se consigue elevar la capacidad funcional del paciente.

Consta de varios aspectos: entrenamiento físico, educación sanitaria y psicoterapia. El paciente es valorado por cardiología y rehabilitación para un entrenamiento individualizado; comienza a las 3 o 4 semanas del alta hospitalaria después de un infarto agudo de miocardio, a las 8 o 10 semanas tras cirugía de revascularización miocárdica.

### Fase 3 Mantenimiento:

Dura toda la vida, comprendiendo el período no vigilado de rehabilitación cardiaca.

- ▶ El paciente debe volver a la unidad de rehabilitación cardiaca una vez cada 6 meses para recuerdo en grupo (charlas, entrenamiento físico, formación de club coronarios). Los objetivos de esta fase serán desarrollar su actividad física de manera independiente, conforme a un plan de entrenamiento

establecido al término de la fase II. Manteniendo la clase funcional, moderando el ejercicio mediante la F. C. y escala de Borg, midiendo el control del estrés emocional, e Involucrando a la familia realizando ejercicios como: caminar a paso vivo y en terrenos con diferente grado de pendientes, bicicleta, natación, precedidas siempre de períodos de calentamiento y seguidos de un enfriamiento bajando el ritmo con una frecuencia de 4 o 5 días a la semana y los ejercicios de relajación deben efectuarse tres veces al día.

Fases de un programa de rehabilitación cardiovascular <sup>73</sup>

<i>Fases</i>	<i>Duración</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Recomendaciones</i>	<i>Alcance</i>
<b>Fase 1</b> Hospitalizado después de un evento cardíaco: síndrome coronario agudo o pos-intervencionismo (ACTP) o una cirugía cardíaca (CABG), prótesis valvular o corrección de cardiopatía congénita	Se inicia desde las 48 horas posteriores al evento agudo hasta el alta hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir descondicionamiento, evitar efectos del reposo prolongado</li> <li>Evitar la depresión</li> <li>Evitar complicaciones respiratorias y tromboembólicas</li> <li>Facilitar el alta precoz</li> <li>Generar educación al paciente y familia sobre la enfermedad y los cuidados básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza en la cama del paciente</li> <li>Se puede utilizar monitoreo</li> <li>Se realiza una evaluación previa</li> <li>Se pueden realizar varias sesiones al día pero de corta duración</li> <li>Inicialmente los ejercicios serán pasivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llegar en condiciones de iniciar la fase 2 de la rehabilitación cardiovascular</li> </ul>
<b>Fase 2</b> Rehabilitación cardiovascular al alta. Se realiza en gimnasio	Promedio de duración de tres meses, con tres sesiones semanales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la capacidad funcional del paciente</li> <li>Lograr la modificación de los factores de riesgo</li> <li>Lograr la autoconfianza del paciente después del evento cardíaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llegar en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para comenzar la fase 3 de la rehabilitación</li> </ul>	
<b>Fase 3</b> Mantenimiento temprano	Tres sesiones semanales y duración de tres meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la capacidad funcional</li> <li>Continuar con el plan de ejercicios</li> <li>Control de la tensión arterial</li> <li>Control de la glicemia y colesterol</li> <li>Control del peso y de una adecuada nutrición</li> <li>Persigue y garantiza el bienestar psicológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente ingresa a esta etapa cuando alcanza los 6 METS en la prueba de esfuerzo</li> <li>Los pacientes controlan la intensidad del ejercicio realizado según la escala de Borg (tabla 8) y mediante el control de la frecuencia cardíaca</li> <li>Es necesario la evaluación y el seguimiento de la adherencia al tratamiento y hábitos recomendados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr realizar actividad física en forma segura con normas básicas de autocuidado</li> </ul>
<b>Fase 4</b> Mantenimiento tardío. Inicio después de completar fase 3	Su término es indefinido y su periodicidad dependerá del estado clínico, patología y evolución de cada paciente al igual que los componentes del seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al paciente a mantener un estilo de vida saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar la educación impartida</li> <li>Ayudar al paciente en las dificultades para desprenderse de los malos hábitos</li> <li>Motivar y generar estrategias para mantener estilo de vida saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr cambios permanentes con un estilo de vida saludable, actividad física y control adecuado de los factores de riesgo</li> </ul>

## **XII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Fue difícil la elaboración de este proceso de atención de enfermería por la demanda de trabajo que se presenta en el Hospital General de México, pero muy satisfactorio por el aporte hacia ese servicio en mi caso la unidad de cardiología por los cuidados que pude brindar a la paciente Maria y lo mucho que pude aprender de ella y de la patología.

La elaboración de este proceso de atención enfermería fue una forma por la cual se plasma todo lo aprendido durante toda la licenciatura, se adquieren más habilidades para la aplicación de estos procesos en el ámbito laboral.

A pesar de que fue un año de seminario para la elaboración de este proceso, para mí fue muy poco el tiempo en el que pude estar con la paciente porque solo nos daban un mes para rotar por cada servicio, y no pude estar todo el mes con ella porque llegó a medio mes por lo cual que fueron pocos días los que pude valorarla y aplicar mi plan de cuidados a la paciente.

Se planeó una visita domiciliaria para ver cuál fue su mejoría y mantenimiento de la paciente pero desafortunadamente la primera ocasión al llegar al domicilio nadie estaba en casa y buscando repetir la visita desafortunadamente el número de celular que tenía mando a buzón directo en diversas ocasiones, no logrando realizar la valoración domiciliaria.

### XIII. ANEXOS



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este presente documento se le pide autorización a la Sra. María de los Ángeles Ramírez Pardo para dar seguimiento con una “VISITA DOMICILIARIA” al proceso de atención de enfermería que se comenzó a realizar en el servicio de Cardiología con autorización de ella y de la jefe del servicio con fines educativos para el trabajo de titulación.

Información de la paciente

Direcciones en las cuales puedo realizar la visita domiciliaria

- Jorge Washington #134 int. 2 col Moderna
- Mirasol 25 esq. Crisantemas col. El Rosario San Lorenzo Tezonco

Estando de acuerdo su esposo el Sr. Graciano Roldan Castillo.

Teléfono: 0445559472015

ATTE:

PLEO: EVA PAULINA ESPINOSA ORTEGA

---

FIRMA

CELULAR: 0445533248594



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITA DOMICILIARIA  
INTEGRAL.**

Esta carta de consentimiento informado fue hecho por la Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Eva Paulina Espinosa Ortega, dirigido a la señora María de los Ángeles Ramírez y a su familia quien fue atendido en el Hospital General de México O.D. "Dr. Eduardo Liceaga" en la unidad de Cardiología con diagnóstico de Estenosis Aórtica.

El propósito de esta Visita domiciliaria integral es darle continuidad al plan de cuidados y evaluar el plan de alta que se le otorgo a la señora María de los Ángeles el día que egreso de su estancia hospitalaria, también se pretende proporcionar información a ella y familia en cuanto a los ejercicios de rehabilitación, actividad física, alimentación, control del dolor, que fueron enseñados en el hospital así como resolver las dudas de conocimiento que aun pueda tener.

Para la realización de esta visita domiciliaria integral se informó a la señora María de los Ángeles Ramírez Pardo y su cuidador primario en qué consiste esta visita. La participación del paciente y su familia es totalmente voluntaria. Tanto si elige o no colaborar, la señora María de los Ángeles Ramírez Pardo seguirá el tratamiento respectivo en el Hospital General de México o la institución de salud que a él más le convenga.

En cuanto a los riesgos, el paciente no corre ningún peligro debido a que no se harán procedimientos invasivos en la visita domiciliaria.

Los beneficios que tendrá el paciente serán, plenamente, para mejorar su salud; estos serán diversos por la información que recibirá en cuanto a hábitos higiénico-dietéticos actividad física, control del dolor, ejercicios de rehabilitación.

Los beneficios que tendrá la Pasante de servicio social Eva Paulina Espinosa Ortega, serán únicamente para la presentación de Proceso de Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención de su título profesional, logrando el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Este proceso que conlleva la visita domiciliaria ha sido revisado y aprobado por autoridades encargadas de coordinar el seminario de Titulación Mtra. Olivia Salas Martínez, Mtra. Sonia Martínez López y Mtra. Leticia Hernández Delgado. Si tiene cualquier pregunta o duda acerca de este trabajo podrá ponerse en contacto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México comunicándose al teléfono **56 55 23 32 ext. 235 con la Coordinadora de servicio social Lic. Reyna Hurtado Ponce**, dicha institución se ubica en **Calzada México Xochimilco S/N Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 Tlalpan, México D.F.**

**He sido invitado e informado para participar en el seguimiento de un plan de cuidados conforme a mi padecimiento y necesidades alteradas, efectuado por la pasante de servicio social, Eva Paulina Espinosa Ortega, en mi domicilio. Entiendo que recibiré información acerca de los hábitos higiénico-dietéticos que debo realizar, ejercicios de rehabilitación y prevenir complicaciones siguiendo las indicaciones. He sido informado que los riesgos son mínimos y el único beneficio será en pro a mi salud en cuanto a la recuperación de la cirugía realizada, no se me favorecerá ningún beneficio económico a la pasante Eva Paulina Espinosa Ortega, solo académico para que logre su grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Se me han proporcionado los**

**nombres de los coordinadores, la dirección y teléfono de tan prestigiada institución para cualquier aclaración o duda.**

Paciente:

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este seguimiento domiciliario y como principal participante, no obstante entiendo que tengo el derecho de retirarme del en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Paciente: María de los Ángeles Ramírez

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo:

He sido testigo y he leído con exactitud el documento de consentimiento informado. Confirmando que María de los Ángeles Ramírez ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable:

Nombre del responsable de la visita a domicilio: Pasante de servicio social e la licenciatura de enfermería y obstetricia Eva Paulina Espinosa Ortega.

Firma del responsable de la visita a domicilio \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSIDERACIONES ETICAS

La ética es un aspecto muy importante dentro del ámbito hospitalario, ya que nos ayudara a tomar decisiones en torno a los pacientes en todos los aspectos desde un tratamiento farmacológico, una intervención quirúrgica hasta incluso sobre desconectarlo de medios artificiales. Para esto nos basamos en cuatro principios éticos, que nos acompañan dentro de toda esta problemática

Principio de beneficencia hace referencia a explicar de manera clara y sencilla a manera que los pacientes y/o los familiares comprendan toda la información que se les está entregando y esto va desde una receta, indicaciones de cuidados específicos para ese paciente hasta los consentimientos informados donde hace referencia a el procedimiento que se planea realizar, no solo es papelería administrativa son documentos importantes para la seguridad del paciente para que de esta manera toda la información sea clara y precisa para llegar a si a ese objetivo que se está planeando y dicho paciente logre recuperar su salud. El principio ético de no maleficencia va de la mano del principio de beneficencia, este nos señala que debemos ser claros en la información que se le proporciona al paciente en cuanto a sus tratamientos o procedimientos, explicarles los pros y los contras de estos para no caer en una serie de contrariedades en el momentos de que presente síntomas que no se le habían señalado al paciente o detectemos algún problema de defecto en este caso en el cambio valvular, referir que es normal y que no es normal que pueda sentir el paciente después de esta intervención, todo sea por la seguridad del paciente, de acuerdo con lo mismo no dejar de darle seguimiento al paciente, se recomienda seguirlo por un tiempo determinado para valorar sus reacciones después de alguna intervención o tratamiento farmacológico para brindarle seguridad y no se sienta solo dentro de su enfermedad. Respeto a la autonomía del paciente, este principio nos lleva a que todo paciente es responsable de sí mismo, él decide si continua con el tratamiento o lo deja, al igual que una intervención quirúrgica, por lo cual es de vital importancia explicarle las ventajas y desventajas de forma muy clara para que el paciente y/o su familiar decidan si lo aceptan o rechazan aun teniendo la información necesaria y el motivo por el cual el medico cree que es la mejor opción p

ara recuperar la salud; en otra situación ya cuando el paciente acepta en este caso la intervención quirúrgica es de suma importancia el consentimiento informado por el cual el paciente y un responsable de este aceptan el tratamiento teniendo en cuenta los pros y los contras del tratamiento a realizar. “El término *consentimiento informado* fue usado por primera vez en el proceso judicial de 1957 *Salgo contra Stanford University*. ”<sup>3</sup>

El principio ético de justicia hace referencia al trato justo y respetuoso y equitativo que se le debe otorgar al paciente independientemente de su edad, sexo, etnia o religión, actuar de acuerdo a las necesidades que presenta en ese momento el paciente, ofertarle todo tipo de tratamiento para mejorar su salud y el tomara la decisión de aceptarla o rechazarla, no actuar de acuerdo a los intereses del personal médico. En todo paciente se deben abordar estos principios éticos para así lograr que su salud mejore, siempre actuar pensando en ellos y no en el medico, la enfermera o el hospital, llevar una clara comunicación con el paciente y / o familiar y explicarles las indicaciones o los procedimientos quirúrgicos las veces que sean necesarias para que no que queden con dudas y así puedan asimilar mejor todos los tratamientos y de esta forma se involucren más en sus cuidados.

## Estudios de laboratorio y gabinete:

### Electrolitos séricos

Glucosa	102 mg/dl
urea	30.0 mg/dl
creatinina	1.0 mg/dl
sodio	144 mmol/L
potasio	3.2 mmol/L
cloro	106mmol/L
Calcio	8.7 mg/dL
Fosforo	3.7 mg/dL
magnesio	2.0 mg/dl

Valores dentro de los parametros normales

### Coagulacion y hemostasia

Tiempo de protrombina	12.1 seg
IRN	1
Tiempo de protrombina %	94.6%
Observaciones	Ninguna
Tiempo de referencia de protrombina	11.0

Tiempo de trombina	20.7 seg
Tiempo de tromboplastina parcial	21

Valores dentro de los parámetros normales

### Biometría hemática

Leucocitos	5.20 x 10 <sup>3</sup> /uL
Neutrófilos%	63.80%
Linfocitos%	24.40%
Monocitos%	9.50%
Bandas%	0%
Eosinofilos%	1.9%
Basófilos%	0.40%
Neutrófilos #	3.30 x 10 <sup>3</sup> /UL
Linfocitos#	1.30 x 10 <sup>3</sup> /uL
Monocitos #	0.500 x 10 <sup>3</sup> /uL
bandas	0 x 10 <sup>3</sup> /uL
Eosinofilos #	0.10 x 10 <sup>3</sup> /uL
Basófilos #	0.0 x 10 <sup>3</sup> /uL
Eritrocitos	4.49 x 10 <sup>3</sup> /uL
Hemoglobina	13.40 g/ dL

Hematocrito	39.30 %
Volumen corpuscular medio	87.60 fL
Hemoglobina corpuscular media	29.90 pg
Concentración media de Hb corpuscular	34.10 g/ dL
RDW(ancho de distribución de eritrocitos)	13.30 %
Plaquetas	168 x 10 <sup>3</sup> /uL
Volumen plaquetario medio	8.8 fL

Valores dentro de los parámetros normales.

## UROANALISIS

Color ámbar, aspecto transparente

Leucocitos 1

Eritrocitos 1

Nitratos negativos

## Escala Visual Analógica (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor \_\_\_\_\_ Máximo dolor

## La Escala numérica (EN)

es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

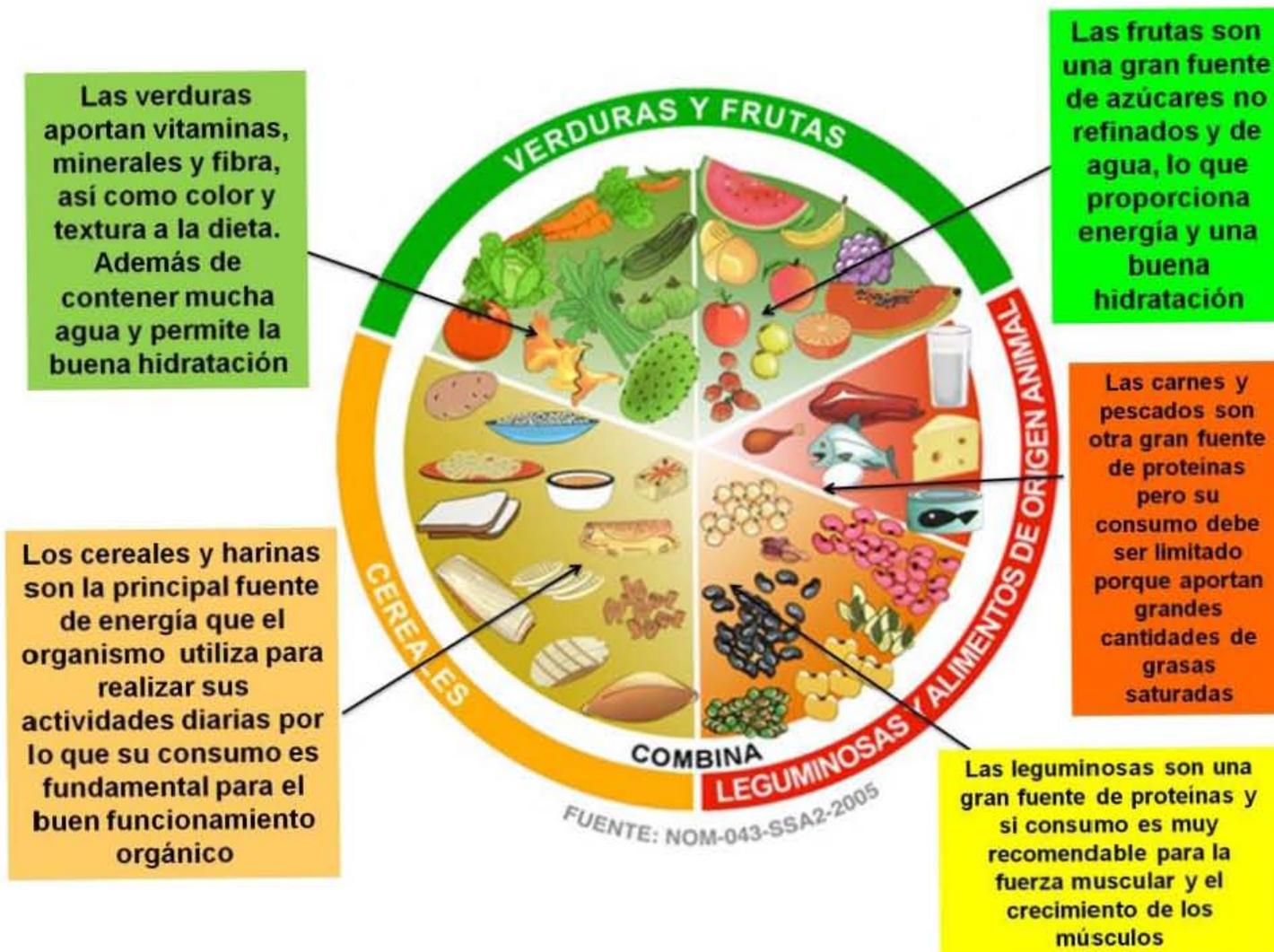
Sin Dolor 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Máximo dolor

## La Escala categórica (EC)

se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico (nada 0, poco 4, bastante 6, mucho 10).

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
MEDICAMENTOS	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

## El plato del buen comer



## REHABILITACIÓN CARDIACA

	Escala de Borg	
0	Reposo	
1	Muy muy Suave	
2	Muy Suave	
3	Suave	
4	Algo Duro	
5	Duro	
6	Más Duro	
7	Muy Duro	
8	Muy muy Duro	
9	Máximo	
10	Extremadamente Máximo	

## METODOLOGIA DE LA VISITA DOMICILIARIA

### CRONOGRAMA

Hora	Procedimiento	Tiempo
9:00am	Salida de casa y llegada al domicilio de la paciente	1 hora
	Hablar por teléfono para confirmar cita	
10:00 am		15 min
10:15 am	Llegada al domicilio	
	Presentación con la paciente y la familia	
10:30 am		1 hora
	Realizar valoración	
10:40 am		30 min
	Charlas (tríptico)	
11:10 am		20min
	Rehabilitación	
11:30 am		15 min
	Higiene y reposo	
11:45 am		20 min
	Medicamentos	
12:05 pm		20 min
	Salida del domicilio y regreso	
Tiempo total de visita domiciliaria		

## PLAN COMUNITARIO

Material	Método	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinero</li> <li>• Celular</li> <li>• Baumanometro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Reloj</li> <li>• Lámpara</li> <li>• Abatelenguas</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Pluma</li> <li>• Cuaderno</li> <li>• Instrumentos de valoración</li> <li>• Guantes</li> <li>• Gasas</li> <li>• Cinta métrica</li> <li>• Báscula</li> <li>• Tripticos</li> <li>• Rotafolio</li> </ul>	<p>100 pesos</p> <p>Toma y registro de t/a</p> <p>Signos vitales</p> <p>Boca ojos y narinas</p> <p>Valoración</p> <p>Peso y talla</p> <p>Ejercicios de rehabilitación</p> <p>Alimentación</p> <p>Medicamentos</p>	<p>5 min</p> <p>2 min</p> <p>10 min</p> <p>20 min</p> <p>5 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>

## XII. REFERENCIAS

1. Rosales Barrera S, Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería. 3ed. México: El manual moderno; 2004.
2. Modelo de Orem Aplicación Práctica. Barcelona: Masson; 1993.
3. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 7ed. España: Elsevier; 2011.
4. Bonow O. R. Braunwald tratado de cardiología texto de medicina cardiovascular. 9 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2013. Vol. 1 p. 1488, 1492-1497.
5. Ortega Vargas MC, Puntunet Bates ML, Suárez Vázquez MG, Leija Hernández C, Montesinos Jiménez G, Cruz Ayala G, et al. Práctica Clínica Cardiovascular: intervenciones de enfermería con base en la evidencia. México: Médica Panamericana; 2011. p.169.
6. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de valvulopatías: estenosis aortica. Rev. Arg. de Cardio. [en línea]. 2007 [citado 10 abr 2015]; 75. 41-43. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-valvulopatias-Actualizacion-2006-estenosis-aortica.pdf>
7. Alburquerque Sacristán C, Serra Tomás V, Pérez Casar F. Lesiones valvulares. Monocardio [en línea]. 2000 [citado 10 abr 2015]; 2 (4): 245-250. Disponible en: <http://www.castellanacardio.es/documentos/monocardio/lesionesvalvulares.pdf>
8. Rojas Velasco G, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ. Historia natural de la estenosis aórtica diagnóstico y tratamiento. [en línea]. 2012 [citado 12 abr 2015]; 10 (4): 203-204. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am124g.pdf>
9. Servicio de salud del principado de Asturias. estenosis aortica. [en línea]. 2006 [citado 12 abr 2015]; 1 3. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/cardiologia/colgarweb/estenosis%20aortica.pdf>
10. Katz M, Tarasoutchi F, Grinberg M. Estenosis aórtica grave en pacientes asintomáticos: El dilema del tratamiento clínico versus quirúrgico. Arq Bras Cardiol [en línea]. 2010 [citado 15 abr 2015]; 95(4): 541-546. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/es_19.pdf)

11. García Fernández MA, García Robles JA, Moreno M. El ecocardiograma en las valvulopatías. [en línea]. 2011[citado 20 abr 2015]; 89. Disponible en:<http://www.ecocardio.com>
12. Pizarro R. Valvulopatía Aórtica. 7 ed. Argentina: Gedic; 2013.
13. Ruiz Esparza Dueñas ME. Manual de urgencias cardiovasculares. 4ed. México: Mc Graw Hill; 2012.
14. Villar Inclán A. Válvulas cardíacas protésicas: revisión histórica del tema. [en línea]. 2009 [citado 8 mayo 2015]; 1-12. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49\\_1\\_10/cir12110.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49_1_10/cir12110.pdf)
15. Franco S. Criterios para la selección de una prótesis cardíaca. Rev. Fed Arg Cardiol. [en línea]. 2012 [citado 8 mayo 2015]; 41(3): 156-160. Disponible en: [Http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n3/art\\_opinion/art\\_opi01/franco.pdf](Http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n3/art_opinion/art_opi01/franco.pdf)
16. Ramírez López MB, Pérez López H, Cáceres Lóriga FM, Estévez Alvarez N, Martín Martínez A, Peña Ramos Y. Prótesis valvulares cardíacas: Apuntes de interés. Rev. Cubana de Cardiol. [en línea]. 2013 [citado 12 mayo 2015]; 19 (3-4): 147-152. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2013/ccc133-4g.pdf>
17. Villegas Gonzales J, Villegas Arenas OA, Villegas González V. Semilogía de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente, Archivos de Medicina. [en línea]. 2012 [citado 20 jul 2015]; 12 (2): 221-240. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>
18. García X, Mateu L, Maynar J, Mercadal J, Ochagavía A, Ferrandiz A. Estimación del gasto cardíaco: Utilidad en la práctica clínica. Monitorización disponible invasiva y no invasiva. Med. Intensiva. [en línea]. 2011 [citado 09 Jun 2016]; 35(9): 552-561. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912011000900004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000900004&lng=es)
19. Mejía Salas H. Mejía Suárez M. Oximetría de pulso. Rev. Bol. Ped. [en línea]. 2012 [citado 09 Jun 2016]; 51(2): 149-155. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752012000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200011&lng=es).
20. Organización Mundial de la Salud. Manual de Oximetría de Pulso Global. [en línea]. 2010 [citado 12 Jun 2016]; 1-24. Disponible en:

[Http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/2012/11/WHO-Pulse-Oximetry-Training-Manual-Final-Spanish.pdf](http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/2012/11/WHO-Pulse-Oximetry-Training-Manual-Final-Spanish.pdf)

21. Vázquez Castro J. Exploración del aparato respiratorio en Atención Primaria. SEMERGEN. [en línea]. 2002 [citado 12 Jun 2016]; 28(7): 385-394. Disponible en: [Http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13035503&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=2&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v28n07a13035503pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13035503&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=2&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v28n07a13035503pdf001.pdf)
22. Auxiliares de enfermería del servicio madrileño de salud. [en línea] [citado 15 Jun 2016]; Disponible en : [http://showbizreal.es/evaluacion/recursos/PDF/posiciones\\_anatomicas.pdf](http://showbizreal.es/evaluacion/recursos/PDF/posiciones_anatomicas.pdf)
23. Bover Freire R. Disnea: Clasificación-escala de la NYHA, ortopnea, disnea paroxística nocturna, Insuficiencia Cardíaca. [en línea]. 2011 [citado 15 Jun 2016]; Disponible en : <http://www.insuficiencia-cardiaca.com/sintomas-disnea-ahogo-insuficiencia-cardiaca.html>
24. Boraita Pérez A, Baño Rodrigo A, Berrazueta Fernández JR, Lamiel Alcaine R, Luengo Fernández E, Manonelles Marqueta P, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. Rev. Esp. Cardiol. [en línea]. 2000 [citado 16 Jun 2016]; 53 (5): 684-726 Disponible en : [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=9730&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=154&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n05a04782pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=9730&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=154&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n05a04782pdf001.pdf)
25. Expósito Concepción Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev. habana cienc. méd. [en línea]. 2008 [citado 10 jun 2016]; 7(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es)
26. Miranda Chávez I, Ilarraza Lomelí H, Rius MD, Figueroa Solano J, Micheli A, Buendía Hernández A. Rehabilitación cardíaca en cardiopatías congénitas. Arch. Cardiol. Méx. [en línea]. 2012 [citado 09 jun 2016]; 82 ( 2 ): 153-159. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402012000200012&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1405-99402012000200012&lng=es)

27. Grzona ME. Manejo del bajo gasto cardiaco en el posoperatorio cardiovascular pediátrico. Rev. Méd. Univ. [en línea]. 2010 [citado 11 jun 2016]; 6 (2): 1-22. Disponible en:  
[Http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitaes/3492/grzonarmu2-10.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/3492/grzonarmu2-10.pdf)
28. Reyes Sánchez ME, Carrillo Rojas JA, Hernández Mercado MA, Amaro Camacho JA, Herrera Garza E, López Pineda D. et al. Síndrome de bajo gasto cardiaco poscardiotomía. Arch Cardiol Méx. [en línea]. 2011 [citado 14 jun 2016]; 81 (2). Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-sindrome-bajo-gasto-cardiaco-poscardiotomia-X1405994011241828>
29. Propedéutica clínica y semiología médica. Exploración del sistema vascular periférico: Pulsos periféricos y tensión arterial. [en línea]. [citado 14 jun 2016]; 133-144. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap12.pdf>
30. Rut A, Neus Bellera, Loma Osorio P. Fundamentos del tratamiento farmacológico actual de la cardiopatía isquémica, Rev. Esp. Cardiol. [en línea]. 2006 [citado 20 jun 2016]; Disponible en:  
[Http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13087919&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=92&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v6nsupl.Aa13087919pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13087919&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=92&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v6nsupl.Aa13087919pdf001.pdf)
31. Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Preguntas y respuestas sobre el procedimiento de arbitraje para Tritazide comprimidos con ramipril e hidroclorotiazida 2.5/12.5 mg, 5/12.5 mg, 5/25 mg. European Medicines Agency. [en línea]. 2009 [citado 22 jun 2016]; 1-3. Disponible en:  
[http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/Referrals\\_document/Tritazide\\_30/WC500007340.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/Referrals_document/Tritazide_30/WC500007340.pdf)
32. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME), ramipril (DCI) / hidroclorotiazida (DCI). [en línea]. 2008 [citado 24 jun 2016]; 1-10. Disponible en:  
[http://www.cadime.es/docs/informes/CADIME\\_INT2008\\_Ramipil+hidroclorotiazida.pdf](http://www.cadime.es/docs/informes/CADIME_INT2008_Ramipil+hidroclorotiazida.pdf)
33. Ballesteros Pomar M, Peña Cortés R, Alonso-Argüeso G, Ortega-Martín JM, Fernández-Morán C, Vaquero Morillo F. Síndrome hiperperfusión cerebral: ¿complicación infrecuente de la endarterectomía carotídea?. Elsevier doyma. [en línea]. 2011 [citado 24 jun 2016]; 63 (05): 193-199. Disponible en:  
[Http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90034949&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=294&ty=29&accion=L&o](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90034949&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=29&accion=L&o)

[rigen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v63n05a90034949pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/lan/es/fichero=294v63n05a90034949pdf001.pdf)

34. Moya iMitjans A, Rivas Gándara N, Sarrias Mercè A, PérezRodón J, Roca Luque J. Sincope. *Rev. Esp. de Cardiol.* [en línea]. 2012 [citado 24 jun 2016]; 65 (8): 755-765. *Disponible* en: <http://www.revespcardiol.org/es/sincope/articulo/90147733/>
35. Barrientos C, Urbina L, Ourcilleón A, Pérez C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev. Chil. de Medicina Intensiva.* [en línea]. 2005 [citado 24 jun 2016]; 20(1): 12-20. *Disponible* en: [Http://medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2005/20-1-2005/full\(4\).pdf](Http://medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2005/20-1-2005/full(4).pdf)
36. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. [en línea]. 2010 [citado 24 jun 2016]; 22 (6): 415-428. *Disponible* en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=5447191>
37. Organización Mundial de la Salud. [en línea]. *Washington/Ginebra: 2007* [citado 24 jun 2016]; "Nueve soluciones para la seguridad del paciente": a fin de salvar vidas y evitar daño. [aprox. 2 pant.]. *Disponible* en: <Http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>
38. Solar Ruiz L. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. [en línea]. 2014 [citado 24 jun 2016]; 1-34. *Disponible* en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/solarruizl.pdf?Sequence=1>.
39. Pérez Fernández Mc, Najarro Infante Fr, García D, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev. enferurg.* [en línea]. 2009 [citado 24 jun 2016]; 1 (3): 15-20. *Disponible* en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>
40. Muñoz Deves A. La Relación de ayuda en Enfermería. *Index Enferm.* [en línea]. 2014 [citado 15 Jun 2016] ; 23(4): 229-233. *Disponible* en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es).
41. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [en línea]. 2004 [citado 15 Jun 2016]; 13 (44-45): 42-46. *Disponible*

[en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es)

42. Vilacosta I, Vivas D, López J, San Roman JA. Estenosis aórtica grave sintomática: ¿qué es grave, qué es sintomática y qué dicen las guías de práctica clínica sobre su manejo?, Rev. Esp. Cardiol. [en línea]. 2015 [citado 18 Jun 2016]; 15(C): 3-9. Disponible en: <Http://www.revespcardiolo.org/es/estenosis-aortica-grave-sintomatica-que/articulo/90433574/>
43. Bertomeu V, Fácila L, González Juanatey JR, Cea Calvo L, Aznar J, Mazón P, et al. Control de las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular: estudio VIIDA, Rev. Esp. Cardiol. [en línea]. 2007 [citado 18 Jun 2016]; 60 (12): 1257-1263. Disponible en: <http://www.revespcardiolo.org/es/control-las-cifras-presion-arterial/articulo/13113931/>
44. Ruiz Mejía R. Metas de control de la presión arterial en pacientes con enfermedad renal crónica sin tratamiento dialítico Med. Int. Méx. [en línea]. 2014 [citado 19 Jun 2016]; 30 (6): 675-686. Disponible en: [Http://www.cmim.org/boletin/pdf2014/medintcontenido06\\_08.pdf](Http://www.cmim.org/boletin/pdf2014/medintcontenido06_08.pdf)
45. Benítez Serrano MR, Santana Serrano C, Chaviano Pereira J. Sangramiento nasal por crisis hipertensiva. AMC [en línea]. 2011 [citado 2016 Jun 14]; 15(3): 434-445. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300002&lng=es)
46. Morales E, González R, Gutiérrez E, Gutiérrez Solís J, Segura M. Hipertensión arterial maligna: Una visión actualizada. Nefroplus. [en línea]. 2011 [citado 22 Jun 2016]; 4 (1): 34-43. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-hipertension-arterial-maligna-una-vision-actualizada-X1888970011000883>
47. Ramón Soto J. Dolor Torácico. Rev. Med. Clin. Condes. [en línea]. 2011 [citado 22 Jun 2016]; 22 (5): 655-664. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90362956&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=58&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v22n05a90362956pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90362956&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=58&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v22n05a90362956pdf001.pdf)
48. Casanova M, García-Talavera M, de Torres Tajés JP. La disnea en la EPOC, Arch Bronconeumol. [en línea]. 2005 [citado 22 Jun 2016]; 41 (3): 24-32.

Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/pt/la-disnea-epoc/articulo/13084296/>

49. Infac. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. [en línea]. 2011 [citado 22 Jun 2016]; 19 (1): Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf)
50. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Rojas Martínez R, Pedroza A, MedinaGarcía C, Barquera Cervera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [en línea]. 2013 [citado 22 Jun 2016]; 55 (2): 144-150. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es)
51. Camacho Estrada L, yokebedhinostrosa Arvizu G. Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado, Rev. Enf. UniV. ENEO-UNAM [en línea]. 2010 [citado 22 Jun 2016]; 4. 35-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu104f.pdf>
52. Socarrás Suárez MM, Bolet Astovizai M. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. Rev. Cub. de Invest. Bioméd. [en línea]. 2010 [citado 23 Jun 2016]; 29 (3): 353-363. Disponible en: <Http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v29n3/ibi06310.pdf>
53. Secretaría de Salud. NOM-043-SSA2-2005: El plato del bien comer. [en línea]. 2006 [citado 23 Jun 2016]; 3-88 Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/5\\_guia\\_reforzar\\_orientacion\\_alimentaria.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/5_guia_reforzar_orientacion_alimentaria.pdf)
54. De Rosa J, Luluaga S. La Dieta Mediterránea. Prevención Cardiovascular “Al Alcance de la Mano”, Rev. Arg Cardiol. [en línea]. 2011 [citado 23 Jun 2016]; 40 (4): 316-322. Disponible en: [http://www.fac.org.ar/1/revista/11v40n4/art\\_revis/revis01/derosa.pdf](http://www.fac.org.ar/1/revista/11v40n4/art_revis/revis01/derosa.pdf)
55. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición Y Prevención De Enfermedades Crónicas. [en línea]. 2003, [citado 23 Jun 2016]; 1-152. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf)
56. Molero Gómez R, Sacristán de Lama MP, López Arranz C, Mangués Bafalluy I, Piñeiro Corrales G, Socías Manzano MS. Utilización Terapéutica Del

- Omeprazol. Farm Hosp. [en línea]. 1997 [citado 23 Jun 2016]; 21 (5): 243-256. Disponible en:[http://www.sefh.es/revistas/vol21/n5/243\\_256.PDF](http://www.sefh.es/revistas/vol21/n5/243_256.PDF)
57. Guardia Azara M, Amo Polo J, Serrano Carmona JLP protocolo de actuación frente al estreñimiento en el paciente cardiológico, Enfer. basada en la evidencia. [en línea]. 2013 [citado 23 Jun 2016]; (60): 27-30. Disponible en:[https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60\\_05.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_05.pdf)
58. Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P, Thomsen O, Bustos Fernandez L, Garisch J. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología Estreñimiento: una perspectiva mundial. [en línea]. 2010 [citado 23 Jun 2016]; 1-15. Disponible en:<http://www.worldgastroenterology.org/userfiles/file/guidelines/constipation-spanish-2010.pdf>
59. Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano, Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. [en línea]. 2006 [citado 23 Jun 2016]; 41 (4): 232-239. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-tratamiento-del-estrenimiento-el-13090922>
60. Mearin F, Balboa A, Montoro M. Estreñimiento. [en línea]. 2010 [citado 23 Jun 2016]; 147-170. Disponible en:[https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08\\_Estre%C3%b1imiento.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%b1imiento.pdf)
61. Argüelles Arias F, Herrerías Gutiérrez JM. Estreñimiento crónico. [en línea]. 2004 [citado 23 Jun 2016]; 123 (10): 389-394. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estrenimiento-cronico-130663>.
62. Achury Saldaña DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. Inv. en Enf: Imagen y Desarrollo. [en línea]. 2010 [citado 24 Jun 2016]; 12 (1): 25-42. Disponible en:  
<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/122.pdf>
63. Carrera Solera N, Mazagatos Pascua S. Análisis de los diagnósticos de enfermería de sueño. Reduca. [en línea]. 2012 [citado 24 Jun 2016]; 4 (1): 25-275. Disponible en:  
<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewfile/973/981>

64. Aguilera O. L, Diaz S. M, Sanchez G. H. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev. Hosp. Clín. Univ. [en línea]. 2012 [citado 24 Jun 2016]; (23): 13-20. Disponible en: [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno\\_sueno\\_hospitalizado.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_hospitalizado.pdf)
65. Chóliz M. Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración. [en línea]. Valencia: [citado 24 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.uv.es/~choliz/relajacionrespiracion.pdf>
66. Lara Cobos D, Programa de actividad física para personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca. [en línea]. 2011 [citado 24 Jun 2016]; 1-20. Disponible en: <http://www.fundaciojaumecasademont.cat/img/admin/pdfbecadj32.pdf>
67. Leonel AA, Fajardo Ortiz G, Tixtha Lópe E, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera paciente en la atención hospitalaria. Rev. Enf. Neurol. [en línea]. 2012 [citado 24 Jun 2016]; 11 (3): 138-141. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
68. Rivera Castro SP. Control de líquidos administrados y eliminados. En: Guías para manejo de urgencias. 3 ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. República de Colombia; 2009. P. 1347-1355. Disponible en: [http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Control de liquid os administrados y eliminados.pdf](http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Control_de_liquidos_administrados_y_eliminados.pdf)
69. Pinson Guerra AG. Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardíaca. Rev. Mex. de Enf. Cardiol. [en línea]. 2000 [citado 24 Jun 2016]; 8 (1-4): 25-30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4e.pdf>
70. Cerón Polanco Y. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y de la institución en la Unidad de Cuidado Intensivo. [Tesis Especialista en Enfermería en cuidado crítico]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana facultad de enfermería; 2008. [citado 24 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis52.pdf>
71. Gutiérrez B, Caraballo Núñez MA, Luque Pérez M, Muñoz Segura R. El aumento de la independencia de los pacientes en el hospital. Enf. Glob. [en

línea]. 2009 [citado 24 Jun 2016]; (16): 1-12. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/clinica3.pdf>

72. Burkhalter N. Evaluación de la escala Borg de esfuerzo percibido aplicada a la rehabilitación cardíaca. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. [en línea]. 1996 [citado 24 Jun 2016]; 4 (3): 65-73. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300006>
73. López Jiménez F, Pérez Terzic C, Zeballos PC, Anchique CV, González K, González G, et al. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. Rev Urug Cardiol. [en línea]. 2013 citado 30 agosto 2016]; 28 (2): 189-224. Disponible en: [http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2\\_consenso\\_rehabilitacion.pdf](http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf)