



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES
DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA CARDIACA.**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

MICHAEL LENDIZABAL PEÑA

NO. CUENTA 408023034

DIRECTORA DE TESIS:

MCE. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS



MÉXICO, D.F.

2012



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.

CONTENIDO.	Página.
AGRADECIMIENTOS.	i
DEDICATORIAS.	ii
PRESENTACIÓN.	lii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.	1
1.1 Situación del problema.	1
1.2 Contexto del estudio.	2
1.3 Objetivos.	5
1.4 Justificación.	5
CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO.	7
2.1 Marco conceptual.	7
2.2 Marco teórico-empírico.	11
CAPÍTULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.	15
3.1 Diseño metodológico	15
CAPÍTULO IV. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	17
Tabla 1. Diagnósticos de enfermería aplicables a pacientes con insuficiencia cardíaca de acuerdo al área de atención.	18
Tabla 2. Diagnósticos de enfermería empleados al paciente con insuficiencia cardíaca de acuerdo al tipo de dominio de la NANDA.	18
4.1 Ansiedad.	19

4.2 Aporte excesivo de nutrientes.	21
4.3 Bajo aporte de nutrientes.	23
4.4 Déficit de conocimientos.	25
4.5 Deterioro de la calidad de vida.	28
4.6 Deterioro del intercambio gaseoso.	29
4.7 Disminución del gasto cardiaco.	31
4.8 Exceso de volumen de líquidos.	33
4.9 Intolerancia a la actividad.	35
4.10 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	38
4.11 Patrón respiratorio ineficaz.	41
4.12 Perturbación del sueño.	43
4.13 Riesgo de afección de la integridad de la piel.	45
4.14 Riesgo de estreñimiento.	47
4.15 Riesgo de Infección.	48
CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	49
5.1 Conclusiones.	49
5.2 Sugerencias.	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	53

AGRADECIMIENTOS.

A quien me regalo el don de la vida, en quien yo creo y se cuida de mí en todo momento, la fe y la esperanza son las mejores virtudes que me has dado. Gracias Dios.

A la Mtra. María de los Ángeles Torres Lagunas directora de este trabajo, a quien debo el tiempo y las atenciones prestadas, he aquí el resultado de nuestro esfuerzo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México ya que se convirtió en mi segunda casa al ser el sitio donde me forme como profesional y crecí como persona.

Basta un poco de espíritu aventurero para estar siempre satisfechos, pues en esta vida, gracias a dios, nada sucede como deseábamos, como suponíamos, ni como teníamos previsto.

Noel Sarasó Daudi

DEDICATORIAS.

A Isabel Peña Flores mi madre y amiga, se que siempre puedo contar con tu apoyo y consejo, es por ti que soy una persona de bien.

A Luis y Aneybi mis hermanos con los cuales crecí y comparto muchos de los mejores momentos de mi vida, he procurado ser un ejemplo para ustedes.

A mi sobrino Iker Caleb, bebe espero que este trabajo te sirva de inspiración para que algún día logres culminar una carrera profesional.

A mis tíos: Alfredo, Evelia, Emilia y Modesto, les estaré siempre agradecido a ustedes y a sus hijos ya que me hicieron sentir como el miembro más importante de su familia.

A mis amigos: Berenice, Jaime, Dennisse, Guadalupe, Dulce, Martha, Leonardo y Javier, gracias por su amistad, compañía y enseñanzas, les deseo el mejor de los éxitos.

Y finalmente gracias a todas aquellas personas y profesionistas que esta carrera me dio la oportunidad de conocer, las casualidades no existen llegaron a mí en el momento oportuno.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación lleva por título, Principales Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería en el Paciente con Insuficiencia Cardíaca, se realizó con el motivo de profundizar los conocimientos en cuanto a cuidado de enfermería proporcionado a pacientes con esta enfermedad, ya que es una condicionante clínica que limita la autonomía de las personas, afecta la calidad de vida, compromete física y emocionalmente la integridad de las personas.

La investigación describe en el capítulo I, las generalidades de este estudio, la situación problemática y el papel de enfermería, se hace mención de los aspectos metodológicos que guiaron este estudio, así como la delimitación del problema, y de la necesidad de realizar la investigación.

En el capítulo II se darán a conocer los referentes teóricos utilizados para el conocimiento, análisis y abordaje del estudio elementos conceptuales centrales en esta investigación y el marco teórico-empírico abordado desde el pensamiento de enfermería. El capítulo III, se hace mención del diseño metodológico mediante el cual se trabajó esta investigación.

Posteriormente en el capítulo IV se desarrolla la parte medular de esta investigación, describiendo los diagnósticos de enfermería que son aplicables a este tipo de personas, se redactan las intervenciones más frecuentes y se mencionan los principales aspectos a evaluar para cada una. Finalmente se realizan las conclusiones y recomendaciones pertinentes específicas para esta investigación, se proporciona la bibliografía consultada.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

1.1 Situación del Problema.

La insuficiencia cardíaca se produce cuando el miocardio no bombea eficazmente sangre, produciéndose una congestión en la circulación del cuerpo. Cualquier estado que comprometa el funcionamiento cardíaco puede provocar insuficiencia cardíaca (IC), es una frecuente e importante complicación de una cardiopatía en la población, su prevalencia así como las limitantes y los daños a la salud aumentan con la edad. La atención de enfermería a personas con insuficiencia cardíaca tiene como propósito mantener estable al paciente, evitar la aparición de complicaciones, y facilitar una pronta recuperación favoreciendo al máximo su autocuidado. Para ello se elabora un plan de cuidados que nos servirá como guía para individualizarlo según las necesidades detectadas en cada paciente, garantizando cuidados de calidad, favoreciendo la adaptación del paciente y la familia a una nueva situación de salud.

El hacer de enfermería se inicia con la recogida de datos en la entrevista durante el momento del ingreso a través de la observación y exploración del paciente. Una vez valorado se prosigue a la formulación de los diagnósticos, la planificación de las actividades, la ejecución y la evaluación de las mismas.

Durante la experiencia que obtuve al realizar mi servicio social en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, fue como surgió el interés en realizar una investigación de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca, si bien

la población atendida no representaba una muestra significativa del total de los pacientes hospitalizados; 18 personas en 2010 (Cardiología, 2010), logre identificar que son demasiadas las complicaciones y necesidades de una persona que vive con IC. Un plan de cuidados estandarizado para pacientes con IC, la investigación contiene los diagnósticos enfermeros reales y de riesgo más frecuentes que pueden presentar los pacientes con dicha patología. Para ello he basado esta investigación en mi experiencia asistencial con pacientes que padecen IC, esta tiene como fundamento la revisión bibliográfica de diagnósticos e intervención aplicables a personas con IC.(Elvira Sánchez Reyes, 2007b; Ma. Carolina OrtegaVargas, 2011)

1.2 Contexto del estudio.

Los diagnósticos e intervenciones de enfermería, son desde hace algunos años parte fundamental e integrante del cuidado profesional, ya que responden a las necesidades de la población. En la actualidad son empleados para optimizar y mejorar la atención a las personas sanas y enfermas.

El diagnóstico enfermero refleja las necesidades de cuidados de las personas atendidas por dichos profesionales. La precisión en el diagnóstico es necesaria para detectar de la mejor manera posible esas necesidades y realiza en consecuencia un buen plan de cuidados. (Brito Brito, 2009)

Las aplicaciones del diagnostico enfermero son variadas, para este trabajo se describirá su uso en los pacientes que padecen insuficiencia cardiaca ya que si bien menciono anteriormente, que el empleo del juicio clínico de enfermería y las

intervenciones son muy frecuentes, existen pocos trabajos que demuestren la importancia de estos en su aplicación a los pacientes con dicha patología, durante la revisión de trabajos y artículos entre otros documentos, sobresalen las guías de cuidado a pacientes con IC y los procesos de enfermería aplicados. Esto sustenta la necesidad de elaborar este trabajo, conjuntado los textos revisados, la experiencia en la práctica con estas personas, para que por este medio se logren identificar los diagnóstico y las intervenciones que deben ser aplicadas; no solo para cubrir necesidades de tipo fisiológicas sino de otras que de forma integral atiendan a sus requerimientos.

La insuficiencia cardiaca es un síndrome de etiología multifactorial, que en la actualidad se eleva su incidencia de manera continua, por lo que es importante conocer y valorar constantemente su desarrollo. Las enfermedades que desencadenan insuficiencia cardiaca ocuparon en 1999 uno de los diez primeros lugares de morbilidad en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, como primer causa de insuficiencia cardiaca está la cardiopatía isquémica, el 5º lugar lo ocupan las enfermedades hipertensivas y el 10º lugar las cardiomiopatías. En mortalidad dentro de las 10 primeras están: ocupando el primer lugar la cardiopatía isquémica, el 4º lugar cardiomiopatía y el 8º las enfermedades hipertensivas.(Carolina Ortega Vargas, 2002a)

Generalmente el tratamiento de la insuficiencia cardiaca se desarrolla en el campo hospitalario dando como resultado un costo elevado en recursos físicos, económicos, materiales y humanos, ya que la atención al paciente con insuficiencia cardiaca debe ser multidisciplinaria y es aquí donde interviene directamente enfermería, ya que una de nuestras actividades es encontrar e implementar métodos de atención al paciente

para proporcionarle una adecuada calidad de vida y reincorporarlo a su medio ambiente lo más pronto posible en las mejores condiciones de salud.(Carolina Ortega Vargas, 2002a)

El proceso de atención de enfermería, permite sistematizar y organizar la administración de cuidados enfermeros individualizados. En la valoración de enfermería a los pacientes con falla cardiaca se identifican los siguientes signos y síntomas: facies de angustia, fatiga, disnea, taquipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales, estertores audibles en lóbulos pulmonares inferiores, cianosis central y periférica, saturación de oxígeno menor a 60% y acidosis respiratoria por gasometría. Con la información obtenida, se establecen los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados, su implementación operativa en la atención permite evaluar el impacto de las intervenciones en el estado y evolución de los pacientes.(Quintero-Barrios Martha María, 2005)

De esta forma se logra el entendimiento del porque es importante el uso de diagnósticos para efectuar el cuidado de enfermería, así como la importancia y relevancia de este estudio como medio propositivo para identificar los aplicables a la persona con IC, de esta manera hacer lo propio con otras entidades patológicas, limitar el empleo de guías y planes estandarizados que pudieran ocasionar la despersonalización al momento de realizar las intervenciones, como frecuentemente pasa al momento de atender una parte considerable personas con determinada enfermedad, que aunque tienen necesidades similares requieren de una atención y cuidado personal.

1.3 Objetivos.

General.

- Hacer una revisión de la literatura de los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente con insuficiencia cardiaca.

Específicos.

- Describir los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente con insuficiencia cardiaca.
- Identificar cuáles los diagnósticos de enfermería que se emplean con mayor frecuencia en los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Describir las principales intervenciones de enfermería en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

1.4 Justificación.

El presente trabajo se justifica en atención a las siguientes consideraciones:

- El estudio permitirá guiar el cuidado de enfermería en el paciente con insuficiencia cardiaca.
- Favorecerá la integración del cuidado al paciente para atender sus necesidades.
- Estandarizará las intervenciones de enfermería conforme al empleo de diagnósticos de la NANDA.

-Sistematizará de las acciones de cuidado personalizadas al paciente con insuficiencia cardíaca.

-Dara a conocer la importancia de los diagnósticos de enfermería y la realización de las intervenciones incluyendo aspectos del contexto emocional, familiar y social de los pacientes que acuden a las instituciones hospitalarias, pues la mayoría de las veces la atención no profundiza en los aspectos psicosociales y/o espirituales, que inminentemente influyen con el régimen terapéutico.

-Facilitará a los profesionales de enfermería a ser empáticos, persuasivos en sus recomendaciones de cuidado, con cada una de estas personas logrando que se interesen por su vida, por su familia y por su corazón, a pesar de las dificultades y situaciones psicosociales por las que esté cursando, para con ello lograr un personal más preparado, sensibilizado, capacitado en este tipo de pacientes.

CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO.

2.1 Marco conceptual.

La palabra Diagnóstico tiene su origen etimológico del griego en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo *diag.-* que significa “a través de”; la palabra *gnosis* que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo *-tíco* que se define como “relativo a”. (Eulàlia Roig & Betriu, 2005). Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.

Los Diagnósticos Enfermeros, son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación y evaluación.(Herdman, 2010) El diagnostico enfermero a su vez es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente y los problemas relativos al cuidado de su salud.

Para Marjory Gordon(Herdman, 2010), un diagnóstico de Enfermería es un problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud

de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Por lo tanto el papel de esta disciplina del cuidado adquiere un papel muy importante ya que el somos los encargados de delegar los cuidados, para reintegrar al paciente a su entorno social en las mejores condiciones y de igual forma para general hábitos saludables en la vida diaria.

Los diagnósticos de Enfermería son por lo tanto, parte fundamental del trabajo de enfermería para problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería. El diagnóstico enfermero constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.(libre, 2012a)

El diagnóstico de enfermería es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera, es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente: si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas, es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.

Las Intervenciones de Enfermería (actividades enfermeras), hacen referencia a todo tratamiento, basado en el contenido y juicio clínico, que realiza un profesional de

Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente, es decir nuestros objetivos.(enfermería., 2012)

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico complejo que constituye la vía final común a la que llega la mayor parte de las enfermedades del corazón. Este síndrome se conoce y se ataca desde épocas remotas. Su prevalencia aumenta con la edad y se duplica en cada década, por lo que se espera un incremento de casos debido al envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la expectativa de vida, al modificarse los estilos de vida de las personas y las poblaciones.(Ángel Julio Romero Cabrera, 2007)

La falla cardiaca es una enfermedad crónica, progresiva, caracterizada por múltiples hospitalizaciones y altas tasas de mortalidad.(Mabel Gómez, 2001) La insuficiencia cardiaca (IC) es la incapacidad del corazón para bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo.(libre, 2012b)

Se ha definido el síndrome de IC como un cambio gradual o rápido en los síntomas y signos de la IC que provocan la necesidad de una terapia urgente. Este síndrome puede presentarse como una entidad nueva o como una exacerbación de una enfermedad preexistente. Los términos de IC aguda, IC descompensada y,

exacerbación de la IC crónica son utilizados frecuentemente para describir este síndrome, y en realidad no hay aún acuerdo sobre cuál sería la nomenclatura preferida.(Tacchi., 2006)

La IC es el estadio final de muchas cardiopatías, por lo que sus causas son variables y su frecuencia depende del medio en el que hagan los estudios y de la población evaluada. Podemos analizar grandes series en las cuales las causas más importantes de IC por orden decreciente son la cardiopatía isquémica (40%), la miocardiopatía dilatada (32%), las valvulopatías (12%), la cardiopatía hipertensiva (11%) y otras (5%).(Agustín Urrutia de Diego, 2011)

La insuficiencia cardíaca es un síndrome heterogéneo resultante de daño estructural de la fibra miocárdica a través de diversos mecanismos como cardiomiopatía idiopática, infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial sistémica o valvulopatía cardíaca, entre otras causas.

La prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) se ha ido incrementando en forma significativa a medida que la terapéutica actual ha reducido la mortalidad de la cardiopatía isquémica en particular del infarto agudo del miocardio (IAM).(Ortiz, 2006)
El infarto de miocardio es una causa muy frecuente de la insuficiencia cardíaca.(Ibérica, 2012)

2.2 Marco teórico-empírico.

De acuerdo con Margart Lunney (Herdman, 2010) el proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades, de igual forma se analiza y comprende que el proceso diagnostico en enfermería difiere del proceso diagnostico en medicina en que, siempre que sea posible.

La persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras durante el proceso de valoración y diagnostico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría.

El proceso de selección de diagnósticos de enfermería es parte importante y fundamental del cuidado, mediante el análisis de la bibliografía este estudio busca con los pacientes de Insuficiencia cardiaca identificar los diagnósticos mas empleados para crear estrategias de autocuidado condicionando su mejoría clínica y recuperación gradualmente a niveles óptimos de bienestar general.

Las hipótesis diagnósticas son consideradas a lo largo de todo el proceso, se usan junto con la guía formal de valoración para generar los datos necesarios para los diagnóstico.(Herdman, 2010)

De esta manera se puede afirmar que se cubren las necesidades detectadas en su totalidad por lo tanto aseguran que las futuras intervenciones de enfermería, obtendrán el mayor número de logro de objetivos estipulados al inicio del plan de cuidados.

Por su parte Marta Craft-Rosenberg hace referencia a la elección de las etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association/NANDA (Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería), ya que son seleccionadas de acuerdo con la definición de la misma y debe existir una lógica con las características definitorias y los factores relacionados que encajan con los datos obtenidos.(Herdman, 2010)

En cuanto a las características definitorias; son las características de la persona, familia y comunidad, las cuales son observables y verificables, sirven como claves o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad, estado de bienestar o un diagnóstico enfermero. Por otra parte los factores relacionados proporcionan el contexto de las características definitorias, muestran la relación con los diagnósticos de enfermeros se pueden describir como antecedentes de, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores del diagnóstico.(Herdman, 2010)

Se dispone de varios tipos de diagnósticos enfermeros, los cuales se redactan y estructuran de formas diferentes. De entre ellos; el diagnóstico real que hace

referencia a una respuesta humana ocasionada por un problema existente, estará acompañado de signos y síntomas.

El diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Las intervenciones que la enfermera selecciona para alcanza los resultados se basan en estos factores influyentes.(Herdman, 2010)

Los diagnósticos de promoción a la salud son juicios clínicos sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. 8)

Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias.

Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.(Herdman, 2010)

La priorización de diagnósticos es un tipo de pensamiento crítico que se debe de tomar posterior a la valoración, se establecen basándose en las necesidades de las personas, familias y comunidades. Un diagnóstico enfermero adecuado y válido determina el resultado sensible a la actuación de enfermería. Estos resultados guían la selección de intervenciones que probablemente logran el efecto terapéutico deseado, como busco en esta investigación en el paciente con insuficiencia cardiaca.

CAPÍTULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 Diseño metodológico.

Esta tesina tiene como marco metodológico una estructura que permitirá disertar de manera escrita los diagnósticos de enfermería empleados en el paciente con insuficiencia cardiaca, utiliza como técnica documental la revisión de la taxonomía de la NANDA, para la redacción de los diagnósticos con el propósito de hacer redacción y publicación de los mismos. Se realizó mediante la exploración bibliográfica, utilizando la técnica descriptiva para el desarrollo de los diagnósticos e intervenciones.

Para la realización de este estudio se revisaron y analizaron de acuerdo a las necesidades del mismo varios referentes, sobresaliendo el libro de Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011, NANDA Internacional editado por T. Heather, otra consulta que aportó orientación acerca de cómo estructurar las intervenciones fue el de Guías de Práctica Clínica Cardiovascular de las autoras María Carolina Ortega Vargas y; Monserrat L. Puntunet Bates, especialmente en el capítulo de Cuidado de enfermería dirigido a la persona con insuficiencia cardiaca. Aun así el trabajo cuenta con la revisión de artículos sobre todo de la Revista Española de Cardiología y de Archivos de Cardiología de México, entre otros.

La revisión de artículos electrónicos se realizó en fuentes de base de datos como Pubmed, las revistas cubren las características de estar indexadas, se utilizaron

buscadores boléanos como AND y OR. Los resultados obtenidos se organizaron y analizaron para redactarlos, así como las intervenciones que se realizan a estos pacientes. El trabajo atiende las necesidades que se presentan al momento de proporcionar cuidado a paciente con insuficiencia cardiaca.

CAPÍTULO IV. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

En el presente capítulo se desarrollaran el conjunto de los diagnósticos enfermeros que se localizaron durante la revisión bibliográfica, aplicables en personas con insuficiencia cardiaca, se describe el termino del diagnostico para una mayor comprensión, así como el tipo de diagnostico que se esta empleando, los factores relacionados, las características definitorias, objetivo de enfermería para eso diagnostico, las intervenciones mas usuales y los aspectos que se toman en cuenta para la evaluación de ese determinado diagnostico, las cuales fueron redactados mediante el análisis de las intervenciones y en función del objetivo planteado.

Previo a esto se encuentran un par cuadros que agrupan los 15 diagnósticos detectados durante la revisión con los que delimito el actuación del trabajos esta, el primero que ayuda a diferenciar las áreas de actuación de las intervenciones de enfermería en un paciente con insuficiencia cardiaca y el otro que agrupa los diagnósticos de acuerdo a los dominios de la clasificación de la NANDA.

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería aplicables a pacientes con insuficiencia cardiaca de acuerdo al área de atención.

Diagnósticos de enfermería que refieren a aspectos Biológicos y fisiológicos.	Diagnósticos de enfermería que refieren a emociones y/o sentimientos.	Diagnósticos de enfermería que refieren al fomento del aprendizaje y conocimiento.
Aporte excesivo de nutrientes. Bajo aporte de nutrientes. Deterioro del intercambio gaseoso. Disminución del gasto cardiaco. Exceso de volumen de líquidos. Intolerancia a la actividad. Patrón respiratorio ineficaz. Perturbación del sueño Riesgo de afección de la integridad de la piel. Riesgo de estreñimiento. Riesgo de infección.	Ansiedad.	Déficit de conocimientos Deterioro de la calidad de vida. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Esta tabla hace referencia a las áreas de atención de los diagnósticos de enfermería que se deben considerar durante la atención a un paciente con insuficiencia cardiaca. (Elaborado por: Lendizabal Peña Michael, Noviembre de 2012).

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería empleados al paciente con insuficiencia cardiaca de acuerdo al tipo de dominio de la NANDA.

Dominio NANDA.	Diagnostico.
1. Promoción de la salud.	- Deterioro de la calidad de vida. - Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
2. Nutrición.	- Aporte Excesivo de nutrientes. - Bajo aporte de nutrientes. - Exceso de volumen de líquidos.
3. Eliminación e intercambio.	- Deterioro del intercambio gaseoso. - Riesgo de estreñimiento.
4. Actividad/reposo.	- Disminución del gasto cardiaco. - Intolerancia a la actividad. - Patrón respiratorio ineficaz. - Perturbación del sueño.
5. Percepción/cognición.	- Déficit de conocimientos.
8. Afrontamiento y tolerancia al estrés.	- Ansiedad.
11. Seguridad/protección.	- Riesgo de afección de la integridad de la piel. - Riesgo de infección.

En la tabla se hace la relación de diagnósticos de enfermería y el dominio de la taxonomía de la NANDA, al que pertenecen. (Elaborado por: Lendizabal Peña Michael, Noviembre de 2012).

4.1 Ansiedad.

Se refiere a la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Cambios en el estado de salud, el entorno y las funciones del rol, crisis situacional.

Característica(s) Definitoria(s): Tensión muscular, temor, agitación psicomotriz, expresión facial tensa.

Objetivo: Disminuir la ansiedad tras la aplicación de medidas terapéuticas.

Con las Intervenciones de enfermería, se busca proporcionar un ambiente adecuado, además del tiempo necesario que permita expresar sus sentimientos y temores.

Se deben explicar las normas y funcionamiento de la unidad de hospitalización, proporcionar la información cuantitativa y cualitativamente adecuada a la persona, empleando siempre un lenguaje claro y desprovisto de tecnicismos. Identificar y coordinar los recursos de los diferentes departamentos hospitalarios (psicología, servicio social, religioso; en caso de haberlos), para el apoyo al paciente y su familia. Iniciar ejercicios de relajación (inspiración y expiración).

Permanecer al lado del paciente durante períodos de ansiedad, mantener comunicación continua con el paciente, mostrando disponibilidad, responder las preguntas y dudas del paciente en el momento y lugar convenientes.

Facilitar la expresión de sentimientos, actuar con tranquilidad y sin prisas, explicar previamente al paciente todos los procedimientos a realizar. Mantener un ambiente silencioso y tranquilo, reducir estímulos personales, y sobre todo mostrar actitud de compromiso con el paciente.(Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Animarle a que solicite ayuda cuando sienta ansiedad, sugerir que escuche música tranquilizadora, ayudar a diferenciar las preocupaciones realistas de los miedos exagerados mediante explicaciones claras y sencillas. Proporcionar una descripción del entorno hospitalario en que se encuentra.

Ofrecerle ayuda espiritual de acuerdo a sus creencias y apoyo psicológico. Propiciar la visita familiar armoniosa para reducir el nivel de ansiedad del enfermo-familia. Ministrar fármacos ansiolíticos según indicación médica. (Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Entre los aspectos a considerar para la evaluación, hay que observar tranquilo al paciente, ver que demuestra disminución significativa en la agitación psicomotriz, se interesa por su evolución clínica, expresa planes a futuro. El paciente nombra sentimientos que le puedan producir ansiedad durante la estancia hospitalaria y busca los medios mediante los cuales mantendrá un estado de armonía

4.2 Aporte Excesivo de Nutrientes.

Describe la cantidad de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Modelo cultural de alimentación, desequilibrio entre el grado de actividad y las necesidades metabólicas.

Característica(s) Definitoria(s): Incapacidad para ingerir y digerirlos alimentos, incapacidad para absorber los nutrientes.

Objetivos: El paciente ingerirá la alimentación necesaria que cubra las demandas metabólicas con el propósito de disminuir su peso siguiendo una dieta equilibrada.

Las Intervenciones de Enfermería buscan determinar el peso corporal ideal del paciente, motivar continuamente a la persona para cambiar los hábitos en la alimentación. Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y la pérdida de peso.

Analizar hábitos, costumbres, factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. Proporcionar una dieta hipocalórica con ayuda de un profesional de la nutrición que determine las calorías suficientes, explicar el propósito de la dieta y el tiempo que la va a seguir. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas, fomentar el control de peso. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. Dar a conocer las ventajas

de tener un peso ideal para conservar la salud y prevenir riesgos.(Mercedes Carreras Viñas & 2011)

En la evaluación el paciente logra la pérdida de peso mediante la dieta prescrita, obtiene un peso adecuado a su edad, estatura y sexo, la persona seguirá con el especialista en nutrición para la asesoría y supervisión, comprende la importancia del régimen alimenticio para su salud.

4.3 Bajo Aporte de Nutrientes.

Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Falta de apetito secundario a estasis venosa en órganos abdominales, incapacidad para absorber los nutrientes.

Característica(s) Definitoria(s): Cólico, dolor abdominal, falta de interés por los alimentos, pérdida de peso, palidez de las membranas mucosas, bajo tono muscular, inflamación.

Objetivo: El paciente recuperará y mantendrá el peso ideal para su edad, talla y constitución corporal.

En las intervenciones de enfermería se pretende identificar los factores que impiden/dificultan el aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad suficiente para cubrir los requerimientos corporales. Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente con la asesoría del experto en nutrición, respetando sus preferencias alimentarias.

Si es preciso, incluir suplementos ricos en calorías y/o proteínas. Llevar un registro diario de los alimentos ingeridos, observar si hay náuseas y/o vómitos. Descansar antes y después de las comidas, facilitar posición para lograr ingesta de alimentos sin dificultad. Suprimir en la medida de lo posible, los estímulos nocivos como dolor, olores o vistas desagradables, crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida,

hacer participes a los familiares para fomentar la ingesta alimenticia, controlar el peso diariamente. Monitorización de tensión arterial (TA), presión venosa central (PVC), pulso (aumento o disminución del volumen del pulso así como la frecuencia) y diuresis, así como el balance de líquidos.(Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Al hacer la evaluación, se logra el apego a la dieta, cubriendo las demandas metabólicas acordes a la persona, se observa conducta de autocuidado en cuanto al control de peso, mejora el apetito mediante la implementación de una propia cultura de alimentación como un acto social con la familia y otras personas, las constantes vitales y hemodinámicas permanecen en niveles aceptables.

4.4 Déficit de Conocimientos.

Carencia o deficiencia de información cognitiva acerca de un tema o situación específica.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Falta de información, falta de motivación, mala interpretación de la información, dificultad para recordar, cambios en el estado de salud.

Característica(s) Definitoria(s): Comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de las instrucciones, histeria, hostilidad, agitación, apatía a la información, desapego e incumplimiento en el tratamiento.

Objetivos.

El paciente expresará su deseo de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarios para manejar sus cuidados de salud.

La familia verbalizará y/o demostrará su comprensión de la información recibida.

El paciente y familia demostrarán capacidad para realizar los cuidados pautados al alta.

Para la intervención de enfermería se tiene que establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje identificadas, evaluar nivel de conocimientos previos, explicar beneficios del plan terapéutico, facilitar la comprensión del proceso de la enfermedad, promover y vigilar ingesta de la dieta prescrita, dar a conocer la importancia del control de líquidos.

Enseñanza de actividades y ejercicios físicos propios para este tipo de pacientes, lograr apego y autonomía de la medicación prescrita. Enseñanza de signos de alarma; proporcionar material actualizado con la información necesaria, utilizar métodos de enseñanza atractivos y adaptados a las características del paciente, cerciorarse de la correcta comprensión de la persona/familia. Respetar el ritmo de aprendizaje, dar los conocimientos de forma gradual, evitar el exceso de información y el uso de tecnicismos.(Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Hacerle mención signos y síntomas de la enfermedad, explicar las razones de las restricciones dietéticas y de actividad. Reforzar aspectos sobre las medicaciones que hay que tomar habitualmente al alta; la dosis, horario de administración y efectos secundarios de la mediación, remarcar la importancia de tomar las dosis a la hora prescrita, sugerir una cajita de pastillas marcada con los días y horas de las dosis. Recordarle la importancia del autocontrol de los signos y síntomas de insuficiencia creciente, tales como edema de los tobillos o piernas, falta de aliento, taquicardia y nueva o mayor irregularidad del pulso (lo que implica enseñar al paciente y familiares la toma del pulso y presión arterial). Revisar con familia y paciente los cuidados de seguimiento médico; día, hora y sitio de la siguiente visita y control.

La educación sanitaria es más eficiente y efectiva cuando está planificada que cuando se hace al azar. Proporcionar información específica reduce la incertidumbre y facilita la adaptación a los niveles recomendados de actividad. El tratamiento con éxito de la IC con frecuencia requiere múltiples medicamentos. (Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Aumentar la motivación del paciente para tomarlos y comprender la dosis puede aumentar la exactitud en seguirla. Una cajita de pastillas disminuye la posibilidad de olvidar o equivocarse una dosis. La detección precoz del aumento de la insuficiencia es crucial para identificar la progresión de la enfermedad y la necesidad de seguir el régimen terapéutico. El paciente puede identificar mejor los cambios fisiológicos cuando los comprende. El proceso continuado de la enfermedad requiere cuidados de mantenimiento completos para un manejo óptimo. (Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Se evalúa la educación que el paciente logra su interés por el autocuidado, consigue integrar las enseñanzas a su estilo de vida el cual está basado en la prevención y apego terapéutico, se consigue integrar a la familia como participantes del tratamiento con extensión a su domicilio, la persona se hace consciente de futuras complicaciones así como daños a la salud y demuestra en citas de control que sigue las recomendaciones indicadas.

4.5 Deterioro de la Calidad de Vida.

Es el grado en que los individuos o sociedades tienen daño progresivo de valores en los índices de bienestar social.

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(S): Afección cardíaca, aislamiento social.

Característica(s) Definitoria(s): Irritabilidad, falta de cooperación en su tratamiento médico, angustia y enojo.

Objetivo: Favorecer la readaptación a su nuevo estilo de vida mediante orientación.

Las intervenciones de enfermería pretenden orientar al paciente sobre su enfermedad, mantener comunicación estrecha entre paciente-enfermera, acompañarlo durante situaciones que requieran intervenciones médicas. Permitir al paciente que exprese su punto de vista sin hacer juicios de valor, establecer las condiciones necesarias para una visita de tipo religiosa, solicitar la presencia de los familiares tantas veces sea necesario, orientar al paciente sobre su nuevo estilo de vida y readaptación.(Carolina Ortega Vargas, 2002b)

Durante el proceso de evaluación, se observa que el dialogo con el paciente es apropiado, educado y con razonamiento, refiere compromiso con su actual estado de salud, busca ayuda cuando considera que es pertinente, refiere seguir en búsqueda de la adaptación al actual estilo de vida.

4.6 Deterioro del Intercambio Gaseoso.

Exceso de déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar.(Herdman, 2010)

Tipo de diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Cambios de la presión capilar-pulmonar.

Característica(s) Definitoria(s): Taquipnea, disnea, respiraciones sibilantes, disminución del estado de alerta, letargo y somnolencia.

Objetivo: Mejorar el intercambio gaseoso.

En las intervenciones de enfermería, se busca detectar signos y síntomas que propicien o refieran déficit de intercambio gaseoso (disnea, hipercapnia, hipoxia, cianosis); colocar al paciente en posición de semifowler para optimizar el equilibrio ventilación/perfusión (intercambio de gases), auscultar campos pulmonares para detectar estertores o sibilancias, monitorizar saturación de oxígeno, administrar oxígeno suplementario a través de dispositivos para mantener una saturación mayor a 90%: mascarilla reservorio, catéter nasal o nebulizador.

Toma de gasometría (arterial y/o venosa), realizar cambios de posición que favorezcan la ventilación, valorar placa de rayos X de tórax (buscar: atelectasias, neumonía o derrame pleural), administrar micronebulizaciones con broncodilatadores según indicación médica, drenaje postural y/o pleural estimular ejercicios respiratorios apoyado por inspirómetro; estos ejercicios los puede realizar cada hora o según capacidad pulmonar del paciente. Si la condición del paciente lo amerita asistencia

mecánica ventilatoria invasiva o no invasiva: asistir durante intubación endotraqueal, manejo de vía aérea, administrar tratamiento farmacológico (sedantes, relajantes musculares) de acuerdo a la indicación médica, aspiración de secreciones si precisa la condición clínica de la persona y por razón necesaria. (Carolina Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

Evaluación: Se optimiza intercambio gaseoso adecuado, saturación mayor a 90%, campos pulmonares sin estertores ni sibilancias, reducción de disnea y datos de dificultad respiratoria asociados, mejoría de los datos clínicos y de laboratorio, gasometrías conservadas en equilibrio acido-base, con vía área permeable el paciente se observa tranquilo y con estado ventilatorio conservado y optimo.

4.7 Disminución del gasto cardíaco.

La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor(s) Relacionado(s): Cambios mecánicos y afección miocárdica.

Característica(s) Definitoria(s): Taquicardia, hipotensión, disnea, oliguria, diaforesis, arritmias, fatiga, edema, disnea, ortopnea, ansiedad agitación.

Objetivo: Mejorar el gasto cardiaco, perfusión miocárdica y tisular general

Entre las acciones de enfermería están la detección oportuna signos de bajo gasto cardíaco como: piel fría, diaforesis, llenado capilar > 3", palidez, hipotensión, taquicardia, disminución del volumen urinario. Tomar y registrar las constantes vitales, mantener reposo absoluto, valorar el estado emocional de la persona, monitorización electrocardiográfica continua.

Brindar medidas de oxigenoterapia de acuerdo a los requerimientos y condición del paciente, mantener posición de fowler, colocar cerca del paciente sus artículos personales, participar en la instalación de agentes invasivos, vigilar y registrar el perfil hemodinámico: presión arterial pulmonar (PAP), presión capilar pulmonar (PCP), presión venosa central (PVC), gasto cardíaco (GC), índice cardíaco (IC), volumen latido (VL), índice sistólico (IS), resistencias vasculares sistémicas (RVS), índice trabajo del ventrículo izquierdo (ITVI), resistencias vasculares pulmonares (RVP),

producto presión frecuencia (PPF). Ministran fármacos de acuerdo a la indicación médica y dosis respuesta: inotrópicos, vasoactivos, antiarrítmicos etc.

Control estricto de líquidos, vigilar niveles de electrolitos y en caso necesario reponerlos en infusión parenteral mediante bomba de infusión para mantener un equilibrio iónico celular y evitar la aparición de arritmias. En caso de arritmias letales iniciar el protocolo de apoyo vital cardíaco avanzado y notificar de inmediato.

Asistir durante la aplicación de terapias eléctricas (cardioversión y desfibrilación), instalación de marcapaso transitorio, instalación de balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC), y proporcionar cuidados específicos. (Carolina Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

Durante la evaluación, mantiene el gasto cardíaco de 4 a 8 L/min, índice cardíaco de 2.5 a 4 L/min/m², frecuencia cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto, con variables hemodinámicas conservadas, ausencia de arritmias, buen volumen urinario y disminución de datos clínicos de IC. Gasto cardíaco que favorece la homeostasis y electrocardiograma sin alteraciones.

4.8 Exceso de Volumen de Líquidos.

Se refiere al aumento de la retención/acumulación de líquidos isotónicos.(Herdman, 2010)

Tipo de diagnostico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Disfunción ventricular miocárdica.

Característica(s) Definitoria(s): Edemas, oliguria, aumento de peso, distensión venosa yugular.

Objetivo: Restablecer y mantener el equilibrio hidroelectrolítico, disminuir el edema.

Las intervenciones de enfermería son para este diagnostico; pesar al paciente diariamente en las mismas condiciones (un aumento de peso de 0,5 a 0,9 kg. al día indica retención de líquidos). Medir perímetro abdominal diario en ayuno. Valorar estado de hidratación en mucosas.

Controlar y anotar diariamente el ingreso egreso de líquido al paciente (el registro de las entradas y salidas puede avisar al cuidador de un exceso de líquidos). Valorar la dieta del paciente; se debe prescribir una dieta baja en sodio (la limitación de la ingesta de sodio reduce la retención de agua y sodio). Restricción de líquidos vía oral y parenteral, ajuste necesario del aporte calórico. Valorar diariamente la reducción de edemas, mediante el signo de Godet, aplicación de vendajes en extremidades para reducir el edema. Mantener al paciente en reposo absoluto en semifowler o fowler para reducir el retorno venoso sistémico. Auscultar campos pulmonares para detectar estertores o sibilancias.

Registro de signos vitales que incluye presión venosa central (PVC). Cuantificación de uresis; instalación de sonda vesical y cuidados específicos durante la permanencia de la misma, administrar fármacos diuréticos que incrementen la eliminación de líquidos, de acuerdo a indicación médica. Mantener la integridad de la piel con cambios posturales frecuentes, lubricación y liberación de zonas de presión.

Elevación de miembros pélvicos, cambios de posición para prevenir la aparición de lesiones en la piel. Determinación de la concentración electrolitos y pruebas de función renal mediante los datos de laboratorio.(Carolina Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Nieto Montesinos, 2004; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

En la evaluación se logra el incremento del volumen urinario, disminución del edema, ausencia de crepitantes y sibilancias pulmonares, el peso retorna a las cifras basales, ausencia de disnea de esfuerzos y piel íntegra. Volumen urinario 1ml/ Kg/hr, balance hídrico negativo.

4.9 Intolerancia a la Actividad.

Insuficiente energía fisiológica, o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real

Factor(es) Relacionado(s): Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, debilidad generalizada, reposo en cama.

Característica(s) Definitoria(s): Disnea, taquicardia, cambios electrocardiográficos, fatiga, debilidad.

Objetivo: El paciente mostrará un aumento progresivo de tolerancia a la actividad durante la estancia hospitalaria y al egreso.

Las intervenciones de enfermería para este diagnostico son: elevar la cabecera de la cama en posición de semifowler; al elevar el cabezal de la cama se disminuye la resistencia al flujo de aire, una posición incorporada redistribuye el flujo sanguíneo a áreas dependientes disminuyendo la cantidad de sangre que regresa al corazón.

Determinar la estabilidad cardiaca evaluando la TA, ritmo y FC e indicadores de la oxigenación como nivel de conciencia y color de la piel. Si la actividad se inicia en un estado que compromete el gasto cardiaco (taquicardia o disrritmias graves) este se reducirá aún más. Cuando el paciente esté estable hay que considerar el instituir un programa gradual de rehabilitación pulmonar y cardiaca que se inicia con cambios posturales regulares y ejercicios de amplitud de movimiento y que progresa a ejercicios activos (por ejemplo: sentar en sillón, deambular por habitación e ir al baño). (Carolina

Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Nieto Montesinos, 2004; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

Los cambios posturales y los ejercicios mejoran la circulación periférica y disminuyen el riesgo de tromboembolismo y otros efectos adversos de la inmovilidad. Alternar las actividades con periodos de reposo. Estimular al paciente a que haga ejercicios mientras realiza las actividades rutinarias, como bañarse y vestirse, el paciente puede incorporar ejercicios en la rutina diaria que a seguir un programa establecido por lo tanto debemos enseñar al paciente a completar una tarea por etapas.

Evaluar la tolerancia del paciente a las actividades recién introducidas. Interrumpir la actividad y posiblemente reanudarla posteriormente a un ritmo menor; si la FC del paciente aumenta más 30 lpm por encima del nivel de reposo, si aparece una nueva o mayor irregularidad en el pulso, si la TA sistólica cae 15 mmHg o por debajo del nivel de reposo, o si aparece disnea o un enlentecimiento de la frecuencia respiratoria, pierde la conciencia o experimenta una profunda debilidad. La reanudación demasiado rápida de la actividad puede exacerbar el fallo cardiaco, la isquemia miocárdica o la insuficiencia vascular periférica. También puede producir un retroceso psicológico si el paciente espera lograr niveles no realistas. (Carolina Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Nieto Montesinos, 2004; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

Vigilar signos y síntomas de intolerancia a la actividad. De acuerdo a las condiciones clínicas en comunicación con el médico planear actividades alternando

con períodos de descanso. Enseñarle al paciente a tomarse el pulso durante un minuto, antes de realizar cualquier actividad y en el momento de mayor esfuerzo.

Valorar el incremento de actividad o reposo de acuerdo a la mejoría y capacidad del enfermo. Insistir en la realización de los ejercicios de movilidad activa y pasiva, para mantener flexibles las articulaciones y los músculos. Enseñarle a respirar mientras realiza los ejercicios. Indicarle la importancia de tomar correctamente sus medicamentos.

Al paciente ambulatorio enseñarle que ante cualquier signo de alarma como: sensación de desvanecimiento, mareo, pérdida del conocimiento, dolor torácico, disnea progresiva, palpitaciones, disminución del volumen urinario e incremento en el peso corporal, ante esto debemos sugerir que acuda al servicio de urgencias. (Carolina Ortega Vargas, 2002b; Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Nieto Montesinos, 2004; Quintero-Barrios Martha María, 2005)

Al momento de la evaluación, encontramos al paciente realizando sus actividades diarias sin presentar fatiga, no presenta alteración del pulso. Necesidad satisfecha de movilización, mantiene buena frecuencia cardiaca, tensión arterial, respiraciones antes y después de cada actividad, adopta postura corporal.

Se logra la realización de sólo sus actividades físicas básicas, sin presentar fatiga consecuente. El paciente es capaz de llevar a cabo las actividades sin dificultad, no aparecen signos de disnea, taquicardia, hipertensión y los signos vitales se mantienen en cifras normales.

4.10 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico.

Patrón de regulación e integración en los procesos de la comunidad de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud. (Herdman, 2010)

Tipo de Diagnóstico: Real.

Factor(es) Relacionado(s): Complejidad del mismo tratamiento, el déficit de actividades preventivas, recursos insuficientes para el cuidado de la salud, aceleración inesperada de la enfermedad.

Característica(s) Definitoria(s): Inseguridad y ansiedad acerca de su vida futura.

Objetivos:

- El paciente y la familia expresarán su deseo de seguir el plan terapéutico prescrito.
- El paciente aumentará las habilidades requeridas para el auto cuidado.

Durante las intervenciones de enfermería hay que identificar conjuntamente con el paciente y la familia las conductas inadecuadas, porque resultan perjudiciales y las consecuencias previsibles en caso de mantenerlas. El no cumplimiento del régimen terapéutico prescrito puede tener serias repercusiones de salud.

La pronta identificación de un posible problema incrementa las posibilidades de resolverlo con éxito, por eso hay que diseñar un plan realista para incluir, hasta donde sea posible el régimen terapéutico en las actividades de la vida cotidiana, procurando que las modificaciones sean las mínimas posibles y/o introducirlas de manera progresiva.

Remarcar la gravedad de la IC y la importancia del autocuidado. Usar la propia situación del paciente para ilustrar cómo el no seguimiento del tratamiento afecta a su salud. El desconocimiento en la gravedad de la enfermedad es uno de los factores asociados al no seguimiento del tratamiento prescrito.(Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Orientar en forma clara y veraz al enfermo sobre su enfermedad y permitirle que exprese sus puntos de vista sin hacer juicios de valor. Escucharle con atención y responder a las preguntas. Resolver todas las dudas del enfermo sobre su régimen terapéutico. Estimular al enfermo a expresar sus preocupaciones y promover el cumplimiento terapéutico. Enumerarle los problemas más urgentes de manera organizada y ayudarlo a encontrar alternativas de solución. Informar a la familia del régimen terapéutico que tendrá el enfermo y la importancia del apego al mismo. Informarle en forma sencilla y clara el efecto de cada uno de los medicamentos prescritos por el médico, enseñarle horarios, dosis en que los debe tomar, así como los posibles efectos adversos de los mismos y verificar con preguntas dirigidas que el enfermo haya comprendido la forma en que deberá tomar sus medicamentos. Además, especificarle al enfermo la importancia del apego a su dieta, así como el control de la ingesta de líquidos.

Elaborar y explicar al enfermo y familiares el plan de alta. Informarle al enfermo la importancia que tiene el presentarse a su revisión médica programada a través de la consulta externa. (Elvira Sánchez Reyes, 2007a; Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Durante la evaluación encontramos que el paciente identifica su enfermedad y la gravedad de esta, reconoce la necesidad de seguir en forma organizada su régimen terapéutico, expresara sus inquietudes y preocupaciones, se observara apegado al tratamiento, reconocerá los signos y síntomas de alarma, integrará a su familia en el tratamiento.

4.11 Patrón de Respiración Ineficaz.

La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real

Factor(es) Relacionado(s): Congestión pulmonar.

Característica(s) Definitoria(s): Disnea, fatiga, uso de músculos accesorios de la respiración (escalenos e intercostales).

Objetivo: Mantener la ventilación y oxigenación adecuada, para garantizar y mejorar el patrón respiratorio.

En las Intervenciones de enfermería, debemos identificar datos como: fatiga, disnea, sensación de ahogo, cianosis, síncope, mareo, confusión, letargo, irritabilidad, síndrome de dificultad respiratoria, esputo hemoptoico, piel fría, palidez, diaforesis, entre otros, de igual manera evaluar el esfuerzo respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad), monitorizar la saturación capilar, valorar y registrar constantes vitales periódicamente según la condición clínica del paciente auscultar campos pulmonares, ministración de oxígeno suplementario, favorecer la respiración mediante posición de fowler en caso de disnea de medianos esfuerzos para facilitar trabajo respiratorio. (Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Determinar conjuntamente las actividades que la persona es capaz de realizar, aquellas para las que necesita ayuda y el tipo de ayuda que requiere, de esta forma logramos disminuir el gasto de energía. Recomendar que el baño o la ducha se tome

sentado, en caso de ser necesario en cama (el baño/aseo a de considerarse después de un período suficiente de descanso). Estimular la participación del paciente para la recuperación del máximo nivel de autonomía e involucrar a la familia.

Enseñanza de ejercicios respiratorios, detección oportuna de signos y síntomas respiratorios, restringir la actividad según la clase funcional de insuficiencia cardíaca, control hídrico, detección de edemas, evaluar la evolución de la congestión pulmonar en la placa de tórax, administras diuréticos prescritos, revalorar constantemente el estado respiratorio de la persona.(Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Al realizar evaluación el paciente mantiene ventilación y oxigenación adecuadas, mejora y disminuye el compromiso respiratorio, realiza ejercicios respiratorios sin dificultad, identifica datos de incremento del trabajo respiratorio, podrá realizar actividad que no condicione un gasto excesivo de energía, mantendrá equilibrio hídrico, disminuirá el edema y congestión pulmonar, de esta forma el estado general.

4.12 Perturbación del Sueño.

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: Real.

Factor Relacionado: Cambios en el entorno, humedad, interrupciones, falta de intimidad, ruidos.

Característica(s) Definitoria(s): cambio en el patrón normal de sueño, insatisfacción con el sueño, manifestaciones verbales de no sentirse bien descansado, informes de haberse despertado.

Objetivos: El paciente manifestará haber descansado cada noche.

Intervenciones de enfermería.

Procurar respetar su horario habitual de reposo/sueño. Tener en cuenta que las necesidades cambian con la edad; las personas ancianas a menudo se despiertan frecuentemente por la noche. Si es posible, aumentar el nivel de actividad durante el día: pasear, sentarse fuera de la cama, hacer fisioterapia. Si el sueño diurno es excesivo (más de una hora), limitar la cantidad y duración de las siestas, a fin de favorecer el descanso nocturno. Proporcionar medidas de comodidad y confort.

Reducir la estimulación ambiental (luces, ruidos) durante la noche. Planificar los cuidados de forma que se respeten los períodos de descanso. Procurar agrupar los procedimientos para que se produzcan el menor número de interrupciones posibles. Valorar la necesidad y/o eficacia de los somníferos. (Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Al realizar evaluación el paciente refiere haber descansado, se observa con energía, toma periodos de descanso que le ayuda a mantener la vitalidad y gusto por realizar las actividades personales, realiza actividades de terapia ocupacional durante el día par dormir l mayor parte de la noche.

4.13 Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel.

Riesgo de alteración cutánea adversa.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: De Riesgo.

Factor(es) Relacionado(s): Disminución de la circulación, inmovilidad, humedad,

Objetivos: El paciente mantendrá la integridad cutánea durante la hospitalización.

Intervenciones de Enfermería, se realizara un examen del estado general de la piel, se protegerán prominencias óseas, evitando en absoluto la humedad, proporcional cuidados y lubricación de la piel, realizar higiene general de la piel. Manejo y liberación de zonas de presión, movilización continua de acuerdo a tolerancia y situación clínica del paciente, valorar la actividad del enfermo. Aplicar protocolo general de úlceras por presión, recomendar planes para estimular la actividad y el movimiento del enfermo.

Programa de cambios posturales (sin arrastre), valorar el uso de dispositivos de alivio de presión, tanto local como general. Vestir al paciente con prendas no ajustadas y cómodas. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, se vigila el estado nutricional del paciente.(Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Observar diariamente el estado de la piel, cuidado meticuloso de la piel para evitar ulceraciones e infecciones varias ocasiones en el turno. Proteger las extremidades de golpes y puntos de presión. Mantener las extremidades elevadas, siempre que sea

posible y evitar la compresión externa. (Mercedes Carreras Viñas & 2011; Nieto Montesinos, 2004)

Se evalúa el mantenimiento de la integridad de la piel, así como el compromiso asumido por el paciente para los cuidados de la piel, no hay evidencia en la piel de zonas de presión, se moviliza constantemente el paciente.

4.14 Riesgo de Estreñimiento.

Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: De Riesgo.

Factor(es) Relacionado(s): Inmovilidad, medicación, obesidad, desequilibrio hidroeléctrico, hábitos de defecación irregulares.

Objetivo: El paciente no presentará estreñimiento.

Intervenciones de enfermería, Identificar patrón de eliminación previo. Identificar los factores (medicación, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o contribuir al mismo. Observar características de las deposiciones. Observar signos y síntomas de estreñimiento. Asegurar ingesta adecuada de líquidos. Proporcionar una dieta rica en fibra. Animar al paciente a que esté levantado y deambule, según tolerancia. Valorar la necesidad de uso de laxantes, si fuera necesario.(Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Entre los datos de evaluación se encuentra que no presento estreñimiento, el paciente describe la importancia de la dieta para la digestión, la ingestión de líquidos y la actividad física.

4.15 Riesgo de Infección.

Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.(Herdman, 2010)

Tipo de Diagnostico: De Riesgo.

Factor(es) Relacionado(s): Exposición ambiental, procedimientos invasivos, estasis de líquidos corporales.

Objetivo: El paciente no presentará signos ni síntomas de infección.

Intervenciones de enfermería.

Mantener una higiene corporal y ambiental estricta. En el caso de procedimientos invasivos: Utilizarlos sólo cuando sean estrictamente necesarios, Suprimirlos lo antes posible, Seguir el protocolo con respecto a su instauración y control posterior. Vigilar signos y síntomas de infección. Control de temperatura. (Mercedes Carreras Viñas & 2011)

Se evalúa a la persona con eutermia, sin signos de infección, con agentes invasivos sin datos infección, se aplicación protocolos par cuidado y conservación, se observa a la persona aseada.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

5.1 Conclusiones.

Con base al análisis de cada uno de los diagnósticos e intervenciones anteriormente citadas, así como de los objetivos de esta investigación se concluye lo siguiente:

-Se encontró que los diagnósticos e intervenciones específicas para personas con insuficiencia cardiaca, mejoran su condición al estar propiamente centrado el su cuidado.

-Se detecto que lo diagnósticos de la NANDA se usan con frecuencia en casos de insuficiencia cardiaca.

-Se idéntico que el uso de diagnósticos permite al profesional de enfermería proporcionar un cuidado específico y de calidad porque cubre los problemas en su totalidad, las intervenciones que son aplicables al paciente con insuficiencia cardiaca dependerán completamente de cada diagnóstico empleado.

-Se analizó que la ansiedad es una condición que altera el estado emocional de los pacientes con insuficiencia cardiaca, por lo tanto es considerada dentro del cuidado de enfermería.

-Se encontró en cuanto a los nutrientes, que el paciente con insuficiencia cardiaca tiene en el organismo tanto en defecto como exceso, tendrán efectos directamente con los mecanismos de metabolismo.

-Se comprendió la importancia de que la escasa información de conocimientos, condiciona que el paciente con patología de insuficiencia cardiaca no se apegue al tratamiento. El estilo o calidad de vida depende en el paciente con insuficiencia cardiaca, de la disposición que este tenga para mejorar su estado clínico.

-Se analizo el intercambio de gases como una de las principales complicaciones que aparecen el paciente insuficiente cardíopata, por lo tanto la intervención de enfermería es muy importante.

-Se comprendieron las condiciones de la insuficiencia cardiaca como fallo de bomba ya que disminuyen considerablemente el gasto cardiaco, el actuar, atender y remitir mediante la intervención de enfermería y el diagnostico.

-Se ubico la existencia frecuente de la dificultad para realizar actividad en un paciente con insuficiencia cardiaca, ya que condiciona aumento de uso de energía por parte del paciente y fatiga secundaria. El correcto manejo del régimen terapéutico favorece el apego del paciente a su tratamiento y entorno hospitalario.

-Dentro de las principales alteraciones se reconoció que el patrón respiratorio juega un papel importante para el paciente con insuficiencia cardiaca, las intervenciones aplicables por enfermería buscan mejorar esta condición.

-Se comprendió que la perturbación del sueño en los pacientes con insuficiencia cardiaca, impide el reposo y descanso necesarios para la mejora clínica.

-Se logro detectar el riesgos de un paciente con insuficiencia cardiaca puede afectar la integridad de la piel, incrementan considerablemente ya que se pierden parte de sus propiedades generales.

-Se detecto que la falta de activación física y la dieta en un paciente con insuficiencia cardiaca son algunas de las condiciones que propician el riesgo de estreñimiento.

-Se entiende el riesgo de infección como un factor presente en los pacientes con insuficiencia cardiaca, que puede estar condicionado por otros factores.

5.2 Sugerencias.

Con base en lo anterior y en mi experiencia profesional en el área clínica con personas que tienen insuficiencia cardiaca se sugiere lo siguiente:

-Se sugiere ampliar estudios referentes a personas con insuficiencia cardiaca, para profundizar en los cuidados y diagnósticos de enfermería, con el propósito de tener fundamentos aplicables que tengan respaldo de investigación basada en la evidencia.

-Se recomienda que se utilicen con mayor frecuencia los diagnósticos de la NANDA, no sólo para la atención de pacientes con insuficiencia cardiaca sino con cualquier otra enfermedad.

-Se hace sugerencia en cuanto a la necesidad de otros estudios pertinentes al cuidado de enfermería con extensión a la comunidad para el seguimiento de las personas con esta cardiopatía.

-Sugiero propiciar el bienestar del paciente con insuficiencia cardiaca mediante un trato humano y personalizado para limitar en lo mínimo posible cualquier complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Brito Brito, P. R. (2009). Algoritmo de diagnósticos NANDA fisiológicofuncionales. *Revista de Enfermería*, 3(2), 7-11.

Carreras Mercedes Viñas, B. G. C., & (2011). MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA. *ÁREA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA*.

Enciclopedia Electronica Wikipedia (2012a). Diagnóstico Enfermero. Consultado del 3 de Noviembre en: http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_enfermero.

Enciclopedia Electronica Wikipedia (2012b). Insuficiencia Cardiaca. Consultado el 3 de Noviembre en: http://es.wikipedia.org/wiki/Insuficiencia_card%C3%ADaca

Gómez, Mabel M. (2001). Insuficiencia cardiaca en el adulto. *Guías para manejo de urgencias*.

Herdman, T. H. (2010). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones*. Barcelona. España.

Ibérica, Medtronic. (2012). Insuficiencia Cardiaca. Consultado 3 de Noviembre en: <http://www.insuficienciacardiaca.com/insuficiencia-cardiaca/index.htm>

Instituto Nacional de Cardiología, (2010). Documento Excel: Motivo de egreso de pacientes por diagnóstico.

Listado de intervenciones de Enfermería, (2012). Consultado el 3 de Noviembre en: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/nic/listadonic.htm>.

Nieto Montesinos, M. J. G. F., Y. Atrio Padrón M. L. (2004). PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (I.C.C.). *Rev. Enfermería Cardiológica*, 31, 23-25.

Ortega Carolina Vargas, P. C. G. (2002a). Proceso enfermero en insuficiencia cardíaca. *Archivos de Cardiología de México*, 72(1), 262-266.

Ortega Ma. Carolina Vargas, M. L. P. B., et al. (2011). *Guías de Práctica Clínica Cardiovascular*. México.

Ortiz, A. M. (2006). Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. *Archivos de Cardiología de México*, 76(2), 182-187.

Quintero-Barrios Martha María, R.-R. M. d. S., Salazar-Ceferino Ma. del Carmen, Ruíz-Piñeiro Rosa,, & Cruz-Corchado Maricela, C.-A. G. . (2005). Diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardíaca en estado crítico. *Rev Enferm IMSS*, 13(2), 97-104.

Romero Ángel Julio Cabrera, J. M. C. Z., Eduardo Basilio Hernández Ortiz. (2007).
Progresos en la insuficiencia cardíaca. *Med Int Mex*, 23(4), 321-329.

Roig Eulàlia, F. P.-V., Alfredo Cuppoletti, Magdalena Castillo, Nuria Hernández, Manel
Morales, & Betriu, y. A. (2005). Programa de atención especializada en la
insuficiencia cardíaca terminal. Experiencia piloto de una unidad de
insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.*, 59(2), 109-116.

Sánchez Elvira Reyes, E. P. M., María Carolina Ortega Vargas. (2007b). Guía clínica
de enfermería del enfermo con insuficiencia cardíaca. *Archivos de Cardiología
de México*, 77(1), 91-95.

Tacchi., H. H. (2006). Insuficiencia cardíaca aguda descompensada. *Silver Horse srl*,
93-100.

Urrutia Agustín de Diego, J. S. E. y. J. (2011). ABC delainsuficienciacardiaca. *Semin
FundEspReumatol.*, 12(2), 42-49.

