

302112



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA 12  
"IGNACIO CHAVEZ"

ESCUELA DE ENFERMERIA

ESTUDIO DE CASO

DETERMINACION DE NECESIDADES Y PROBLEMAS  
A UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DEGENERATIVA  
DEL SISTEMA DE CONDUCCION  
(BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO)

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

**AZYADET PARRA BASURTO**

ASESORA: L.E.O. LETICIA GARDUÑO RONQUILLO



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

### A DIOS

Por darme la oportunidad de vivir.

### A MI PADRE:

Por ser el guía de mi camino, quien con su ejemplo de constancia, persistencia, honradez y sobre todo su gran amor ha hecho de mi lo que soy.

### A MI MADRE:

Por ser mi guía espiritual, mi ejemplo a seguir en la vida, quien con desinterés, ha dado su vida por verme feliz y satisfecha.

### A MI HERMANA

Por ser mi eterna compañera y quien gracias a su apoyo, confianza y admiración, veo culminada una de mis metas; espero no decepcionarte.

### A MI ESPOSO:

Quién no solo creyó en mi sino que confió; y con abnegada paciencia me alentó a seguir por este duro camino; quien me ama incondicionalmente y a quien yo Amo.

**A MIS PACIENTES PASADOS, PRESENTES Y FUTUROS PORQUE EN  
USTEDES COBRÓ SENTIDO MI VOCACIÓN.**

**A PATRICIA Y ANTONIO VELÁZQUEZ BASURTO:**

Por ser mis segundos padres y apoyarme en todo lo que  
he necesitado.

**A MI ABUELA MATERNA**

Quien con mucho cariño cuidó de mí  
cuando más lo necesite.

**IN MEMORIAM**

**SARA CARMONA SÁNCHEZ**

Quien con su ejemplo de constancia y  
tenacidad me impulsó a culminar esta meta.

**A MIS MAESTROS**

Por brindarme la oportunidad de aprender de ellos,  
tomar lo mejor de sus experiencias y así hacer de  
mí una profesionalista.

**A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE ESCUELA**

Quienes siempre estarán en mi mente y a quienes  
tengo un afecto muy especial.  
Gracias por recorrer este camino a mi lado.

**A MIS PADRES POLÍTICOS**

Y a todos y cada uno de ustedes  
que ahora escapan de mi mente  
Muchas Gracias

**A EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHAVÉZ":**

Quien me abrió sus puertas como quien abre las puertas de su casa y me dio asilo para conseguir uno de mis mayores anhelos.

**A LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ESTE INSTITUTO:**

Quienes me orientaron y ayudaron con su experiencia a mi formación profesional

Continuo el búho:  
" Hay gente que piensa que la vida es amar,  
vivir y esforzarse,  
llevando como estandarte una sonrisa y en su andar,  
una luz en su corazón al caminar hacia delante"

EMILIO ROJAS

## **CONTENIDO**

### **PORTADA**

### **AGRADECIMIENTOS**

### **INTRODUCCIÓN**

- I. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.**
- II. OBJETIVO.**
  - 2.1. Objetivo General.
  - 2.2. Objetivos Específicos.
- III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.**
  - 3.1. Proceso Atención de Enfermería.
    - 3.1.1. Ventajas.
    - 3.1.2. Características.
    - 3.1.3. Valoración.
      - 3.1.3.1. Método para obtener datos
      - 3.1.3.2. Exploración Física
    - 3.1.4. Diagnóstico
      - 3.1.4.1. Componentes de las Categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA
    - 3.1.5. Planeación
      - 3.1.5.1. Etapas del Plan de Cuidado
    - 3.1.6. Documentación y Registro
    - 3.1.7. Acciones de Enfermería
    - 3.1.8. Documentación en el Plan de Cuidados de Enfermería
      - 3.1.8.1. Partes que componen los Planes de Cuidados
      - 3.1.8.2. Tipos de Planes de Cuidados

- 3.1.9. Ejecución
- 3.1.10. Evaluación
- 3.2. Virginia Henderson y los 14 Componentes de la Asistencia Básica de Enfermería
- 3.3. Bloqueo Aurículoventricular
  - 3.3.1. Causas de Bloqueo Aurículoventricular
  - 3.3.2. Tipos de Bloqueo Aurículoventricular
  - 3.3.3. Manifestaciones Clínicas
  - 3.3.4. Manifestaciones Electrocardiográficas
  - 3.3.5. Evaluación Diagnóstica
  - 3.3.6. Marcapaso Definitivo
- 3.4. Consideraciones para la elección del tipo de estimulación con Marcapasos Definitivo

#### **IV. METODOLOGÍA**

- 4.1. Universo
- 4.2. Lugar
- 4.3. Tiempo
- 4.4. Método para la Recolección de Datos
- 4.5. Proceso de Atención de Enfermería

#### **V. CONCLUSIONES**

#### **VI. ANEXOS**

- 6.1. Anexo 1: Historia Clínica y Enfermería
- 6.2. Anexo 2: Instrumento Observacional de Valoración Clínica de los 14 componentes de la Asistencia Básica de Enfermería de Virginia Henderson.
- 6.3. Anexo 3: Planeación.
- 6.4. Anexo 4: Cronograma.

#### **VII. Bibliografías**



## INTRODUCCIÓN

Hoy en día con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la formación es de gran trascendencia para el desarrollo de la profesión de enfermería con las diferentes corrientes socioeconómicas la práctica de enfermería modifica su rol y la imagen de la enfermera se transforma.

Existe gran interés en todo lo que es la persona y su familia para que adquiera y desarrolle conocimientos para reforzar y mantener su bienestar y así elevar al nivel óptimo su salud.

Con la documentación de las intervenciones de enfermería, se puede diseñar mejores actuaciones fundamentadas en modelos de enfermería y con base en el Proceso Atención de Enfermería para encontrar las mejores alternativas que ofrezcan al paciente una pronta y óptima recuperación.

La presentación de este estudio de caso a un paciente con enfermedad degenerativa del sistema de conducción (Bloqueo AV completo), se fundamenta en la definición de enfermería de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades de la asistencia básica de enfermería y en los componentes categóricos de la North American Nursing Diagnosis Association basadas en los nueve patrones de respuesta humana; el PAE permite la recolección de datos, planteamiento de objetivos, elaboración de diagnósticos de enfermería, planeación de acciones de enfermería, ejecución y evaluación de los mismos todo esto con el fin de mejorar su calidad de vida.

## I SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 61 años de edad el cual ingresa a través del servicio de urgencias por primera vez al Instituto Nacional De Cardiología "Ignacio Chávez", y como antecedentes de importancia:

- AHF: Sin importancia para el padecimiento.
- ApnP: Nacido en la ciudad de México y residente de esta misma ciudad, con escolaridad hasta secundaria, de ocupación vendedor de automóviles, divorciado y de religión católica. Habita casa rentada la cual cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, sin convivencia con animales domésticos. Alimentación deficiente en cantidad y calidad rica en carbohidratos y grasas. Higiene personal con baño cada 3 er. día. Tabaquismo positivo desde la edad de 14 años, a razón de 15 cigarrillos al día, etilismo y toxicomanías negadas.
- APP: Refiere ser portador de diabetes mellitus tipo II desde hace 9 años en control regular con bieuglucon. Niega otras enfermedades crónico degenerativas, así como infectocontagiosas, Niega antecedentes quirúrgicos alérgicos y transfusionales..
- Historia cardiovascular y padecimiento actual: Lo inicia el 14 de octubre del 2000, cuando al estar parado sin actividad física presenta síncope con duración de escasos 5 minutos, sin ser presenciado por otras personas en el momento, solo durante la recuperación, la día fue "ad integrum", a los escasos minutos posterior al primer evento presenta nuevamente episodio síncope precedido de mareos, sin otra sintomatología previa, ni posterior al evento. Se mantuvo asintomático hasta el día del ingreso, en que por la mañana sin actividad física previa de nueva cuenta presenta síncope de las mismas

características, aunque esta vez si fue presenciado por movimientos tónico clónicos de las extremidades, sin relajación de esfínteres y sin deterioro neurológico, posterior, desde la mañana y hasta le momento de acudir a urgencias presenta 4 eventos de las mismas características, al momento de llegar al servicio de urgencias, se detecta bloqueo AV completo por lo que se decide colocación urgente de electrodo profiláctico de marcapaso transitorio, y estando durante la colocación del mismo presenta disminución de la Fc. hasta 2º latidos por minuto y presenta crisis de Stoke Adams en 2 ocasiones, conservando la integridad neurológica y hemodinámica.

Se ingresa a la unidad de cuidados coronarios: Paciente masculino en la 7ª década de la vida , solo es portador de diabetes mellitus tipo II, sin historia previa cardiovascular, el cual es de inicio reciente, con datos clínicos de bajo gasto cardiaco demostrado con hipoperfusión cerebral manifestada por crisis de Stoke Adams. Presenta Bloqueo AV completo muy probablemente ante la falta de cardiopatía asociada sea secundario a enfermedad de Lev o Lenegre. Ingresas consiente intranquilo orientado, con palidez de tegumentos generalizada, mucosas orales semihidratadas signos vitales con bradicardia de hasta 20 latidos minuto por lo que se instala a través de vena yugular derecha electrodo de marcapaso transitorio conectado a fuente externa de poder a FC de 60 lat/min., salida de 4 miliampers, y a demanda, el cual captura al 100%, se monitoriza, observándose en ritmo de marcapaso, en tórax anterior ruidos cardiacos de intensidad normal, se observa dificultad respiratoria, campos pulmonares con presencia de estertores crepitantes en ambas bases, en miembro superior izquierdo se instala catéter largo central que permeable a infusión de solución salina 0.9% para mantener vía, su abdomen blando depresible no doloroso con peristaltismo presente, micción

espontánea en adecuada cantidad miembros pélvicos en adecuadas condiciones hemodinámicas.

## **II. OBJETIVO**

### **2.1. Objetivo General**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, en un paciente con Bloqueo Auriculoventricular Completo, determinando, la efectividad de los cuidados mediante una precisa, planeación, ejecución y evaluación de los mismos.

## 2.2. Objetivos Especificos

- 2.2.1. Destacar el enfoque integral de los cuidados de enfermería considerando al paciente como un ser humano sujeto de manera constante a influencias ambientales, y no, solo como una entidad fisiológica.
- 2.2.2. Contribuir a la recuperación, total o parcialmente del paciente y lograr la recuperación total o parcial del mismo e integrarlo lo más pronto posible a su vida en sociedad.
- 2.2.3. Involucrar a la familia en la atención integral del paciente creando conciencia de su importante participación en el manejo de su familiar.

### III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

#### 3.1. Proceso Atención De Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica enfermera es el proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.<sup>1</sup>

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>2</sup>

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

**Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud..

---

<sup>1</sup> ROMERO OJEDA, M., *El Proceso Enfermero*. Vol. 8 desarrollo científico enfermero, julio 2000, p.p. 173-176

<sup>2</sup> Idem.

**Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También :

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad

- Establecer planes de cuidados individuales , familiares o comunitarios .
- Actuar para cubrir y resolver los problemas , prevenir o curar la enfermedad

### 3.1.1. Ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. .

### 3.1.2. Características

- Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.



- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>3</sup>

### 3.1.3. Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia .

- Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción para identificar las capacidades y

---

<sup>3</sup> Op. Cit.

limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cefalo-caudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Función de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial , donde deberemos de busca: datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente , factores contribuyentes en los problemas de salud .

En las valoraciones posteriores , tenemos que tener en cuenta : confirmar los problemas de salud que hemos detectado, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido, obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente .

Nos interesa saber las características personales , capacidades ordinarias en las actividades , naturaleza de los problemas , estado actual de las capacidades .

- Datos subjetivos : No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos) .
- Datos objetivos : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial ) .
- Datos históricos - antecedentes : Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas)
- Datos actuales : son datos sobre el problema de salud actual .

### 3.1.3.1. Métodos Para Obtener Datos

#### Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración , ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos .

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera / paciente.

- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
- La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. <sup>4</sup>

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

### 3.1.3.2. La Exploración Física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera

---

<sup>4</sup> ALFARO R. *Aplicación Del Proceso De Enfermería*, 3º ed. Madrid. Mosby Doyma. 1994

utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas / aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

#### 3.1.4. Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

El diagnóstico de enfermería pueden ser real si se refieren a una situación que existe en el momento actual o potencial si se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

- Los problemas del paciente dependientes de la práctica de la enfermera aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

- Los problemas interdependiente de la enfermera, aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- Los problemas independientes de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería., Son los Diagnósticos de Enfermería

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

#### 3.1.4.1. Componentes De Los Categorías Diagnósticos Aceptadas Por La NANDA:

Los diagnósticos de enfermería tienen gran aplicación y suma importancia en los siguientes campos:

- Investigación
- Docencia:
- Asistencial:
- Gestión

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1999 treceava conferencia incluye 21 diagnósticos nuevos 37 revisados.<sup>5</sup>

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.  
Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

---

<sup>5</sup> NANDA *Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificación 1999-2000*, ED Harcourt, Madrid 1999



- Tipos De Diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E). <sup>6</sup>
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E). <sup>7</sup>
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera

---

<sup>6</sup> IYER, P. Proceso y diagnósticos de enfermería, 3ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana, 1997

<sup>7</sup> Loc. Cit.

puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

- A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

### 3.1.5. Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.<sup>8</sup>

#### 3.1.5.1. Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

---

<sup>8</sup> MURRAY, M. *Proceso de Atención De Enfermería*. 5ª ed. México, Mc-GrawHill interamericana 1996

### 3.1.6. Documentación Y Registro

#### - Determinación De Prioridades :

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben acordarse con el paciente, de tal forma que la no-realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad con la enfermera. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, se debe hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

#### - Planteamiento De Los Objetivos :

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. <sup>9</sup>

- Normas Generales Para La Descripción De Objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

- Objetivos De Enfermería :

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

---

<sup>9</sup> ALFARO R. *Aplicación Del Proceso De Enfermería*, 3ª ed. Madrid Mosby Doyma. 1994

- Los objetivos pueden ser:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.
- Objetivos medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

- Objetivos Del Paciente :

Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga él, esto es, como conductas esperadas. <sup>10</sup>

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables,
- Deben ser mensurables,
- Deben ser específicas en cuanto a contenido
- Los contenidos se describen como verbos

### 3.1.7. Acciones De Enfermería

Las acciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es

---

<sup>10</sup> Op. Cit.

decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.<sup>11</sup>

- Tipo de actividades de enfermería:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

- Las características de las actuaciones

- Serán coherentes con el plan de cuidados,
- Estarán basadas en principios científicos.

---

<sup>11</sup> IYER, P. Proceso y diagnósticos de enfermería, 3ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana, 1997

- Serán individualizados para cada situación en concreto. Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- Diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.



- Diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

Aquí se presentan de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema / diagnóstico de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico.

Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

### 3.1.8. Documentación En El Plan De Cuidados De Enfermería

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.<sup>12</sup>

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

#### 3.1.8.1. Partes Que Componen Los Planes De Cuidados

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería / problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

---

<sup>12</sup> KOZIER B. *Conceptos Y Temas En La Practica De Enfermería* 2ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana 1995

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

### 3.1.8.2. Tipos De Planes De Cuidados

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.<sup>13</sup>

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- Estandarizado: Plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados. Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

### 3.1.9. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

---

<sup>13</sup> Op. Cit.

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

<sup>14</sup>

### 3.1.10. Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar.

---

<sup>14</sup> RODRÍGUEZ, B. *Proceso De Enfermería*. Jalisco México. Ed. Cuelgar 1999

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.
  - La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente-cliente.
- Con relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. <sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Op. Cit.

### 3.2. Virginia Henderson Y Los 14 Componentes De La Asistencia Básica De Enfermería

Virginia Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de "The principles and practice of nursing", donde su principal meta fue aclarar las funciones de enfermería; considera su trabajo más una definición que una teoría de enfermería.

Menciona a algunos autores los cuales influyen de manera importante en su definición:

- ◆ Caroline Stackpole: "La importancia de mantener un equilibrio fisiológico"
- ◆ Jean Broadhurst: "La importancia de la higiene y la asepsia"
- ◆ Dr. Edward Thorndike: " La enfermedad es más que un estado patológico y que los hospitales y en estos no se atienden las necesidades más importantes"
- ◆ Sr. George Deaver: "La meta de la rehabilitación, es la reconstrucción de la independencia del paciente"
- ◆ Bertha Hamer: "La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad".
- ◆ Ida Orlando: "Relación enfermera paciente"<sup>16</sup>

Virginia Henderson indica 14 componentes de la asistencia básica de enfermería que son:

- ◆ Respiración.
- ◆ Alimentación.

---

<sup>16</sup> Wertman DeMeester D. et al. *Definición de la Enfermería. Virginia Henderson 3ª ed.*, Ed. Mosby-Doyma. Barcelona España, 1988 p p 102-115



- ◆ Eliminación.
- ◆ Movimiento y postura.
- ◆ Descanso y sueño.
- ◆ Vestido.
- ◆ Termorregulación.
- ◆ Higiene e integridad de tegumentos.
- ◆ Evitar peligros y riesgos.
- ◆ Comunicación.
- ◆ Religión.
- ◆ Autorrealización y trabajo.
- ◆ Recreación.
- ◆ Aprendizaje.

Si se analiza la definición de Henderson podemos observar que la jerarquización de los componentes básicos va desde las necesidades filológicas hasta las psicosociales, con lo que podemos concluir que su definición de enfermería lleva implícito que el equilibrio fisiológico es inseparable del emocional.

En donde menciona que:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o una muerte tranquila; y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, todo lo anterior lo hace de forma tal que le ayude a ser independiente lo antes posible.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Rubio D S , Hinojosa M A , Teorías y Modelos de Enfermería (paquete didáctico) UNAM , E N E O, México, DF 1997

Por lo tanto la enfermera debe actuar como miembro del equipo de salud pero con acción independiente, puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere, pero apoya su plan de atención en el trabajo médico, debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino las circunstancias y estados patológicos que la alteran.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarte a recuperar su independencia lo más pronto posible, con lo que podemos decir que los conceptos principales de su teoría son:

**Necesidad fundamental:** todo aquello que es fundamental para que el individuo se mantenga con vida o con bienestar.

**Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de acciones que realiza el mismo.

**Dependencia:** cuando un ser humano es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y requiere de la ayuda de los demás estando este en una edad adecuada para satisfacerlas por si mismo.

**Problema de dependencia:** Cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

**Manifestación:** Signo observable en e individuo que permite identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Ella misma define al paciente como la persona que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional que requiere ayuda para ser independiente, debe ser tratado en todas las etapas de la vida, y con su familia ya que forman una unidad; para mantener la salud que más que otra cosa

representa calidad de vida, dando prioridad a la promoción para la salud que es más importante que la atención del enfermo y que los individuos recuperan o mantiene la salud si tienen la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios; la enfermera debe proteger enseñar y conocer los hábitos sociales y religiosos de paciente y modificar su entorno si así lo cree conveniente.

En cuanto a la relación enfermera paciente en la definición de Henderson se observan 3 niveles:

- ◆ La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente.
- ◆ La enfermera como ayuda para el paciente
- ◆ La enfermera como compañera del paciente.

Dice que el plan de atención debe ser elaborado junto con el paciente para que su día transcurra con la mayor normalidad posible y debe llevarse acabo de forma que facilite el plan terapéutico del médico; por lo que la función de la enfermera es única e interdependiente de la del resto del personal de salud.<sup>18</sup>

Finalmente podemos concluir que la enfermera puede ayudar la paciente a ser independiente o a llegar a una muerte tranquila mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

### 3.3. Bloqueo Auriculoventricular

El sistema de conducción generalmente no presenta ningún tipo de alteración que le sea exclusivo, solamente, sus propios defectos del desarrollo. La casi totalidad de las alteraciones adquiridas de la musculatura del sistema de conducción son secundarias a lesiones o son manifestaciones de otras enfermedades generales.

Hay algunas lesiones, sin embargo, que son primarias. La más importante es la fibrosis idiopática del sistema auriculoventricular o enfermedad de Lenégre. Se trata de una fibrosis focal que compromete más la rama derecha, en las ramas izquierdas con mayor frecuencia afecta los segmentos proximales. Los focos de fibrosis de reemplazo generalmente son de 3 a 15 milímetros. El proceso puede ocurrir en jóvenes, pero es más frecuente en las sexta y séptima décadas. En esta enfermedad la musculatura específica muestra una particular labilidad y propensión a sufrir un reemplazo fibroso.<sup>19</sup>

#### 3.3.1. Causas De Bloqueo Av

##### Congénito

- Asociado a otras cardiopatías congénitas
  - Transposición de los grandes vasos

---

<sup>18</sup> HENDERSON-NITE, *Enfermería teoría y practica V I*, Papel de la enfermera en la atención del paciente, 6ª ed Ed La prensa medica mexicana, S A 1887

<sup>19</sup> GUADALAJARA. J.F., *Cardiología*, 5ª ed. Méndez Editores México, 1997

- Comunicación interventricular
- Aurícula única
- Ventrículo único
- Enfermedad de Ebstein
  
- Aislado
  - Ausencia de nodo AV
  - Ausencia del haz de His
  - Fibrosis
  - Mesoteliomas
  - Displasia fibromuscular de la arteria del nodo AV
  - Placas fibrilcalcáreas en el trígono fibros

Adquirido

- Enfermedad de Lev: calcificación del esqueleto cardíaco
  
- Enfermedad de Lenegre: fibrosis inespecífica del sistema excito-conductor
  
- Enfermedad coronaria
  
- Enfermedad de Chagas
  
- Miocarditis
  
- Miocardiopatías
  - Dilatada
  - Restrictiva

## \* Hipertrófica

- Síndromes neuromusculares
- Posquirúrgico
- Colagenopatías
- Enfermedad reumática
- Postraumático

Indicadores para el implante de marcapaso definitivo en el Bloqueo AV completo congénito

- Síntomas
  - Mareos
  - Síncope
  - Insuficiencia cardiaca
- Ritmo de escape con complejos QRS anchos
- Arritmia ventricular durante la prueba ergométrica
- Estudio electrofisiológico (tiempo de recuperación del foco de escape)
  - Enfriamiento del foco de escape
  - Escapes con QRS ancho
  - Presencia de arritmia ventricular
  - Bloqueo AV nodal
- Isquémico (IAM cara diafragmática)
- Acción medicamentosa

- Digital
- Bloqueadores cálcicos
- Beta-bloqueadores
- Amiodarona
- Adenosina
- Inflamatorio-infeccioso
  - Carditis reumática
  - Endocarditis infecciosa
  - Miocarditis
- Acción inadecuada del SNA (mediado por acetilcolina)
  - Hipervagotonía
  - Hipersensibilidad carotídea
  - Masaje del seno carotídeo izquierdo<sup>20</sup>

### 3.3.2. Tipos De Bloqueo Av

- Según localización
  - Suprahisiano
  - Intrahisiano
  - Infrahisiano
- Según grado de alteración
  - Primer grado
  - Segundo grado Tipo Mobitz I, fenómeno de Wenckebach, Tipo Mobitz II 2:1 bloqueo AV de alto grado
  - Tercer grado
- Según duración

---

<sup>20</sup> ZIPES, JALIFE. *Cardiac Electrophysiology From Cell To Bedside*, Sownders Company, Chicago 1990

- Transitorio
- Definitivo

### 3.3.3. Manifestaciones Clínicas

Los pacientes con bloqueo AV de primer grado raramente presentan sintomatología relacionada con el trastorno de conducción. Aquellos con grados más avanzados de bloqueo pueden encontrarse sintomáticos por mareos, síncope, astenia, disnea, y alteraciones de la memoria, secundarias al bajo gasto cardíaco por la disminución de la frecuencia cardíaca. Otros, en cambio, se encuentran totalmente asintomáticos aun en presencia de bloqueo AV completo o puede ser la primera manifestación síncope o muerte súbita. La asistolia ventricular deriva a veces en un ataque sincopal (Síndrome de Stokes-Adams)

En el examen físico de un paciente con bloqueo A-V completo se encontrará un pulso arterial lento y ondas "a" de amplitud variable en el pulso yugular, dependiendo del grado de apertura de la válvula tricúspide al momento de la contracción auricular. Cuando la contracción ocurre con la válvula cerrada, la onda "a" será de gran amplitud (onda "a" en cañón). Otra manifestación de la asincronía entre aurícula y ventrículo son los cambios de intensidad del primer ruido.

Los bloqueos A-V completos con ritmo de escape lento o inestable producen diversos síntomas, en especial de la llamada crisis de Stock Adams, que consiste en episodios de pérdida de conciencia súbita, acompañadas de palidez y ocasionalmente de relajación de esfínteres.



Normalmente los pacientes se recuperan en pocos minutos, sin secuelas neurológicas.<sup>21</sup>

Los bloqueos A-V completos, también pueden presentarse con mareos, insuficiencia cardíaca y muerte súbita.

Existen numerosas causas de bloqueo A-V, las que se pueden agrupar de acuerdo al nivel en ocurra que el bloqueo A-V. En general los bloqueos A-V por encima de la bifurcación del haz de His o proximales tienen mejor pronóstico que aquellos que se producen más distalmente o infrahisianos.

Las causas más frecuentes de bloqueo A-V proximal son: aumento del tono vagal; medicamentos (digital, betabloqueadores, verapamilo, amiodarona.), miocarditis e infarto de cara diafragmática.

Las causas más frecuentes de bloqueos A-V infrahisianos son: fibrosis inespecífica del sistema excito-conductor (enfermedad de Lenegre), calcificación del esqueleto cardíaco (enfermedad de Lev), infarto de pared anterior, miocardiopatías

Dado que en muchos casos la indicación de marcapaso definitivo depende de la presencia de sintomatología asociada es de fundamental importancia realizar un interrogatorio exhaustivo.<sup>22</sup>

### 3.3.4. Manifestaciones Electrocardiográficas

#### - Bloqueo AV de Primer Grado

Se caracteriza por la prolongación del intervalo PR. El valor normal para adultos es hasta de 0.20 segundos con frecuencia cardíaca menor de 100

---

<sup>21</sup> BAYES DE LUNA *Electrocardiography Clinical A Text Book*, Futura Publishing company, New York 1993

<sup>22</sup> GUADALAJARA, J.F., *Cardiología*, 5ª ed. Méndez Editores México, 1997

latidos por minuto y en niños menores de 14 años, hasta 0.18 segundos. Sin embargo estos valores no son fijos.

#### - Bloqueo AV de Segundo Grado

Se caracteriza por el bloqueo en forma intermitente de los impulsos supraventriculares, lo que origina en el ECG la presencia de ondas P no seguidas de complejos QRS. Esto puede suceder de forma permanente o intermitente, regular o irregular y precedido de un intervalo PR constante o con prolongación progresiva.

Reglas del bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz I o fenómeno de Wenckebach

- Prolongación progresiva del intervalo PR.
- Disminución progresiva de los incrementos de los intervalos PR.
- Disminución progresiva de los intervalos RR.
- La pausa que comprende la onda P bloqueada es igual a dos ciclos sinusales
- Menos la suma de los incrementos de los intervalos PR.
- El intervalo PR después de la pausa es el más corto de la serie.

#### - Bloqueo AV Mobitz II

- Un latido se conduce normalmente mientras cada segunda onda P se bloquea. De este modo la frecuencia auricular es el doble de la frecuencia ventricular.

- Bloqueo AV de alto grado

- Se observan dos o más latidos supraventriculares no conducidos.

- Bloqueo AV de tercer grado o completo

- Se caracteriza por la presencia de disociación AV: las ondas P no muestran ninguna relación con los complejos QRS. El ritmo de escape puede originarse en el nodo AV (ritmo nodal) o en el miocardio ventricular (ritmo idioventricular).
- Ritmo nodal. El QRS angosto puede estar originado en el nodo AV o nacer en el haz de His. Frecuencia de 35 a 40 lpm.
- Ritmo idioventricular. Probablemente se origine en las células de Purkinje, el QRS será ancho, bizarro y sin respetar las morfologías típicas del bloqueo de rama derecha o izquierda. Frecuencia menor de 35 lpm.
- Ritmos supraventriculares y bloqueo AV<sup>23</sup>

El bloqueo AV de segundo y tercer grado puede presentarse en presencia de ritmo sinusal, taquicardia auricular, flutter auricular o fibrilación auricular.

- Arritmia Sinusal Ventriculofásica

Se conoce con este nombre a las variaciones que puede sufrir el ritmo supraventricular por la influencia ventricular, pese a estar completamente disociado de él. Se presenta en un 30 a 40% de los bloqueos AV. Los intervalos PP que contienen un complejo QRS son más cortos. Se han postulado varios mecanismos involucrados con este fenómeno: a) Mecánico: La contracción ventricular arrastra la aurícula y estimula al nodo sinusal

---

<sup>23</sup> BRANWALD *Tratado De Cardiología* 4ª ed. Mc-GrawHill Interamericana, México 1999

descargándolo precozmente, b) el aumento de la irrigación del nodo sinusal durante la sístole ventricular produce un aumento de su frecuencia de descarga c) el aumento de la presión intraauricular luego de una contracción ventricular estimula el reflejo de Bainbridge produciendo la inhibición del efecto vaga sobre el nodo sinusal.

### 3.3.5. Evaluación Diagnóstica.

El estudio y análisis de los trastornos de conducción implican la realización de una serie de procedimientos que van desde el interrogatorio y el simple ECG al estudio electrofisiológico invasivo. Su finalidad es realizar una evaluación diagnóstica que conlleve implicancias pronósticas y terapéuticas.<sup>24</sup>

### 3.3.6. Marcapaso Definitivo

#### Sistema De Marcapaso

Con el advenimiento del marcapaso unicameral en la década de 1960 se soluciona el problema de los síntomas asociados a bradicardia extrema especialmente en los pacientes con bloqueo AV completo.

El marcapaso realiza dos funciones básicas: estimulación del corazón y censado permanente de la actividad eléctrica cardiaca. Estas funciones pueden llevarse acabo en la aurícula, ventrículo o en ambas cámaras a la vez. Así los equipos serán uni o bicamarales. El sistema de electrodos puede ser para estimulación muscular pectoral.

---

<sup>24</sup> Loc. Cit.

Existe un código de letras para identificar los diferentes tipos de marcapaso. La primera letra indica la cámara marcapaseada, la segunda la cámara censada. Así la "A" significa estimulación o censado auricular y la "V" estimulación o censado ventricular. La letra "D" en esa misma posición dice del censado y marcapaso en ambas cámaras.

La tercera posición señala la manera de respuesta del marcapaso a la actividad eléctrica espontánea: "O" indica que el marcapaso no censa la actividad propia del paciente y que descarga en forma fija. "I" indica que el marcapaso se inhibe durante un cierto tiempo cuando censa activada eléctrica espontánea. "T" (disparado) señala que el estímulo se descarga como respuesta al censado de una actividad. "D" indica que el sistema responde al censado de la actividad auricular descargando un estímulo en el ventrículo.

Los sistemas empleados más frecuentemente son:

- AAI: estimulación y censado en la aurícula con posibilidad de inhibición ante el censado de actividad eléctrica propia del corazón. Su empleo requiere la absoluta seguridad que la conducción AV está indemne.
- VVI: igual función pero desempeñada en el ventrículo
- VDD: estimulación en ventrículo, pero censando la actividad en ambas cámaras y permitiendo así descargar el impulso luego de establecer una demora AV programable.
- DDD: estimulación y censado en ambas cámaras. Es sin duda el sistema más completo y que imita más fielmente la actividad eléctrica normal del corazón.

### 3.4. Consideraciones Para La Elección Del Tipo De Estimulación Con Marcapaso Definitivo

- Estado clínico
  - Edad
  - Actividad físicas y laboral previstas
  
- Capacidad funcional
  - Circulación coronaria
  - Función ventricular
  
- Alteración anatómica
  - Miocardiopatía hipertrófica obstructiva
  - Valvulopatías
  - Infarto de miocardio previo
  - Miocardiopatía dilatada
  
- Estado electrofisiológico
  - Del nodo sinusal
  - Del nodo auriculoventricular
  - Modificaciones en la conducción auriculoventricular
  - Presencia de conducción ventriculoatrial conservada
  - Presencia de arritmias auriculares transitorias o permanentes
  - Necesidad de controlarlas o evitarlas

- Consideraciones técnicas
  - Relación costo-beneficio
  - Tamaño. Durabilidad
  - Dificultad del procedimiento de implante
  - Sistema de electrodos
  - Complicaciones en el seguimiento
  - Facilidad de programación y reprogramación
  - Soporte técnico local.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> BRANWALD *Tratado De Cardiología* 4ª ed. Mc-GrawHill Interamericana, México 1999

#### IV METODOLOGIA

4.1. Universo: El estudio de este caso fue seleccionado porque el paciente con enfermedad degenerativa del sistema de conducción, se ve cada vez con mayor frecuencia en la unidad de cuidados intensivos coronarios, todo esto gracias a los avances tecnológicos que le permiten una estancia corta. Sin embargo es de suma importancia que el profesional de enfermería lo aplique para reincorporar al paciente a la sociedad con una mejor calidad de vida.

4.2. Lugar: Unidad de cuidados coronarios, ubicada en el 2º piso del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

4.3. Tiempo: De octubre del 2000 a abril del 2001.

#### 4.4. Método Para La Recolección De Datos

El método para la recolección de datos que se utilizó para el estudio de éste, toma fundamentación en las etapas del proceso atención de enfermería

#### 4.5. Proceso Atención de Enfermería.

En la etapa de valoración se tuvo primer contacto con el paciente y mediante la recopilación de datos se identificó la respuesta humana que presenta el paciente para determinar su condición de salud, para esto se diseñó un instrumento de valoración observacional; y ya que la definición de enfermería de Virginia Henderson con las 14 necesidades básicas (respiración, alimentación, eliminación, movimiento y postura, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiene e integridad de tegumentos, evitar peligros y riesgos, comunicación, religión, autorrealización y trabajo,



recreación y aprendizaje) , no cuenta con diagnósticos de enfermería propios se adecuaron los diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association ( NANDA) basados en los 9 patrones de respuesta humana (Intercambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, conocimientos, sentimientos) , quienes se han dado a la tarea de hacer universal el lenguaje enfermero a través de la redacción, validación y aceptación de diagnósticos de enfermería; sin embargo se respeto la jerarquización que maneja Virginia Henderson dando prioridad a las necesidades fisiológicas sin separarlas de las necesidades psicosociales; este instrumento se aplico mediante entrevista y observación

Por otra parte se recurrió a fuentes directas de información como. La Historia clínica de enfermería y Exploración cefalo-caudal; también se utilizaron fuentes indirectas como la entrevista con familiares, revisión de bibliografía, revistas, expediente clínico, exámenes de laboratorio y gabinete, hojas de valoración y observaciones de enfermería.

La valoración fue exhaustiva al principio para recopilar todos los datos y conforme transcurrió el tiempo se hizo mayor énfasis en las demandas terapéuticas.

El Diagnostico de Enfermería se realizó mediante el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas), mediante esta fórmula podemos establecer un juicio clínico sobre las respuestas del paciente, problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que pueden encontrar solución con intervenciones de enfermería, de esta manera se seleccionó primero el diagnostico de enfermería aprobado por la NANDA, se relaciono con la etiología y los factores relacionados o de riesgo.

En la planeación se diseñaron estrategias de enfermería para dar solución a los problemas del paciente, primero se establecieron prioridades de acuerdo a

la jerarquización de necesidades de Virginia Henderson, se elaboraron objetivos, se determinó el nivel de relación enfermera paciente que la autora propone.

La ejecución de las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo al nivel de relación enfermera paciente, en la primera: enfermera como sustituto del paciente, la enfermera llevo a cabo todas aquellas actividades que el paciente no podía realizar por si mismo, en la segunda: enfermera como apoyo del paciente, se vigilaron y asesoraron las actividades que el paciente podía realizar por si mismo, y en la tercer :enfermera como compañera del paciente, la enfermera invito al paciente a exponer sus dudas e inquietudes y mediante una charla, la enfermera fungió no como tal, sino como un amigo en el sentido literal, que: escucho, comprendió, sintió, orientó y apoyó al paciente, para la resolución de todas aquellas necesidades relacionadas con su entorno psicosocial y espiritual. En todo esto se aplico el plan de cuidados con el único fin de alcanzar los objetivos fijados, y que este trabajo sirva de referencia para el cuidado del paciente con este problema.

La evaluación se elaboró de acuerdo con la evolución y resultados de cada una de las intervenciones de enfermería planeadas; esta evaluación me permitió identificar correctamente la necesidad del paciente, si se planteo o no adecuadamente el diagnostico de enfermería, y si se consiguió la solución al mismo, además se determino el cumplimiento de los objetivos fijados en la planeación.

Para la realización de las etapas antes mencionadas se creo un instrumento observacional, que de manera sencilla me permitió analizar el proceso atención de enfermería.

Se llevo acabo en cuatro partes. La primera; la realización de la historia clínica de enfermería, la segunda la determinación de necesidades de acuerdo con los diagnósticos de la NANDA, la tercera en la elaboración del enunciado del diagnostico enfermero, y por último con el formato de planeación se determinaron objetivos, se fijo del nivel de relación enfermera paciente, el plan de intervenciones y la evaluación de las mismas.

## V. CONCLUSIONES.

Después de profundizar en el conocimiento del concepto de enfermería contenido en el modelo de Virginia Henderson y de la N.A.N.D.A. y después de haberlos aplicado a un paciente con EDSC BAVC puedo determinar que su aplicación intrahospitalaria fue adecuada tanto para el paciente como fue adecuada, tanto para el paciente como para mi formación profesional.

Para el paciente, la satisfacción de sus necesidades y el logro de una nueva concepción sobre su persona, que ahora sabe cuidar y conservar su salud.

La forma en que se adecuaron los premisas de Henderson y las de la N.A.N.D.A., fueron adecuadas ya que permitió la valoración de todas necesidades y determinación de problemas, facilitando el análisis y planeación de las actividades de enfermería con lo que se logró cubrir dichas necesidades.

Sin embargo a mi parecer, es de suma importancia mejorar estos esquemas y extenderlas a un grupo mayor de pacientes, para así contribuir con la formación de personal de enfermería que brinde cuidados de excelente calidad.

## VI. ANEXOS.

### 6.1. ANEXO 1 Historia Clínica De Enfermería.

#### - Datos De Identificación

Nombre: C.R.P.P.      Edad: 61 años      Sexo: Masculino.

Escolaridad: Secundaria.      Religión: Católica.

Lugar de Nacimiento: Tzutzal Yuc. Méx.      Lugar de residencia:  
México, DF.

Estado civil: Divorciado.      Ocupación: Vendedor de autos.

Nacionalidad: Mexicana.      Fecha de ingreso: 25 enero 2001

#### - Perfil Del Paciente

El paciente se desarrolla en un ambiente físico en el que cuenta con vivienda rentada, con todos los servicios públicos: iluminación, ventilación, de material de concreto, cuenta con 3 recamaras, dos baños, cocina y sala. Habitan 4 personas, sin convivencia con animales. El agua es intra domiciliaria, cuentan con drenaje, el control de la basura se lleva a cabo cada tercer día por medio del camión de la basura, niega fauna nociva, hay suficientes medios de transporte público. En cuanto a servicios de salud, hay 2 clínicas, 1 centro de salud y un hospital de segundo nivel de atención a tan solo 3 Km de distancia.

#### - Hábitos Higiénicos

El aseo personal lo lleva a cabo diariamente con baño en regadera, así como aseo bucal 2 veces al día y de manos después de ir al baño, el

cambio de ropa diario es parcial y total cada tercer día aproximadamente. En lo que respecta a la alimentación es en promedio dos alimentos al día: el desayuno a las 8:00 a.m. y la comida entre 4:00 y 6:00 p.m., menciona la ingesta de alimentos "chatarra" entre comidas a razón de dos o tres veces al día siendo de su elección los alimentos ricos en carbohidratos como los caramelos y refrescos. En cuanto a calidad de alimentos ingeridos come: leche y sus derivados 3/7, carne 5/7, Frutas 5/7, verduras 5/7, leguminosas 7/7, huevo 2/7, alimento chatarra 7/7, el consumo de líquidos es de 4 vasos de agua al día que puede ser de sabor o natural y durante la comida.

La eliminación la realiza de acuerdo al tipo de alimentos ingeridos, y la lleva a cabo 1 o 2 veces al día intestinal y 3 o 4 veces al día vesical. Descansa diario en la tarde y duerme sin problemas todas las noches, su principal medio de diversión es ver la televisión y los domingos durante la tarde acude a cursos de superación personal y religión impartidos en la iglesia de su comunidad, no practica ningún deporte. Trabaja como vendedor de autos, con 2 días de descanso variables durante una semana, con una jornada laboral de 10 horas, aunque de 3 semanas a la fecha no ha laborado debido a su enfermedad,

Refiere tabaquismo positivo a razón de 15-20 cigarrillos día durante 30 años, alcoholismo ocasional-social con 2 o 3 copas 1 o 2 veces por mes, No recuerda esquema de inmunizaciones y niega alérgicos, traumáticos o transfusionales.

#### - Composición Familiar

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación Económica
Carlos Rubén (paciente motivo del estudio)	61	Vendedor de autos	\$ 2000.00

Carlos (hijo)	34	Técnico en electrónica	Ninguna
Zazil (Hija)	33	Técnico en danza	Ninguna
Rubén (hijo)	32	Técnico en electrónica	Ninguna
Miguel (hijo)	30	Técnico en danza	Ninguna
Hiram (hijo)	27	Taxista	\$4000.00
Yahali (Nuera)	26	Hogar	Ninguna

#### - Dinámica Familiar

La familia lleva una vida normal, el paciente lleva buena relación con su ex esposa y todos sus hijos, , cada cual se dedica a sus labores y tratan de pasar la mayor parte del tiempo que se puede juntos. Cuenta con una familia muy unida , el ambiente es armonioso, tienen conciencia de la enfermedad del padre y están dispuestos a ayudarlo tanto económica como moralmente en todo lo que se requiera. Con relación a su vida social llevan una vida privada, sus relaciones con los vecinos son en general buenas, en ocasiones sale a fiestas o reuniones con amigos muy cercanos.

En cuanto a su enfermedad el paciente al principio no quería aceptarla, por lo que tardo en acudir al medico para su tratamiento, fue hasta que los síntomas fueron intolerables, dice sentir miedo a no poder regresar a su vida de antes, preocupación por sus ingresos económicos, refiere ser muy nervioso y tiene miedo de que las cosas no salgan bien y quede imposibilitado, dice no querer ser una carga para su familia; cree que él tiene la culpa de lo que le pasa porque no ha llevado una vida precisamente sana pero que si sale bien de esta enfermedad cambiara totalmente sus hábitos de vida, le preocupa que Dios se enoje más con él porque no acude a misa los

domingos y teme mucho que llegue el momento de su muerte, sin embargo esta dispuesto a acatar todas las ordenes médicas y a aprender a cuidarse, con las limitaciones que ahora se requieren.

- Antecedentes Heredo Familiares

Sin importancia para el padecimiento actual

- Antecedentes Personales Patológicos

Se conoce portador de diabetes mellitus tipo II desde hace 9 años por lo cual se trata con bieuglucon 3 pastillas diarias, pero no lleva control de su dieta.

- Padecimiento Actual

Inicia el 14 de octubre con síncope de escasos segundos, estando de pie, al término presenta otro, transcurre asintomático hasta el 25 de octubre cuando en presencia de sus familiares y sin realizar actividad física presenta otro síncope con desviación de la mirada, movimientos tónico clónicos, sin relajación de esfínteres, y durante este día presenta 4 episodios iguales, por lo que acude a hospital de segundo nivel donde es referido al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" con diagnóstico presuntivo de Bloqueo Aurículo Ventricular completo, a su ingreso requiere la instalación urgente de electrodo de marcapaso transitorio por frecuencia cardiaca de 20 latidos minuto, durante la instalación de este presenta crisis de Stoke Adams, y se decide ingreso a la unidad de cuidados intensivos coronarios del mismo instituto para estabilización, estudio y la posibilidad de instalación de marcapaso definitivo.



#### - Ingreso A La Unidad Coronaria

Se trata de paciente masculino en la 7ª década de la vida , solo es portador de diabetes mellitus tipo II, sin historia previa cardiovascular, el cual es de inicio reciente, con datos clínicos de bajo gasto cardiaco demostrado con hipoperfusión cerebral manifestada por crisis de Stoke Adams. Presenta Bloqueo AV completo muy probablemente ante la falta de cardiopatía asociada sea secundario a enfermedad de Lev o Lenegre. Ingresos consiente intranquilo orientado , con palidez de tegumentos generalizada, mucosas orales semihidratadas signos vitales con bradicardia de hasta 20 latidos minuto por lo que se instala a través de vena yugular derecha electrodo de marcapaso transitorio conectado a fuente externa de poder a FC de 60 lat/min., salida de 4 miliampers, y a demanda, el cual captura al 100%, se monitoriza, observándose en ritmo de marcapaso, en tórax anterior ruidos cardiacos de intensidad normal, se observa dificultad respiratoria, campos pulmonares con presencia de estertores crepitantes en ambas bases, en miembro superior izquierdo se instala catéter largo central que permeable a infusión de solución salina 0.9% para mantener vía, su abdomen blando depresible no doloroso con peristaltismo presente, micción espontánea en adecuada cantidad miembros pélvicos en adecuadas condiciones hemodinámicas.

#### - Exploración Física

- Inspección general: Paciente cooperador con edad aparente igual a la cronológica sin facies características, con buena coloración de tegumentos e hidratación de mucosas.

- Cabeza: Normocéfalo, con cabello bien implantado, con ojos simétricos con movilidad íntegra, con reflejos presentes, sin limitación; narinas permeables, cavidad oral con adenitida parcial no hiperemia, buena hidratación y coloración.
- Cuello: móvil con tráquea central, pulsos carotídeos palpables de intensidad y amplitud normales, no masas o megalias.
- Hemolinfático: No anemia, Hemorragias o adenopatías.
- Endocrinológico: Estatura, peso, y características sexuales de acuerdo a edad y sexo, Diabetes mellitus II.
- Sistema Nervioso: Negado.
- Osteomuscular: Sin deformidades óseas, con adecuada capacidad para movimientos, no algias ni atrofas.
- Tegumentos: Adecuada coloración de tegumentos, cabello bien implantado.
- Síntomas Generales: Fiebre.
- Tórax: Normolineo con movimientos normales, murmullo vesicular presente, sin sibilancias con escasos estertores en las bases.

- **Región Precordial:** Precordio sin deformidad o levantamientos anormales, con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, pero con bradicardia importante, no R3 ni R4, no soplos o frotos.
- **Abdomen:** Con ligera distensión, con peristaltismo presente, no masas o megalias.
- **Miembros Superiores:** Íntegros, simétricos, movibles con buena sensibilidad y fuerza, no dermatosis, pulsos homócroto y sincrónicos.
- **Miembros Inferiores:** tono fuerza, movilidad y sensibilidad conservados, con pulsos femorales normales, adecuada coloración, temperatura y llenado capilar en 2 segundos.

## 6.2. ANEXO 2

### INSTRUMENTO OBSERVACIONAL DE VALORACIÓN CLÍNICA DE LOS 14 COMPONENTES DE LA ASISTENCIA BÁSICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES <sup>1</sup>	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (TAXONOMIA NANDA) <sup>2</sup>	SI	NO
Respirar normalmente	Deterioro del intercambio gaseoso	X	
	Disminución del gasto cardíaco	X	
	Limpeza ineficaz de las vías aéreas		0
	Patrón respiratorio ineficaz		0
	Incapacidad para mantener la respiración espontánea		0
	Respuesta disfuncional al destete del ventilador		0
Comer y beber de forma adecuada	Alteración de la nutrición: por exceso		0
	Alteración de la nutrición por defecto		0
	Riesgo de alteración de la nutrición por exceso	X	
	Alteración en la dentición	X	
Eliminar los residuos corporales	Nauseas		0
	Estreñimiento		0
	Estreñimiento subjetivo		0
	Incontinencia fecal		0
	Riesgo de estreñimiento	X	
	Alteración de la eliminación urinaria		0
	Incontinencia urinaria de esfuerzo		0
	Incontinencia urinaria refleja		0
	Incontinencia urinaria de urgencia		0
	Incontinencia urinaria funcional		0
	Incontinencia urinaria total		0
Riesgo de Incontinencia urinaria		0	

	Retención urinaria		0
	Alteración de la perfusión renal		0
	Alteración de la perfusión gastrointestinal		0
	Riesgo de desequilibrio de líquidos		0
	Exceso de volumen de líquidos		0
	Déficit de volumen de líquidos		0
	Riesgo de déficit de volumen de líquidos		0
Moverse y mantener la posición deseada	Deterioro de la movilidad física		0
	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	X	
	Riesgo de lesión perioperatoria		0
	Deterioro de la deambulación	X	
	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas		0
	Deterioro en la habilidad para la traslación		0
	Deterioro de la movilidad en la cama		0
	Riesgo de intolerancia a la actividad		0
	Riesgo de síndrome de desuso	X	
Fatiga		0	
Dormir y descansar	Alteración del patrón de sueño	X	
	Deprivación del sueño		0
Elegir prendas de vestir vestirse y desvestirse-	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	X	
Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno	Riesgo de alteración de la temperatura corporal		0
	Hipotermia		0
	Hipertermia	X	
	Termorregulación ineficaz		0
Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos			

	Déficit de autocuidado baño/ higiene	X	
	Deterioro de la integridad tisular		0
	Deterioro de la integridad cutánea		0
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	X	
	Alteración de la mucosa oral		0
Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros	Riesgo de lesión	X	
	Riesgo de infección	X	
	Riesgo de asfixia		0
	Riesgo de intoxicación		0
	Riesgo de traumatismo		0
	Riesgo de aspiración		0
	Respuesta alérgica al látex		0
	Riesgo de respuesta alérgica al látex		0
	Alteración de la protección	X	
	Trastorno del campo de energía		0
	Síndrome de estrés del traslado		0
	Dolor		0
	Dolor crónico		0
	Riesgo de violencia: auto lesiones		0
	Riesgo de violencia Lesiones a otros		0
	Riesgo de mutilación		0
			0
Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones	Deterioro de la comunicación verbal		0
	Deterioro de la adaptación		0
	Afrontamiento defensivo		0
	Negación ineficaz		0
	Ansiedad		0

Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno	Ansiedad ante la muerte	X	
	Sufrimiento espiritual		0
	Riesgo de sufrimiento espiritual		0
	Potencial de aumento del bienestar espiritual		0
Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado	Desesperanza		0
	Afrontamiento defensivo		0
	Alteración de los patrones de sexualidad		0
	Disfunción sexual		0
	Aislamiento social	X	0
	Alteración en el desempeño del rol	X	0
	Alteración de los procesos familiares		0
	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador		0
	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador		0
	Impotencia		0
	Duelo anticipado		0
	Duelo disfuncional		0
	Aflicción crónica		0
	Trastornos de la autoestima	X	0
Baja autoestima crónica		0	
Baja autoestima situacional		0	
Trastornos de la identidad personal		0	
Jugar o participar en alguna actividad recreativa	Riesgo de soledad		0
	Déficit de actividades recreativas	X	
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles	Déficit de conocimientos	X	

	Incumplimiento del tratamiento			0
	Afrontamiento individual inefectivo			0
	Deterioro de la adaptación			0
	Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo			0
	Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal			0
	Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar			0
	Manejo efectivo del régimen terapéutico personal			0

<sup>1</sup> The Nature of nursing por Virginia Henderson, Macmillan publishing company, 1966

<sup>2</sup> Diagnósticos Enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000, Editorial Harcourt, North American Nursing Diagnosis Association, Filadelfia Pensilvania, 1999, pp 141



### 6.3.ANEXO 3: PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de respiración, relacionado con deterioro del intercambio gaseoso, manifestado por estertores en ambas bases pulmonares.

**OBJETIVO:** Mejorar el intercambio gaseoso y mantener una adecuada oxigenación.

#### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Evaluar signos vitales, dando prioridad a profundidad de respiraciones, ruidos respiratorios, tipo y cantidad de secreciones. (EA)
2. Vigilar gases sanguíneos.(EA)
3. Mantener buena nutrición e hidratación. (EA)
4. Brindar fisioterapia pulmonar.(EA)
5. Administrar Oxígeno según se ordene y vigilar la respuesta del paciente.(ES)
6. Enseñar ejercicios respiratorios profundos. (EC)

#### EVALUACIÓN

Se logra la expectoración de secreciones y con la administración de oxígeno se mejora considerablemente la ventilación del paciente.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de respiración relacionado con disminución del gasto cardiaco, manifestado por: bloqueo auriculoventricular completo y crisis de Stoke Adams.

**OBJETIVO:** Mejorar el gasto cardiaco, prevenir complicaciones.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Establecer electrocardiográfico continuo. (ES)
2. Administrar oxigenoterapia según se requiera. (ES)
3. Detectar la causa de disminución del gasto cardiaco. (ES)
4. Vigilar signos vitales cada hora dando prioridad a frecuencia cardiaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria. (ES)
5. Vigilar patrón respiratorio. (ES)
6. Instalar electrodo de marcapaso transitorio para corregir arritmia. (ES)
7. Anotar cualquier cambio relacionado con la disminución del gasto cardiaco. (ES)

### EVALUACIÓN

Se instala electrodo de marcapaso transitorio, y se conecta a fuente externa de poder, se administra oxigenoterapia y el paciente mejora su condición favorablemente.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de alimentación relacionado con riesgo de alteración de la nutrición: por exceso; manifestado por el aumento en el consumo de alimentos con poco aporte nutricional.

**OBJETIVO:** Enseñar al paciente a procurar una alimentación adecuada, evitar el aumento de masa corporal, mejorar la actividad física.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Permitir al paciente expresar sus sentimientos y emociones.(EC)
2. Buscar con el paciente sus gustos frente a diferentes categorías de alimentos. (EC)
3. Elaborar con el un programa de régimen alimenticio.(EA)
4. Informarle la importancia de realizar actividades físicas y establecer con él un programa de las mismas, según sus preferencias y capacidades.(EC)

### EVALUACIÓN

El paciente esta de acuerdo con el nuevo régimen alimenticio y programa de actividades física planeadas durante su estancia en el hospital y se compromete a llevarlo a cabo

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de alimentación, relacionado con alteración en la dentición, a causa de adentulia parcial.

**OBJETIVO:** Mejorar el estado nutricional del paciente, prevenir complicaciones de la mala alimentación.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Brindar al paciente alimentos de fácil ingesta de acuerdo con sus gustos y preferencias. (ES)
2. Enseñar al paciente la técnica correcta de aseo bucal. (EA)
3. Solicitar interconsulta con el servicio de odontología para la corrección de adentulia. (ES)

### EVALUACIÓN

El paciente ingirió dieta blanda mientras el servicio de odontología adecuó prótesis de las piezas dentales faltantes. Se creó conciencia en el paciente de la importancia de una adecuada higiene bucal.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de eliminación relacionado con riesgo de estreñimiento causado por inmovilización prescrita e inadecuada ingesta de líquidos.

**OBJETIVO:** Prevenir y evitar las complicaciones del estreñimiento.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Mejorar la ingesta de líquidos.(EA)
2. Aumentar el contenido de fibra en la dieta del paciente.(ES)
3. Documentar la frecuencia y características de la eliminación intestinal del paciente.(ES)
4. Ministración de laxantes.(ES)
5. Ayudar al paciente en la realización de ejercicios isotónicos e isométricos.(EA)

### EVALUACIÓN

Se favorece la eliminación intestinal previniendo así el estreñimiento y sus complicaciones.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento, relacionado con riesgo de disfunción neurovascular periférica, causado por inactividad física.

**OBJETIVO:** Eliminar los factores de riesgo que propician la disfunción neurovascular periférica y prevenir complicaciones.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Vigilancia continua del estado neurovascular del paciente dando prioridad a las partes distales de su cuerpo. (ES)
2. Vigilar tono y fuerza en las extremidades del paciente. (ES)
3. Inducir al paciente a mantener adecuada posición. (EA)
4. Realizar y enseñar al paciente la ejecución de ejercicios pasivos. (EA).

### EVALUACIÓN

Se implementan todas estas acciones, el paciente refiere sentirse relajado y cómodo además de no presentarse ningún dato de disfunción neurovascular periférica con lo cuál se previenen complicaciones.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento y postura relacionado con deterioro de la deambulaci3n, causado por inactividad ffsica.

**OBJETIVO:** Mantener la fuerza y tono muscular, prevenir las contracturas, anquilosis, escaras del dec6bito, prevenir complicaciones respiratorias disminuir la ansiedad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Implementar un programa de ejercicios ffsicos.(EA)
2. Asistir cambios de postura y dar al paciente una postura adecuada. (ES)
3. Observar la piel en prominencias 3seas.(ES)
4. Documentar cambios de coloraci3n calor y alteraciones en la piel.(ES)

### EVALUACI3N

El paciente participa de manera adecuada en la realizaci3n de rutinas programadas, no se observan datos de alteraci3n neurovascular en relaci3n con la valoraci3n de enfermerfa, adem6s el paciente se refiere tranquilo y sin tensi3n ffsica.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento, relacionado a inmovilidad manifestado por potencial riesgo de síndrome de desuso cuando por la inactividad física.

**OBJETIVO:** No permitir que se presenten las complicaciones de la inmovilización prescrita y así evitar el síndrome de desuso; limitar la presencia de complicaciones relacionadas a la inmovilización con el fin de evitar el mismo

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Aliviar el dolor.(ES)
2. Proporcionar al paciente una adecuada alimentación e hidratación.
3. Mantener buena oxigenación.(ES)
4. Anotar cualquier alteración relacionada con complicaciones de la inmovilización.(ES)
5. Valoración de enfermería en busca de posibles complicaciones como hipoperistaltismo, malos patrones intestinales, dificultad en patrones urinarios y alteraciones en el estado de conciencia del paciente.

### EVALUACIÓN

No se detectaron factores que predispusieran al paciente a desarrollar síndrome de desuso.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera



## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de descanso y sueño relacionado con alteración en el patrón del sueño manifestado por incomodidad y comentarios de dificultad para conciliar y mantener el sueño.

**OBJETIVO:** Mantener el patrón de sueño del paciente lo mas normal posible, disminuir la ansiedad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Apoyar al paciente en la expresión de sus emociones y sentimientos. (EC)
2. Procurar entorno adecuado antes de dormir, confortable, posición adecuada y buena ventilación.(ES)
3. Documentar la calidad y cantidad del sueño y reposo del paciente.(ES)
4. Vigilar comodidad del paciente y cambios de conductas.(ES)
5. Ministración de ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos en caso de ser necesarios. (ES)

### EVALUACIÓN

A pesar de ser necesaria la administración de medicamentos y después de haber proporcionado al paciente comodidad el paciente no logra dormir adecuadamente, sin embargo se insistió en disminuir los factores que afectan sus sueño.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA** :Problema de vestido, relacionado con déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, causado por incapacidad para vestirse y realizar actividades de cuidado personal.

**OBJETIVO:** Mantener al paciente en adecuadas condiciones de vestido, arreglo personal y comodidad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Asistirlo en actividades como vestirse, peinarse, aplicación de lociones y humectantes. (EA)
2. Permitirle realizar las actividades que pueda hacer por sí mismo y proveerlo de lo necesario para la ejecución de las mismas.
3. Respetar la intimidad del paciente.

### EVALUACIÓN

El paciente refiere sentirse a gusto con su arreglo personal.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de termorregulación, relacionado con hipertermia, manifestado por aumento de la temperatura corporal por arriba de los límites normales.

**OBJETIVO:** Corregir hipertermia, evitar complicaciones.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Eliminar factores que causen elevación de la temperatura.(ES)
2. Reportar al médico aumento de la temperatura para instaurar el tratamiento adecuado (ES)
3. Toma continua de temperatura, monitoreo cardiaco.(ES)
4. Ministración de medicamentos como antipiréticos, antibióticos y soluciones intravenosas. (ES)
5. Administración de oxígeno.(ES)
6. Cambio de ropa para mantener al paciente seco.(ES)
7. Proporcionar ambiente frío. (ES)
8. Exponer las superficies cutáneas al aire y aplicar medios físicos. (ES)

### EVALUACIÓN

A pesar de las medidas terapéuticas instauradas la temperatura no disminuye por lo que se toman los cultivos correspondientes y se instaura tratamiento con antibióticos.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de higiene relacionado con la limitación de capacidad para mantenerse limpio causado por restricción del movimiento, incapacidad para lavar su cuerpo y ausencia de regaderas en la unidad de cuidados coronarios.

**OBJETIVO:** Mantener al paciente en adecuadas condiciones de higiene.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Proporcionar baño de esponja. (ES)
2. Realizar cambio de ropa de cama y vestido. (ES)
3. Ayudarlo a realizar actividades como higiene bucal su es necesario. (EA).
4. Respetar la intimidad del paciente en todo lo posible. (EC).
5. Afeitar al paciente. (EA).

### EVALUACIÓN

El paciente permanece en condiciones de higiene adecuadas lo que brinda menor riesgo de contraer infecciones durante su estancia hospitalaria; además de sentirse seguro y cómodo.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de higiene e integridad de tegumentos relacionado con riesgo de deterioro de integridad cutánea causado por estancia en cama prolongada e hipertermia.

**OBJETIVO:** Mantener la integridad de la piel en adecuadas condiciones y evitar complicaciones.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Brindar al paciente posición confortable y adecuada.(ES)
2. Mesoterapia en puntos de presión en caso de existir.(EA)
3. Mantener la piel limpia y seca.(ES)
4. Ayudar al paciente a realizar ejercicios isotónicos e isométricos.(EA)

### EVALUACIÓN

La posición del paciente es voluntaria y adecuada, se alimenta en forma correcta por lo que no existen factores de riesgo que pudieran afectar la integridad cutánea.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar peligros y riesgos, relacionado con riesgo de lesión, causado por incapacidad para protegerse a si mismo

**OBJETIVO:** Mantener al paciente en un entorno adecuado para evitar lesiones.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Crear un ambiente sin peligros.(ES)
2. Verificar funcionalidad del timbre y enseñar al paciente su uso.(EC)
3. Vigilancia continua del paciente.(ES)
4. Administrar ansiolíticos según prescripción.(ES)
5. Mantener cerca de cama y en buenas condiciones de funcionamiento equipo de oxigenoterapia y aspiración.(ES)
6. Mantener los barandales de la cama colocados.(ES)
7. Informar al paciente sobre las medidas utilizadas en el hospital.(EC)

### EVALUACIÓN

A pesar de haber sido informado de las medidas utilizadas en el hospital para su seguridad refiere sentirse incomodo pero evalúa adecuadas dichas medidas.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar peligros y riesgos relacionados con riesgo de infección casado por solución de continuidad en la piel y alteraciones de la movilidad.

**OBJETIVO:** Prevenir infecciones.

**ACCIONES DE ENFERMERÍA:**

1. Vigilar sitio de punción e incisiones.(ES)
2. Curación de heridas.(ES)
3. Colocar apósito estéril sobre las heridas si es necesario.(ES)
4. Ministración de medicamentos en caso de ser requeridos: antibióticos.(ES)
5. Recaudación de todo tipo de cultivos y realización de antibiograma al los mismos en caso de ser necesarios. (ES)
6. Control térmico cada cuatro horas y en el recuento leucocitario diariamente. (ES)
7. Fomentar cambios de postura y ejercicios respiratorios para favorecer la expulsión de secreciones bronquiales. (ES)

## EVALUACIÓN

El sitio de incisión de electrodo de marcapaso transitorio y catéter largo se observan sin datos de infección y cubiertos con apósito limpio y seco después de realizárseles curación, gracias a los ejercicios respiratorios se permite la expectoración, sin embargo la cuenta leucocitaria es alta y no ha disminuido a pesar del manejo que se da al paciente con antibióticos, por lo que se toman hemocultivos ya que se sospecha bacteremia.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar peligros y riesgos relacionados con alteración de la protección causado por hospitalización.

**OBJETIVO:** Procura que el paciente se proteja así mismo lo mas posible dándole seguridad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Favorecer una adecuada comunicación con el paciente.(ES)
2. Mantenerlo al tanto de la evolución de su padecimiento.(EC)
3. Mantenerlo en las condiciones de nutrición y descanso óptimas. (EA)
4. Reducir los agentes estresantes.(ES)
5. Fomentar la interacción de los familiares con el paciente. (EC)

### EVALUACIÓN

El paciente comenta que se siente seguro dentro del hospital pero dice necesitar mayor orientación con respecto a como se cuidara en su domicilio, lo cual lo angustia un poco pero se le orienta y la angustia disminuye.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera



## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de comunicación relacionado con ansiedad ante la muerte y no poder expresar sus sentimientos, manifestado por depresión.

**OBJETIVO:** Que el paciente se mantenga lo mas tranquilo posible para favorecer su pronta recuperación y/o aceptación de la propia muerte.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Mantener charlas continuas con el paciente para favorecer que exprese sus sentimientos.
2. Prestar especial atención a la comunicación no verbal.
3. Solicitar el apoyo del especialista en tanatología si el estado del paciente no mejora.

### EVALUACIÓN

El paciente después de varias sesiones con el tanatologo logra expresar sus sentimientos y refiere estar preparado para el desenlace de su padecimiento.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de trabajo y autorrealización relacionado con aislamiento social manifestado por tristeza.

**OBJETIVO:** Mantener la interacción social del paciente lo mejor posible aun dentro del hospital.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Mantener una buena comunicación con el paciente. (EC)
2. Permitir las visitas de amigos y familiares. (EA).
3. Comprender los sentimientos del paciente y orientarlo para la asimilación de que esta es una situación temporal que se solucionará cuando se egrese del hospital. (EC).

### EVALUACIÓN

Se solicita a la familia del paciente acudan a todas las visitas e inviten a los amigos del paciente, esto permitió que el paciente mejorara su estado de animo y lo ayudo a una recuperación pronta.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de trabajo y autorrealización relacionado con alteración en el desempeño del rol, manifestado por comentarios de culpa e inseguridad.

**OBJETIVO:** Identificar causa de la alteración, aumentar el interés sobre el si mismo y los demás asegurar un entorno adecuado, aumentar nivel de control en su situación.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Ayudarlo a identificar las causas de su comportamiento.(EC)
2. Ofrecerle actividades según sus gustos, y darle la oportunidad de interactuar con los demás.(EA)
3. Dirigirse al paciente por su nombre o sobrenombre de su preferencia.(EC)
4. Consultarse lo más posible la planeación de las estrategias terapéuticas.(EC)
5. Ayudarle a reconocer y aprender sus capacidades físicas y expectativas.(EA)
6. Documentar cambios de animo y toma de decisiones.(ES)
7. Administrar medicación si se requiere.(ES)

### EVALUACIÓN

El paciente adquiere mayor confianza y dice sentirse mas cómodo siendo participante activo en su tratamiento, sin embargo no cree poder tener el mismo control en su vida cotidiana, por lo que se refuerzan actividades y al cabo de un tiempo refiere ser más capaz de cuidarse a si mismo.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de trabajo y autorrealización relacionado trastornos de la autoestima, manifestado por comentarios sobreestimación de su persona y culpabilidad.

**OBJETIVO:** Favorecer la aceptación de si mismo y fomentar una percepción positiva.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Asignar valor a las capacidades y talentos del paciente. (EC)
2. Brindarle la oportunidad de decidir sobre si mismo cuando la situación lo requiera. (EC)
3. Enseñar al paciente estrategias de comunicación para fortalecer lazos afectivos con sus amigos y familiares. (EC)
4. Fomentar que el paciente participe en actividades recreativas. (EA)

### EVALUACIÓN

La percepción de si mismo cambia favorablemente conforme pasan los días, sin embargo cuando la estancia comienza a prolongarse se vuelve a observar triste, por lo que se refuerzan estas actividades sin cambios significativos, pero al egreso del mismo se nota un cambio de comportamiento radical pero que refleja una adecuada autoestima.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de recreación relacionado con deficiencia en la realización actividades recreativas, manifestado por alusiones verbales de aburrimiento.

**OBJETIVO:** Mantener al paciente ocupado para evitar el aburrimiento y disminuir la ansiedad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Hacer participar al paciente en actividades recreativas según sus gustos y preferencias. (EC)
2. Hacer al paciente que comunique sus sentimientos. (EC).
3. Anotar cambios en el comportamiento del paciente como aburrimiento o tristeza.(ES)

### EVALUACIÓN

Se solicito a los familiares proporcionar libros de la preferencia del paciente, todo esto además de las charlas y las platicas de educación para la salud lo mantuvieron sin aburrimiento.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

## PLANEACIÓN

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de aprendizaje relacionado con la falta de conocimientos manifestado por déficit de autocuidado causado por el desconocimiento de su enfermedad.

**OBJETIVO:** que el paciente obtenga la información necesaria a cerca de su enfermedad con el fin fomentar el autocuidado y disminuir la ansiedad.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Aplicar técnicas pedagógicas en cada fase del aprendizaje con respecto a:
  - a. Definición, etiología y fisiopatología de su enfermedad.
  - b. Medidas preventivas.
  - c. Terapéutica alternativa.
  - d. Diagnostico.
  - e. Enseñanza en la identificación de sus necesidades y participación en la satisfacción de las mismas.
  - f. Limitación del daño favoreciendo el autocuidado.

### EVALUACIÓN

El paciente se refiere seguro de los conocimientos adquiridos; se compromete a fomentar su autocuidado; se observa mas seguro y satisfecho.

ES	Enfermera Como Sustituto
EA	Enfermera Cono Ayuda
EC	Enfermera Como Compañera

ANEXO 6.4: CRONOGRAMA (OCTUBRE DEL 2000 A JULIO DEL 2001)

ETAPAS	OCT	NOV. DIC	ENE.	FEB MAR.	ABR. MAY.	JUN.	JUL
PLANEACIÓN							
RECOLECCIÓN DE MATERIAL E INFORMACIÓN							
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS							
DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO							
METODOLOGÍA							
CONCLUSIONES							
PORTADA, BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS							

## VII. BIBLIOGRAFÍAS

ROMERO OJEDA, M., *El Proceso Enfermero*, Vol. 8 desarrollo científico enfermero, julio 2000, p.p. 173-176

ALFARO R. *Aplicación Del Proceso De Enfermería*, 3º ed. Madrid. Mosby Doyma. 1994

NANDA *Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificación 1999-2000*, ED. Harcourt, Madrid 1999

IYER, P. *Proceso y diagnósticos de enfermería*, 3º ed. México, Mc-GrawHill Interamericana, 1997

MURRAY, M. *Proceso de Atención De Enfermería*. 5ª ed. México, Mc-GrawHill interamericana 1996

KOZIER B. *Conceptos Y Temas En La Practica De Enfermería* 2ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana 1995

RODRÍGUEZ, B. *Proceso De Enfermería*. Jalisco México. Ed. Cuellar 1999

Wertman DeMeester. D. et al. *Definición de la Enfermería. Virginia Henderson*. 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma. Barcelona España, 1988. p.p. 102-115

Rubio D. S., Hinojosa M. A., *Teorías y Modelos de Enfermería* (paquete didáctico) UNAM. , E.N.E.O, México, DF. 1997.

HENDERSON-NITE, *Enfermería teoría y practica V. I, Papel de la enfermera en la atención del paciente*, 6ª. ed. Ed. La prensa médica mexicana, S.A. 1887

ZIPES, JALIFE, *Cardiac Electrophysiology From Cell To Bedside*, Sownders Company, Chicago 1990

BAYES DE LUNA *Electrocardiography Clinical A Text Book*, Futura Publishing company, New York 1993

GUADALAJARA. J.F., *Cardiología*, 5ª ed. Méndez Editores México, 1997



BRANWALD *Tratado De Cardiología* 4<sup>o</sup> ed. Mc-GrawHill Interamericana, México 1999

The Nature of nursing por Virginia Henderson, Macmillan publishing compaÑy, 1966.

Diagnósticos Enfermeros de la NANDA \*definiciones y clasificación 1999-2000, Editorial Harcourt, North American Nursing Diagnosis Association, Filadelfia Pensilvania, 1999, pp. 141