

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/15



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería
GRADO EN ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
CARDIACA

Autora: M^a Teresa Fernández Padilla

Tutor: Juan Pablo Torres Andrés

RESUMEN Y JUSTIFICACIÓN

El trabajo aborda la importancia de disponer de un Plan de atención de enfermería (PAE) completo, según la valoración de Virginia Henderson con la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *Nursing Interventions Classification* (NIC), del paciente en Rehabilitación Cardíaca (RC) tras un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

La primera parte del trabajo describe la evolución histórica del tratamiento del IAM y la tendencia actual, que incluye los programas de RC.

A continuación se analiza la estratificación de pacientes y las fases de la RC.

Por último, se realiza tanto la valoración como el PAE de las necesidades afectadas potencialmente en individuos después de un IAM, clasificados funcionalmente como de bajo/moderado o moderado riesgo.

PALABRAS CLAVES

Rehabilitación cardíaca (RC), Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Plan de atención de Enfermería (PAE).

ABSTRACT

This work presents the importance of having a full Nursing Care Plan (NCP), based on Virginia Henderson's model according to the NANDA-NOC-NIC taxonomy of the patient in Cardiac Rehabilitation (CR) after an Acute Myocardial Infarction (AMI).

The first part of this work describes the historical evolution of the IAM treatment and its current trends, which includes CR programs.

Stratification of patients and the CR phases is then analyzed.

Finally, both the assessment and the NCP of the affected needs of the potentially individuals after an AMI, functionally typified as a low/moderate or moderate risk, according to the international NANDA model, are done.

KEY WORDS

Cardiac Rehabilitation (CR), Acute Myocardial Infarction (AMI), Nursing Care Plan (NCP).

ÍNDICE

Introducción y situación actual	1-3
Fases de la rehabilitación cardiaca.....	3-7
Fase I.....	3-4
Fase II.....	4-6
Fase III.....	6-7
Guía para estratificación de riesgo.....	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Material.....	8-9
Plan de Atención de Enfermería (PAE).....	9-23
Discusión / implicaciones para la práctica.....	23-24
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	24-25

Anexos

INTRODUCCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

El grupo de enfermedades cardiovasculares y entre ellas el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y conlleva un importante consumo de recursos tanto humanos como económicos¹. Por ello, diferentes organizaciones y sectores de la población han puesto en marcha estrategias destinadas a la prevención y rehabilitación frente a este tipo de enfermedades. Surgen así los programas de prevención y rehabilitación cardíaca (RC) para pacientes con diferentes patologías de este grupo ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Rehabilitación Cardíaca (RC) como “un conjunto de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre las enfermedades cardíacas, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima”².

Desde el punto de vista de prevención, se habla de RC primaria cuando no han aparecido las manifestaciones de la enfermedad, y de secundaria cuando ya han aparecido. Dentro de la prevención primaria existen dos estrategias diferentes, la de alto riesgo y la de población que controla la aparición de las causas que provocan la patología³.

Existen una serie de circunstancias que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria, conocidas como factores de riesgo coronario (FRC). Se han descrito muchos de ellos, pero los principales son los genéticos, la hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaco. Estos tres últimos son los llamados factores de riesgo modificables, por su relación directa y gradual con la enfermedad. Además, tienen relación de carácter etiológico con la misma, de forma que su relación no es puramente estadística o epidemiológica. Su aparición en la población aumenta la incidencia de la enfermedad y su presencia en un individuo aumenta la probabilidad de padecerla³.

Según la *American Heart Association (AHA)* en 2005, la RC es el “conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social. También destinadas a estabilizar,

⁽¹⁾ Cirugía cardíaca con pontaje o bypass aortocoronario, trasplante cardíaco, angina estable, insuficiencia cardíaca compensada y cardiopatías congénitas entre otras.

enlentecer y lograr la regresión de la aterosclerosis, consiguiendo así reducir la mortalidad”¹.

Los componentes principales de la rehabilitación cardíaca según la *AHA* y la *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)* 2007 son²:

- Evaluación básica del paciente.
- Recomendaciones dietéticas.
- Control de los Factores de Riesgo Cardio-vascular-FRCV (dislipemia, hipertensión arterial (HTA), sobrepeso, diabetes mellitus (DM) y tabaquismo).
- Intervención psicosocial.
- Consejo sobre la actividad física y el entrenamiento.

Históricamente, el IAM se trataba con reposo en cama e inmovilización, al menos durante las siguientes seis semanas del evento, tiempo en que se transformaba la necrosis cardíaca en cicatriz. Sin embargo, la manera de tratar el IAM ha cambiado considerablemente en las últimas décadas, optándose principalmente por métodos menos invasivos que la cirugía cardíaca, como a la Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) o Intervencionismo Coronario Percutáneo (ICP), que disminuyen considerablemente la morbimortalidad y proporcionan al paciente recuperación casi inmediata, o al menos en un periodo reducido.

Como recogen Antón y del Puerto, fue en 1962 cuando los doctores Levine y Loung demostraron que el reposo relativo (cama-sillón) no tenía ningún riesgo para la salud y, por el contrario, tenía efectos positivos para el individuo tras un IAM⁴.

Estudios posteriores acortaron los tiempos de reposo entre 7 y 2 semanas (según el tratamiento del IAM quirúrgico o percutáneo) y en 1976 el Doctor Swan publicó en el *American Journal of Cardiology* un informe que reivindica para los IAM no complicados un reposo en cama menor de cuatro días, y entre 9 y 14 días para los casos quirúrgicos. (Véase en la Tabla I en Anexo los efectos nocivos del reposo prolongado).

Hoy en día, siguiendo esta pauta están sentadas las bases para la movilización precoz y progresiva en el IAM y establecer los cimientos de RC.

Estos programas de prevención y RC han demostrado reducir la mortalidad en los pacientes que han sufrido un IAM entre un 20 y un 30%, disminuir el número de nuevos

infartos y reducir la tasa de eventos cardiovasculares mayores tras la realización de angioplastia coronaria.

El ejercicio físico unido a técnicas de manejo de estrés y a educación cardiovascular, reduce las cifras de TA en pacientes hipertensos, logrando una disminución significativa en el consumo de medicamentos antihipertensivos. El entrenamiento supervisado en escala moderada a intensa a largo plazo, mejora el perfil lipídico (eleva HDL y desciende los triglicéridos), disminuye el peso, la TA, la resistencia a la insulina y mejora la tolerancia a la glucosa, por lo que es efectivo para el retraso del comienzo de la DM II (véase Tabla II en Anexo), logrando en su conjunto, controlar los principales factores de riesgo cardiovascular.

Son varios los programas de RC puestos en marcha a nivel mundial, siendo el más conocido y que sirve de modelo a todos el publicado por la OMS¹ en 1969 tras la reunión en Freiburgem- Breisgam (Informe número 270)⁴.

FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA

La RC históricamente se divide en tres fases, aunque algunos autores la subdividen en cuatro (desde el alta hospitalaria hasta el comienzo de la RC en el centro de referencia), pero la más ampliamente conocida y aprobada por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) es la de tres fases⁵:

- **FASE I-** Hospitalaria, primero en la Unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria y después en la planta de cardiología. La duración es variable, entre cuatro y catorce días en IAM no complicado y dependiendo de la opción de tratamiento (Cirugía cardiaca o ACTP).
- **FASE II-** De convalecencia, en centros de rehabilitación cardiaca y con una duración variable de tres a seis meses.
- **FASE III-** De mantenimiento, en el que se aplica el modelo de vida saludable aprendido en las fases anteriores.

FASE I- Se realiza en el hospital, 24 horas después del IAM e incluso el mismo día del evento coronario con ejercicios pasivos isotónicos, evitando así las consecuencias negativas del reposo en cama: Tromboembolismo pulmonar (TEP), hipotensión ortostática, trombosis venosas y similares.

El primer día se realizan ejercicios calisténicos ⁽²⁾ de muy baja carga como la movilización activa de las extremidades. Es importante la monitorización electrocardiográfica para que en ese momento la frecuencia cardiaca (FC) no se eleve 10-20 lpm (latidos por minuto) respecto a la situación basal o no supere 120 lpm⁶.

Si el IAM no está complicado y la situación individual lo permite se comienza la deambulacion el segundo día tras el evento coronario.

En esta fase I, no sólo comienzan los ejercicios físicos sino que después de analizar las alteraciones psicológicas, estilo de vida y evaluación de factores de riesgo, comienza la prevención secundaria y educación para la salud al enfermo, con importante implicación familiar.

Los elementos fundamentales en esta primera fase son los educativos: Información sobre la enfermedad, identificación de síntomas anginosos, cumplimiento terapéutico y su importancia, ayudar a eliminar hábitos desaconsejables como el tabaco y el sedentarismo y cómo no, informar sobre el programa de RC en su localidad si existe.

FASE II- Después del alta hospitalaria comienza la trascendental fase de convalecencia y educación para el resto de la vida.

Previo al inicio de la RC se estratifica el riesgo de paciente para determinar la clase funcional, por medio de una Prueba de Esfuerzo (PE), dado que según Barquín (2010) “si hay isquemia miocárdica por obstrucción del flujo coronario, no evidente en reposo, durante el ejercicio se hace manifiesta a través de alteraciones electrocardiográficas, al producirse un aumento en la demanda de O₂ y no así de la oferta por existir obstrucción coronaria. El desequilibrio entre la oferta y la demanda de O₂ produce hipoxia tisular, que lleva a una acidosis metabólica. Esta acidosis produce una alteración en el transporte del calcio, lo que significa en un principio una disminución de la relajación ventricular (disfunción diastólica)”⁷.

Esta prueba se suele realizar según el protocolo de Bruce de intensidad incrementada, en cinta o tapiz rodante y modificando progresivamente la inclinación y velocidad. Se utilizan las pruebas sub máximas en las que no se alcanza el 85% de la Frecuencia Cardiaca (FC) pico del sujeto. En estas se atiende al cansancio o dolor del paciente que

⁽²⁾ Sistema de ejercicio físico en el cual el interés está en el movimiento de grupos musculares más que en la potencia y el esfuerzo. Proviene del griego *kallos* (belleza) y *sthenos* (fortaleza).

haría suspender la prueba y como no, a la alteración del electrocardiograma (ECG) o la elevación de la tensión arterial (TA)⁷.

Los resultados de esta prueba de esfuerzo se miden en MET (equivalentes metabólicos) o, lo que es lo mismo, aumento del consumo de oxígeno (O₂) con el ejercicio. Para la población normal dependiendo de la edad, sexo y condición física hay una serie de valores establecidos, por debajo de los cuales el resultado puede ser no concluyente, teniendo que realizar otra serie de pruebas para determinar la capacidad funcional ⁽³⁾ o ser una prueba de esfuerzo positiva (patológica).

Una persona sana, en reposo consume 200-300 ml de O₂/min, siendo 1 MET igual a 3,5 ml O₂/kg/min. Así, un individuo sedentario puede alcanzar 9-11 MET, mientras que sanos no sedentarios pueden llegar a 16 MET.

De acuerdo al nivel de esfuerzo alcanzado y el gasto energético habido, podemos clasificar según su estado funcional a los pacientes en los siguientes grados⁷:

- Grado I: alcanza de 7 a 16 MET.
- Grado II: alcanza de 5 a 6 MET.
- Grado III: alcanza de 2 a 4 MET.
- Grado IV: alcanza de 1 a 2 MET.

El programa establecido de RC en esta fase consiste en⁵:

- Entrenamiento físico tres veces por semana en sesiones de 30 a 45 minutos entre calentamiento, ejercicio y recuperación.
- Apoyo psicológico realizado en sesiones grupales o individuales. Logra controlar la depresión, ansiedad y estrés y otras afecciones de la nueva situación. Trata la sexualidad post infarto y la incorporación socio laboral.
- Educación para la salud y prevención secundaria en la que se incide sobre los factores de riesgo como: la deshabitación tabáquica, la identificación de síntomas y uso adecuado de la medicación o adherencia a esta. Puede ser individual o grupal y, en definitiva, son las bases para el resto de la vida.

El porcentaje de pacientes cardiacos incluidos en los programas de prevención y RC es aceptablemente alto en el norte de Europa (95% en Austria, 60% en los Países Bajos),

⁽³⁾ Ecografía de esfuerzo, MIBI-gammagrafía/ecografía con dobutamina (inotrópico) o prueba de consumo de los seis minutos, que mide la distancia máxima que recorre el paciente en seis minutos.

mediano en EEUU (30-50%)⁸, en Francia e Italia ronda el 30% y es muy bajo en el sur de Europa y América Latina. En España en 2013 pasaron por RC un total de 7.500 pacientes, lo que supone un aumento en 1.300 pacientes sobre el año anterior. Se estima que el 6% de pacientes con síndrome coronario agudo son remitidos a centros de rehabilitación cardiaca. Según el Grupo Menarini (datos tomados en noviembre de 2014) existen 115 unidades de RC, con un reparto muy desigual entre comunidades autónomas, dado que en algunas ni siquiera existen⁹.

Actualmente, hay dos proyectos de la Asociación española de enfermería en cardiología (AEEC) relacionados con la atención al paciente en unidades de RC: el estudio Recabasic¹⁰ y el R-EUREca (Esreca). El primero describe el perfil y competencias de enfermería en cardiología en un programa de RC sobre organización, recursos humanos, materiales y actividades y el R-EUREca se refiere a la implantación y actividad de los programas de RC de gestión pública y privada en España, evaluando actividades, recursos humanos, materiales y número de pacientes tratados en el territorio nacional⁹.

En Castilla y León existen tres centros de RC, en León, Burgos y Valladolid. Este último es un centro concertado, Centro de rehabilitación cardio-respiratoria (CRC)⁽⁴⁾, atiende a pacientes de Valladolid y Palencia procedentes tanto del sistema sanitario público como privado.

FASE III- De mantenimiento, con carácter domiciliario y no vigilado que constituye, en sí misma, el nuevo estilo de vida a seguir.

En esta fase final, después de alcanzar la óptima capacidad funcional, se debe mantener toda la vida. Es importante que el individuo tenga interiorizado el nuevo régimen de vida. El paciente acude a visitas pautadas al hospital, con su médico cardiólogo para controlar posibles recidivas.

En el norte de Europa y EEUU los pacientes se organizan en asociaciones y clubs de enfermos coronarios como grupo de auto apoyo. En España no están organizados en este tipo de grupos, pero la enfermería de atención primaria tiene un importante papel en Educación para la Salud (EpS) manteniendo el trabajo iniciado en los centros de rehabilitación cardiaca.

⁽⁴⁾ Está situado en la calle Ramón Pradera, número 22, 47009 Valladolid, teléfono 983345032.

Después de lo expuesto en estos párrafos entendemos, de manera clara, la implicación de la enfermera en este grupo multidisciplinar formado por cardiólogos, psicólogos, fisioterapeutas y asistentes sociales.

GUÍA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES CARDIACOS

Aunque todos los pacientes tras un infarto se benefician de la fase I hospitalaria de la RC, para determinar el programa a seguir en la fase II, sobre todo en lo relacionado con el ejercicio físico, se deben clasificar a los pacientes en grupos de riesgo.

La división se realiza tras realizar e informar la prueba de esfuerzo y, dependiendo del resultado y aplicando la tabla III del Anexo, hay tres grupos resultantes⁵:

- **RIESGO I** o bajo riesgo en el que el paciente puede realizar ejercicio con baja supervisión. De cualquier manera acudirá al centro de rehabilitación cardiaca para actividades grupales como entrenamiento y relajación, apoyo psicológico, control de factores de riesgo como el tabaco y el sedentarismo y prevención secundaria y educación para la salud, que le proporcionará modelos de vida cardio-saludables. Se orientará a la identificación de síntomas y el perfecto cumplimiento terapéutico.
- **RIESGO II** o de moderado riesgo, en el que el paciente tras el IAM tiene disminuida moderadamente su capacidad funcional. Por tanto, necesita supervisión en la realización de ejercicio físico y valorar de cerca los síntomas y signos del enfermo. La educación para la salud y aspectos psicológicos y sociales y de prevención secundaria son similares a los de los enfermos de riesgo I.
- **RIESGO III** o de alto riesgo, donde se engloban los pacientes con severa disminución de su capacidad funcional. En esta clase el médico supervisa directamente el ejercicio y este se realiza de manera pautada siguiendo un protocolo individualizado.

Después de lo expuesto en los apartados precedentes del trabajo, a continuación se va a desarrollar un plan de cuidados de enfermería válido para un paciente clasificado de riesgo bajo (I), bajo/moderado (I/II) o moderado (II), porque potencialmente es el más beneficiado de los programas de RC y la participación de la enfermería desempeña en ellos un papel muy importante.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un plan de cuidados de enfermería en rehabilitación cardíaca en un paciente de riesgo tipificado bajo, bajo/moderado o moderado, siguiendo la valoración integral de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En la Fase I de la RC

- Valorar daño miocárdico.
- Iniciar actividad física progresiva.
- Concienciar de la nueva situación.
- Apoyar psicológicamente.
- Controlar síntomas.

En la Fase II de la RC

- Comenzar actividad física de forma progresiva para recuperar la capacidad funcional.
- Educación para la salud (EpS) para adquisición de hábitos saludables.
- Prevención secundaria que evite la progresión de la enfermedad, incluyendo control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
- Terapia de grupo por parte del equipo multidisciplinar del centro de RC para enseñanza de nuevos modelos de conducta. Entre ellas se incluyen educación sexual en esta nueva etapa de la vida, salud alimentaria y dietética, ejercicios que se pueden o no realizar, importancia de la adherencia terapéutica y otros temas tratados en grupo como terapia.

En la Fase III de la RC

- Aplicar durante toda la vida lo aprendido en la anterior fase.
- Continuar con ejercicio físico, ya sin controlar, siguiendo las directrices dadas al alta.
- Acudir a las visitas pautadas por el cardiólogo.
- Asistir a asociaciones de pacientes organizadas en la localidad.

MATERIAL

- Revisión bibliográfica.

- Utilización de la taxonomía NANDA, NOC y NIC para la realización de tablas de objetivos, intervenciones y actividades de enfermería.
- Consulta de artículos y revistas de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y Sociedad Española de Enfermería en Cardiología (SEEC) *on line*.
- Búsqueda en Internet de páginas web relacionadas con la RC.
- Visita y aprendizaje de la función de enfermería en el Centro de Rehabilitación Cardíaca de Valladolid (CRC).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Aunque hay otros modelos para la valoración integral del paciente, en Castilla y León se valora según el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson y así se desarrolla en este trabajo.

Según Bellido y Lendínez¹¹, Virginia Henderson en su obra “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería” (1971), traducción al español de “*Basic Principles of Nursing Care*” (1961) editada por el Consejo Internacional de Enfermeras, refleja su modelo conceptual y define a la Enfermería como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte.

La función de la enfermera consiste en asistir a la persona en aquellas actividades que contribuyen a su salud y a su independencia. La enfermera está dentro de un grupo multidisciplinar, en el cual hay una colaboración mutua y cuyo centro de atención es la persona a la que asisten.

Virginia Henderson describe 14 necesidades fundamentales¹², comunes a toda la humanidad y la función de la enfermera prestando una serie de cuidados básicos, ante la alteración de cualquiera de ellas, indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Aunque son universales, cada persona las satisface y manifiesta de una manera¹⁰.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

De estas necesidades 14 necesidades, sólo se desarrolla en el PAE¹³ que se describe a continuación, aquellas que presentan alteración en el enfermo en RC con riesgo bajo, bajo/moderado o moderado. El resto, que a priori se asume que no están alteradas, se enumeran en el Anexo.

Todas las tablas expuestas a continuación, se elaboran según la clasificación NANDA¹⁴, los objetivos NOC¹⁵ y las intervenciones y actividades NIC¹⁶.

1. RESPIRAR NORMALMENTE

Datos que pueden valorarse:

- Frecuencia respiratoria (FR).
- Saturación parcial de oxígeno (SpO₂%).
- Tipo de respiración.
- Permeabilidad de la vía aérea.
- Tos.
- Secreciones.
- Fumador. Hábito Tabáquico: nº cigarrillos/día, desea dejar de fumar.
- Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración.
- Causas a las que le atribuye esas dificultades o limitaciones y cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.

- Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y la percepción de resultados.

Escala de medición: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado y 4. Ninguno.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 3 Eliminación/ Intercambio</p> <p>00030 Deterioro del intercambio de gases Clase 4/ Función respiratoria</p> <p>00032 Patrón respiratorio ineficaz Clase 4/ Función respiratoria</p> <p>Dominio 4 Actividad/ Reposo</p> <p>00092 Intolerancia a la actividad Clase 4/ Respuestas cardiovasculares y pulmonares</p> <p>00093 Fatiga Clase 3 /Equilibrio de energía</p>	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402) Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada</p> <p>Estado Respiratorio: ventilación (0403) Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones</p> <p>040301 Frecuencia respiratoria</p> <p>040309 Utilización de los músculos accesorios</p> <p>040312 Respiración con labios apretados</p> <p>040313 Disnea de reposo</p> <p>040314 Disnea de Esfuerzo</p>	<p>Autocontrol de ansiedad (1402) Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada</p> <p>Disminución de la ansiedad (5820) Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado</p> <p>Ayuda a la ventilación (3390) Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones</p> <p>Monitorización respiratoria (3350) Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases adecuado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede • Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos • Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente) <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire • Anotar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Datos que pueden valorarse:

- Dieta del paciente y deficiencias (lácteos escasos, bebidas azucaradas, comida rica en grasas saturadas, etc).
- Inapetencia o existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos...).

- Alteración del peso por exceso o defecto.
- Intolerancia alimenticia.
- Problemas para comer, masticar o tragar.
- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Horario fijo de comidas.
- Lugar de las comidas.
- Come entre horas.
- Malos hábitos durante las comidas.
- Peso, talla, IMC.

Escala de medición: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado y 4. Ninguno.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 2 Nutrición</p> <p>00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades Clase 1 / Ingestión</p> <p>00003 Riego de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades Clase 1 / Ingestión</p> <p>00163 Disposición para mejorar la nutrición Clase 1 / Ingestión</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) Clase 4/ Metabolismo</p> <p>Dominio 4 Actividad/Reposo</p> <p>Déficit de autocuidado: Alimentación 00102 Clase 5 / Autocuidado</p>	<p>Conducta de pérdida de peso (1627) Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación</p> <p>162702 Selecciona un peso diana saludable</p> <p>162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable</p> <p>162705 Controla la ración de alimentos</p> <p>162722 Controla el peso corporal</p> <p>162711 Planea situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos</p> <p>Conducta de adhesión: dieta saludable (1621) Acciones personales para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional saludable</p> <p>162102 Equilibra la ingesta y</p>	<p>Manejo de la nutrición (1100) Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Ayuda para disminuir el peso (1280) Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las preferencias de comidas del paciente • Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida • Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico • Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerla • Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada • Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía • Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas al comer • Pesar al paciente semanalmente • Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos. • Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse

	<p>las necesidades calóricas</p> <p>162105 Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas</p> <p>162115 Equilibra la ingesta y la eliminación de líquidos</p> <p>Conocimiento: control de la diabetes (1820) Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones</p> <p>182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados</p> <p>182009 Hipoglucemia y síntomas relacionados</p> <p>182036 Uso correcto de la medicación prescrita</p>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico</p> <p>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos</p>	<p>fácilmente, si procede</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico • Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico • Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede • Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad • Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios
--	---	--	--

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: deambulante / sillón-cama / encamado.
- Nivel funcional para la actividad / movilidad: ayuda, supervisión o enseñanza / requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o completamente independiente / requiere el uso de un equipo o dispositivo / requiere de otra persona para equipo / dependiente.
- Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica) / pasea ocasionalmente / pasea diariamente / practica algún deporte.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).

- Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos / piernas / manos / columna.
- Alteraciones motoras.
- Causas a las que se atribuyen estas dificultades o limitaciones: Pérdida de fuerza / inestabilidad en la marcha / falta o reducción de energía para tolerar la actividad.
- Cómo cree que puede evitar, reducir o resolver los problemas de movilidad y postura.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

Escala de medición: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado y 4. Ninguno.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 4 Actividad/reposo</p> <p>00092 Intolerancia a la actividad Clase 4/ Respuestas cardiovasculares y pulmonares</p>	<p>(0005) Tolerancia a la actividad Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias</p> <p>000502 Frecuencia cardíaca ERE (en rango esperado) en respuesta a la actividad</p> <p>000503 Frecuencia respiratoria ERE en relación a la actividad</p> <p>000508 Esfuerzo respiratorio ERE en relación a la actividad</p> <p>000513 Realización de actividades de la vida diaria referidas</p> <p>000515 Presión arterial ERE en respuesta a la actividad</p>	<p>0180 Manejo de la energía Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones</p> <p>4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la alternancia reposo/actividad • Vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad (arritmias, palidez, frecuencia respiratoria) • Observar al paciente por si aparecen fatiga física o emocional • Ayudar al paciente a priorizar actividades para acomodar los niveles de energía • Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga • Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente • Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad • Instruir al paciente y la familia sobre los fármacos adecuados tanto prescritos como de libre adquisición • Instruir al paciente y la familia sobre la modificación de FRCV, si procede

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Datos más relevantes que deben valorarse:

Patrón de sueño / descanso habitual:

- Horas de sueño al día: nocturno, día, otros.
- Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso.
- Existencia de cansancio, somnolencia, etc, tras el sueño o el descanso.
- Factores que lo producen.
- Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Hábitos relacionados con el sueño / descanso:

- Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros.
- Existencia de ritual para dormir.
- Presencia de malos hábitos para dormir: indicar.

Cambios en el patrón de sueño / descanso:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.
- Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas.
- Cambios de horarios frecuentes. Especificar.
- Presencia de ronquidos.
- Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual.

Recursos para inducir/facilitar el sueño:

- Medidas naturales, fármacos, otros.

Diagnóstico NANDA	Resultados indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 4 Reposo/sueño</p> <p>(00198) Trastorno del patrón del sueño Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos Clase 1 Sueño/ Reposo</p> <p>(00096) Deprivación del sueño</p>	<p>(0004) Sueño</p> <p>000401 Horas de sueño</p> <p>000403 Patrón del sueño</p> <p>000404 Calidad del sueño</p> <p>(0003) Descanso</p>	<p>Mejorar el sueño (1850) Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario • Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la

<p>Clase I Sueño / Reposo</p> <p>(00165) Disposición para mejorar el sueño Clase I Sueño / Reposo</p> <p>(00095) Insomnio Clase I Sueño / Reposo</p>	<p>000305 Descansado mentalmente</p> <p>000309 Energía recuperada después del descanso</p> <p>000310 Aspecto de estar descansado</p> <p>(2002) Bienestar Personal</p> <p>200201 Realización de las actividades de la vida diaria</p> <p>200207 Capacidad de recuperación</p> <p>200208 Capacidad de relax</p>	<p>Aumentar el afrontamiento (5230) Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas</p> <p>Manejo de la energía (0590) Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones</p>	<p>cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> •Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño •Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento •Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones •Ayudar al paciente a resolver problemas de una manera constructiva •Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido •Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama) •Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo
--	---	--	--

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

Datos más relevantes que deben valorarse:

Comunicación

- Limitaciones cognitivo – perceptuales.
- Posibilidad de comunicación alternativa.
- Cambios en la situación de salud.

Relación (cuidador)

- Parentesco.
- Relaciones anteriores con la persona dependiente.
- Estado general de salud.
- Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados.
- Percepción de la situación.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.

- Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación.

Relación (receptor de cuidados)

- Estado mental.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Necesidad real y percibida de cuidados.

Relación (entorno familiar y social)

- Adecuación del espacio físico.
- Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo.
- Disponibilidad de medios de movilización y transporte.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio-familiar.
- Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia.
- Situaciones que puedan crear tensión familiar adicional.

Relaciones sexuales

- Edad y sexo.
- Embarazos.
- Disfunción reproductiva.
- Patrón sexual y grado de satisfacción.
- Naturaleza de la limitación, cambio o dificultad actual.
- Percepción de sí mismo; si ha cambiado respecto a la percepción anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima.
- Medicamentos de uso habitual.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 5 Percepción / cognición</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal 00051</p> <p>Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos Clase 5/ Comunicación</p>	<p>Elaboración de la información (0907)</p> <p>Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.</p> <p>090710 Comprende un párrafo</p> <p>090716 Comprende símbolos universales</p> <p>090703 Verbaliza un mensaje</p>	<p>Escucha activa (4920)</p> <p>Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente</p> <p>Asesoramiento sexual (5248)</p> <p>Utilización de un proceso de ayuda interactivo que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas realistas objetivas con el paciente • Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente • Relacionar la información con los deseos / necesidades personales del paciente • Presentar la información de manera estimulante • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto

<p>Dominio 8 Sexualidad</p> <p>(00065) Patrón sexual ineficaz Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad Clase 2/ Función sexual</p> <p>Dominio 6 Autopercepción</p> <p>(00120) Baja autoestima situacional Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual Clase 2/ Autoestima</p>	<p>coherente</p> <p>Comunicación (0902) Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales</p> <p>090202 Utiliza el lenguaje hablado</p> <p>090205 Utiliza el lenguaje no verbal</p> <p>090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos</p> <p>Comunicación: expresiva (0903) Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido</p> <p>090301 Utiliza el lenguaje escrito</p> <p>090302 Utiliza el lenguaje hablado vocal</p> <p>Ejecución del rol (1501) Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol</p> <p>150107 Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad</p> <p>Autoestima (1205) Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo</p> <p>120502 Aceptación de las propias limitaciones</p> <p>120511 Nivel de confianza</p> <p>120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>Conducta de cumplimiento (1601) Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar</p>	<p>se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual</p> <p>Mejora de la autoconfianza (5395) Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable</p> <p>Potenciación de la autoestima (5400) Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía</p> <p>Aumentar el afrontamiento (5230) Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana</p> <p>Establecer objetivos comunes (4410) Colaboración con la persona para identificar y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad • Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede • Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas • Proporcionar información acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente • Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente <ul style="list-style-type: none"> • Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada • Identificar obstáculos al cambio de conducta • Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente • Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento • Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema • Identificar con la persona los
---	---	---	---

	<p>el bienestar, la recuperación y la rehabilitación</p> <p>160112 Monitoriza la respuesta al tratamiento</p> <p>160107 Realiza auto <i>screening</i> cuando se le Informa</p> <p>160108 Realiza las Actividades de la Vida Diaria según prescripción</p> <p>Control del riesgo: consumo de tabaco (1906)</p> <p>190602 Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco</p> <p>190605 Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco</p> <p>190616 Elimina el consumo de tabaco</p>	<p>dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos</p> <p>Aumentar los sistemas de apoyo (5440) Facilitar el apoyo de la persona por parte de la familia, los amigos y la comunidad</p> <p>Enseñanza: proceso enfermedad (5602) Ayudar a la persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico</p> <p>Facilitar auto-responsabilidad (4480) Animar a una persona a que asuma más responsabilidad de su propia conducta</p> <p>Identificación de riesgos (6610) Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas</p>	<p>objetivos de los cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes • Determinar el grado de apoyo familiar • Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación • Remitir a programas comunitarios de fomento / prevención / tratamiento / rehabilitación, si procede • Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso • Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona relacionada con el proceso de enfermedad específico • Evitar las promesas tranquilizadoras vacías • Discutir las opciones de terapia/tratamiento • Discutir con la persona el grado de responsabilidad del estado de salud actual • Determinar si la persona tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud • Fomentar la independencia, pero ayudarlo cuando no pueda realizar la acción dada • Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados • Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede • Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar
--	--	--	---

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Al ser una necesidad que valora aspectos íntimos y profundos de la persona se recomienda que la valoración sea desarrollada después de que ya exista cierto grado de relación interpersonal.

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Planes de futuro de la persona.
- Jerarquía de valores.
- Facilidad o dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad y espiritualidad en su vida.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.
- Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias,...
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.
- Actitud ante la muerte.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 10 Principios vitales</p> <p>Disposición para aumentar el bienestar espiritual (00068) Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzado Clase 2 / Creencias</p> <p>Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184) Clase 3 Congruencia de valores/ creencias/ acciones</p>	<p>Bienestar personal (2002) Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio</p> <p>200201 Realización de las actividades de la vida diaria</p> <p>200203 Interacción social</p> <p>200214 Oportunidades para elegir cuidados de salud</p> <p>Calidad de Vida (2000) Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida</p> <p>200001 Satisfacción con el estado de salud</p> <p>200014 Dignidad</p> <p>200008 Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida</p>	<p>Apoyo en la toma de decisiones (5250) Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios</p> <p>Aumentar el afrontamiento (5230) Ayudar a la persona a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana</p> <p>Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales • Ayudar a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa • Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo • Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación • Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante • Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente • Evaluar la capacidad de la persona para tomar decisiones • Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo • Animar la implicación familiar. • Animar a la persona a reconocer y discutir sus pensamientos y

		<p>Apoyo emocional (5270) Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones (5250) Proporcionar información y apoyo a una persona que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios</p>	<p>sentimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a identificar las prioridades en la vida • Ayudar a la persona a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo • Comentar la experiencia emocional con la persona • Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones • Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones • Facilitar la toma de decisiones en colaboración • Servir de enlace entre persona y familia
--	--	---	---

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Actividades recreativas que realiza habitualmente.
- Número de horas que le dedica a la semana.
- Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Se aburre.
- Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Respuesta ante situaciones estresantes: somatización, inhibición, consumo de tóxicos, agitación, otros.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 1 Promoción de la salud</p> <p>Déficit de actividades recreativas (00097) Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio Clase 1 / Toma de conciencia de la salud</p>	<p>(1503) Implicación social</p> <p>150301 Interacción con amigos íntimos</p> <p>150303 Interacción con miembros de la familia</p> <p>150311 Participación en actividades de ocio</p>	<p>Grupo de apoyo (5430) Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida • Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal • Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo • Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la

	<p>(1209) Motivación</p> <p>120903 Obtiene el apoyo necesario</p> <p>120905 Auto inicia conductas dirigidas hacia objetivos</p> <p>120912 Finaliza tareas</p>	<p>Terapia de entretenimiento (5360)</p> <p>Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales</p>	<p>experiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo • Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales • Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad
--	--	---	--

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas físicas, estado emocional, motivación, edad y nivel de instrucción.
- Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento).
- Comportamientos indicativos del interés por aprender y resolver problemas: preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.
- Recursos educativos de su entorno socio sanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado): fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros,...), asociaciones de ayuda.

Diagnóstico NANDA	Resultados e indicadores NOC	Intervenciones NIC	Actividades
<p>Dominio 1 Promoción de la salud</p> <p>Gestión ineficaz de la propia salud (00078)</p> <p>Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas</p>	<p>1617 Autocontrol de la enfermedad cardiaca</p> <p>161702 Busca información sobre métodos para mantener la salud cardiovascular</p> <p>161703 Participa en el proceso de toma de decisiones en el</p>	<p>4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>4470 Ayuda en la modificación de sí mismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar • Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados • Valorar las razones del paciente para desear cambiar

<p>que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud Clase 2 / Gestión de la salud</p>	<p>cuidado de la salud</p> <p>161704 Participa en el programa de rehabilitación cardiaca previsto</p> <p>161705 Realiza el régimen de tratamiento tal y como se ha prescrito</p> <p>Conocimiento: proceso de enfermedad (1803)</p> <p>Conocimiento: régimen terapéutico (1813) Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico</p> <p>181305 Dieta prescrita</p> <p>181306 Medicación prescrita</p> <p>181307 Actividad prescrita</p>	<p>4050 Precauciones cardiacas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta • Aumentar la percepción de la persona sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio • Evitar situaciones emotivas intensas • Determinar los métodos del paciente para reducción de estrés • Alentar técnicas efectivas en la reducción de estrés • Tratar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y el ser querido, si procede
---	---	---	--

DISCUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Debido a la incidencia en la población del IAM y el aumento de la supervivencia en los últimos tiempos de esta patología, se hace necesario desarrollar programas de rehabilitación cardiaca para la formación del paciente en su enfermedad.

En el caso de pacientes de riesgo bajo, bajo/moderado o moderado, el cumplimiento de todas las fases de la RC permite incorporar al individuo, con plenas facultades físicas y psicológicas en la sociedad y por eso el PAE en RC propuesto en este trabajo se centra especialmente en este grupo.

Dentro de los programas de RC, como parte del equipo multidisciplinar, está la importante función de la enfermera, que debe llevar a cabo un plan de cuidados específico en enfermos en RC según la valoración de Virginia Henderson y el modelo de clasificación NANDA Internacional.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica en distintas fuentes y complementarla con la visión práctica de acudir al único centro de RC de Valladolid, se ha encontrado un escaso número de Planes de Atención Enfermera en RC, lo que por sí sólo justifica el

interés en la realización de este trabajo para la práctica enfermera y su puesta a disposición de los centros especializados en Rehabilitación Cardíaca.

CONCLUSIONES

La práctica de la profesión de enfermería implica la elaboración de Planes de Atención de Enfermería individualizados, de acuerdo a modelos y taxonomías aplicados internacionalmente (NANDA, NOC, NIC).

Este trabajo, después de exponer brevemente la evolución histórica y situación actual del abordaje y tratamiento del IAM, se centra en la RC describiendo sus fases y actividades asociadas y los grupos de clasificación de riesgo en pacientes cardíacos. Los pacientes de bajo, bajo / moderado o moderado riesgo se benefician en mayor grado de los programas de RC. Contar con un PAE en RC es un elemento fundamental para proporcionar un cuidado integral como individuo a este sector de la población.

En este trabajo se propone un plan de cuidados de enfermería fácilmente aplicable de forma individual al grupo de pacientes, descritos anteriormente, para su valoración, resultados, intervenciones y actividades de enfermería, dado el escaso número de planes existentes.

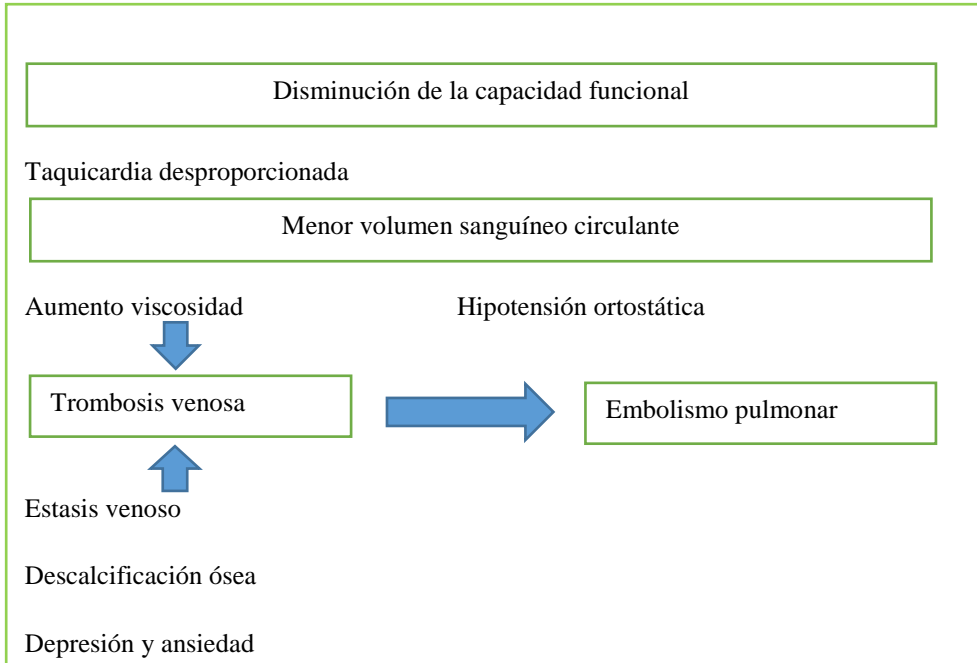
BIBLIOGRAFÍA

- (1) Espinosa S, Bravo JC, Gómez-Doblas JJ, Collantes R, González B, Martínez M, et al. Rehabilitación cardíaca post infarto de enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa entre cardiología y atención primaria. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2004 [citado 8 nov 2014]; 57:53-59. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13056508/>
- (2) Hernández D, Arranz H. Prevención y rehabilitación cardíaca. Generalidades. En: Portuondo MT, Argibay V, Serrá J, et al, editores. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p. 23-36
- (3) Barba J. Prevención de las cardiopatías. Rehabilitación cardíaca. En: Arribas G. Atención de enfermería en cardiología. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA); 1997. p. 237-249.
- (4) Antón MV, del Puerto I. La enfermera en el equipo multidisciplinar de rehabilitación cardíaca. Revista Rol de Enfermería [Internet]. 1988 [citado 19 nov 2014]; 124: 45-49. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/rehabilitcardiaca4.htm>

- (5) Mora JA. Prevención y rehabilitación cardiaca. Generalidades. En: Portuondo MT, Argibay V, Serrá J, et al, editores. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p.121-188
- (6) Abeytua M, Ramos I. Factores de Rehabilitación cardiaca y prevención secundaria. Medicina Cardiovascular Tomo II. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. p. 1483-1494.
- (7) Barquín I. Test de esfuerzo. En: Pacheco D, Estévez A, editores. Bases de la Medicina Clínica. 2ª ed. [Internet]. Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2013 [citado 13 nov 2014]. Disponible en:
http://www.basesmedicina.cl/cardiología/411_test_esfuerzo/contenidos_INTERIOR_test.htm
- (8) Maroto JM, García B, Portuondo MT, Delgado J, Vallejo JL, López C, et al. Resultados de un programa de rehabilitación cardiaca intensivo. Revista de cardiología en atención primaria. [Internet]. 2006 [citado 20 nov 2014]; 3: 13-18. Disponible en:
http://www.academia.edu/9663286/Revista_Cl%C3%ADnica_de_Cardiolog%C3%ADa_en_Atenci%C3%B3n_Primaria
- (9) Grupo Menarini. Notas de prensa. Recabasic. [Internet]. 2014 [citado 17 nov 2014]. Disponible en:
<http://www.menarini.es/sala-de-prensa/notas-de-prensa/5817-aunque-aumentado-numero-unidades-rehabilitacion-cardiaca-acceso-pacientes-sigue-siendo-bajo-desigual-ccaa.html>
- (10) Hernández PG . Enfermería en cardiología. Rev Enf Cardiol. [Internet]. 2010 [citado 17 nov 2014]; 62(12): 9496-9. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/recabasic>
- (11) Bellido JC, Lendínez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado 4 nov 2014]. Disponible en:
http://books.google.es/books?id=GLsqMwEACAAJ&dq=proceso+enfermero+desdeel+modelo+de+virginia+henderson&hl=es&sa=X&ei=7KVYVJnfF8_KaMKEgoAK&ved=0CCIQ6AEwAA
- (12) Manual de técnicas básicas de enfermería. Chile; 2002 [actualizado sep 2012; citado 20 abr 2014]. Disponible en:
<http://elgotero.com/Arcivos%20PDF/Principios%20B%C3%A1sicos%20de%20los%20Cuidados%20de%20Enfermer%C3%ADa.pdf>
- (13) Taxonomía Enfermera. España; 2006 [actualizado oct 2010; citado 30 oct 2014]. Disponible en: http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/diagnosticos_necesidades.html.
- (14) Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (15) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- (16) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

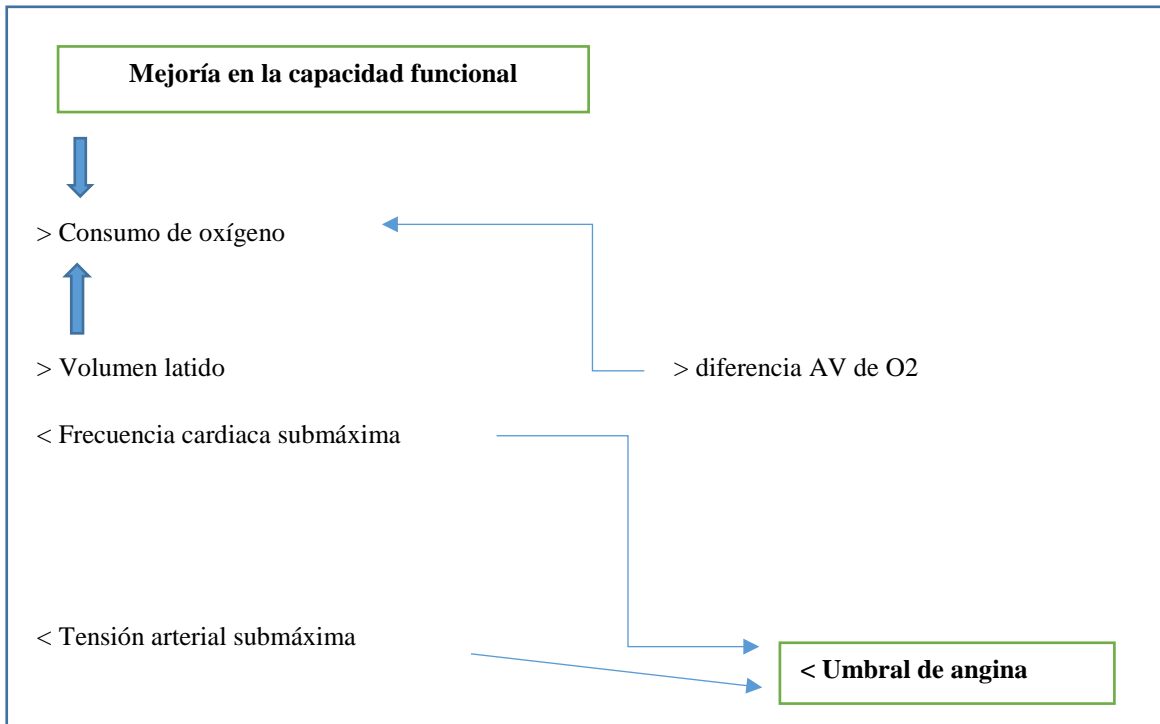
ANEXOS

Tabla I: Efectos nocivos del reposo prolongado



Fuente: Barba (1997) Tabla VIII, p. 24³.

Tabla II: Efectos del entrenamiento sobre la calidad de vida



Fuente: Barba (1997) Tabla X, p. 246³.

Tabla III: Guía para estratificación de riesgo en pacientes cardíacos

Bajo Riesgo

ACP	AACVPR
IAM o RM no cumplido	IAM, RM, Angioplastia o aterectomía no complicada
Capacidad funcional \geq 8 METS 3 semanas después del evento clínico	Capacidad funcional \geq 8 METS 3 semanas después del evento clínico
Ausencia de isquemia, disfunción ventricular izquierda o arritmias	Ausencia de isquemia, en reposo o ejercicio manifestadas como angina o alteraciones del segmento ST del ECG
Asintomático en reposo y capacidad al ejercicio adecuado a la mayoría de las actividades vocacionales o recreacionales	Ausencia de arritmias cardíacas complejas en reposo o ejercicio
	Disfunción ventricular izquierda no significativa (FE \geq 50%)

Riesgo moderado

Capacidad funcional < de 8 METS 3 semanas después del evento clínico	Capacidad funcional < de 5-6 METS 3 o más semanas después del evento clínico
Shock o Insuficiencia cardíaca durante reciente IAM (< de 6 meses)	Leve a moderada disminución de la función ventricular izquierda (FE = 31 a 49%)
Incumplimiento de la prescripción del ejercicio	Incumplimiento de la prescripción del ejercicio
Incapacidad de tomarse el pulso	Depresión del segmento ST durante el ejercicio < de 1 a 2 mm o isquemia reversible (Ecocardiografía o cámara gamma)
Depresión del segmento ST durante el ejercicio < de 2 mm	

Riesgo alto

Capacidad funcional \geq 8 METS 3 semanas después del evento clínico	Severa disminución de la función ventricular izquierda (FE < 30%)
Arritmias ventriculares complejas en reposo (grado IV o V)	Arritmias ventriculares complejas en reposo o que aparecen o incrementan con el ejercicio
Extrasístoles ventriculares acopladas o aumento con el ejercicio	

Hipotensión con el ejercicio (≥ 15 mm/Hg de disminución de la tensión sistólica durante el ejercicio)	Disminución de la tensión arterial sistólica de $>$ de 15 mmHg durante el ejercicio o incapacidad de aumentar con el trabajo
IAM reciente ($<$ de 6 meses) complicados con arritmias ventriculares severas	IAM complicado por insuficiencia cardiaca, shock cardiogénico y o arritmias ventriculares complejas
Depresión del segmento ST durante el ejercicio $>$ de 2 mm	Paciente con severa enfermedad coronaria y marcada depresión del segmento ST durante el ejercicio $>$ de 2 mm
Sobrevivientes de paro cardiaco	Sobrevivientes de paro cardiaco

Fuente: Mora Pardo (2009) Tabla 3, p 128⁵.

ACP: *American College of Physicians*

AACVPR: *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation*

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

RM: revascularización miocárdica

1 MET: Equivalentes Metabólicos (3.5 ml O₂/Kg/min).

FE: Fracción de Eyección

ECG: Electrocardiograma

RELACIÓN DE NECESIDADES VALORADAS Y NO DESARROLLADO UN PAE POR NO PRECISARLAS UN ENFERMO EN RC

3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

Datos más relevantes que pueden valorarse

- Frecuencia de eliminación fecal.
- Características de las heces.
- Presencia de alteraciones: incontinencia, dolor, hemorroides, gases.
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Hábitos que dificultan / ayudan a la defecación.
- Utiliza algún medio para favorecer la defecación.
- Frecuencia de eliminación urinaria.
- Características de la orina.

- Presencia de alteraciones: incontinencia, poliuria, urgencias urinarias,
- Nicturia.
- Hábitos que dificultan / ayudan a la micción.
- Sudoración excesiva.
- Otros modos de pérdida de líquido.

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente.
- Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye.
- Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse y desnudarse.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.
- Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Medición de la temperatura corporal.
- Edad del paciente.
- Historia de exposición a temperaturas extremas.
- Determinar los recursos utilizados y la capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental.
- Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas...
- Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa.
- Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad.
- Valoración de miembros inferiores.
- Valoración de pies.
- Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Estado de ánimo: preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad,... conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables.
- Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones...
- Percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿Cómo se siente? ¿Qué se siente capaz de hacer? ¿Qué, quién puede ayudarle? ¿Qué expectativas tiene?
- Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.
- Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Condiciones del hogar, entorno familiar y social.
- Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.
- Tratamientos. Automedicación.
- Orientación: espacial, temporal, personas.
- Alteraciones sensoriales-perceptivas.
- Nivel de conciencia, memoria y equilibrio.
- Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.

- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
- Ingresos hospitalarios.
- Accidentes y caídas.
- Violencia y maltrato.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual.
- Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales.
- Deseo de realización y superación.
- Sensación de utilidad.
- Presencia de dolor, limitaciones o secuelas.
- Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima.
- Inmadurez o senilidad.
- Actividades que le gusta realizar.
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Sensación habitual de estrés.
- Participación en la toma de decisiones que le afectan.
- Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales.