



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEPTUAGENARIA CON CARDIOPATÍA  
MIXTA: HIPERTENSIVA/ISQUÉMICA INGRESADA EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS “DR. PABLO AGREDA” DEL HOSPITAL “DR.  
LUIS ORTEGA”**

Trabajo de Grado Modalidad Cursos Especiales de Grado como Requisito Parcial  
para Optar el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico:

**Lcdo. Carlos Sulbarán**

Tutora Metodológica:

**MSc. Ysabel Velásquez**

Autora:

**T.S.U. León Diaz, Eliannys Verónica**

**C.I.: V-27.547.126**

**Guatamare, Abril del 2024**





**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEPTUAGENARIA CON CARDIOPATÍA  
MIXTA: HIPERTENSIVA/ISQUÉMICA INGRESADA EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS “DR. PABLO AGREDA” DEL HOSPITAL “DR.  
LUIS ORTEGA”**

Trabajo de Grado Modalidad Cursos Especiales de Grado como Requisito Parcial  
para Optar el Título de Licenciada en Enfermería

Autora:

**T.S.U. León Diaz, Eliannys Verónica**

**C.I.: V-27.547.126**

**Guatamare, Abril del 2024**



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR ACADÉMICO**

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A SEPTUAGENARIA CON CARDIOPATÍA MIXTA: HIPERTENSIVA/ISQUÉMICA INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS "DR. PABLO AGREDA" DEL HOSPITAL "DR. LUIS ORTEGA", presentado por la T.S.U.: LEÓN DIAZ, ELIANNYS VERÓNICA, portadora de la Cédula de Identidad: V-27.547.126, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Académico  
Lcdo. Carlos Sulbarán



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

### ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR METODOLÓGICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A SEPTUAGENARIA CON CARDIOPATÍA MIXTA: HIPERTENSIVA/ISQUÉMICA INGRESADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS "DR. PABLO AGREDA" DEL HOSPITAL "DR. LUIS ORTEGA", presentado por la T.S.U.: LEÓN DIAZ, ELIANNYS VERÓNICA, portadora de la Cédula de Identidad: V-27.547.126, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Metodológico  
MSc. Ysabel Velásquez



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES  
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO**

**TGLECEG-06-2024**

Núcleo: Nueva Esparta  
Escuela: Ciencias de la Salud  
Departamento: Enfermería  
Periodo: I-2023

| PERIODO | CÓDIGO   | SEMINARIO      | NOTA | PROFESOR |
|---------|----------|----------------|------|----------|
| I-2023  | 161-5103 | UCI ADULTO     | 10   |          |
| I-2023  | 161-5203 | UCI PEDIÁTRICO | 8    |          |

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 12 de marzo de 2024, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **LEÓN DÍAZ ELIANNYS VERÓNICA**, Cédula de Identidad **V-27.547.126**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado d Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

**Aprobado**

| NOMBRE DE LOS PROFESORES | N° CÉDULA  | FIRMA |
|--------------------------|------------|-------|
| Carlos Sulbarán          | 6.362.359  |       |
| Yulitza Narváez          | 11.143.819 |       |
| Julioscar Lárez          | 18.112.413 |       |

Lcda. Andreina Noriega  
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

## DEDICATORIA

*A mi Dios y Padre de nuestro Señor Jesucristo, por su amor incondicional, fidelidad, su cuidado especial, su bondad y su misericordia renovada cada mañana, por darme la vida, una familia maravillosa, fortaleza, resistencia, capacidades, herramientas, salud, por abrir puertas, prepararme y darme todo lo necesario sin importar la circunstancias, gracias infinitamente, sin ti nada podemos hacer Señor.*

*A mi familia, por todos sus esfuerzos, apoyo y ayuda en todo momento, especialmente a mis padres Ligia Díaz y Manuel León por cada sacrificio durante este recorrido, por su compañía en toda batalla terrenal y celestial, y por todos aquellos esfuerzos para el bienestar de todos; a mis hermanos Elimar y Elton por estar atentos a mis pasos y también ayudarme en las dificultades. A todos mis tí@s y prim@s, por su grano de arena que de alguna manera se fueron sumando a lo largo de este camino. Gracias a todos estas piezas que conforman mi vida, mi amada familia.*

*A mi familia de la fe, doy gracias a Dios por sus vidas y por el amor fraternal que ha puesto en nosotros, gracias a mis hermanas Yasmin, Kelly y Thais por toda su ayuda, palabras de aliento, confianza y apoyo en todo este proceso, que Dios les continúe bendiciendo con las abundancias de sus riquezas en Gloria y para la Gloria de nuestro Señor Jesucristo. Las amo con el amor de Cristo.*

*A mis amigas, compañeras y ahora colegas, Lorena Carreño, Alicia Salazar y Milena Toro, porque recorrimos todo este camino universitario juntas con perseverancia, dedicación y apoyo mutuo, dejándonos gratos recuerdos, experiencias y un lazo amistoso lleno de risas, lágrimas y confianza. A todos mis compañeros que sumaron con su granito de arena no solo durante la carrera sino también por su disposición a ayudar, su tiempo y aporte de conocimientos para la culminación de este proyecto, especialmente a Yohandra Torres, Luisber Mauquer y Liz Vargas. Muchísimas gracias a todas.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias a Dios por expresar su amor de diferentes maneras a través de cada uno de ustedes, por colocarlos en mi vida y gracias a todos aquellos que de alguna forma contribuyeron en mi aprendizaje personal y profesional. Mil gracias por todo.*

*Gracias a la Universidad de Oriente, a todos sus profesores y obreros que contribuyen a la formación profesional de cada alumno para la generación de relevo. Gracias a todos los profesores del Departamento de Enfermería del núcleo Nueva Esparta por su dedicación y compromiso.*

*Gracias a todas las comunidades, instituciones y profesionales de salud que abrieron sus puertas; gracias a aquellos profesionales que desempeñan su rol de docencia con vocación y compromiso, permitiéndome adquirir conocimientos, habilidades y destrezas durante las prácticas asistenciales, especialmente al Lcdo. Darwin y la Lcda. Elia por su disposición y la gran oportunidad de seguir aprendiendo de ellos, también gracias a Dios por ustedes.*

*Gracias a todos los pacientes y acompañantes, principalmente a la paciente de la presente investigación y a su familia por toda su colaboración para que este trabajo se llevara a cabo y llevar a cabo el proceso enfermero exitosamente.*

## ÍNDICE GENERAL

|                        |       |
|------------------------|-------|
| ÍNDICE DE CUADROS..... | xiii  |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | xviii |
| RESUMEN.....           | xx    |
| Introducción .....     | 20    |

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL "DR. LUIS ORTEGA"

|  |    |
|--|----|
| 1.1. Reseña Histórica .....  | 23 |
| 1.2. Propósito .....   | 28 |
| 1.3. Filosofía .....   | 29 |
| 1.4. Valores .....   | 30 |
| 1.5. Misión .....  | 31 |
| 1.6. Visión.....   | 31 |
| 1.7. Objetivos .....   | 32 |
| 1.8. Tipo de Establecimiento de Salud Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud..... | 33 |
| 1.9. Ubicación Geográfica .....  | 34 |
| 1.10. Estructura Administrativa .....  | 36 |
| 1.10.1. Sub-Dirección Administrativa .....   | 36 |
| 1.10.2. Sub-Dirección de Recursos Humanos.....   | 37 |
| 1.10.3. Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento.....                                       | 37 |
| 1.10.4. Sub-Dirección Médica .....   | 37 |
| 1.10.5. Sub-Dirección Docente .....  | 38 |
| 1.11. Operatividad de la Jefatura de Enfermería.....   | 40 |
| 1.12. Aproximación Diagnóstica .....   | 43 |

### CAPITULO II

#### PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS "DR. PABLO AGREDA"

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 2.1. Reseña Histórica ..... | 49 |
|-----------------------------|----|

|  |    |
|--|----|
| 2.2. Importancia y Justificación .....           | 52 |
| 2.3. Ubicación y Descripción .....               | 53 |
| 2.4. Recurso Humano.....                         | 54 |
| 2.4.1. Médico jefe de la unidad.....             | 54 |
| 2.4.2. Médicos Intensivistas Adjuntos .....      | 55 |
| 2.4.3. Residentes de Postgrado.....              | 55 |
| 2.4.4. Coordinador de Enfermería.....            | 55 |
| 2.4.5. Enfermeros IV-III-II-I.....               | 55 |
| 2.4.6. Estudiantes de Enfermería.....            | 55 |
| 2.4.7. Camareras.....                            | 55 |
| 2.4.8. Transportadores.....                      | 56 |
| 2.5. Misión .....                                | 57 |
| 2.6. Visión.....                                 | 57 |
| 2.7. Objetivos .....                             | 58 |
| 2.9. Aproximación Diagnóstica del Servicio ..... | 64 |

### **CAPITULO III**

## **MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL ESTUDIO DE CASO**

|   |                 |
|---|-----------------|
| 3.1. Marco Teórico de la Patología..... | 70              |
| 3.1.1. Hipertensión Arterial.....       | 70              |
| 3.1.1.1.                                |                 |
| Definición.....                         | 69              |
| 3.1.1.2. Etiología.....                 | 70              |
| 3.1.1.3. Fisiopatología.....            | 70              |
| 3.1.1.4.                                | Manifestaciones |
| Clínicas.....                           | 73              |
| 3.1.1.5. Complicaciones.....            | 73              |
| 3.1.1.6. Tratamiento.....               | 74              |
| 3.1.2. Cardiopatía .....                | 77              |

|  |                 |
|--|-----------------|
| 3.1.2.1.   |                 |
| Definición.....                                  | 75              |
| 3.1.2.2. Etiología.....                          | 77              |
| 3.1.2.3. Fisiopatología.....                     | 79              |
| 3.1.2.4.   | Manifestaciones |
| Clínicas.....                                    | 80              |
| 3.1.2.5. Complicaciones.....                     | 81              |
| 3.1.2.6. Tratamiento.....                        | 82              |
| 3.1.3. Síndrome Coronario Agudo (SCA).....       | 84              |
| 3.1.3.1.   |                 |
| Definición.....                                  | 83              |
| 3.1.3.2.   | Manifestaciones |
| Clínicas.....                                    | 84              |
| 3.1.3.3. Complicaciones.....                     | 84              |
| 3.1.3.4. Tratamiento.....                        | 84              |
| 3.1.4. Derrame Pleural .....                     | 86              |
| 3.1.4.1.   |                 |
| Definición.....                                  | 85              |
| 3.1.4.2. Etiología.....                          | 85              |
| 3.1.4.3. Fisiopatología.....                     | 86              |
| 3.1.4.4.   | Manifestaciones |
| Clínicas.....                                    | 87              |
| 3.1.4.5. Complicaciones.....                     | 87              |
| 3.1.4.6. Tratamiento.....                        | 88              |
| 3.1.7. Fichas Farmacológicas.....                | 90              |
| 3.2. Marco Metodológico de la Investigación..... | 103             |
| 3.2.1. Investigación Cualitativa.....            | 103             |
| 3.2.2. Estudio de Caso.....                      | 104             |
| 3.2.3. Investigación de Acción Participante..... | 105             |

|  |     |
|--|-----|
| 3.2.4. Técnicas e Instrumentos de Investigación.....   | 106 |
| 3.3. Teoría y/o Modelo de Enfermería.....  | 107 |
| 3.3.1. Biografía de Marjory Gordon.....  | 107 |
| 3.3.1.1. Fundamento Teórico .....  | 108 |
| 3.3.2. Biografía de Dorothea Orem.....   | 110 |
| 3.3.2.1. Fundamento Teórico .....  | 111 |
| 3.3.3. Biografía de Kari Martinsen .....   | 113 |
| 3.3.3.1. Fundamento Teórico .....  | 114 |
| 3.3.4. Relación del Caso Clínico con la Teoría.....  | 116 |
| 3.4. Antecedentes de Estudios de Caso.....   | 119 |
| 3.4.1. Internacionales .....   | 119 |
| 3.4.2. Nacionales.....   | 121 |
| 3.4.3. Regionales.....   | 124 |
| 3.5. Marco Legal .....   | 126 |
| Constitución de la Bolivariana de Venezuela (CRBV).....  | 126 |
| Ley Orgánica de la Salud (LOS).....  | 127 |
| Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas<br>Mayores (LOADIPAM) .....  | 128 |
| Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República<br>Bolivariana de Venezuela ..... | 130 |
| Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería .....  | 131 |
| 3.6. Glosario de Términos.....   | 133 |

## **CAPITULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO**

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 4.1. Título del Caso Clínico ..... | 135 |
| 4.2. Resumen de Caso.....          | 135 |
| 4.3. Objetivos .....               | 137 |
| 4.3.1. Objetivo General .....      | 137 |
| 4.3.2. Objetivos Específicos.....  | 137 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.4. Historia de Enfermería .....                                   | 138 |
| 4.4.1. Anamnesis .....  | 138 |
| 4.4.2. Valoración .....   | 139 |
| 4.4.2.1. Datos Objetivos.....                                       | 139 |
| 4.4.2.2. Datos Subjetivos .....                                     | 140 |
| 4.4.3. Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado (NANDA-NIC-NOC) ..... | 150 |

## **CAPITULO V**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

|   |     |
|---|-----|
| 5.1. Proceso Enfermero .....  | 188 |
| 5.1.2. Objetivos .....  | 190 |
| 5.2. Funciones de Enfermería .....  | 191 |
| 5.3. Descripción de Actividades y Tareas Asistenciales.....                                       | 194 |
| 5.5. Descripción de Actividades y Tareas Administrativas .....                                    | 198 |
| 5.6. Descripción de Actividades y Tareas Investigativas.....                                      | 200 |
| 5.7. Opinión de Pacientes y Personal de Enfermería sobre la Acción Profesional de Enfermería..... | 202 |
| 5.7.1. Opinión de un Profesional de Enfermería.....   | 202 |
| 5.7.2. Opinión de la Paciente del Estudio de Caso .....   | 203 |
| 5.7.3. Opinión del Familiar de la Paciente del Estudio de Caso .....                              | 203 |
| Conclusión .....  | 204 |
| Recomendaciones.....  | 206 |
| Referencias Bibliográficas .....  | 208 |

## ÍNDICE DE CUADROS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Cuadro 1</b> Ficha farmacológica del Omeprazol.....   | 90  |
| <b>Cuadro 2</b> Ficha farmacológica de la Amiodarona.....  | 91  |
| <b>Cuadro 3</b> Ficha farmacológica de la Enoxaparina.....   | 92  |
| <b>Cuadro 4</b> Ficha farmacológica de la Furosemida.....  | 93  |
| <b>Cuadro 5</b> Ficha farmacológica del Losartán.....  | 94  |
| <b>Cuadro 6</b> Ficha farmacológica del Carvedilol.....  | 95  |
| <b>Cuadro 7</b> Ficha farmacológica de la Espironolactona.....   | 96  |
| <b>Cuadro 8</b> Ficha farmacológica del Ácido Acetilsalicílico.....  | 97  |
| <b>Cuadro 9</b> Ficha farmacológica del Ticagrelor.....  | 98  |
| <b>Cuadro 10</b> Ficha farmacológica del Atorvastatina.....  | 99  |
| <b>Cuadro 11</b> Ficha farmacológica del Alprazolam.....   | 100 |
| <b>Cuadro 12</b> Ficha farmacológica del Milax.....  | 101 |
| <b>Cuadro 13</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio, el Requisito de Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire y los Principios de Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.....   | 150 |
| <b>Cuadro 14</b> Plan de cuidado sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio, el Requisito de Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire y los Principios de Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.....    | 151 |
| <b>Cuadro 15</b> Indicadores del Estado Respiratorio (0415).....   | 152 |
| <b>Cuadro 16</b> Cuadro Analítico respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del cuidado..... | 153 |
| <b>Cuadro 17</b> Plan de cuidado respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el   | 154 |

|  |     |
|--|-----|
| Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del cuidado.....   |     |
| <b>Cuadro 18</b> Indicadores del Equilibrio Hídrico (0601).....  | 155 |
| <b>Cuadro 19</b> Cuadro Analítico sobre los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.....   | 156 |
| <b>Cuadro 20</b> Plan de cuidado sobre los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.....  | 157 |
| <b>Cuadro 21</b> Indicadores de la Perfusión Tisular: Cerebral (0406).....   | 158 |
| <b>Cuadro 22</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito del Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos y los Principios de Relación Empática, Ética del cuidado y Atención a la Vulnerabilidad..... | 159 |
| <b>Cuadro 23</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito del Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos y los Principios de Relación Empática, Ética del cuidado y Atención a la Vulnerabilidad.....  | 160 |
| <b>Cuadro 24</b> Indicadores del Estado Nutricional (1004).....  | 161 |
| <b>Cuadro 25</b> Cuadro Analítico respecto al Patrón Sueño y Descanso; el Requisito de Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo; y los Principios de la Relación Empática y la Atención a la Vulnerabilidad.....             | 162 |
| <b>Cuadro 26</b> Plan de cuidado respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del                                     | 163 |

|   |     |
|---|-----|
| cuidado.....  |     |
| <b>Cuadro 27</b> Indicadores del Sueño (0004).....  | 164 |
| <b>Cuadro 28</b> Indicadores del Descanso (0003).....   | 164 |
| <b>Cuadro 29</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado..... | 165 |
| <b>Cuadro 30</b> Plan de cuidado sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.....  | 166 |
| <b>Cuadro 31</b> Indicadores de los Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD) (0300).....   | 167 |
| <b>Cuadro 32</b> Cuadro Analítico acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad.....                        | 168 |
| <b>Cuadro 33</b> Plan de cuidado acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad.....                         | 169 |
| <b>Cuadro 34</b> Indicadores de la Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas (1101).....   | 170 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Cuadro 35</b> Cuadro Analítico acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales, de acuerdo al Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo de ser Normal y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado, Atención a la Vulnerabilidad y la Preservación de la dignidad..... | 171 |
| <b>Cuadro 36</b> Plan de cuidado acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales, de acuerdo al Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo de ser Normal y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado, Atención a la Vulnerabilidad y la Preservación de la dignidad.....  | 172 |
| <b>Cuadro 37</b> Indicadores del Conocimiento: Control de la Hipertensión (1837) y Conocimiento: Control de la Enfermedad Cardíaca Hipertensión (1830).....  | 173 |
| <b>Cuadro 38</b> Cuadro Analítico acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar humano y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado y Atención a la Vulnerabilidad.....   | 174 |
| <b>Cuadro 39</b> Plan de cuidado acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad.....  | 175 |
| <b>Cuadro 40</b> Indicadores de la Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202) y el Conocimiento: Control de la Hipertensión (1837).....   | 176 |
| <b>Cuadro 41</b> Cuadro Analítico sobre el Patrón Rol y Relaciones y el Principio de   | 177 |

|   |     |
|---|-----|
| la Relación Empática.....   |     |
| <b>Cuadro 42</b> Plan de cuidado sobre el Patrón Rol y Relaciones y el Principio de la Relación Empática.....   | 178 |
| <b>Cuadro 43</b> Indicadores del Bienestar del Cuidador Principal (2508).....   | 179 |
| <b>Cuadro 44</b> Cuadro Analítico respecto al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado..... | 180 |
| <b>Cuadro 45</b> Plan de cuidado respecto al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.....  | 181 |
| <b>Cuadro 46</b> Indicadores de la Eliminación Urinaria (0503).....   | 182 |
| <b>Cuadro 47</b> Cuadro Analítico sobre al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.....    | 183 |
| <b>Cuadro 48</b> Plan de cuidado sobre al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.....     | 184 |
| <b>Cuadro 49</b> Indicadores de Eliminación Intestinal (0501).....  | 185 |
| <b>Cuadro 50</b> Diagrama de Gantt o cronograma de trabajo durante las pasantías.....   | 191 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> Ubicación geográfica del Hospital “Dr. Luis Ortega” .....  | 35 |
| <b>Figura 2</b> Organigrama estructural del Hospital “Dr. Luis Ortega” .....   | 39 |
| <b>Figura 3</b> Organigrama estructural de la Jefatura de Enfermería del Hospital<br>"Dr. Luis Ortega" .....               | 43 |
| <b>Figura 4</b> Pregunta N° 1/4: ¿Cómo calificaría la atención de enfermería hacia los<br>pacientes y sus familiares?..... | 45 |
| <b>Figura 5</b> Pregunta N° 2/4: ¿Has recibido algún mal trato de enfermería?.....   | 46 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 6</b> Pregunta N° 3/4: ¿A quién se debe mejorar aún más la atención y el trato?.....   | 46  |
| <b>Figura 7</b> Pregunta N° 4/4: ¿Cómo se ha sentido con la atención por parte de enfermería?.....   | 47  |
| <b>Figura 8</b> Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda”.....  | 53  |
| <b>Figura 9</b> Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO.....   | 56  |
| <b>Figura 10</b> Organigrama Estructural de la Coordinación de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos “Dr. Pablo Agreda”.....          | 63  |
| <b>Figura 11</b> Pregunta N° 1/5: ¿Cuál es el riesgo principal de atender en este servicio a pacientes que requieren cuidados intensivos?.....         | 64  |
| <b>Figura 12</b> Pregunta N° 2/5: ¿Qué considera que debe hacer el personal de enfermería del servicio para proveer cuidados al paciente crítico?..... | 65  |
| <b>Figura 13</b> Pregunta N° 3/5: ¿Las condiciones laborales actuales afecta al personal de enfermería?.....   | 66  |
| <b>Figura 14</b> Pregunta N° 4/5: ¿Considera que este servicio es apta para atender a pacientes críticos?.....   | 66  |
| <b>Figura 15</b> Pregunta N° 5/5: ¿Cómo califica el modo de trabajo de enfermería dentro del servicio en las condiciones actuales?.....                | 67  |
| <b>Figura 16</b> Marco teórico y metodológico del proceso enfermero.....   | 117 |



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A SEPTUAGENARIA CON CARDIOPATÍA  
MIXTA: HIPERTENSIVA/ISQUÉMICA INGRESADA EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS “DR. PABLO AGREDA” DEL HOSPITAL “DR.  
LUIS ORTEGA”**

Tutor Académico:  
**Lcdo. Carlos Sulbarán**  
Tutora Metodológica:  
**MSc. Ysabel Velásquez**

Autora:  
**T.S.U. León Diaz, Eliannys Verónica**  
C.I.: **V-27.547.126**

**RESUMEN**

Este trabajo de investigación aborda a la cardiopatía mixta donde la hipertensiva aparece como consecuencia de la hipertensión arterial provocando daños en el corazón y conduciendo a un conjunto de condiciones clínicas que ameriten cuidados intensivos como la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica que provoque un infarto agudo de miocardio u otros, por lo que el papel del profesional de enfermería es de gran importancia para la atención oportuna de dicha patología. En este sentido, posee como objetivo Aplicar Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta Hipertensiva/Isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” el cual se fundamenta teórica y metodológicamente en un estudio cuali-cuantitativo a través de la aplicación de la combinación del examen físico y la anamnesis para la valoración objetiva y subjetiva a la paciente y su familia, desde la perspectiva de los modelos de enfermería de Marjory Gordon, Dorothea Orem y Kari Martinsen. En conclusión, el enfermero al considerar la atención holística según Gordon, con el enfoque de Martinsen en cuidados basados en la ética, la atención a la vulnerabilidad, el respeto de su dignidad, una relación empática y tomando como referencia a Orem, el establecimiento de los planes de cuidados contribuyen significativamente en la recuperación de la paciente y a la modificación de su conducta hacia el autocuidado gracias a la orientación en conjunta con su entorno familiar para el buen manejo de la enfermedad en la búsqueda del mantenimiento de estas conductas para retardar que esta avance o aparezcan otras complicaciones.

**Palabras clave:** Cardiopatía, Hipertensión Arterial, Infarto Agudo de Miocardio, Cuidados Intensivos, Proceso Enfermero.

## **Introducción**

La hipertensión arterial es uno de los principales factores que deterioran la salud a nivel global, aproximadamente el 20-40% de personas en la región de las Américas es hipertensa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), lo cual se considera como un problema de salud pública que, aunque se puede prevenir y manejar por medio de la alimentación saludable, el ejercicio físico y el control del peso corporal; llega a provocar enfermedades crónicas, especialmente patologías cardiovasculares como cardiomiopatías, arteriosclerosis, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, entre otros, aumentando considerablemente las tasas de morbimortalidad.

Debido a que la hipertensión arterial es un problema sistémico, resulta perjudicial para la función normal de los diferentes órganos, siendo el corazón uno de los más afectados ya que este es el encargado de bombear la sangre a todo el organismo, incluyéndose a sí mismo, por lo que cualquier daño sobre este conlleva a la pérdida de su capacidad expresada de diferentes maneras, entre los que se pueden mencionar son la cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica y el síndrome coronario agudo, donde el infarto agudo de miocardio es uno de los más terribles después de la muerte, de esta manera las enfermedades cardiovasculares se posicionan como la primera causa de muerte a nivel mundial cobrando más de 17,9 millones de vidas cada año (OMS, 2023).

Por esto, en el presente trabajo de investigación se desarrolla el estudio clínico del caso de una paciente de 72 años con enfermedades cardiovasculares y complicaciones cardiopulmonares que recibe cuidados intensivos por requerir un control y una vigilancia estricta, en la cual el profesional de enfermería juega un papel fundamental para la atención de sus necesidades según las prioridades de la misma, contribuyendo a la oxigenación, la monitorización de las constantes vitales y al tratamiento farmacológico, sin embargo no se limita a ello ya que se convierte en un agente de cambio y promotor de la salud para el alcance de una mejor calidad de vida a través del proceso enfermero que cumpla con el objetivo de aplicarlo a esta

septuagenaria con cardiopatía mixta hipertensiva/isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” enfocado en las teorías de Gordon, Orem y Martinsen.

De esta manera, se seleccionan las teorías de enfermería de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería de Dorothea Orem, además de la filosofía del cuidado de Kari Martinsen para el sustento de dicha investigación, ya que establecen una base científica, holística, humanística y educativa que se combinan en respuesta a lo que requiere la paciente para su recuperación y autocuidado que le permita continuar con su vida, sobrellevar la enfermedad y minimizar complicaciones.

Para esto fue imprescindible la ejecución del periodo de pasantías en el Hospital "Dr. Luis Ortega" de Porlamar, Municipio Mariño del Estado Nueva Esparta, desempeñando las funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas con la finalidad de adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el área de cuidados intensivos en diferentes patologías, permitiendo a su vez la consecución de los objetivos planteados en el proceso enfermero e investigativo a partir de una metodología cuali-cuantitativa, estudio de caso y acción participante, utilizando como técnicas e instrumentos de investigación encuestas y entrevistas; cuestionarios y grabaciones respectivamente.

Dicho esto, el presente trabajo de grado se estructura en 5 capítulos donde el capítulo I comprende aspectos históricos en orden cronológico, estructurales, administrativos, geográficos y funcionales del Hospital "Dr. Luis Ortega" de Porlamar, además de la elaboración de una aproximación diagnóstica en la institución, de igual forma en el capítulo II con un enfoque hacia la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" aunando información acerca de la situación actual en cuanto a su operatividad.

El capítulo III contiene lo relacionado al marco teórico y metodológico de la patología y del proceso de enfermería, los antecedentes referenciales, el marco legal y la definición de términos, mientras que el capítulo IV está constituido netamente por

el estudio del caso clínico en el cual se presenta el título de la investigación, los objetivos planteados, la historia de enfermería conformada por todos los datos extraídos de la paciente objeto de estudio a partir de la valoración y la planificación, ejecución y evaluación de planes de cuidados guiados por las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Por último, el capítulo V trata sobre la experiencia profesional y todas las actividades realizadas durante el periodo de pasantía en los servicios de observación adulto y trauma shock del Hospital "Dr. Luis Ortega" para la aplicación del proceso enfermero, además de la opinión un de profesional de enfermería, la paciente objeto de estudio y su familiar o cuidador respecto a la valoración de las acciones de enfermería, sugerencias y recomendaciones al personal de enfermería y al servicio. Finalmente con los resultados, conclusiones y recomendaciones dirigidas a la paciente, su familia, el personal de enfermería, el Hospital "Dr. Luis Ortega", la Universidad de Oriente y a otros participantes de los Cursos Especiales de Grado.

## **CAPÍTULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL "DR. LUIS ORTEGA"**

En este primer capítulo se describen aspectos que involucran al Hospital "Dr. Luis Ortega" (HDLO) en cuanto al propósito de su creación, el cual se guía por una filosofía y determinados valores que permiten su operatividad y lo encaminan al cumplimiento de su misión, visión y objetivos como centro asistencial, conllevando a que ocupe una posición específica dentro de la clasificación de los establecimientos de salud decretado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, además se describe su ubicación geográfica actual, su estructura administrativa y el funcionamiento de la jefatura de enfermería, así como también la aproximación diagnóstica realizada dentro de las instalaciones del HDLO a partir de encuestas dirigidas a pacientes y sus familiares para conocer su percepción de la calidad de la atención de enfermería.

Todo esto fue posible gracias a la recopilación información provenientes de documentos bibliográficos hallados en la biblioteca del HDLO "Dr. Miguel Salazar", algunos pacientes hospitalizados y diferentes trabajos de investigación de Cursos Especiales de Grado de los autores Fernández (2020); Gómez, J. (2020); León, E. (2020); Martínez (2020) y Vicent (2022).

#### **1.1. Reseña Histórica**

Navicelli (2022) describe que la reseña histórica es una expresión usada para explicar o repasar hechos específicos del pasado reciente o lejano, partiendo de la revisión de argumentos históricos sólidos, pues, el transcurrir de los años deja atrás muchas experiencias y situaciones que valen la pena ser recordadas en tiempos venideros, por lo que el compartirlas permite que trasciendan al mundo actual y no desaparezcan en el ayer gracias a la divulgación de generación en generación que hace posible disfrutar, enterarse, estudiar o aprender de acontecimientos y momentos

pasados importantes ya sea a través de su relato escrito, verbal o a partir de una investigación temática exhaustiva, de forma que en este primer aspecto se describe todos los sucesos que involucran al establecimiento del Hospital "Dr. Luis Ortega" desde su fundación hasta la actualidad.

De acuerdo a Cortéz (s.f), todo comienza en el año 1891 cuando el presidente R. Andueza Palacios decreta la construcción de un edificio destinado al funcionamiento de un hospital debido a que los hospitales existentes eran improvisados y sustentados por la caridad del colectivo, sin embargo en diciembre del 1918 fue cuando el presidente del estado Nueva Esparta, el General Juan Alberto Ramírez, decreta la construcción del "Hospital de Margarita" en el sector Punda de Porlamar, lugar donde se encuentra actualmente la institución educativa G.E.B. "Br. José Joaquín D' León", frente al Comando de la Guardia Nacional Bolivariana del sector Los Cocos, Municipio Mariño del estado Nueva Esparta.

Tres meses después, el 31 de marzo de 1919 se nombra una comisión destinada a revisar el terreno mientras que el Ministerio de Obras Públicas realizó el envío de los planos los cuales fueron dibujados por el Dr. F. Gascue Anderson y finalizados por Amador Hernández para dar comienzo a la obra, siendo posible su edificación gracias a la contribución de las entidades municipales, estatales, empresas privadas y el pueblo en general ya que surgieron diversas dificultades para costear la construcción, que finalmente dio como fruto su inauguración el 12 de octubre de 1921 con una capacidad de 70 camas, logrando el cometido de proveer atención médica tanto a la población neoespartana como aquellas que provenían de otras partes del oriente, quienes usaban la vía marítima para recibir atención médica en un ambiente caserón con áreas de hospitalización, pabellones, sala de parto y emergencia durante 36 años de exitoso funcionamiento (Rodríguez, L. 2007, p. 11).

No obstante, aproximadamente 15 años después de su inauguración el Consejo Municipal del Distrito Mariño modifica su nombre el 28 de febrero de 1936 de "Hospital de Margarita" a "Hospital Dr. Luis Ortega" en honor al prestigioso médico Luis Ortega nacido el 03 de septiembre de 1850 quien era considerado como

un ciudadano ejemplar que buscaba el bienestar colectivo esforzándose por cumplir sus deberes como ciudadano y profesional neoespartano.

En base a la descripción realizada por Salazar, V. (2011), este hombre inicia sus estudios de primaria en la escuela cumanesa "Don Valentín Rivas", luego sus estudios filosóficos en los colegios "Vargas" y "Caracas" dónde destaca obteniendo los primeros premios en diferentes materias, pero en sí sus estudios en las ciencias médicas empiezan a los 14 años de edad hasta el 31 de octubre de 1874 cuando alcanza el grado de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad Central de Venezuela, poco después regresa a Margarita ejerciendo su profesión y atravesando la Isla de un lugar a otro atendiendo al llamado del enfermo, lo cual trascendió hacia todo el oriente consiguiendo una buena reputación al ejercer la medicina con humildad, sin discriminación y vocación lo que le llevó a ganarse el aprecio y respeto de las personas.

Asimismo, fue administrador en la Junta de Fomento del estado Nueva Esparta, participó en la creación del acueducto de Porlamar, de La Asunción a Pampatar y en la fundación del Colegio San Nicolás, además fundó la Casa de Educación e Instrucción en Porlamar dónde se desempeñó como profesor. Su vida acaba a consecuencia de una lesión renal grave que trató en Caracas, sin embargo no obtuvo buenos resultados falleciendo el 7 de diciembre de 1901.

Por lo tanto, se puede decir que la visión que tenía la construcción de este hospital refleja la vida profesional del Dr. Luis Ortega en cuanto a la prestación de servicios médicos para la población local y para aquellos provenientes de otras partes de Venezuela, lo que resultó en un incremento de la demanda en la atención médica y requiriendo la construcción de un nuevo hospital, por lo que se decreta el 5 de julio de 1945 el levantamiento de una nueva estructura en terrenos de comunidades indígenas que previa negociación entre el estado Nueva Esparta y la comunidad indígena se logró la venta del terreno en el que está edificado actualmente.

Por otra parte, el 27 de junio del 1951 fue centralizado y pasa al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) dependiendo de la Gobernación del estado

Nueva Esparta y dirigido desde 1935 por el Dr. Adolfo Herrera Pinto; para el 16 de mayo de 1957 comienza a funcionar el nuevo hospital con 5 pisos de estructura distribuidos en salas de hospitalización, servicios médicos, administrativos, hotelería, cantinas, comedor, ascensor, con capacidad para 150 camas y servicios de enfermería, banco de sangre, laboratorio, biblioteca, cirugía, oftalmología, otorrinolaringología, anestesia, ginecología y obstetricia, odontología, radiología y farmacia.

Posteriormente se llevaron a cabo numerosas remodelaciones en su estructura desde 1972 hasta 1986 mejorando, ampliando y reparando las áreas de emergencias, hospitalizaciones, ginecología, pediatría, cuidados intermedios, sala de nebulización, consulta de triaje, sala de cura, cirugía, sala de yeso y traumatología, sala quirúrgicas o pabellones, laboratorio, terapia intensiva, helipuerto, fachada, entrada principal, jardines, estacionamiento, entre otros.

A partir del año 1987 surgen cambios de gran importancia que marcan una diferencia tal como el inicio de las actividades docentes de pregrado el cual incluía a estudiantes del último año de medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV) a pasantías, siendo interrumpidas en el 2001 por la UCV y la Dirección Regional de Salud ya que los internos solo debían estar de forma rural, pero se retoma años más tarde de forma intrahospitalaria comenzando con estudiantes del último año de Medicina de la Universidad de Oriente (UDO) del núcleo Anzoátegui desde el año 2002 y posteriormente con la carrera de Licenciatura de Enfermería de la UDO núcleo Bolívar en el 2004, todo esto se logra las gestiones conjuntas de la Subdirección Médica Docente del hospital, El Colegio de Medios del estado Nueva Esparta y la Universidad de Oriente.

Por otro lado, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) estimó el funcionamiento de un hospital para pacientes asegurados que en vista de no contar con una estructura dónde se pudieran llevar a cabo la atención médica, el MSAS aceptó un convenio para que pudieran ser atendidos en la misma edificación del HDLO desde el 17 de diciembre de 1987, dando como resultado un centro asistencial

paralelo con 80 camas, médicos especialistas, laboratorio, rayos x, áreas quirúrgicas, farmacias, insumos médicos, estudios especializados, entre otros.

No obstante, las diferencias en la atención de pacientes asegurados y no asegurados conllevaron a realizar revisiones, correcciones y a tomar decisiones importantes para la unificación del hospital lo cual se tornó muy engorroso, por lo que el MSAS entregó al IVSS la dirección y administración del hospital pasando a ser su responsabilidad el 01 de abril de 1991 hasta la actualidad, con una atención indiscriminada y la absorción total en cuanto a la nómina del personal del hospital al IVSS (Álvarez, 2010).

De esta forma, el HDLO se hace nuevamente insuficiente en cuanto a la infraestructura logrando someterse a nuevas remodelaciones para obtener una capacidad de 265 camas y la prestación de consultas sub-especializadas, entre las mejoras que se llevaron a cabo de mayor importancia se encuentran la ampliación de la terapia intensiva en 1997; la remodelación de los servicios de neonatología, ginecobstetricia, pabellones de emergencia, pediatría, traumatología y psiquiatría en el 2004; la construcción de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” en 2007 así como también la restructuración del banco de sangre, laboratorio, áreas quirúrgicas, entre otros.

Además, Fernández (2020) describe que el 27 de octubre de 2012 se inaugura la Unidad Terapéutica Oncológica “Dr. Modesto Rivero González” para brindar servicios de radioterapia y quimioterapia, dotada de equipos como acelerador lineal, cámara gamma, tomógrafo de simulación y braquiterapia. Pasados 4 años, se dio apertura a las áreas de emergencias obstétrica, trauma shock, pediátrica y adulto, éstas dos últimas disponen de un área de observación con 12 camas, 4 consultorios, una sala de yeso, 8 sillas de nebulización y terapia intensiva, por otro lado el área de trauma shock tiene capacidad de 14 camas para pacientes adultos y 8 para pediátricos, mientras que obstetricia cuenta con siete salas de parto, tres salas de parto y atención al recién nacido. Asimismo, el HDLO sólo contaba con 5 camas para adultos

y 2 para pediatría en la terapia intensiva, pero con esta innovación se incrementó la atención de pacientes con 14 camas para adultos y 8 camas para niños.

Actualmente el HDLO se ha convertido en el centro de salud principal con una atención especializada en el estado Nueva Esparta que presta servicios de salud a todos los ciudadanos que lo necesiten, brindando la mejor atención posible a pesar de los altibajos a consecuencia de los desaciertos gubernamentales, gracias al trabajo en equipo que desempeñan los diferentes profesionales que laboran en dicha institución y quienes buscan un objetivo en común para el bienestar colectivo, además de que el HDLO es una casa de desarrollo profesional dónde estudiantes universitarios y profesionales médicos pueden adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en la práctica profesional permitiendo oportunidades para formar nuevos profesionales de calidad para las futuras generaciones y ser capacitados en alguna especialización.

## **1.2. Propósito**

Toda organización debe marcar su propósito ya que este responde al "para qué" fue creada, pues, es el motivo de su existencia y ayuda a clarificar la idea, el camino y los objetivos de todos sus participantes respecto a la razón por la cual llevan a cabo su labor lo cual influyen constantemente en el bienestar de terceros, haciendo que estos encuentren sentido a sus esfuerzos y compromiso en dicha organización (Daud, 2020). Es así como el HDLO responde a la urgencia en la atención de la salud para el beneficio de los habitantes de la época debido a la inexistencia de un hospital capacitado para proveer servicios de salud que demandaba la población ya que para el momento las crisis como consecuencias de las guerras solo permitían tener lugares improvisados para la atención a la salud de las personas, pues su existencia también conllevó al avance en toda la entidad teniendo un gran compromiso para el beneficio de todos.

De modo que el estado Nueva Esparta al ameritar un centro de salud para cubrir las necesidades sanitarias no solo de la población neoespartana sino de todo aquel que así lo requería, con su creación permitió salvar, cuidar y proteger vidas a

través de modernización tecnológica, la asistencia y tratamiento médico especializado de calidad hasta la actualidad, lo cual es indispensable y muy significativo para todos los que laboran en dicha institución, contribuyendo al cuidado de la salud, su promoción, rehabilitación y la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, era una situación que debía ser abordada tarde o temprano ya que el crecimiento poblacional es un factor que se haría notar, pues esta no deja de aumentar traduciéndose en el incremento de la demanda de atención en la salud; actualmente según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), indica que el último Censo Nacional de Población y Vivienda llevado a cabo en el 2011 reflejó 491.610 habitantes en el estado Nueva Esparta y proyectó un aumento a 666.709 personas para el año 2022, lo cual debe considerarse para cubrir las necesidades sanitarias.

### **1.3. Filosofía**

Considerando que una empresa, organización o institución de cualquier tipo posee una filosofía como punto de partida para alcanzar sus objetivos, Da Silva (2022) refiere que la filosofía empresarial "es un conjunto de principios y creencias que guían todas las decisiones de una organización. Su objetivo es sentar las bases sobre las que un negocio construirá sus productos y relaciones", de forma similar ocurre en las instituciones de salud ya que toda acción que involucre la salud humana refleja los principios y valores de vida que se traducen en una atención digna hacia el usuario. Barreto et al. (2022) consideran que la filosofía "ofrece a la medicina una visión crítica, estimulante, constructiva y transformadora, por lo que se encuentra unida a la práctica médica en todos los niveles".

Por lo que el HDLO cuenta con una filosofía basada en ofrecer servicios médicos al alcance de todas las personas para la transformación de la enfermedad en salud, teniendo como punto de partida la no discriminación sin importar su raza, edad, sexo, creencias o situación financiera que aunado al conocimiento médico-científico, sanitario, administrativo y técnico de un equipo multidisciplinario, permite

ofrecer una atención destinada a fomentar el bienestar físico, mental y social de las personas como esencia principal de la organización.

#### **1.4. Valores**

Donalicio (2022) considera que los valores son características o cualidades individuales que influyen en el comportamiento humano y se consideran como acciones ligadas a la ética y a la moral, que al ponerlas en práctica, permiten alcanzar metas y afianzar su compromiso con la sociedad ya que esto conlleva de forma positiva a su máxima expresión y capacidad, lo cual puede perdurar en el tiempo y convertirse en los fundamentos esenciales del desarrollo social.

Esta perspectiva, al aplicarse en el ámbito clínico generara un gran impacto ya que una institución de salud al estar integrada por numerosas personas con diferentes valores, principios, áreas de conocimientos y experiencias, hace imprescindible enmarcar una serie de valores que la dirijan en una línea de actuación ya que esto determina su imagen como centro de salud, pretendiendo proceder de la mejor forma posible ante las necesidades de los pacientes con un trato cálido, responsable, indiscriminado, justo y equitativo que condicionan los pilares de la forma de actuar, trabajar y hacer las cosas, en otras palabras, esto es el resultado al apego a los reglamentos éticos y profesionales. En este sentido Martínez (2020) expresa que el HDLO se rige de principios y valores como:

La ética y honestidad; la atención integral, diligente, oportuna y de excelencia a los pacientes; el reconocimiento a la dignidad y diversidad humana; el fomento de la calidad de vida de usuarios y del personal; el trabajo en equipo; la más alta calidad en la educación de los profesionales de la salud y el sentido de pertenencia con apego a las normas y procedimientos. (p. 22)

## **1.5. Misión**

En el ámbito organizacional, una misión está ligada a los objetivos que se quieren lograr en una institución, organización o empresa como parte de su identidad corporativa, respondiendo brevemente al "¿Por qué?" o "¿Para qué?" es útil todos los esfuerzos que se hacen (Santos, 2023). En el caso del HDLO, su misión se fundamenta en la atención de salud integral y de calidad dirigida tanto a los pobladores como a aquellos visitantes del estado Nueva Esparta, gracias a actividades preventivas, asistenciales, investigativas y de docencia llevadas a cabo por un talento humano que poseen excelente formación académica y conocimientos para ayudar a mejorar la salud de los usuarios.

## **1.6. Visión**

De acuerdo a lo que plantea Cuevas (2020) respecto a la visión ésta es “la capacidad de ver más allá, en tiempo y espacio, y por encima de los demás, significa visualizar, ver con los ojos de la imaginación, en términos del resultado final que se pretende alcanzar”. En este sentido, muchas instituciones tienen como perspectiva alcanzar cierto prestigio internacional o ser reconocidos no solo a nivel local o nacional sino también a nivel internacional como resultado del esfuerzo empleado por cada trabajador en sus diferentes funciones, quienes se encuentran en la constante búsqueda del cumplimiento de sus objetivos sin desligarse de sus políticas.

En el caso del sector de la salud, la visión es común ya que siempre se espera brindar el mejor cuidado y atención a todo aquel que lo amerite para que goce de total salud y bienestar, potenciando la salud individual y colectiva y previniendo la enfermedad, por lo que el HDLO se apega a la dirección del IVSS para alcanzar lo esperado mediante el cumplimiento de acuerdos, actividades de asistencia médica integral y docencia, estrategias y programas que le permiten desarrollarse en una estructura organizada y en concordancia a la administración y planificación de los recursos disponibles, además pretende que todo su personal disfrute de un salario justo de acuerdo a sus responsabilidades y que todo paciente sean atendidas de forma

oportuna por profesionales capacitados a pesar de las dificultades que puedan surgir a lo largo del camino pero sin perder de vista lo que se quiere conseguir.

### **1.7. Objetivos**

Empleando las palabras de Alonso (2023) los objetivos son una de las primeras tareas que se realizan para establecer una organización, empresa, proyecto o investigación científica ya que estos describen los pasos que se llevarán a cabo para alcanzar las metas o propósitos que se quieren conseguir a largo y corto plazo. Esto no difiere de los centros de salud ya que también se deben instaurar objetivos que permitan alcanzar su perspectiva en la prestación de servicios médicos sanitarios a toda la población, siendo los objetivos una guía y a su vez una forma de conocer las características de su atención que lo diferencian de otras instituciones.

Según Gómez, J. (2020) en su investigación realizada en los Cursos Especiales de Grado de la UDO, manifiesta que el HDLO ofrece servicios de salud de calidad a todas las personas satisfaciendo la demanda de sus objetivos principales y que conllevan a que funcione adecuadamente, los cuales se describen a continuación:

- Proporcionar una atención integral eficiente y profesional en un ambiente seguro, educativo y de apoyo direccionado a todos los pacientes.
- Mantener la participación activa y el compromiso por parte del equipo de salud para la ejecución de actividades de investigación proporcionadas por las prácticas a través de la evidencia para los servicios.
- Brindar una atención médica oportuna, profesional y tecnológica procurando un entorno cálido, confortable y seguro que permita el trabajo en equipo a favor de la satisfacción de las necesidades del paciente
- Aplicar los principios éticos para una distribución justa de los recursos y adecuada sostenibilidad en todas las actividades a desarrollar.
- Proporcionar atención médica especializada en aquellas situaciones de emergencia y urgencias médico quirúrgicas.

- Garantizar el desarrollo de actividades de capacitación dirigidas a los recursos humanos.

### **1.8. Tipo de Establecimiento de Salud Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud**

El HDLO se encuentra adscrito al IVSS, siendo este último, un instituto autónomo que pertenece al Ministerio de Trabajo pero que se rige por lo que estipula el MPPS, clasificándose como un hospital tipo III, de acuerdo a lo establecido en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 32.650 en el decreto N° 1.798 realizado el 21 de enero del año 1983 por el presidente de la época Luís Herrera Campíns, dónde se especifican las características de los hospitales tipo III en su artículo 12, coincidiendo con el HDLO ya que este:

1. Presta servicios de atención a la salud en los tres niveles clínicos (I, II y III).
2. Se encuentra ubicado en una población mayor de 60.000 habitantes, con influencia de 400.000 habitantes.
3. Cuenta con una capacidad de 150 a 300 camas.
4. Se estructura por una dirección, departamentos de medicina (nefrología, reumatología, neurología, gastroenterología, medicina física y rehabilitación), cirugía (urología, oftalmología, traumatología y otros), gineco-obstetricia, pediatría, entre otros, cada uno con personal capacitado y sus respectivos jefes de departamento y de servicio.
5. Lleva a cabo docencia de pre-grado de medicina, así como tecnológico, sede de residencias programadas de post-grado en las especialidades básicas y funciones investigativas.

Sin embargo, el MPPS hace una nueva actualización de estas normativas publicadas en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.796 el 09 de enero del año 2020, cuyo Capítulo IV explica la red de atención hospitalaria, hallándose el HDLO en la red de atención denominada Hospital General del artículo 35 por contar con las siguientes características:

1. Atención hospitalaria en al menos 3 especialidades básicas como pediatría, medicina interna, médico general integral, gineco-obstetricia, cirugía general, traumatología y ortopedia, diálisis de emergencia, unidad de medicina crítica 24 horas, laboratorio e imagenología.
2. Subespecialidades médicas, quirúrgicas u otros servicios dependiendo de lo que la población necesite.

Asimismo, el artículo 38 lo hace más específico al clasificar en Hospital General Regional ya que sus servicios demuestran:

1. Atención a la población de otros estados de una región.
2. Capacidad de camas para hospitalización.
3. Funcionamiento que se interrelaciona con la atención comunal y ambulatoria especializada en las ASIC del área de influencia y con el resto de los hospitales del Estado.
4. Servicios del Hospital General Estatal y por lo menos una unidad de cuidados coronarios, diálisis, caumatología y oncología o unidad cuidados neonatales.
5. Especialidades de medicina interna, medicina general integral, pediatría- puericultura, cirugía general, gineco-obstetricia, traumatología y ortopedia, diálisis de emergencia y otras 4-8 especialidades o subespecialidades.
6. Programas académicos igual a un hospital General Estatal, más Residencias Asistenciales Programadas conducentes a certificado por especialidad.

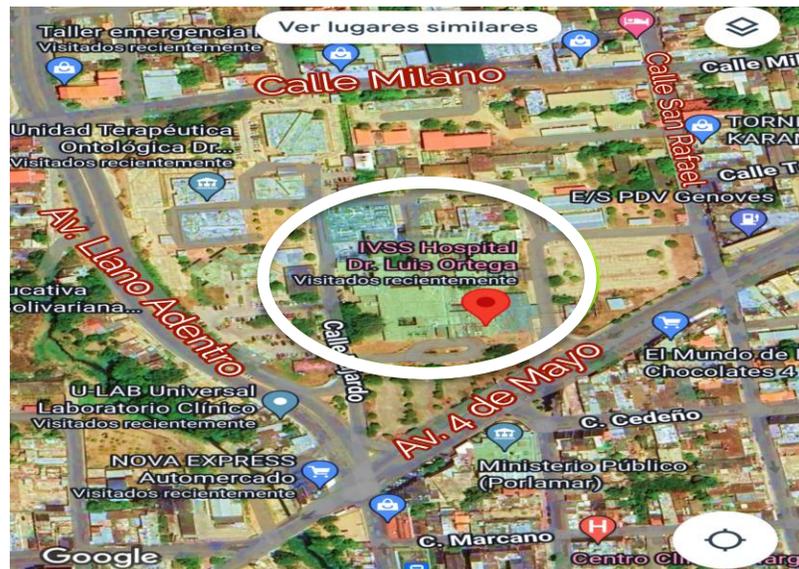
### **1.9. Ubicación Geográfica**

El HDLO se ubica geográficamente en la ciudad de Porlamar del municipio Mariño, Estado Nueva Esparta de la República Bolivariana de Venezuela; al Norte se encuentra la Calle Milano, al Este se localiza la Calle San Rafael dónde se halla la Estación de Servicio PDV Genovés, siendo uno de los puntos de referencias más conocidos, al igual que la Avenida 4 de Mayo ubicada al Sur del HDLO dónde se encuentran diversos locales comerciales y farmacias, de los cuales destacan la Panadería La Gran Esquina de la 4 de Mayo, Farmacia Zona Libre, Farmacia

Profarma, el Ministerio Público y la Panadería Estrella de Oro, por ultimo al Oeste se encuentra la Avenida Llano Adentro que actualmente destaca por locales como Nova, Insumos Médicos La Isla, U-LAB Laboratorio Clínico, entre otros.

**Figura 1**

*Ubicación geográfica del Hospital "Dr. Luis Ortega"*



*Nota.* Vista satelital del HDLO, resaltando sus instalaciones dentro de la circunferencia de color blanco, al igual que las calles y avenidas que rodean la institución en color blanco y vinotinto. Fuente: Aplicación Google Maps (2023): <https://maps.app.goo.gl/HLGrMGBmvpac3oqi7>

## **1.10. Estructura Administrativa**

Quiroa (2020) expresa que "la estructura organizacional es la forma cómo se asignan las funciones y responsabilidades que tiene que cumplir cada miembro dentro de una empresa para alcanzar los objetivos propuestos", es decir, se definen los puestos que ocupará cada miembro de una institución usando como herramienta los organigramas estructurales con el objeto de que cada trabajador pueda entender y llevar a cabo determinadas tareas de forma coordinada y así lograr mayor eficiencia, por tanto, las instituciones de salud también organizan al equipo multidisciplinario según las políticas por las cuales se rigen y la labor de cada uno que aunque sean muy diferentes, de igual forma influye en la calidad de atención a los usuarios, la consecución de los objetivos y el alcance de los resultados esperados, de manera que la administración de todos sus recursos (materiales, humanos y financieros) es una tarea que debe desempeñarse con responsabilidad, honestidad y compromiso.

De acuerdo a León, E. (2020), en su trabajo de investigación de los Cursos Especiales de Grado, sostiene que el HDLO parte de una Dirección General que se divide en 5 sub-direcciones para la dirección total en cuanto a lo administrativo, recursos humanos, ingeniería y mantenimiento, servicios médicos con sus respectivas especialidades y la docencia médica (ver Figura 2), los cuales se desglosan a continuación:

### ***1.10.1. Sub-Dirección Administrativa***

Desempeña una gestión específica mediante la elaboración y propuesta de programas en relación a presupuestos, inversiones, abastecimiento, logística y uso de la tecnología sin romper las políticas, planes, programas y normas para favorecer la gestión técnica y asistencial, además tiene en su poder el área de caja, reproducción, contabilidad, bienes nacionales, compras y suministros: compras, almacén y centro de suministros.

### ***1.10.2. Sub-Dirección de Recursos Humanos***

Encargado del desarrollo laboral y del personal para mejorar de forma continua y eficiente, lo cual contribuye a que el personal se mantenga motivado gracias a su gestión sobre las mismas y la vigilancia en cuanto al presupuesto, por lo que se encuentra interrelacionado con la Sub-Dirección Administrativa y permite crear planes en beneficio del capital humano.

### ***1.10.3. Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento***

Se ocupa de todo lo relacionado al mantenimiento de la institución ya sea para evitar su deterioro, reparar, fortalecer o mantener las instalaciones físicas, además del mantenimiento de los equipos, instalaciones médicas y servicios en general, e igualmente se encarga de la contratación de la obra pública para ejecutar cada una de estas actividades oportuna y eficientemente, lo cual colabora con la operatividad del HDLO.

### ***1.10.4. Sub-Dirección Médica***

Junto con la Dirección General, asume la gestión clínica y asistencial de la institución, coordinando, definiendo y decidiendo sobre las prioridades que involucran a los servicios clínicos asistenciales de salud, asimismo en su cargo están las áreas de registros, nutrición y dietética, enfermería, farmacia, epidemiología y servicio social. Define los departamentos o servicios de:

**Departamento Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento.** Conformado por anatomía patológica, laboratorio, anestesiología, rehabilitación, radiología, hemoterapia y servicio de odontología.

**Servicio de Gineco-Obstetricia.** Integrado por el servicio de ginecología y el servicio de obstetricia.

**Servicio de Pediatría.** Implica la cirugía pediátrica, terapia intensiva y retén de alto riesgo.

**Medicina General.**

**Servicio de Medicina.** Dónde se encuentran la unidad de cuidados intensivos, emergencia, medicina interna, infectología, gastroenterología, endocrinología, cardiología, psiquiatría, nefrología, neurología, reumatología, neumonología y dermatología.

**Servicio de Traumatología.**

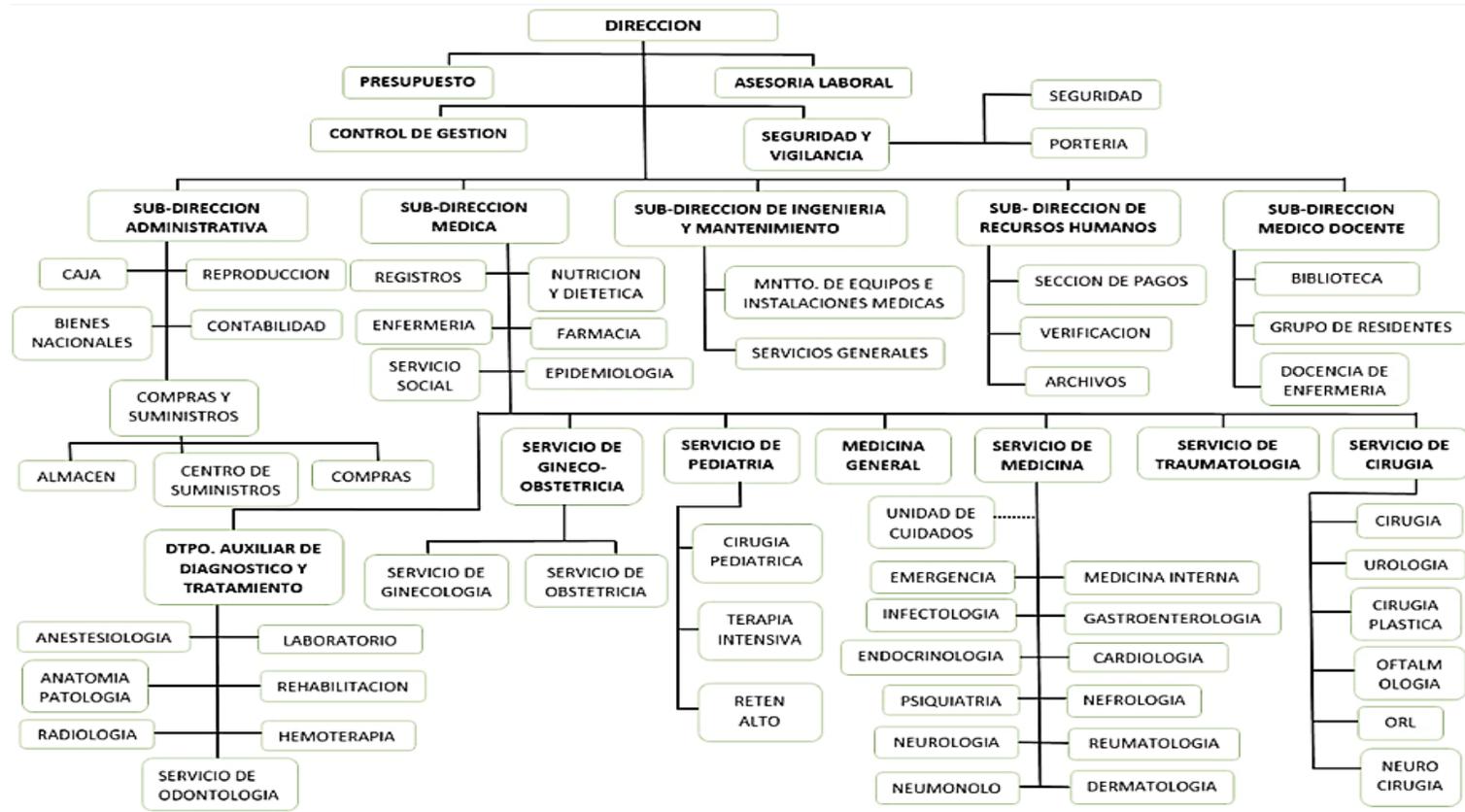
**Servicio de Cirugía.** Confirmado por cirugía, urología, cirugía plástica, oftalmología, ORL y neurocirugía.

#### ***1.10.5. Sub-Dirección Docente***

Diseña, planifica, ejecuta y evalúa actividades académicas de cada servicio, es responsable de la biblioteca, grupos residentes y la docencia de enfermería, su vez se encarga de establecer y mantener las relaciones interdisciplinarias y de fomentar las actividades de investigación para el desarrollo y avance de la institución a través de la función docente-investigativa. De igual forma, desempeña funciones académicas-asistenciales para la capacitación y desarrollo profesional de estudiantes de los últimos años de medicina y enfermería de diversas universidades, tales como la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA) y la Universidad de las Ciencias de la Salud (UCS).

**Figura 2**

*Organigrama estructural del Hospital "Dr. Luis Ortega"*



*Nota.* Representación visual de la dirección general y sub-direcciones del HDLO, las cuales fueron antes descritas. Fuente: Documentos pertenecientes a la biblioteca "Dr. Miguel Salazar" del HDLO (2023).

### **1.11. Operatividad de la Jefatura de Enfermería**

Tejada (2021) considera que el departamento de enfermería es aquella "parte de la institución médica sanitaria o asistencial que presta un servicio de enfermería eficiente, eficaz y oportuno" por lo que dicho departamento requiere de un profesional capacitado capaz de llevar el mando administrativo con el fin de planificar, organizar, dirigir y controlar la participación de todo el personal de enfermería para que los cuidados brindados sean continuos, oportunos, eficaces, eficientes y libres de riesgos.

Para ello, es preciso que el jefe de enfermería en el proceso de organización, defina las competencias que requiere el enfermero para desempeñar tareas o responsabilidades en los diferentes cargos que trabajan en conjunto para lograr el funcionamiento adecuado del departamento en cualquier establecimiento de salud, describiendo en un esquema de organización dichas responsabilidades coordinando las funciones operativas, administrativas y asistenciales.

Asimismo se encuentran profesionales de enfermería con diferentes grados de instrucción (licenciados, técnicos superiores, auxiliares, entre otros) lo cual no es una excepción en el HDLO dónde el departamento de enfermería está conformado por los cargos de Jefe (a) de Enfermería, Secretaria, Enfermero (a) Adjunto (a) Administrativo, Enfermero (a) Adjunto (a) Docente, Enfermero (a) Adjunto (a) Asistencial, Supervisor (a) de Enfermería, Coordinador (a) de Enfermería, Enfermeras (os) Asistenciales II y I, Camareras y Camilleros (ver Figura 3) los cuales explica Vicent (2022) en su trabajo de grado de la siguiente manera:

#### ***Jefe (a) de Enfermería***

Evalúa los problemas de salud del paciente y sus necesidades; desarrollan y ponen en práctica los programas de cuidado y mantienen los registros médicos. Supervisa a los enfermeros/as y otro personal hospitalario de la unidad.

### ***Secretaria***

Gestionan el trabajo de enfermería y otros profesionales del servicio de salud. Sus tareas incluyen procesar textos médicos y cartas, archivar y recuperar los registros de los pacientes, programar citas, gestionar listas clínicas, realizar un trabajo de recepción y de atención de consultas telefónicas.

### ***Enfermero (a) Adjunto (a) Administrativo***

Administra la plantilla del personal de enfermería del Hospital Luis Ortega, realiza seguimientos a las actividades del cuidado de pacientes, la administración de medicamentos y equipos que maneja el personal, así como coordinar los procesos administrativos trabajando de la mano con recursos humanos.

### ***Enfermero (a) Adjunto (a) Docente***

Se encarga de la transmisión del conocimiento en la formación profesional, la educación para la salud, capacitación y formación continua a nivel de licenciatura y técnico superior universitario a los estudiantes de Enfermería.

### ***Enfermero (a) Adjunto (a) Asistencial***

Se encarga de la dirección y supervisión del grupo enfermero que atiende de forma directa a los pacientes.

**Supervisor (a) de Enfermería.** Es una de las funciones principales de gestión, liderazgo, dirección y control que realiza la enfermera para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar el logro de objetivos organizacionales mediante el desarrollo de las potencialidades del supervisado, asimismo, asegura el abastecimiento de los insumos necesarios.

**Coordinador (a) de Enfermería.** Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal enfermero actividades relacionadas con la atención del

paciente. También evalúa y orienta en cuanto a la atención del usuario, al personal del área, al nuevo empleado y al pasante de enfermería.

**Enfermeras (os) asistenciales II y I.** Es un enfermero/a que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

### ***Camareras***

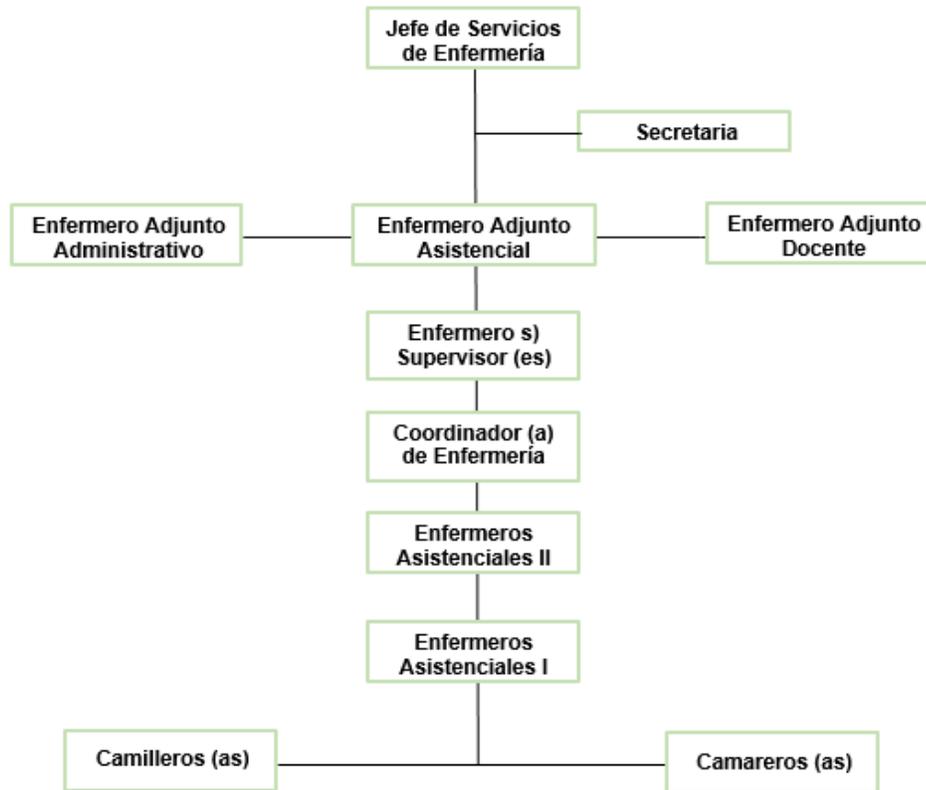
Son el personal designado a la limpieza de los espacios físicos de los diferentes servicios.

### ***Camilleros***

Deben colaborar con enfermería en el traslado de personas en camillas, silla de ruedas o tabla rígida a distintos servicios intra y extra hospitalarios, desde las internaciones a diferentes consultorios, ambulancia, vehículos particulares, morgue, otros. Mantener la limpieza y el orden de camillas y sillas de ruedas.

**Figura 3**

*Organigrama estructural de la Jefatura de Enfermería del Hospital "Dr. Luis Ortega"*



*Nota.* Organigrama estructural del Departamento de Enfermería del HDLO. Fuente: Recopilación de datos obtenidos por parte del investigador, directamente de la Jefatura de Enfermería del HDLO (2023).

### **1.12. Aproximación Diagnóstica**

Empleando las palabras de Rinaudo et al. (2017) una aproximación diagnóstica es un proceso que parte de una situación real identificada, que a través del enfoque participativo, toma en cuenta numerosas opiniones que permiten conocer diversas necesidades y problemáticas para elaborar un plan de trabajo haciendo uso

de herramientas como entrevistas, visitas domiciliarias, entre otras, con el propósito de ofrecer respuestas o ampliar conocimientos mediante las experiencias.

Por lo que se convierte en una herramienta diagnóstica que permite realizar una investigación a través del análisis de una problemática real lo cual representa una gran responsabilidad en su ejecución, trayecto y culminación ya que debe ser desarrollada con total veracidad especialmente porque cuyos resultados pueden trascender y generar cambios importantes que sean realmente aplicables y de beneficio para todos aquellos afectados por el problema.

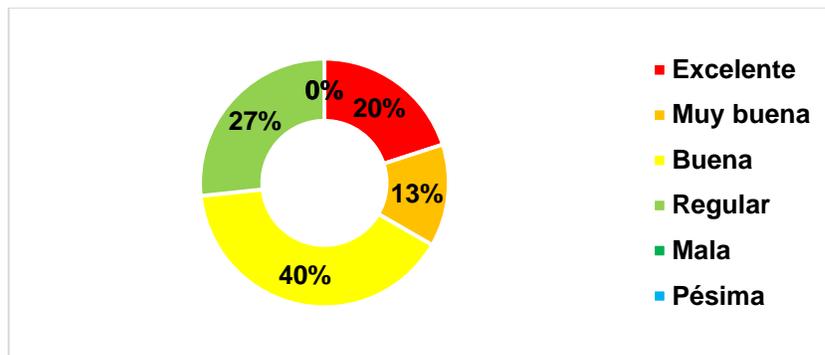
De manera que es muy significativo para el desarrollo social en muchos aspectos, especialmente en el campo de la salud, lo cual permite conocer e investigar aquellas situaciones que afectan o perjudican la salud de las personas, teniendo en cuenta de que la salud se define tradicionalmente como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948) con el fin de buscar el bienestar colectivo a través de intervenciones que pueden conducir a la resolución o mejora de la misma. Por tal motivo, se aplicó una aproximación diagnóstica dentro de las instalaciones del HDLO mediante encuestas con el fin de descubrir la situación verdadera, considerando la percepción de algunos pacientes y familiares en cuanto al trato que reciben por parte del personal de enfermería con la intención de informar, llegar a potenciar o mejorar la calidad de la atención y los cuidados a la salud tanto de los pacientes como del trato a sus familiares.

Para ello se tuvo en cuenta el criterio de 06 pacientes y 09 acompañantes que se encontraban en la emergencia adulto durante el turno de 1/7, a los cuales se les realizó una encuesta el día 05 de diciembre del 2023 con 4 preguntas cerradas, obteniendo respuestas desde sus experiencias, opiniones o perspectivas; cabe destacar que durante la recolección de datos se usó como técnica cuestionarios e instrumentos como hojas de papel y bolígrafos; además de que el investigador permaneció en el momento de la encuesta para hacer anotaciones, aclarar dudas o escuchar las acotaciones respecto a la información.

En relación a lo anterior, Gómez, M. (2023) define la encuesta como "un método de investigación que recopila información, datos y comentarios por medio de una serie de preguntas específicas" de manera que se eligió la encuesta para la recolección de datos como un generador de respuestas, las cuales se presentan a continuación en gráficas circulares con sus respectivos análisis:

**Figura 4**

*Pregunta N° 1/4: ¿Cómo calificaría la atención de enfermería hacia los pacientes y sus familiares?*

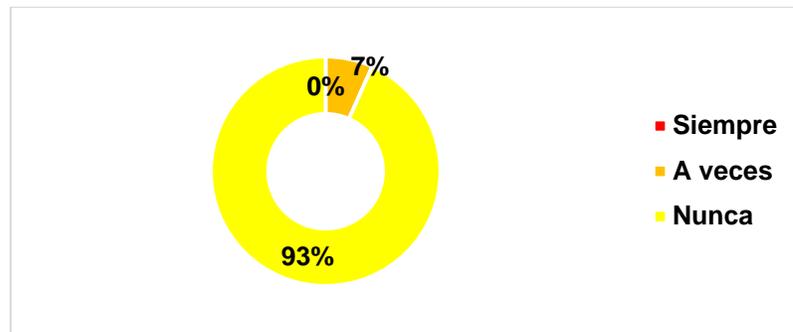


*Nota.* Representación porcentual correspondiente a las respuestas obtenidas de la pregunta N° 1 de la encuesta realizada por el investigador respecto a la atención brindada por enfermería.

Con respecto a la pregunta presentada a los encuestados, el 40% de ellos coincidieron en que la atención de enfermería es buena, seguida del 27% quienes calificaron como regular, un 20% como excelente y el 13% la consideró como muy buena. Por tanto se puede concluir que la atención que tiene enfermería hacia los pacientes y familiares es buena, lo cual la hace aceptable pero sin llegar a conformarse con ello, por lo que siempre se debe buscar la excelencia.

### Figura 5

Pregunta N° 2/4: ¿Has recibido algún mal trato de enfermería?

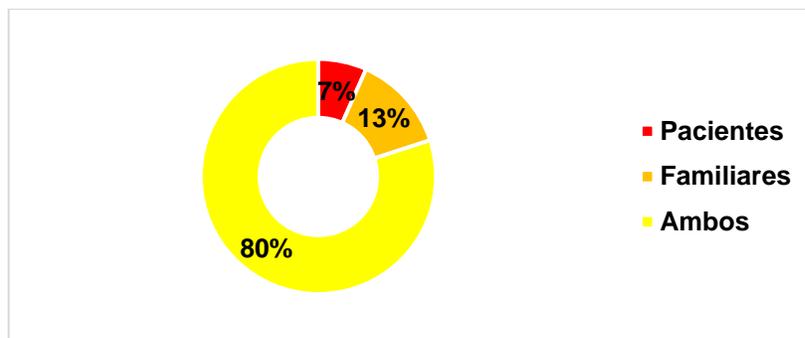


Nota. Representación porcentual correspondiente a las respuestas obtenidas de la pregunta N° 2 de la encuesta realizada por el investigador respecto al trato recibido por el personal de enfermería.

Esta interrogante presentada a los participantes de la encuesta, arrojó que la mayoría de ellos nunca ha experimentado un trato desfavorable por parte de enfermería representando el 93%, de los cuales el 7% restante respondió que a veces lo recibe. En base a esto, es evidente que la mayoría ha tenido un trato propicio.

### Figura 6

Pregunta N° 3/4: ¿A quién se debe mejorar aún más la atención y el trato?

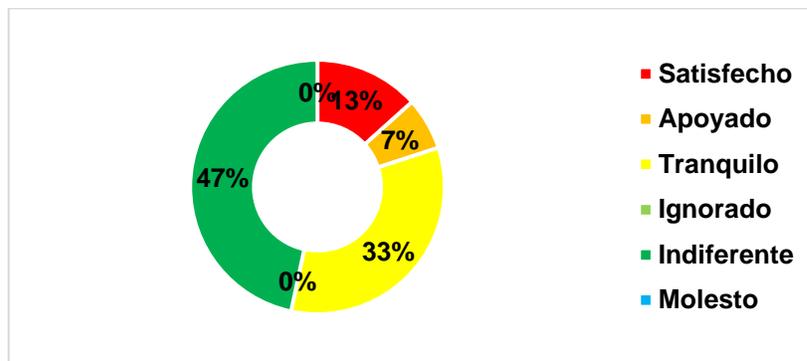


*Nota.* Representación porcentual respecto a las respuestas obtenidas de la pregunta N° 3 de la encuesta realizada por el investigador sobre la consideración de los encuestados del sujeto a quien debe mejorarse la atención y el trato de enfermería.

En el caso de esta pregunta realizada, la mayoría de los encuestados expresan que la atención y el trato de enfermería debe mejorarse de forma equitativa, es decir, tanto para los pacientes como a sus familiares lo cual representa el 80%; sin embargo el 13% de ellos opinan que la atención debería mejorarse hacia los familiares y el 7% únicamente hacia los pacientes.

### **Figura 7**

*Pregunta N° 4/4: ¿Cómo se ha sentido con la atención por parte de enfermería?*



*Nota.* Representación porcentual de las respuestas generadas por la pregunta N° 4 de la encuesta realizada por el investigador respecto sentimiento que ha experimentado el encuestado con la atención de enfermería.

De acuerdo a la interrogante presentada, el 47% de los participantes encuestados dice sentirse indiferente con la atención de enfermería, en otras palabras se encuentran en una posición neutra; no obstante el 33% manifiestan sentirse más tranquilos, el 13% satisfechos con la atención y el 7% expresan sentirse apoyados por enfermería. De este modo, se concluye que la atención de enfermería no genera gran impacto sobre los pacientes y familiares, sin embargo los resultados se inclinan más hacia el positivismo, lo cual motiva a seguir mejorando la atención.

En conclusión, la encuesta revela una inclinación no muy marcada hacia el positivismo en cuanto al trato y atención que ofrece enfermería al binomio paciente-familia, por lo que se puede decir que se puede mejorar aún más la calidad de atención ya que se considera que una correcta relación terapéutica entre el enfermero, paciente y familia puede llegar a ser de mayor beneficio en los cuidados y en la recuperación o potenciación de la salud de los pacientes.

## **CAPITULO II**

### **PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**

#### **“DR. PABLO AGREDA”**

Este segundo capítulo se encuentran descritos diferentes aspectos referente a la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO de Porlamar que se crea para la asistencia de pacientes críticos adultos, sin embargo es necesario señalar que en la actualidad no se encuentra operante pero que de igual forma se explican las particularidades de su apertura, importancia, ubicación y recursos humanos con los que contaba, además se describe la misión, visión y objetivos con la cual fue creada, la distribución de las funciones asistenciales del equipo de enfermería y la aproximación diagnóstica realizada por el investigador en el servicio actual donde se proveen los cuidados críticos.

Pese a las escasas fuentes, se reunió de información disponible de documentos bibliográficos de la biblioteca "Dr. Miguel Salazar" del HDLO, la comunicación efectiva con personal de salud e informes de grado de anteriores participantes de los Cursos Especiales de Grado de los autores Pinto (2022), León, M. (2022), Campos y Salazar (2021), Marcano (2022) y Marín (2022).

#### **2.1. Reseña Histórica**

De acuerdo con Díaz (2023), la unidad de cuidados intensivos (UCI) "se encarga de atender a pacientes críticos que necesitan monitoreo y tratamiento constante para mantener sus funciones vitales", es decir, la vida de estos pacientes se encuentra en un gran riesgo de muerte y es necesario que reciban un tratamiento intensivo que le permita recuperarse del estado crítico, por lo que requieren ser ingresados en una unidad que les provea estos cuidados especializados y todo hospital o clínica debe contar con instalaciones dotadas y personal capacitado para brindar este tipo de atención en el cual los pacientes son muy vulnerables.

Esta situación fue muy bien entendida en el HDLO ya que de acuerdo a Rodríguez (2007) los primeros intentos para plantear este tipo de atención iniciaron y se cumplieron en la década de los 80, dando grandes expectativas ya que los pacientes fallecían como consecuencia de un estado postquirúrgico no muy favorable, por ameritar sustento respiratorio, por abandono, entre otros, siendo los pacientes con mayores recursos monetarios quienes lograban trasladarse por vía aérea hacia otras instituciones del país que ofrecieran este servicio.

Posteriormente, la Unidad de Servicio de Terapia Intensiva en sus inicios estuvo bajo la dependencia del Departamento de Medicina pero que al demostrar valía, pudo alcanzar ser reconocido como un servicio autónomo administrativo y asistencial con la jefatura del Dr. Jorge Cabrera quien goza de una formación científica amplia de postgrado universitario, una carrera de docencia de asistentes en terapia dirigida a enfermeros, médicos y estudiantes, siendo considerado como fundador de la especialidad y de las unidades de terapia intensiva en Margarita.

Sin embargo, este no se encontraba solo sino junto con el Dr. Pablo Agreda quien también estaba totalmente calificado en cuanto a preparación, conocimientos, cualidades personales de vocación, sacrificio y dedicación en sus servicios, siendo el encargado de la Jefatura del Servicio. Por otro lado se encontraban otros médicos tal como el Dr. José Suárez a quienes se les une la Dra. Beatriz Echeverría, Jeanette López, el Dr. Pedro Riera y José Rodríguez, desempeñando sus servicios médicos en la Terapia Intensiva, que para el momento se localizaba en el segundo piso del HDLO con 8 camas operativas y que funcionaba en conjunto con la Terapia Intensiva Pediátrica.

Cabe destacar que a partir de entonces no existen registros acerca de la evolución histórica de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda", motivo por el cual se recurre a la información registrada en trabajos de investigaciones desarrolladas por diferentes participantes de los Cursos Especiales de Grado de la UDO, núcleo Nueva Esparta (UDONE). Dicho esto, Pinto (2022) describe en su informe de grado una entrevista realizada en septiembre del año 2019 por la I Cohorte

de los Cursos Especiales de Grado en el área de Cuidados Intensivos Adultos de la UDONE en el cual da a conocer que alrededor del 2009-2010 comienza a funcionar la terapia intensiva en planta baja denominada como "Dr. Pablo Agreda" en homenaje a este, con 8 camas por órdenes del director del momento, el Dr. Ronei Torbello.

Asimismo, se llevaron a cabo remodelaciones en el servicio de emergencia del HDLO, definiendo 4 tipos (adulto, pediátrico, obstétrico y 2 servicios de trauma shock) y la construcción de una nueva terapia intensiva en el primer piso, tanto adulto como pediátrico. No obstante, no fue hasta el 2016 cuando se inauguraron las nuevas emergencias en conjunto con la nueva Unidad de Cuidados Intensivos Adulto "Dr. Pablo Agreda" en cuál contaba con 14 camas, un aislamiento, alta tecnología y personal calificado como médicos especialistas, residentes y enfermeros hasta el mes de abril del año 2019 cuando lamentablemente deja de operar.

Pues según declaraciones de la médico y jefa anestesióloga Dra. Francisca Rodríguez, las malas condiciones en cuanto a infraestructura, la renuncias del personal, la inoperatividad de los equipos y la escasez de medicamentos conllevó al cierre de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos "Dr. Pablo Agreda" desde noviembre de ese año hasta la actualidad, por lo que los pacientes que requieren cuidados intensivos se recluyen en el área de la Emergencia Adulto.

Es necesario señalar que de acuerdo a la entrevista realizada el 02 de noviembre del presente año al Licdo. Jaime Hernández por Gómez, Y. (2024) para su trabajo de investigación de los Cursos Especiales de Grado, se puede extraer y concluir que los servicios de terapia intensiva se vieron nuevamente necesarios durante la pandemia del COVID-19, por lo que el director de entonces, el Dr. Pedro Fernández, puso en el 2020 en operatividad un área para pacientes contagiados por COVID-19 dónde se encontraba la antigua emergencia, como respuesta a la inexistencia de una Unidad de Cuidados Intensivos y al nombramiento del HDLO como centro principal para la atención de este tipo de pacientes en el estado Nueva Esparta, sin embargo fue desmantelada al disminuir los pacientes críticos contagiados

y los recursos del área, tanto materiales como humanos, en la cual actualmente se encuentra operando el Servicio de Medicina Interna.

## **2.2. Importancia y Justificación**

El tipo de servicios que brinda toda unidad de cuidados intensivos refleja su importancia y se justifica por sí sola, ya que es en éstas dónde los pacientes críticos reciben atención médica inmediata y constante por parte de profesionales especialistas en el cuidado crítico como médicos y enfermeros, además de aquellos que hacen parte de un equipo multidisciplinario que apoyan con sus funciones y conocimientos para hacer frente a las situaciones que afectan la vida de cada paciente.

De esta manera, se encuentran una gran variedad de patologías que requieren monitorización continua como resultado de alteraciones neurológicas, respiratorias, circulatorias, postquirúrgicas, entre otras, que a su vez pueden generar otras complicaciones o ser producto de ellas, al igual que aquellos accidentes de tránsito, quemaduras, entre otros, lo cual coloca al paciente en un estado de gran vulnerabilidad, independientemente de su edad, considerando que en su peor pronóstico puede finalizar con la muerte, aunque no necesariamente. Por tal motivo, si no existieran las unidades de cuidados intensivos no se podría brindar cuidados especiales para ayudar a estos pacientes a recuperar su salud y gozar de una nueva oportunidad de vida.

De esta manera, la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" es de gran importancia para toda la población neoespartana y para aquellos visitantes que por las circunstancias de la vida puedan requerir de sus servicios, ya que ofrece una atención integral totalmente gratuita considerando que es la única gratuita en todo el estado y que es de gran ayuda económica para la población en general que en su mayoría no cuenta con los recursos necesarios para trasladarse a una Unidad de Cuidados Intensivos privada para recibir un tratamiento intensivo que pueda restablecer su salud y así reintegrarse a su vida cotidiana.

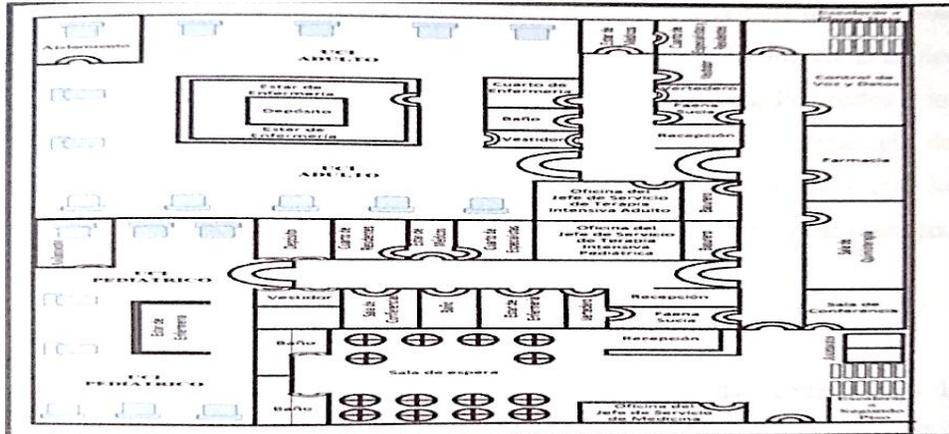
### **2.3. Ubicación y Descripción**

De acuerdo con el informe de grado de Campos y Salazar (2021), la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" se encuentra ubicado en el primer piso del HDLO, en su zona noroeste, justo al lado de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Está conformada por un espacio bien distribuido con una oficina del jefe de terapia intensiva adultos, recepción, faena sucia, dos vestidores, vertedero clínico, estar de médicos, cuarto de especialistas y residentes, cuarto de enfermería, baños, estar de enfermería, 13 camas, un aislamiento y depósito.

Por otro lado, como ya fue mencionado anteriormente, la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" no está operativa actualmente y sus servicios de cuidados críticos se llevan a cabo en el Servicio de Emergencia Adulto del HLO, especialmente en 2 de sus áreas que son trauma shock, la cual cuenta con 8 camas para atender todo tipo de emergencia y observación adulto con 12 camas y un aislamiento para pacientes que provienen de trauma shock, además se encuentra el área de nebulización adulto con 8 sillas de nebulización, 4 consultorios y una sala de yeso que también están disponibles para la atención de pacientes, aunque no para aquellos que requieren tratamiento intensivo, los cuales laboran las 24 horas, teniendo el personal de enfermería 3 diferentes turnos, dos de ellos de 6 horas y otro 12 horas, es decir, de 7 am a 1 pm; de 1 pm a 7 pm y de 7 pm a 7 am; y por último el personal médico en turnos de 24h.

### **Figura 8**

*Croquis de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda"*



*Nota.* Croquis extraído de Figueroa (2020, como se citó en Campos y Salazar, 2021), participante de la primera cohorte de los Cursos Especiales de Grado.

## 2.4. Recurso Humano

Al hablar de recursos humanos se refiere al "conjunto de aquellas personas que colaboran en una empresa en diferentes áreas y departamentos. Gracias a sus funciones y habilidades las organizaciones pueden lograr sus objetivos de negocio" (Moreno, 2023). De manera que habla de todo aquel personal que hace posible el funcionamiento de cualquier institución al desempeñar actividades específicas para lograr un objetivo en común, en el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda", aunque no funcione, inicialmente estaba constituido médicos intensivistas, residentes de postgrado, coordinador de enfermería, enfermeros, estudiantes de enfermería, camareras y transportadores los cuales laboraban en conjunto eficientemente y se describen a continuación tomando como referencia a Marín (2022) para describir cada uno de estos:

### 2.4.1. Médico jefe de la unidad

Se encarga del mando de la Unidad, con criterios de responsabilidad, ética y profesionalismo, para lograr un servicio eficiente y de alta calidad, que ayude a dar renombre al mismo, en todos los lugares del país.

#### ***2.4.2. Médicos Intensivistas Adjuntos***

Son especialistas en la medicina de cuidados críticos, encargados de la atención del paciente ingresado en el área, que gracias a su capacitación y formación pueden generar un diagnóstico y tratamiento oportuno a este tipo de pacientes.

#### ***2.4.3. Residentes de Postgrado***

Son aquellos profesionales que se encuentran en el proceso de especialización en medicina crítica, quienes están bajo los lineamientos de sus superiores (médicos ya especialistas) para brindar los servicios médicos a los pacientes.

#### ***2.4.4. Coordinador de Enfermería***

Es el responsable de guiar al equipo enfermero coordinando sus tareas, también se encarga de garantizar el cumplimiento de todos los lineamientos establecidos en las leyes y reglamentos acerca de los deberes como profesionales de la enfermería; y el seguimiento de los derechos del paciente en estado crítico.

#### ***2.4.5. Enfermeros IV-III-II-I***

Son profesionales de enfermería que prestan cuidados generales e intensivos, proporcionando la atención necesaria, y además son el enlace emocional en cuanto al paciente con su enfermedad.

#### ***2.4.6. Estudiantes de Enfermería***

La Unidad de Cuidados Intensivos permite también la formación de estudiantes de enfermería al igual que los residentes de postgrado de medicina, los cuales están bajo la guía principalmente de enfermeros. Su función es brindar apoyo al equipo enfermero, a médicos y ofrecer cuidados a los pacientes.

#### ***2.4.7. Camareras***

Es el personal responsable de mantener el ambiente limpio y lo más estéril posible para su adecuado uso, evitar la contaminación y contribuir con la recuperación de los pacientes del área.

#### 2.4.8. Transportadores

Son los encargados de la movilidad y el traslado del paciente en todo momento.

#### Figura 9

*Organigrama Estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO*



*Nota.* Estructura organizacional de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda”, extraída por los participantes de la cohorte IV de los Cursos Especiales de Grado.

## **2.5. Misión**

En palabras de Reyes (2021) la misión refleja la razón de ser o el propósito de una empresa que explica brevemente lo que se quiere hacer y lo que pretende conseguir con su existencia. Pues, aunque en esta ocasión no se hace referencia a una institución o empresa sino que se es más específico, ya que se trata de un servicio como tal; la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" procura la atención médica intensiva a pacientes que lo necesiten y así favorecer su estado de salud, de tal modo que Marcano (2022) señala en su trabajo de grado que la Unidad de Cuidados Intensivos tiene como misión "proporcionar una atención integral en salud óptima a aquellos pacientes que cursan con procesos críticos o potencialmente críticos ingresados en la misma, satisfaciendo sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados especializados, utilizando equipos tecnológicos sofisticados".

## **2.6. Visión**

La visión refleja cómo se alcanzará una misión por lo que ofrece una dirección a la hora de tomar decisiones (Martins, 2022). Esto es de gran importancia ya que se debe tener definido hacia donde se va y con qué recursos accionar, siendo algo fundamental en cualquier circunstancia pero aún mayor en dónde se trate con la vida humana, es así como es propicio mencionar a Campos y Salazar (2021) quienes aseguran que la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda cuenta con la visión de:

Llegar a ser una unidad que muestre gran capacidad resolutive ante la mayoría de las enfermedades del paciente en estado crítico, en beneficio de la población abierta del país, aplicando la excelencia tanto en el ramo científico, tecnológico y humano. Así como, ser formados por el personal médico y de enfermería, por especialista en el ramo, proporcionando educación médica continua e investigación al más alto nivel. (p. 32)

## 2.7. Objetivos

La consecución de objetivos previamente trazados generan cierto grado de satisfacción debido al esfuerzo que se emplea para alcanzarlo y a medida que se logran, generalmente surgen nuevos con enfoques mayores para alcanzar el éxito, de manera que no es más que esto lo que todo ser humano quiere obtener, pues el éxito en cualquier aspecto de su vida ya sea personal, laboral, profesional, económico, entre otros, puede llegar a beneficiar también a terceros, dependiendo de la visión personal.

Algo similar ocurre en las clínicas y hospitales no obstante estas se centran en aquellas personas que buscan servicios y cuidados médicos asistenciales para mejorar su salud y considerando que en muchas ocasiones esto no se puede lograr ya que el estado de salud es un asunto cambiante que se modifican a estados favorables y menos favorables, que en su peor pronóstico sea necesario el ingreso a unidades de cuidados intensivos con el objeto de conservar la vida mediante la monitorización continua, conocimientos científicos, personal capacitado, entre otros.

Es en este momento donde debe considerarse los criterios de ingreso a una unidad de cuidados críticos para luego tomar las decisiones oportunas y poner en marcha o no los objetivos de la unidad sobre el paciente para su recuperación. Pinto (2022) revela que la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" tiene los siguientes objetivos:

- Proporcionar cuidados globales y directos al paciente y familia.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes en la práctica clínica avanzada de Urgencias.
- Evaluar los protocolos y procedimientos específicos en las situaciones y/o problemas que presentan los pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Utilizar con destreza y seguridad la tecnología y los medios de apoyo para el diagnóstico de los pacientes.

- Coordinar actividades con otros componentes del equipo multidisciplinar del Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## **2.8. Equipo de Enfermería**

Es bien conocido que el profesional de enfermería tiene la tarea principal de dedicarse al cuidado de personas en relación a su estado de salud, pero no solo de aquellas enfermas sino que también abarca el cuidado de individuos sanos para ayudarle a potenciar y conservar su salud, siendo algunas de las acciones que ejecuta el enfermero dentro de los lineamientos de la profesión ya que existen otras actividades que varían de acuerdo a la función que esté ejerciendo para proveer o mejorar la calidad de cuidados a pacientes, familias, grupos o comunidades ya sea dentro de una entidad hospitalaria o fuera de ella.

Asimismo, estas funciones van de acuerdo a las responsabilidades profesionales debido a que existen intervenciones que no puede desempeñar de manera independientemente sino que puede llegar a necesitar la participación de otros profesionales miembros del equipo de salud, de modo que en ocasiones sus tareas son dependientes de ellos o en su defecto interdependientes, sin embargo, el enfermero puede llevar a cabo numerosas actividades sin requerir consentimiento de terceros con la intención de buscar constantemente el bienestar del usuario, familia o comunidad, llevándolo en lo posible, a un mejor estado biopsicosocial a través del cuidado, lo cual es la esencia de la enfermería, sin importar los diferentes estados clínicos en los que se encuentre.

Esto sin duda es de gran valor e importancia, en especial en las unidades de cuidados críticos que a pesar de que los pacientes se encuentren en un gran peligro de perder la vida, las diferentes funciones, actividades y responsabilidades como profesionales de salud deben ser coordinadas y distribuidas para lograr el cometido principal sobre la vida de estas personas recluidas en las unidades de cuidados intensivos.

Asimismo, en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" se encuentra especificado cada función y distribución del profesional enfermero dentro de la misma, tal como lo describe León, M. (2022) en su trabajo de Cursos Especiales de Grado, donde se puede extraer que el equipo de enfermería se divide en un Jefe de los Servicios de Enfermería, Enfermero Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos, Secretaria, Enfermeros (7/1, 1/7, 7/7 A, 7/7 B), Estudiantes de Pregrado, Camilleros y Camareras (ver Figura 10) los cuales cumplen tareas específicas presentadas a continuación:

#### ***Jefe de los Servicios de Enfermería***

- Planifica, organiza, ejecuta y evalúa los procesos asistenciales y administrativos del servicio.
- Elabora, aplica y supervisa las normas técnicas para procedimientos y cuidados de enfermería.
- Participa en programas específicos que implemente la Dirección General del hospital.
- Diseña planes para el buen desarrollo del área.
- Coordina, planifica y evalúa programas de capacitación en el servicio.

#### ***Enfermero Coordinador de la Unidad***

- Organiza, programa, dirige y evalúa las actividades de enfermería en la UCI.
- Coordina las acciones de enfermería con otros servicios clínicos, unidades de apoyo y servicios generales del hospital.
- Determina en conjunto con el jefe del servicio las necesidades, funciones y actividades del recurso humano, así como necesidades de materiales, equipos e insumos.
- Evalúa constantemente los registros de la atención, para supervisar el cumplimiento de las normas establecidas y la atención brindada por parte del personal a los pacientes.

### ***Secretaria***

- Recibir, analizar, ordenar, clasificar y archivar la documentación y expedientes remitidos a la unidad.
- Coordinar reuniones y preparación de la agenda diaria de la jefatura.
- Habilita y ordena la documentación para reuniones y conferencias.

### ***Enfermero(s) 7/1, 1/7, 7/7 A y 7/7 B***

- Recepción de pacientes.
- Planificar los cuidados de enfermería.
- Registrar los datos en la historia clínica.
- Realizar los reportes de enfermería.
- Colabora en la revista médica, informando sobre la evolución y estado del paciente.
- Atención personal del paciente y sus familiares.
- Mantenimiento de la higiene del paciente.
- Movilización y alineación corporal del paciente.
- Mantenimiento de la función respiratoria y cardiovascular.
- Vigilancia de la función del sistema nervioso.
- Ayudar en la nutrición e hidratación del paciente.
- Monitorización del balance de líquidos y termorregulación.
- Realizar el pedido a farmacia y almacén.
- Preparación y administración de medicamentos.

### ***Estudiantes de Pregrado***

- Colaboración con los procedimientos realizados a los pacientes.
- Atender al paciente y sus familiares.
- Colaboración con el registro de los datos y reportes de enfermería en la historia clínica.
- Colaboración con el pedido de farmacia y almacén.

- Colaboración con la preparación y administración de los medicamentos, bajo supervisión de los enfermeros.

### ***Camilleros(as)***

- Presentarse ante los pacientes y familiares con actitud cordial.
- Mantener la limpieza y el orden de las camillas y sillas de ruedas.
- Comunicar a los jefes del deterioro de las camillas o sillas de ruedas.
- Colaborar con los enfermeros en el traslado de pacientes en camillas y/o sillas de ruedas, a distintos servicios intrahospitalarios (consultorios, otros servicios de hospitalización, morgue) y extra hospitalarios (ambulancia, vehículos particulares).
- Traslado de pacientes en ambulancias. Presentarse en el área de transportes, recibir la orden del servicio, acudir con el paciente, verificar el nombre y número de cama, registrar el nombre y hora de salida, procedencia y destino del paciente, recabar la firma de la jefa de enfermeras en su hoja de registro, realizar el traslado del paciente a la camilla, registrar en vigilancia la hora de salida y trasladar al paciente en la ambulancia.
- Traslado a la morgue. Llevar el cuerpo, registrar los datos del cuerpo al ingreso en la hoja de registro y verificar que concuerden.
- Manipular en forma segura el transporte de oxígeno.
- Proveer comodidad, intimidad y seguridad al paciente.
- Saber el trayecto adecuado para el traslado.
- Trasladar equipos e insumos médicos al servicio.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.

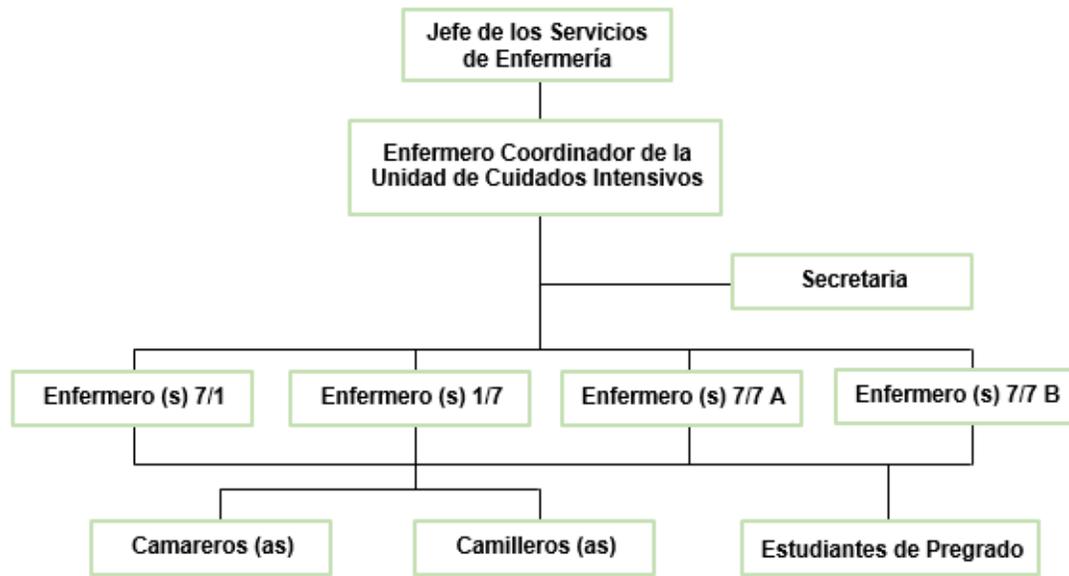
### ***Camareros(as)***

- Garantizar que todas las áreas estén limpias.
- Garantizar la desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del área o servicio.

- Notificar a los supervisores de cualquier daño, desaparición o alteración de un producto o equipo.
- Seguir las normas establecidas para la correcta asepsia.
- Utilización de productos de limpieza y desinfección correctos.
- Ser amable y gentil con el personal, pacientes y familiares.
- Ser ágil y con capacidad organizativa.

**Figura 10**

*Organigrama Estructural de la Coordinación de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos “Dr. Pablo Agreda”*



*Nota.* Representación gráfica de la Coordinación de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del HDLO, extraída por los participantes de la cohorte IV de los Cursos Especiales de Grado.

### **2.9. Aproximación Diagnóstica del Servicio**

Un diagnóstico comienza por medio de la observación y conlleva a realizar evaluaciones y análisis de datos específicos para poder identificar problemas existentes en cualquier ámbito, tal como el campo de la salud lo cual es de gran importancia y requiere la búsqueda de su resolución, además esto permite iniciar una investigación con la intención de reunir opiniones o datos relevantes para el alcance del objetivo principal, lo cual se puede conseguir a través de diferentes herramientas como lo es la encuesta.

Por esta razón, fue imprescindible la ejecución de una aproximación diagnóstica en el servicio de observación adulto del HDLO para conocer aquellos retos que se presentan como consecuencia de la ausencia de una UCI operativa,

recordando que la atención de pacientes críticos actualmente se brinda en los servicios de observación y trauma shock adulto, de manera que se realizó una encuesta estructurada al personal de enfermería los días 11 y 17 de enero del año 2024, tomando en cuenta la perspectiva de 8 enfermeros que laboran en el turno matutino de 7 am - 1 pm del servicio antes mencionado, a los cuales se les hizo 5 preguntas cerradas, usando como instrumento un cuestionario guía y un teléfono móvil para la grabación de las respuestas. Asimismo, se describen a continuación las preguntas con sus respectivas respuestas, representación gráfica y análisis:

### Figura 11

*Pregunta N° 1/5: ¿Cuál es el riesgo principal de atender en este servicio a pacientes que requieren cuidados intensivos?*



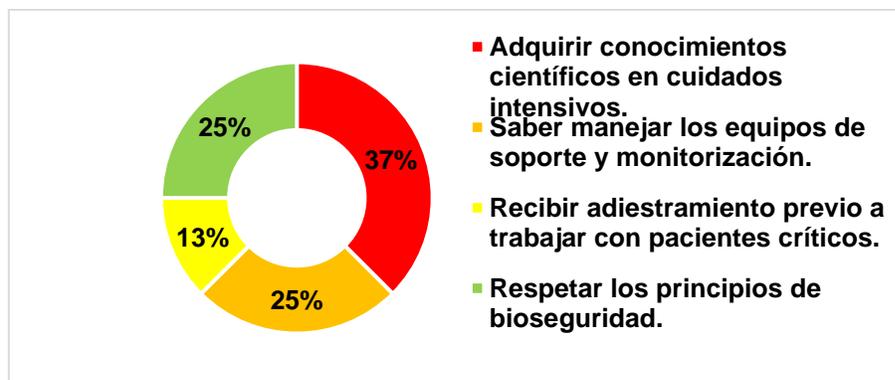
*Nota.* Representación porcentual correspondiente a las respuestas obtenidas de la pregunta N° 1 de la encuesta realizada por el investigador respecto a los riesgos que se presentan al atender a pacientes críticos en el servicio de observación adulto.

De acuerdo a las respuestas de los enfermeros encuestados, el 50% opina que el riesgo principal es la contaminación del paciente crítico, mientras que el 25% cree que el riesgo es en los demás pacientes del servicio y los acompañantes; otros opinaron que el paciente crítico está en riesgo de no recibir la atención que necesita (12%) y que la atención a los pacientes más estables puede disminuir (13%). Por tanto, se concluye que el mayor riesgo que puede existir al brindar cuidados al paciente crítico en el servicio de observación adulto es que estos se contaminen, ya

que son vulnerables a la infección de microorganismos patógenos como consecuencia de la manipulación con una higiene inadecuada, especialmente de los familiares, debido a la poca restricción del contacto con el paciente, lo cual es perjudicial para su salud y potencialmente mortal.

### Figura 12

Pregunta N° 2/5: ¿Qué considera que debe hacer el personal de enfermería del servicio para proveer cuidados al paciente crítico?

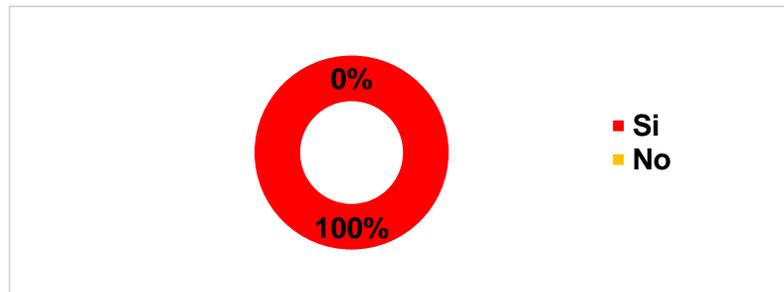


*Nota.* Representación porcentual de la información obtenidas a través de la pregunta N° 2 de la encuesta llevada a cabo, el cual refleja la opinión del personal de enfermería respecto a lo que debe hacer el enfermero para poder proveer cuidados al paciente crítico.

Según la gráfica, el 37% de los enfermeros consideraron que se deben adquirir conocimientos científicos en cuidados intensivos, sin embargo, partes iguales opinan que requieren capacitación para el manejo de los equipos de monitoreo y el cumplimiento de los principios de bioseguridad en un 25%, siendo el 13% la opinión mínima de que el personal de enfermería debe recibir adiestramiento para trabajar en el servicio con pacientes críticos. De tal forma que la mayoría de los enfermeros entrevistados consideran que los conocimientos científicos en cuidados intensivos son fundamentales para lograr una atención oportuna a personas que requieren estos cuidados especiales, ya que piensan que esto permite el razonamiento y juicio clínico del qué se debe hacer y el motivo por el cual se debe hacer en beneficio del paciente.

### Figura 13

Pregunta N° 3/5: *¿Las condiciones laborales actuales afecta al personal de enfermería?*

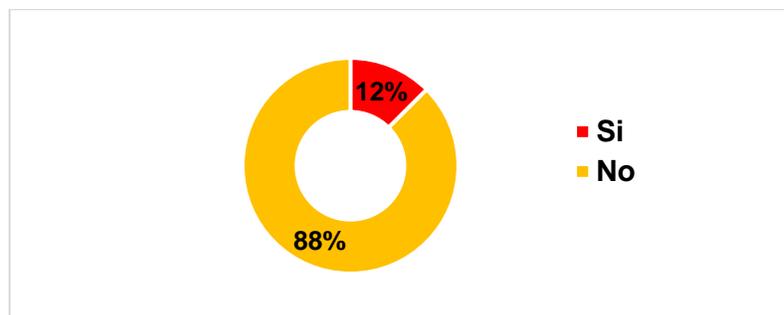


Nota. Representación gráfica del porcentaje de opiniones recolectadas mediante la pregunta N° 3 de la encuesta, referente a las condiciones laborales actuales del personal de enfermería de observación adulto.

El 100% de los encuestados coinciden en que las condiciones en las que el personal de enfermería labora les afectan considerablemente, algunos tuvieron la libertad de expresar que circunstancias como la falta de personal, de insumos y la cantidad de acompañantes dentro de la sala son algunos de los factores que perjudica no solo la labor de enfermería, sino también a los pacientes.

### Figura 14

Pregunta N° 4/5: *¿Considera que este servicio es apta para atender a pacientes críticos?*

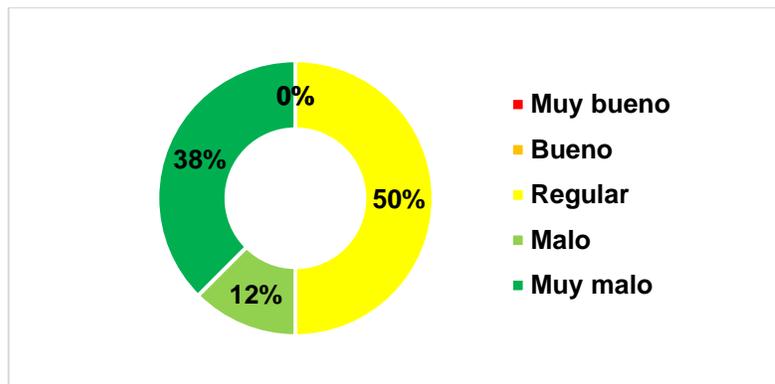


Nota. Representación del porcentaje de opiniones sobre la pregunta N° 4 de la encuesta, para conocer si el personal de enfermería considera el servicio de observación adulto como un lugar apto para la atención de pacientes críticos.

Se puede visualizar que el 88% de los encuestados consideran que el servicio de observación adulto no es un área apta para proveer cuidados críticos ya que deben estar en un área especial, más aislada y equipada para únicamente este tipo de cuidados, no obstante el 12% considera que por la inoperatividad de la UCI en el HDLO, consideran que este servicio es el más capacitado para brindar estos cuidados críticos por tener mayor vigilancia en comparación con otros servicios del HDLO.

### Figura 15

Pregunta N° 5/5: ¿Cómo califica el modo de trabajo de enfermería dentro del servicio en las condiciones actuales?



*Nota.* Representación del porcentaje de la información recolectada acerca de la calificación de enfermería sobre las condiciones actuales de trabajo, correspondiente a la pregunta N° 5 de la encuesta realizada.

Se encontró que el 50% de los enfermeros consideran una condición laboral actual regular, seguida del 38% quienes la califican como muy malo y el 12% como malo, de manera que se puede entrever la necesidad de mejoras que permitan una atención de mayor calidad que influye en la salud y bienestar del paciente y del profesional.

En conclusión, la ausencia de una UCI acarrea con diferentes consecuencias que afectan directamente al paciente crítico así como también al personal de enfermería, al resto de los pacientes y a todos los acompañantes, enfrentándose a la probabilidad de contaminación por el contacto directo, sin el cumplimiento

responsable de las normas de bioseguridad y un asilamiento inadecuado, la falta de personal, de insumos y de previa capacitación en cuidados intensivos. Todo esto hacen que la labor de enfermería sea regular y más cuesta arriba, sin embargo, los profesionales de enfermería dan lo mejor de sí y hacen lo necesario para proveer la mejor atención posible a pesar de los retos a los que se enfrentan, ya que las condiciones clínicas de algunos pacientes requieren de estos cuidados especiales y consideran que no se debe negar la atención de salud a pacientes en estado crítico en el servicio de observación adulto por la ausencia de una UCI operativa en el HDLO.

### **CAPITULO III**

## **MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL ESTUDIO DE CASO**

En este capítulo se presentan los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación y del caso clínico, desarrollando conceptualmente las patologías y complicaciones cardiovasculares que padece la paciente seleccionada para el estudio de caso, además de la descripción del marco metodológico, marco legal, los antecedentes referenciales internacionales, nacionales y regionales, glosario de términos y las diferentes teorías de enfermería que se tomaron como sustento para la aplicación del proceso enfermero.

### **3.1. Marco Teórico de la Patología**

#### ***3.1.1. Hipertensión Arterial***

**3.1.1.1. Definición.** De acuerdo a la OMS (2023) se refiere a "cuando la presión de la sangre en nuestros vasos sanguíneos es demasiado alta (de 140/90 mmHg o más)" lo cual genera el deterioro progresivo de la salud y demás órganos como el corazón, cerebro, riñones y otros a consecuencia de una tensión arterial elevada de forma sostenida que se produce por la fuerza o presión de la sangre que empuja las arterias en cada latido del corazón y que mientras más tensión exista, mayor será el trabajo del corazón al bombear la sangre.

De esta manera, al momento de cuantificar la presión arterial se determinan dos valores que aparecen en la contracción y relajación miocárdica denominadas presión sistólica y diastólica respectivamente que se expresan en milímetros de mercurio (mmHg). La American Heart Association (2021) clasifica la presión arterial normal en una presión sistólica de menos de 120 mmhg que puede elevarse hasta 129 mmHg y una presión diastólica en menos de 80 mmhg, sin embargo establece otras etapas o estadios de hipertensión en un primer nivel desde 130-139 a 80-89 mmHg, el segundo nivel mayor a 140 y 90 mmHg, y un nivel de crisis hipertensiva superior a

180 y 120 mmHg, sistólica y diastólica respectivamente. Es necesario resaltar que la paciente presenta antecedentes de hipertensión arterial y según el diagnóstico médico al momento de su ingreso al HDLO, se encontraba en la segunda etapa de HTA.

**3.1.1.2. Etiología.** En ocasiones la hipertensión arterial (HTA) no tiene una causa específica pero se ha relacionado con diferentes motivos que conllevan a la elevación de la presión arterial, de manera que Massó (2018) menciona dos tipos de hipertensión y expone que:

Aproximadamente el 95% de todos los casos de HTA constituyen lo que se denomina hipertensión primaria o esencial... El 5% restante de los pacientes con presión arterial alta sufren de lo que se denomina hipertensión secundaria.

En el caso de la denominada primaria o esencial implica un conjunto de factores de riesgo en su aparición tales como tener antecedentes familiares o genéticos con hipertensión arterial, la edad avanzada debido al proceso de envejecimiento que endurecen las arterias, ser de sexo masculino por tener mayor prevalencia que el femenino, aunque en éstas incrementa el riesgo a partir de los 55 años de edad. También se incluyen aspectos del estilo de vida que lleve una persona ya que la alimentación no saludable como aquellas altas en grasas saturadas y sodio, aunado al sedentarismo que favorece al sobrepeso u obesidad, el estrés, tabaquismo y alcoholismo provocan hipertensión arterial, tal es el caso de la paciente seleccionada para la investigación.

Por otro lado, la hipertensión secundaria es producto de otras enfermedades, muchas de ellas por trastornos renales, el embarazo, como efecto secundario de fármacos por ejemplo esteroides o anticonceptivos, tumores en las glándulas suprarrenales, trastornos endocrinos, entre otros.

**3.1.1.3. Fisiopatología.** La presión arterial está regulada por diferentes mecanismos que responden ante diferentes situaciones a las cuales el organismo se

debe adaptar para compensar o resistir la demanda para un funcionamiento adecuado como por ejemplo cuando se está realizando alguna actividad física (situación fisiológica), de modo que los factores que la determinan son el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, donde las alteraciones sobre estos de forma constante conducen a la cronicidad (situación patológica) por lo que el organismo detecta como normal, apareciendo la HTA. De acuerdo a Jameson et al. (2018):

El primer factor (gasto) depende del volumen sistólico y la frecuencia cardíaca; el volumen sistólico depende de la contractilidad del miocardio y de la magnitud del compartimiento vascular. El segundo o resistencia periférica es regido por los cambios funcionales y anatómicos en las arterias de fino calibre (diámetro inferior, 100-400 $\mu$ m) y arteriolas. (p. 1891)

De este modo, a la fuerza que se produce para expulsar cierta cantidad de sangre en cada latido del corazón hacia todo el organismo se conoce como volumen sistólico y a la cantidad de veces que late el corazón en un minuto se denomina frecuencia cardíaca, por lo que cualquier situación que altere estos factores en cuanto al incremento de la frecuencia cardíaca (hipertermia, preocupación, ejercicio y otros) y al volumen sistólico (aumento de la volemia, retención hídrica, dilatación ventricular y otros) provocan el aumento del gasto cardíaco y por tanto de la presión arterial; al igual que aquellos daños sobre las arterias que deterioran su estructura y funcionalidad (p. ej. sustancias del tabaco) conduciendo a una mayor resistencia vascular periférica que eleva la presión arterial.

Por otro lado, entre los mecanismos que se producen en la HTA se encuentra el volumen intravascular ya que el sodio se encuentra en mayores cantidades de forma extracelular para el equilibrio osmótico de la bomba sodio-potasio provocando vasodilatación, vasoconstricción y la regulación del volumen sistólico, este es el principal responsable del volumen extracelular ya que cuando existen mayores cantidades de NaCl que superan la capacidad de excreción renal, se acumula agua y se expande el volumen, aumentando el gasto cardíaco que si no se revierte por medio

de la eliminación de sodio a través de la orina, con el tiempo también incrementa la resistencia periférica.

Asimismo se encuentra el sistema nervioso autónomo (SNA), dónde los reflejos adrenérgicos intervienen en la presión arterial mediante la activación de los receptores alfa-adrenérgicos y beta-adrenérgicos que interactúan con las catecolaminas adrenalina, noradrenalina y dopamina para regular la actividad cardiovascular, en el que la noradrenalina tiene mayor relevancia sobre la presión arterial. De acuerdo al autor, estos receptores son los alfa 1 que provocan vasoconstricción e intensifican la reabsorción de sodio aumentando la presión arterial; alfa 2 que inhibe la liberación de noradrenalina; beta 1 que aumentan la frecuencia cardíaca y estimula la renina; y beta 2 que relaja el músculo liso y dilata los vasos. (p. 1892)

Por otro lado, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) también interviene en el mecanismo de la HTA ya que se activa a partir de la renina ya sea por la estimulación de un menor transporte de NaCl (cuando se sobrepasa la capacidad de excreción de sodio), por la detección de los baroreflejos cuando existe hipotensión o por la estimulación simpática del SNA en los receptores beta 1. Todo esto conduce a la generación de vasoconstricción como efecto de la angiotensina II; a la producción de aldosterona que aumenta la reabsorción de sodio para elevar la presión arterial e induce está última a la fibrosis pudiendo provocar otras enfermedades cardiovasculares a largo plazo, como la insuficiencia cardíaca.

De esta forma, el desencadenamiento del SRAA comienza con la renina ya activa que desdobra al angiotensinógeno para formar angiotensina I, la cual interactúa con la enzima convertidora de angiotensina (ECA) que se encuentra principalmente a nivel pulmonar, para transformar la angiotensina I en angiotensina II la cual actúa en los receptores AT1 causando vasoconstricción y la secreción de aldosterona que también favorece la aterosclerosis, incrementando la presión arterial, lo contrario a cuando actúa sobre los receptores AT2 ya que conduce a la vasodilatación, la excreción de sodio, inhibición de la proliferación celular, entre otros. (p. 1893)

Por último, los mecanismos vasculares provocan HTA debido a los cambios estructurales, mecánicos o funcionales arteriales como la remodelación de tejido hipertrofiado, alteraciones en el pH sanguíneo, el incremento del calcio intravascular, entre otros, los cuales provocan la disminución de la luz y elasticidad arterial por lo que existe mayor resistencia periférica y por tanto un aumento de la presión arterial.

**3.1.1.4. Manifestaciones Clínicas.** La HTA suele ser asintomática en la mayoría de las personas y teniendo en cuenta a Bakris (2023), algunas personas presentan cefalea, epistaxis, vértigo, astenia, entre otros, los cuales pueden ser erróneos ya que coinciden con síntomas en personas no hipertensas, no obstante señala que las manifestaciones clínicas aparecen con niveles muy elevados de la presión arterial cuando existe una crisis hipertensiva, esto requiere tratamiento de emergencia debido a niveles de presión arterial sistólica y diastólica iguales o superiores a 180 y 120 mmHg respectivamente, lo cual provoca síntomas como náuseas, emesis, disnea, inquietud, cefalea intensa, fatiga inexplicable, dolor torácico, sensación de ahogo, palpitaciones, diaforesis, temblores, confusión, convulsiones, somnolencia e inclusive la pérdida de la consciencia. Según la paciente en estudio, los síntomas que puede detectar son la cefalea y las náuseas.

**3.1.1.5. Complicaciones.** Cuando la HTA no se trata ni controla farmacológicamente o con cambios del estilo de vida, la presión arterial alta persiste y provocará daños sistémicos con otras complicaciones graves, principalmente enfermedades cardiovasculares, partiendo desde la arterioesclerosis o el endurecimiento de las arterias que disminuyen la cantidad de sangre que fluye hacia demás tejidos, como por ejemplo cuando la circulación sanguínea es deficiente hacia el músculo cardíaco provoca angina de pecho o la muerte de las células miocárdicas por la falta de oxígeno, llamado infarto de miocardio, y que puede acabar en muerte.

Otras complicaciones son la insuficiencia cardíaca (cuando el corazón no puede bombear la cantidad de sangre suficiente al resto del organismo) como

consecuencia de la hipertrofia ventricular; arritmias cardíacas; enfermedad cerebrovascular (ECV) cuando el riego sanguíneo es interrumpido por una obstrucción o rotura en las arterias cerebrales; enfermedad renal crónica, entre otros (OMS, 2023). De esta forma, la persistencia de una presión arterial alta en la paciente le produjo otras enfermedades cardiovasculares como lo son la hipertrofia ventricular deteriorando la función cardíaca y el infarto agudo de miocardio que debido a la necrosis, indujo la manifestación de la arritmia cardíaca.

**3.1.1.6. Tratamiento.** La HTA requiere ser controlada para evitar futuras complicaciones, lo que incluye tratamiento farmacológico o cambios en el estilo de vida que dependen de la gravedad de los niveles de presión arterial o si existen riesgos, siendo preciso cuantificar diariamente, según expresa Felman (2021).

El tratamiento farmacológico es amplio pero se basa en antihipertensivos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) que impide que sustancias químicas puedan transformar la angiotensina I en angiotensina II, o los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) que bloquea la acción de la angiotensina II, la cual interviene en la contracción de las arterias para elevar la presión sanguínea, de modo que tanto los IECA como los ARA II provocan un efecto contrario a este, entre los IECA que se pueden mencionar son el Captopril, Enalapril, Benazepril, entre otros; y los ARA II el Losartán (el cual se une al tratamiento farmacológico de la paciente), Candesartán, Valsartán y otros.

Por otro lado, existen otros medicamentos para tratar la HTA como los bloqueadores de los canales de calcio (BCC) que impiden la penetración del calcio al corazón y arterias, disminuyendo las contracciones cardíacas y dilatando las arterias para reducir la presión arterial, de manera que se debe tener precaución en aquellas personas con enfermedades cardíacas, hepáticas, entre otras; la Amlodipina, Felodipina, Nicardipino y otros, son algunos BCC.

Asimismo, también se encuentran los betabloqueantes que bloquean a los receptores beta-adrenérgicos los cuales contribuyen a la elevación de la frecuencia

cardíaca, la presión arterial y la contractilidad cardíaca, de manera que se logra impedir este efecto y disminuir, en este caso, la presión arterial. Cabe destacar que los betabloqueantes son usados principalmente en enfermedades cardíacas como las arritmias o insuficiencia cardíaca, y su uso en la hipertensión arterial se considera cuando existe una crisis hipertensiva que no responda a otros medicamentos por lo que se puede utilizar en combinación con otros fármacos. Entre los betabloqueantes se encuentran el Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Propranolol, Metoprolol y otros, de los cuales es el Carvedilol uno de los medicamentos que conforman el tratamiento indicado durante la hospitalización de la paciente.

Por último se encuentran los diuréticos como los tiazídicos, ahorradores de potasio y diuréticos del asa, los cuales hacen que los riñones eliminen sodio y agua para disminuir la cantidad de líquido en los vasos sanguíneos y así reducir la presión en los mismos, no obstante esto puede producir alteraciones potencialmente mortales como la disminución del potasio en sangre siendo necesario utilizar otros tipos de diuréticos como los ahorradores de potasio, por lo que el uso de diuréticos dependerá de la enfermedad. Algunos diuréticos tiazídicos son la Clorotiazida, Hidroclorotiazida; ahorradores de potasio como la Espironolactona, Amilorida; y del asa como la Furosemida, Bumetanida, entre otros, siendo la Furosemida y la Espironolactona otros fármacos pertenecientes al tratamiento médico de la paciente objeto de estudio.

Por otro lado, el autor también describe que "controlar la dieta puede ser una forma eficaz de prevenir y tratar la presión arterial alta" de manera que realizar cambios en los hábitos de vida son tan efectivos que ayudan tanto a prevenir como a tratar la HTA lo cual debe ir en combinación con el tratamiento farmacológico, de acuerdo a los niveles de presión arterial. Esto involucra llevar una alimentación equilibrada variada en frutas, vegetales, aceites vegetales, cereales, proteína animal y otros, evitando las grasas saturadas, trans y productos procesados, reduciendo el consumo de sal, alcohol, dejar el tabaco, hacer ejercicio regularmente, perder peso, controlar el estrés y mejorar el sueño.

### **3.1.2. Cardiopatía**

**3.1.2.1. Definición.** Las cardiopatías, también denominadas miocardiopatías o cardiomiopatías, son un conjunto de procesos que conducen al "deterioro progresivo de la estructura y la función de las paredes musculares de las cavidades del corazón" (Suboc, 2022) lo cual dificulta que el corazón pueda bombear correctamente la sangre hacia el resto del organismo provocando insuficiencia cardíaca, alteraciones en el ritmo cardíaco y otras afecciones, incrementando el riesgo de muerte.

Existen muchos tipos de miocardiopatías, generalmente se dividen en 3 tipos principales (miocardiopatía dilatada, hipertrófica y restrictiva) que son de afectación primaria y no provocadas por otras patologías (Gavira, 2022) dónde el problema se encuentra a nivel ventricular.

- **Miocardiopatía Dilatada.** Es la más frecuente, caracterizada por la debilidad y el aumento de tamaño de las cavidades ventriculares disminuyendo la capacidad contráctil del miocardio lo cual provoca que el corazón se esfuerce más al bombear la sangre y aparezcan síntomas de insuficiencia cardíaca.
- **Miocardiopatía Hipertrófica.** Consiste en la hipertrofia del miocardio ventricular aumentando su espesor e impidiendo que dichas cavidades se llenen correctamente de sangre debido a la dificultad para relajarse, por lo que se traduce en una disfunción diastólica a causa de la rigidez del miocardio que también provoca la aparición de síntomas de insuficiencia cardíaca.
- **Miocardiopatía Restrictiva.** Está no es común pero cursa con la disfunción diastólica como consecuencia de la rigidez ventricular en el que no existe hipertrofia, lo cual provoca insuficiencia cardíaca en respuesta a la dificultad para llenarse lo suficientemente de sangre para ser bombeada al organismo.

También se encuentran otros tipos tales como la cardiopatía hipertensiva, isquémica y valvular, las cuales son secundarias o específicas que provocan daños similares a las principales pero como consecuencia de otras afecciones. Por otro lado, es necesario recalcar que la paciente de la presente investigación presentó una

cardiopatía mixta, que en otras palabras se refiere a la combinación de varios tipos de cardiopatías, en este caso de la cardiopatía hipertensiva e isquémica.

- **Cardiopatía Hipertensiva.** Se producen a raíz de la presión arterial alta (HTA) sostenida en el tiempo que afecta al tejido cardíaco y a las arterias coronarias, considerando que es una patología sistémica vascular (Pérez, 2018). Pues la hipertensión arterial sostenida aumenta la contractibilidad cardíaca para bombear sangre conduciendo a una miocardiopatía hipertrófica, a la dilatación de la aurícula izquierda y con ello a una fibrilación auricular (arritmia). Además, favorece la acumulación de depósitos (placas de ateromas) en las paredes arteriales y el engrosamiento de las mismas dificultando la circulación sanguínea lo cual puede provocar un infarto de miocardio al impedir la circulación sanguínea al mismo a través de las arterias coronarias, es decir, da a lugar a una cardiopatía isquémica por lo que guarda relación con otros tipos de cardiopatías.
- **Cardiopatía Isquémica.** De acuerdo a Sabaté y Farrero (2018) "se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen, de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo". Esto es generalmente consecuencia de la trombosis o la aterosclerosis coronaria caracterizada por la estenosis arterial dificultando el riego sanguíneo al miocardio que puede resultar en la necrosis miocárdica.
- **Cardiopatía Valvular.** También llamada enfermedad valvular o valvulopatías, se refiere al proceso donde una o varias válvulas del corazón no funcionan correctamente ya sea la mitral, tricúspide, pulmonar o aórtica, la cual se puede manifestar como estenosis (apertura inadecuada que dificulta el paso de la sangre) o insuficiencia (cierre inadecuado provocando regurgitación de la sangre), lo desencadena en la insuficiencia cardíaca (Regueiro et al., 2020).

**3.1.2.2. Etiología.** Según el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI, 2022) las causas de las miocardiopatías pueden ser hereditarias debido a la transmisión de genes que provocan mutaciones o cambios en la formación y desarrollo del corazón; o bien sean adquiridas las cuales suelen aparecer como producto de otras enfermedades, tal como en la paciente a consecuencia de la HTA. Además otras causas pueden deberse al estilo de vida o de factores de riesgos que deterioran las estructuras cardíacas, sin embargo, algunas veces su origen puede ser desconocido.

Se considera que algunas de las patologías que pueden desencadenar una cardiopatía es la hipertensión arterial la cual es muy común, también aquellas que provocan la acumulación de sustancias en el corazón como la hemocromatosis, sarcoidosis o amiloidosis; enfermedades endocrinas y metabólicas como la diabetes mellitus o trastornos tiroideos; infecciones virales como la hepatitis o virus de inmunodeficiencia humana (HIV); inflamaciones cardíacas como consecuencia de infecciones virales, bacterianas, enfermedades autoinmunes, entre otros, que pueden expresarse en endocarditis, miocarditis o pericarditis.

Asimismo, otros factores incluyen hábitos desfavorables para la salud como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, el sedentarismo, el estrés y la alimentación poco saludable que facilite la ganancia de peso. Además, el riesgo de padecer alguna miocardiopatía aumenta con la edad, al tener antecedentes familiares con cardiopatías, haber sido sometido a radioterapia o quimioterapia, entre otros.

En este sentido, Suboc (2022) describe que la miocardiopatía dilatada y es causado frecuentemente por miocarditis infecciosas víricas o bacterianas que debilitan el miocardio y trastornos genéticos, no obstante también puede aparecer por la diabetes mellitus, obesidad, taquicardia persistente, consumo de alcohol y fármacos antipsicóticos o antineoplásicos. También expresa que la miocardiopatía hipertrófica generalmente se origina por trastornos genéticos espontáneos o hereditarios, mientras que en la restrictiva se desconoce su causa a pesar de compartir similitudes con la hipertrófica.

Por otro lado, la cardiopatía hipertensiva como su nombre lo expresa, se debe a la hipertensión arterial que generalmente no está adecuadamente controlada y provoca tal daño cardiovascular. En cuanto a la cardiopatía isquémica surge principalmente por alteraciones en los niveles de colesterol dónde hay aumento del LDL y disminución del HDL además de otros factores como la edad, antecedentes familiares de cardiopatías isquémicas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, entre otros, los cuales representan un riesgo para desarrollar esta patología (Ostos, 2023a).

Por último, las valvulopatías pueden ser congénitas o adquiridas a causa de la degeneración valvular que aparece con la edad, la enfermedad coronaria e infecciones que provocan endocarditis o fiebre reumática (Regueiro et al., 2020). De esta forma, son muchas las causas que pueden generar alteraciones en las estructuras cardiovasculares que conlleva a consecuencias graves y comprometen la vida, ya que el corazón es uno de los órganos más importantes de los cuales dependen otros órganos.

En cuanto a las cardiopatías valvulares, generalmente se produce estenosis sobre las válvulas lo cual se ha relacionado directamente con la degeneración del envejecimiento llegando a compararse con la aterosclerosis, pero son distintas ya que esta rigidez valvular es el resultado de procesos inflamatorios, fibróticos y osteogénicos intrincados y altamente regulados que comienza con lesiones endoteliales, oxidación de lípidos y respuestas proinflamatorias, al cual le sigue la propagación de células similares a los osteoblastos, de manera que se deposita calcio de forma progresiva y engrosan las válvulas (Cevallos et al., 2020, p. 66-67).

**3.1.2.3. Fisiopatología.** Los mecanismos que se producen en la aparición de las cardiopatías son complejos y variados, los cuales dependen del tipo y la etiología de la misma, en el que se puede mencionar la cardiopatía hipertensiva en la que la HTA provoca un conjunto de procesos que con el tiempo generan hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y con ello otras complicaciones como consecuencia de

cambios estructurales que inician en las arterias. En las palabras de Bendersky et al. (2002), los factores genéticos, la hiperactividad simpática y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, son determinantes en la HVI ya que la noradrenalina y la angiotensina II al encontrarse en una actividad exacerbada inducen al crecimiento celular y por tanto incrementa la masa ventricular, lo cual se relaciona con la acción de la aldosterona sobre las células contráctiles causando fibrosis consiguiendo la disfunción diastólica.

Por otro lado cuando se habla de cardiopatía isquémica, es necesario mencionar que el músculo cardíaco requiere del aporte de oxígeno y energía para mantener su estructura y funcionalidad el cual puede ser alterado por una perfusión coronaria insuficiente causado principalmente por la aterosclerosis, pero también por espasmos y disección de la arteria coronaria, lo cual se manifiesta de diferentes formas pudiendo provocar la muerte del tejido cardíaco. Según Sweis y Jivan (2022) estos procesos conllevan al estrechamiento de la luz arterial, reduciendo el flujo sanguíneo y promoviendo la formación de trombos.

De esta forma, en la aterosclerosis coronaria se acumula placa de ateromas la cual puede ser consecuencia de otras enfermedades que aumentan la resistencia vascular (p. ej. HTA) y la perfusión empeora cuando esta incrementa en tamaño; en los espasmos de la arteria coronaria es la constricción temporal de los músculos de la pared arterial los responsables del estrechamiento de la luz; y por último en la disección de la arteria coronaria se debe a cuando hay una ruptura de la capa íntima del interior de las arterias creando una luz falsa por la cual circula la sangre hasta se expande y restringe la irrigación por medio de la luz verdadera.

Además, las cardiopatías valvulares generalmente producen por la aparición de estenosis sobre las válvulas lo cual se ha relacionado directamente con la degeneración del envejecimiento llegando a compararse con la aterosclerosis, sin embargo son distintas ya que esta rigidez valvular es el resultado de procesos inflamatorios, fibróticos y osteogénicos intrincados y altamente regulados que comienza con lesiones endoteliales, oxidación de lípidos y respuestas

proinflamatorias, al cual le sigue la propagación de células similares a los osteoblastos, de manera que se deposita calcio de forma progresiva y engrosan las válvulas (Cevallos et al., 2020, p. 66-67).

**3.1.2.4. Manifestaciones clínicas.** Un aspecto muy importante que se debe considerar es que las enfermedades del corazón son muy variadas pero que no se alejan del deterioro de las funciones cardiovasculares las cuales conllevan, como consecuencia, a un conjunto de manifestaciones clínicas que proporcionan información relevante para sospechar de que exista un funcionamiento inadecuado del corazón, independientemente del tipo de cardiopatía, ya que su capacidad para bombear sangre a todo el organismo es afectado, generando signos y síntomas que muchas veces coinciden con otros tipos de cardiopatías.

De acuerdo a Ostos (2023b) pueden estar presentes uno o varios de ellos tales como el dolor torácico que puede irradiarse hacia el cuello, mandíbula, espalda y brazo izquierdo, también disnea, astenia, palpitaciones, edema en miembros inferiores, vértigo, síncope, entre otros, la mayoría de ellos manifestados en la paciente del caso como por ejemplo el dolor torácico, edema, vértigo, la disnea y astenia. Generalmente estas son las manifestaciones más frecuentes de una cardiopatía que con los estudios diagnósticos es definida en un tipo específico.

**3.1.2.5. Complicaciones.** Las enfermedades del corazón no pasan por desapercibido y aumentan la probabilidad de que se desencadenen complicaciones que, considerando lo descrito por los editores de la Clínica Internacional (2018), entre las más comunes se encuentra la insuficiencia cardíaca donde el músculo cardíaco es débil, incapaz o insuficiente a la hora de bombear la cantidad de sangre necesaria, y debido a que el corazón no funciona con normalidad favorece a la formación de coágulos que pueden obstruir el riego sanguíneo a otros órganos y tejidos provocando enfermedad vascular cerebral (EVC), infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, edema pulmonar, entre otros.

Además, las válvulas cardíacas se ven afectadas al no cerrarse correctamente ocasionando la regurgitación de la sangre, el ritmo cardíaco es alterado y conlleva a la parada cardíaca o muerte súbita. Por otra parte, algunas de las complicaciones que sufrió la paciente ya fueron mencionadas anteriormente pero se pretende resaltar el derrame pleural (edema pulmonar) y el paro cardíaco por el cual atravesó debido a que se consideran de gran importancia en este estudio de caso.

**3.1.2.6. Tratamiento.** A pesar de que el corazón resulta dañado de diferentes formas, es posible seguir un tratamiento que permite sobrellevar la enfermedad y en algunos casos prolongar la vida a través de fármacos, procedimientos clínicos y dispositivos que buscan mejorar la sintomatología o prevenir el empeoramiento de la salud conduciendo a complicaciones mayores que terminan en la muerte súbita, de tal manera que debe ir en conjunto con cambios en los hábitos de vida para que esto funcione como es esperado.

Además, el tipo de tratamiento va a depender del tipo de cardiopatía y el avance de la misma por lo que si esta es producto de otra patología, lo principal es tratar a la misma en combinación con otros tratamientos como en el caso de la cardiopatía hipertensiva en el cual se conoce que la HTA es la responsable de su aparición por lo que el control de la presión arterial y la mejora de la función cardíaca con fármacos antihipertensivos, diuréticos, antiarrítmicos, medidas dietéticas y otros puede llegar a mejorar las condiciones clínicas.

Según la American Heart Association (2022) el tratamiento para las miocardiopatías consisten en una dieta saludable variadas en frutas, verduras y fibras, alimentos bajo en sodio, grasas y azúcares añadidos que también ayudan a mantener un peso adecuado por lo que se puede optar por la actividad física si el estado de salud no lo impide, ya que puede existir el riesgo de angina de pecho, vértigo y otros. Asimismo, es imprescindible eliminar el tabaco y estupefacientes, moderar el consumo de alcohol, reducir el estrés y controlar enfermedades base como la HTA o diabetes mellitus.

Debido a la cronicidad de las miocardiopatías, conllevan a un conjunto de manifestaciones que pueden mejorarse con el tratamiento farmacológico por medio del cual se puede reducir la presión arterial usando antihipertensivos como los IECA, ARA II; reducir la frecuencia cardíaca con betabloqueantes; mejorar el ritmo cardíaco con antiarrítmicos como la digoxina; mejorar el equilibrio hidroelectrolítico con bloqueadores de aldosterona y otros diuréticos que eliminan los edemas; también a evitar la formación de coágulos lo cual es muy común en la cardiopatía dilatada.

Sin embargo, esto puede ser insuficiente y llegar a recurrir a procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos como la miectomía septal, en la cual se extirpa parte del tabique engrosado en el ventrículo izquierdo para mejorar el flujo sanguíneo, siendo útil en la hipertrofia ventricular obstructiva. Otros procedimientos son la ablación septal mediante la inyección de etanol en la arteria que irriga el músculo atrofiado del corazón, provocando que estas células mueran y disminuya el grosor el músculo; también es posible tratar la cardiopatía mediante la colocación de un marcapasos que consigue corregir el ritmo cardíaco al generar pequeñas descargas eléctricas continuas o al detectar arritmias, con el fin de poder sincronizar la contracción de los ventrículos, lo que también puede prolongar la vida ante la necesidad de un trasplante cardíaco, ya que este “es el último recurso para las personas que padecen una insuficiencia cardíaca terminal”.

### ***3.1.3. Síndrome Coronario Agudo (SCA)***

**3.1.3.1. Definición.** De acuerdo a Ortega et al. (2018) el término síndrome coronario agudo (SCA) se refiere a "cualquier conjunto de síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda" esto como consecuencia de una obstrucción súbita de la luz arterial coronaria que impide la oxigenación de las células miocárdicas y de acuerdo a la gravedad de la oclusión y el daño causado se clasifica en angina inestable o en infarto agudo de miocardio (IAM), ya sea con o sin elevación del segmento ST, por lo que depende de los hallazgos en los marcadores cardíacos, los resultados electrocardiográficos y la gravedad de la sintomatología.

Debido a que es compatible con la cardiopatía isquémica, la etiología y fisiopatología del SCA son totalmente idénticas.

De esta manera, se habla de angina inestable cuando el dolor torácico se intensifica por más de 20 minutos a causa de la isquemia el cual no desaparece con el descanso o tratamiento y puede reflejar o no alteraciones transitorias en el electrocardiograma (EKG) o en los marcadores cardíacos, siendo un factor consecuente al IAM. Por lo contrario del IAM, donde la necrosis miocárdica es evidente a través del aumento de la concentración de las proteínas troponina I o T y la enzima creatina quinasa (CK) en sangre, además de la elevación o no del segmento ST (infarto transmural o subendocárdico respectivamente) en el ECG. En el caso de la paciente objeto de estudio, la obstrucción de la circulación al miocardio provocó un IAM con elevación del segmento ST en la cara anterior extensa, el cual fue evidente en el EKG y enzimas cardíacas.

**3.1.3.2. Manifestaciones Clínicas.** El SCA se caracteriza por el dolor torácico o también llamado angina de pecho estando en reposo el cual es brusco, intenso, opresivo, punzante o sordo que puede llegar a irradiarse hacia la mandíbula, hombro, espalda o brazo, sin embargo, también puede provocar disnea, vértigo, síncope, náuseas, palpitaciones y diaforesis.

**3.1.3.3. Complicaciones.** El miocardio luego de estar expuesto a un determinado periodo de tiempo sin oxígeno conlleva a graves complicaciones que dependen de la localización y extensión de la lesión, lo cual generalmente compromete la función cardíaca y conllevar a la insuficiencia cardíaca, arritmias por alguna disfunción en la conducción eléctrica, insuficiencia mitral producto de una disfunción valvular, aneurisma ventricular, shock cardiogénico, pericarditis e incluso la muerte repentina causado por un paro cardíaco, tal como lo describe Sweis y Jivan (2022).

**3.1.3.4. Tratamiento.** El tratamiento del SCA consiste principalmente en restablecer el flujo sanguíneo al miocardio lo más pronto posible para evitar la extensión del daño o tomar medidas en la búsqueda de su reversión, que según los editores de Lab Tests Online (2022), esto se logra a través de fármacos como antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes y trombolíticos como el ácido acetilsalicílico, clopidogrel, heparina y otros con el fin de reducir la coagulación de la sangre o disolver coágulos dentro de la arteria coronaria, sin embargo es necesario su combinación con otros fármacos como la nitroglicerina, los betabloqueantes y los IECA que reducen la frecuencia cardíaca y la presión arterial, provocan vasodilatación para minimizar el trabajo cardíaco, aliviar los síntomas de angina y favorecer la redistribución sanguínea.

Por otro lado, se suministra de oxígeno por medio de cánula nasal o mascarilla y se llevan a cabo procedimientos médicos como la angioplastia en la cual se inserta un catéter a través de la arteria con el objetivo de ensanchar y eliminar la obstrucción mediante la colocación de un stent, prótesis intravascular o malla de alambre que mantiene abierta la arteria. También se puede recurrir a un bypass coronario en el cual se opta por la colocación de una porción de un vaso sanguíneo sano como injerto, logrando así la revascularización. Algunos de los tratamientos que recibió la paciente se basan en oxigenoterapia, anticoagulantes, trombolíticos, vasodilatadores, entre otros.

#### **3.1.4. Derrame Pleural**

**3.1.4.1. Definición.** La respiración puede verse afectada por diversos motivos conllevando a una oxigenación insuficiente que no permite el funcionamiento normal de los órganos ya que el oxígeno es vital y cuando no se puede cumplir con la demanda, produce la muerte. En este sentido, el derrame pleural es una de estas afecciones que aparece como consecuencia de otras enfermedades afectando directamente la oxigenación ya que consiste en la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural, considerando que este es un "espacio situado entre los pulmones y

la cavidad torácica y en condiciones normales existe una mínima cantidad de líquido en su interior" (Ferrer 2021). De esta manera, el líquido en cantidades normales tiene la función de facilitar el movimiento de los pulmones en la cavidad torácica, sin embargo las anormalidades aparecen por problemas en las presiones capilares.

**3.1.4.2. Etiología.** Por otro lado, tomando como referencia lo que expone el autor anterior, los derrames pleurales pueden ser clasificados en dos tipos que están relacionados con los desencadenantes del mismo, tal como los denominados exudados o exudativos los cuales son producto de procesos inflamatorios que aumentan la permeabilidad pleural y son característicos en enfermedades infecciosas como la neumonía o infecciones virales ya que los agentes patógenos provocan un proceso inflamatorio, de la misma manera los derrames pleurales exudados son causados por el tromboembolismo pulmonar, cáncer, lupus eritematoso sistémico, pancreatitis, artritis reumatoide, entre otros.

Asimismo, se encuentran los derrames trasudados o trasudativos que se producen por alteraciones en la presión hidrostática y oncótica del plasma sanguíneo causados principalmente por la insuficiencia cardíaca, pericarditis constrictiva, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, diálisis peritoneal, entre otros, el cual se diferencia por ser un líquido acuoso de baja densidad, por el contrario del exudativo que es un líquido rico en proteínas y otros componentes del plasma. De esta forma, el corazón al no bombear correctamente la sangre al resto del organismo, provoca la retención de la sangre y por ende a una alteración en las presiones que resultan en la extravasación del líquido intravascular hacia los pulmones, en el caso de la paciente, hacia el espacio pleural.

**3.1.4.3. Fisiopatología.** González, R. et al. (2017) afirma que el derrame pleural se produce por medio de al menos 6 diferentes mecanismos de acuerdo a los factores etiológicos, ya que puede ocurrir que estos alteren las presiones intravasculares de manera que ante el aumento de la presión hidrostática en los

capilares pulmonares, acontece la extravasación de líquido intravascular que se va acumulando en el espacio pleural, tal como sucede en la insuficiencia cardíaca, el taponamiento pericárdico, entre otros, como también puede existir un descenso de la presión oncótica impidiendo el mecanismo de reabsorción del líquido a través de la circulación linfática, apareciendo un derrame pleural de forma secundaria al síndrome nefrótico, la desnutrición u otros, estos dos mecanismos generan un derrame pleural de tipo trasudativo.

Con respecto al drenaje linfático, este mecanismo permite reabsorber y eliminar el volumen del líquido pleural por lo menos 30 veces al día y al haber un bloqueo, generalmente por tumores, se altera este sistema de drenaje que conlleva a la acumulación del líquido ya sea en la zona subpleural o del mediastino. Asimismo, es común que los derrames pleurales aparezcan por procesos infecciosos con líquido de tipo exudativo en el cual ocurre un aumento de la permeabilidad de la microcirculación como resultado de la acción inflamatoria generada por la interacción entre los agentes patógenos y el mecanismo de defensa del organismo; además la retención hídrica en otros espacios corporales también pueden conducir a la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural debido al movimiento de fluidos de una zona a otra como el caso de la ascitis donde el líquido se transfiere desde el peritoneo por medio de la circulación linfática diafragmática hacia el espacio pleural.

**3.1.4.4. Manifestaciones Clínicas.** Los derrames pleurales pueden no producir signos o síntomas en algunas personas, sin embargo se manifiesta principalmente con disnea y dolor torácico de tipo pleurítico el cual es descrito como intenso o punzante, a veces intermitente, que puede localizarse con la punta del dedo y se agrava con la respiración profunda, la tos, el estornudo e incluso con el bostezo y la risa, además de otros síntomas asociados como la tos o el hipo. De acuerdo a las palabras de Rahman (2023), el examen físico es de gran importancia ya que se determinan otros signos que no identifica el paciente con derrame pleural en el cual

"revela ausencia de frémito táctil, matidez a la percusión y disminución de los ruidos respiratorios en el lado del derrame" que puede confirmarse mediante una radiografía de tórax.

**3.1.4.5. Complicaciones.** Debido a que el derrame pleural es un signo de una enfermedad y no una enfermedad como tal, las complicaciones que se originan tras este son casi nulas pero pueden ocurrir situaciones que logran agravar las condiciones clínicas del paciente las cuales se relacionan con el tratamiento empleado ya sea para tratar la patología causante del derrame o del derrame en sí, entre las cuales se pueden mencionar complicaciones asociadas al drenaje del líquido pleural (p. ej. toracocentesis) o procedimientos diagnósticos (p. ej. biopsia pleural) como el neumotórax, infecciones que progresan a un empiema; la tabicación o loculación del derrame y la paquipleuritis consiste en el engrosamiento de las pleuras debido al desarrollo de tejido fibroso (Durán et al., 2022).

**3.1.4.6. Tratamiento.** Cuando hay un exceso de líquido en el espacio pleural, el objetivo es drenarlo e impedir su reversión ya sea a través de medicamentos o procedimientos médicos invasivos, de manera que Ferrer (2021) señala que el tratamiento farmacológico se fundamenta en el uso de diuréticos en los derrames trasudados (tal es el caso de la paciente en estudio) y de antibióticos sistémicos en los exudados, sin embargo agrega que se debe solucionar la enfermedad base causante del derrame pleural para que el tratamiento tenga efectos positivos y definitivos.

Por otro lado, muchas veces es necesario extraer el líquido invasivamente en el cual se puede optar por la inserción de una aguja en el tórax hasta el espacio pleural o la colocación de un tubo de drenaje torácico para aspirar o sustraer el líquido, lo que se conoce como toracocentesis terapéutica, el cual se utiliza cuando la acumulación de líquido es masiva causando síntomas importantes como la disnea. Asimismo, otras formas de drenaje pueden llevarse a cabo en combinación con el tratamiento para la enfermedad base, como es el caso de la radioterapia o quimioterapia para el cáncer,

ya que esto genera derrames pleurales persistentes siendo la pleurodesis la mejor elección el cual consiste en la instilación de sustancias químicas que provocan el cierre de la cavidad pleural tras unir ambas hojas pleurales, de manera que ya no se pueda acumular líquido entre ellas.

### **3.1.7. Fichas Farmacológicas**

De acuerdo con Domínguez et al. (2017), la ficha farmacológica es un resumen de las características de un medicamento que se describe con el fin de proporcionar información científica, principalmente al personal sanitario, para asegurarse de que tenga un uso clínico correcto. De este modo, se muestran en los siguientes cuadros los diferentes fármacos usados para el tratamiento de la paciente objeto de estudio en su estancia hospitalaria, especificando datos básicos como el nombre del fármaco, sus indicaciones, presentación, vías de administración, posología y contraindicaciones.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 1**

*Ficha farmacológica del Omeprazol*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Inhíbe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H <sup>+</sup> al lumen gástrico.   |
| <b>Indicación</b>             | Tratamiento de las úlceras gástricas y duodenal benignas y asociadas a AINE, erradicación de H. pylori en úlcera péptica, esofagitis por reflujo y del síndrome de Zollinger-Ellison.  |
| <b>Presentación</b>           | Cápsulas 20 mg y Frasco ampula 40 mg.  |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Úlcera gástrica y duodenal: 20 mg al día 2-4 semanas, asociadas a AINE hasta 4-8 semanas.</li> <li>– Erradicación de H. Pylori en úlcera péptica: 20 mg omeprazol + 1 g amoxicilina + 500 mg claritromicina 2 veces/día o 20 mg omeprazol + 250 mg claritromicina (o alternativamente 500 mg) + 400 mg metronidazol (o 500 mg o 500 mg tinidazol) 2 veces/día o 40 mg omeprazol 1 vez/día + 500 mg amoxicilina 3 veces/día + 400 mg metronidazol (o 500 mg o 500 mg tinidazol) 3 veces/día.</li> <li>– Esofagitis por reflujo: 20 mg al día por 4-8 sem; severa: 40 mg diarios, para el mantenimiento de esofagitis por reflujo cicatrizada: 10 mg 1 vez/día (si es preciso aumentar a 20 o 40 mg 1 vez/día).</li> <li>– Síndrome de Zollinger-Ellison: dosis inicial 60 mg una vez al día; ajustar después entre 20-120 mg/día, si la dosis sobrepasa los 80 mg diarios, debe dividirse y administrarse en dos tomas al día. Por vía intravenosa, inicial 60 mg/día, ajustar después individualmente; si es &gt; 60 mg/24 h fraccionar y administrar en 2 veces/día.</li> <li>– Úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflujo: 40 mg diarios.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral e intravenosa.  |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad a omeprazol, benzimidazoles. Concomitancia con nelfinavir. Úlcera gástrica maligna.  |

Fuente: VIDAL Vademécum (2016).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 2**

*Ficha farmacológica de la Amiodarona*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Anti-arrítmico de amplio espectro y un potente vasodilatador   |
| <b>Indicación</b>             | Tratamiento de arritmias graves (cuando no respondan a otros antiarrítmicos o fármacos alternativos no se toleren): taquiarritmias asociadas con síndrome de Wolff-Parkinson-White. Prevención de la recidiva de fibrilación y "flutter" auricular. Taquiarritmia paroxística: taquicardias supraventricular, nodal y ventricular, fibrilación ventricular. Manejo del paro cardíaco secundario a fibrilación ventricular preadmisión hospitalaria, resistente a desfibrilación eléctrica.   |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 200 mg y Ampollas 150 mg/3 ml  |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tratamiento inicial de estabilización: 600 mg/día, 8-10 días. De mantenimiento: reducir en función de respuesta a 100-400 mg/día. Administrar en días alternos o realizar periodos de descanso (2 días/sem).</li> <li>– Tratamiento de ataque o inicial: Perfusión IV. Dosis inicial o de ataque: dosis habitual 5 mg/kg (en 250 ml de dextrosa al 5 %), en un periodo de 20 min a 2 h. Repetible de 2 a 3 veces en 24 h, ajustar velocidad según respuesta. Dosis de mantenimiento: 10 a 20 mg/kg/24 h (en 250 ml de dextrosa al 5%). Inyección IV (respuesta rápida): 5 mg/kg.</li> <li>– Resucitación cardiopulmonar en el tratamiento de fibrilación ventricular resistente a la desfibrilación: dosis inicial IV 300 mg (o 5 mg/kg) en 20 ml de dextrosa al 5% rápidamente.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral (tratamiento prolongado y la estabilización inicial) e intravenosa (respuesta rápida).  |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad al yodo o a amiodarona; bradicardia sinusal, bloqueo sino-auricular; enfermedad del nódulo sinusal, trastorno de la conducción auriculo-ventricular grave en pacientes sin marcapasos; disfunción tiroidea; embarazo (excepto en circunstancias especiales); lactancia; hipotensión arterial grave, colapso cardiovascular, insuficiencia respiratoria o cardíaca grave, miocardiopatía, trastornos de la conducción bi- o trifasciculares.  |

Fuente: VIDAL Vademécum (2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 3**

*Ficha farmacológica de la Enoxaparina*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Antitrombótico anticoagulante. Inhibe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee elevada actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa.   |
| <b>Indicación</b>             | Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos, con una enfermedad aguda (como insuficiencia cardíaca aguda, insuficiencia respiratoria, infecciones graves o enfermedades reumáticas) y movilidad reducida. Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP). Tratamiento de la angina inestable e infarto de miocardio con o sin elevación del segmento ST (IAMCEST, IAMSEST)   |
| <b>Presentación</b>           | Jeringas precargadas de 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg y 150 mg.   |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos; riesgo moderado: 20 mg/24 h, 7-10 días; riesgo alto: 40 mg/24 h. En pacientes médicos: 40 mg/24 h, 6-14 días.</li> <li>– Tratamiento de la TVP y EP: 150 UI/kg/24 h (1,5 mg/kg/24 h) o 100 UI/kg/12 h (1 mg/kg/12 h) por 10 días.</li> <li>– Síndrome coronario agudo: Angina inestable e IAMSEST: 100 UI/kg (1 mg/kg)/12 h, con tratamiento antiplaquetario por 2-8 días. IAMCEST agudo: pacientes &lt; 75 años administrar bolo IV de 3.000 UI (30 mg) + una dosis SC de 100 UI/kg (1 mg/kg), seguido de 100 UI/kg (1 mg/kg) cada 12 h. Administrar de forma conjunta un tratamiento antiplaquetario apropiado vía oral (aspirina 75 mg-325 mg/día) al menos que esté contraindicado. Duración 8 días como máximos o hasta el alta del hospital.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Subcutánea (SC) e intravenosa.   |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad al principio activo, heparina o derivados; sangrado activo clínicamente significativo y enfermedades de alto riesgo de hemorragia: ictus hemorrágico reciente, úlcera gastrointestinal, neoplasias malignas con riesgo alto de sangrado, cirugía cerebral, espinal u oftalmológica recientes, sospecha o varices esofágicas confirmadas, malformaciones arteriovenosas, aneurismas vasculares o anomalías vasculares mayores intraespinales o intracerebrales; anestesia espinal o epidural o anestesia locoregional.  |

Fuente: VIDAL Vademécum (2018).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 4**

*Ficha farmacológica de la Furosemida*

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Descripción</b>            | Diurético de asa. Bloquea el sistema de transporte Na + K + Cl <sup>-</sup> en la rama ascendente del asa de Henle, aumentando la excreción de Na, K, Ca y Mg.  |
| <b>Indicación</b>             | Edema asociado a ICC, cirrosis hepática (ascitis) y enfermedad renal, síndrome nefrótico, edemas subsiguientes a quemaduras, HTA leve, moderada y crisis hipertensiva, edema de pulmón, oliguria derivada de complicaciones del embarazo (gestosis) tras compensación de la volemia, coadyuvante en el edema cerebral, diuresis forzada en intoxicaciones o insuficiencia renal.  |
| <b>Presentación</b>           | Tabletas 40mg y Ampollas 20mg/2ml, 10mg/ml.   |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Edema asociado a ICC crónica: oral. Inicial: 20-80 mg/día en 2-3 tomas y aguda: IV. Inicial: 20-40 mg en bolo IV. A I.R. crónica: oral. Inicial: 40-80 mg/día en 1 o 2 tomas. IV: infusión IV continua 0,1 mg/min; incrementar velocidad gradual cada ½ h según respuesta. A síndrome nefrótico: oral. Inicial: 40-80 mg/día (1 o varias tomas). A enfermedad hepática: oral. Inicial: 20- 80 mg/día; ajustar según respuesta, si el tratamiento. IV es necesario, la dosis inicial única es 20-40 mg. subsiguientes a quemaduras: oral. Inicial: 20-80 mg/día; mantenimiento: 20-40 mg/día. de pulmón: dosis inicial de 40 mg EV lento (1-2 min); 1-2 h después 80 mg EV si es necesario. Otra alternativa es 0,5-1 mg/kg EV.</li> <li>– HTA leve-moderada: oral. Inicial: 20-80 mg/día; mantenimiento: 20-40 mg/día. Crisis hipertensivas: IV. Inicial: 20-40 mg en bolo IV.</li> <li>– Sostén de diuresis forzada en envenenamientos: IV. Inicial: 20-40 mg.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral e intravenosa.   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Contraindicaciones</b> | Hipersensibilidad a furosemida o sulfonamidas. Hipovolemia o deshidratación. I.R. anúrica que no responda a furosemida. Hipopotasemia grave. Hiponatremia grave. Estado precomatoso y comatoso asociado a encefalopatía hepática. Lactancia. |
|---------------------------|--|

Fuente: VIDAL Vademécum (2022).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 5**

*Ficha farmacológica del Losartán*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Antihipertensivo. Antagonista oral sintético del receptor de la angiotensina II (tipo AT1)   |
| <b>Indicación</b>             | Tratamiento de la hipertensión esencial, enfermedad renal en adultos con hipertensión y diabetes tipo 2 con proteinuria $\geq 0,5$ g/día, insuficiencia cardíaca crónica en adultos cuando el tratamiento con IECA no es apropiado por incompatibilidad y reducción del riesgo de ictus en hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda confirmada por ECG.   |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 50mg y 100mg.  |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hipertensión esencial: Inicial y mantenimiento habitual 50 mg/día; máx. 100 mg/día (por la mañana). Puede coadministrarse con otros antihipertensivos, diuréticos en especial.</li> <li>– Enfermedad renal en adultos con hipertensión y diabetes tipo 2 con proteinuria <math>\geq 0,5</math> g/día. Dosis inicial: 50 mg/día.</li> <li>– Insuficiencia cardíaca: dosis inicial: 12,5 mg/día; incrementar a intervalos semanales (12,5 mg/día, 25 mg/día, 50 mg/día, 100 mg/día hasta máx. 150 mg/día), según tolerabilidad.</li> <li>– Reducción del riesgo de ictus en pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda confirmada mediante ECG. Dosis inicial: 50 mg/día; según respuesta, añadir dosis baja de hidroclorotiazida y/o aumentar losartán hasta 100 mg/día.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Contraindicaciones</b> | Hipersensibilidad a losartán. Insuficiencia hepática grave. 2º y 3er trimestre de embarazo. Concomitante con aliskireno en pacientes con diabetes o con I.R. de moderada a grave (TFG < 60 ml/min/1,73 2). |
|---------------------------|--|

Fuente: VIDAL Vademécum (2022).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 6**

*Ficha farmacológica del Carvedilol*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | β-bloqueante vasodilatador (bloqueo selectivo de adrenorreceptores alfa-1) no selectivo con propiedades antioxidantes. Sin actividad simpaticomimética intrínseca y con propiedades estabilizantes de membrana.  |
| <b>Indicación</b>             | Hipertensión esencial en combinación con otros fármacos antihipertensivos, especialmente diuréticos del tipo de las tiazidas. Tratamiento prolongado de la cardiopatía isquémica: angina crónica estable, isquemia miocárdica silente, angina inestable y disfunción isquémica del ventrículo izquierdo. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva sintomática de origen isquémico o no isquémico en pacientes sometidos a tratamiento estándar con diuréticos, inhibidores de la ECA, digoxina y/o vasodilatadores. |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 6,25mg; 12,5mg; 25mg   |
| <b>Posología</b>              | – HTA y Tto. prolongado de la cardiopatía isquémica: 12,5 mg/día los 2 primeros días, continuar con 25 mg/día. Si es preciso, incrementar a intervalos de 2 sem hasta 50 mg/día o 25 mg/12 h.<br>– ICC sintomática moderada-severa: determinar individualmente y vigilar durante ajuste de dosis. Inicial: 3,125 mg/12 h durante 2 sem. Si es bien tolerada, aumentar a intervalos de 2 sem a 6,25 mg/12 h, siguiendo con 12,5 mg/12 h hasta alcanzar 25 mg/12 h.  |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad a carvedilol. Insuficiencia cardiaca descompensada de la clase IV que precise uso de inotrópicos IV. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con componente broncoespástico en pacientes que estén recibiendo tratamiento oral o inhalado. Disfunción hepática clínicamente manifiesta. No administrar con: asma bronquial. Bloqueo auriculoventricular (A-V) de segundo y tercer grado (a menos que se haya implantado un marcapasos permanente).  |

|  |   |
|--|---|
|  | Bradycardia grave (< 50 latidos por minuto). Shock cardiogénico. Enfermedad sinusal (incluido el bloqueo del nódulo sino-auricular) |
|--|---|

Fuente: VIDAL Vademécum (2022).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 7**

*Ficha farmacológica de la Espironolactona*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Antagonista específico de la aldosterona, actúa como diurético ahorrador de potasio.   |
| <b>Indicación</b>             | HTA esencial. Insuficiencia cardíaca crónica clases III y IV de la NYHA. Hiperaldosteronismo primario, como agente de diagnóstico en el tratamiento prequirúrgico, o en el tratamiento a largo plazo de casos donde la intervención quirúrgica no está indicada. Hiperaldosteronismo secundario (edemas relacionados a cirrosis hepática, ICC y síndrome nefrótico).   |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 25 mg y 100mg  |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– HTA: 50-100 mg/día. En casos graves podrá aumentarse hasta 200 mg/día en intervalos de 2 sem.</li> <li>– Insuficiencia cardíaca crónica clases III y IV de la NYHA: 25 mg/día asociada a tratamiento convencional. La dosis para la ICC no debe ser &gt; a 50 mg al día.</li> <li>– Hiperaldosteronismo primario (diagnóstico y tto.): Diagnóstico: 400 mg/día 3-4 sem (prueba de larga duración) o bien 400 mg 4 días (prueba de corta duración); preparación a cirugía: 100-400 mg/día; si no se puede operar, administrar espironolactona como tto. de mantenimiento a largo plazo a la mínima dosis eficaz, determinada individualmente.</li> <li>– Hiperaldosteronismo secundario:</li> <li>– Edemas asociados a insuficiencia cardíaca crónica: 100 mg/día. Dosis mantenimiento: 25-200 mg/día. A cirrosis hepática: si la relación Na + /K + enorina &gt;1: 100 mg/día. Si es &lt; 1: 200-400 mg/día. Dosis de mantenimiento individualizada. A síndrome nefrótico: 100-200 mg/día.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Contraindicaciones</b> | Hipersensibilidad a espironolactona; I.R. moderada, grave y aguda, casos de función renal notablemente alterada, anuria; hiperpotasemia; enfermedad de Addison; concomitante con eplerenona. |
|---------------------------|--|

Fuente: VIDAL Vademécum (2022).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 8**

*Ficha farmacológica del Ácido Acetilsalicílico*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Posee un efecto inhibitor marcado e irreversible de la agregación plaquetaria. La inhibición de la ciclooxigenasa se manifiesta de forma especial en las plaquetas, incapaces de sintetizar nuevamente la enzima.  |
| <b>Indicación</b>             | Profilaxis secundaria tras un 1er evento isquémico coronario o cerebrovascular de: infarto de miocardio, angina estable o inestable, angioplastia coronaria, ACV no hemorrágico transitorio o permanente, reducción de la oclusión del injerto después de realizar bypass coronario.   |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 500 mg y 100mg   |
| <b>Posología</b>              | Adultos: 75-300 mg/día. En profilaxis secundaria de ataques isquémicos transitorios (AIT) y ACV, siempre que se hayan excluido hemorragias intracerebrales: 75-325 mg/día.   |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad a AAS, a otros salicilatos, a AINE o tartrazina; asma; úlcera gastroduodenal activa, crónica o recurrente; antecedentes de hemorragia o perforación gástrica tras tratamiento con AAS u otros AINE; hemofilia o hipoprotrombinemia; insuficiencia renal, hepática, cardíaca grave; niños < 16 años con procesos febriles, gripe o varicela (riesgo de s. de Reye); 3er trimestre de embarazo a dosis > 100 mg/día. |

Fuente: VIDAL Vademécum (2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 9**

*Ficha farmacológica del Ticagrelor*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Antagonista selectivo de los receptores del adenosín difosfato (ADP) y actúa como inhibidor de la activación y agregación plaquetaria.   |
| <b>Indicación</b>             | Prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con Síndromes Coronarios Agudos o antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.  |
| <b>Presentación</b>           | Comprimidos 60 mg y 90 mg  |
| <b>Posología</b>              | – Síndromes coronarios agudos: iniciar con dosis única de carga: 180 mg, continuar con 90 mg 2 veces/día + ácido acetilsalicílico (75-150 mg/día), 12 meses. Antecedentes de infarto de miocardio: 60 mg 2 veces/día.                                  |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad; hemorragia patológica activa; antecedentes de hemorragia intracraneal; insuficiencia hepática grave; tratamiento concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4 (ketoconazol, claritromicina, nefazodona, ritonavir y atazanavir). |

Fuente: VIDAL Vademécum (2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 10**

*Ficha farmacológica del Atorvastatina*

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Descripción</b>            | Es una estatina. Disminuyen la síntesis endógena de colesterol mediante inhibición competitiva de la enzima hidroximetil-glutaril-coenzima A (HMG-CoA) reductasa.   |
| <b>Indicación</b>             | Tratamiento de la Hipercolesterolemia. Prevención de la enfermedad cardiovascular y prevención de acontecimientos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo de sufrir un primer evento cardiovascular, como tratamiento adyuvante a la corrección de otros factores de riesgo.   |
| <b>Presentación</b>           | Tabletas 40 mg, 20 mg y 10 mg   |
| <b>Posología</b>              | La dosis debe individualizarse de acuerdo con los niveles basales del colesterol LDL, el objetivo del tratamiento y la respuesta del paciente.<br>– Dosis inicial: 10 mg/día; máx. 80 mg/día. Ajuste de dosis a intervalos de 4 o más semanas.<br>– Hipercolesterolemia primaria e hiperlipidemia combinada (mixta): 10 mg/día. La respuesta se observa al cabo de 2 semanas y habitualmente se alcanza la máxima respuesta terapéutica a las 4 semanas. La respuesta se mantiene durante el tratamiento crónico. |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral  |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad a atorvastatina; enfermedad hepática activa o con elevaciones injustificadas y persistentes de transaminasas séricas > 3 veces LSN; embarazo; lactancia; mujeres en edad fértil que no utilicen anticonceptivos; tratados con los antivirales contra la hepatitis C glecaprevir/pibrentasvir.   |

Fuente: VIDAL Vademécum (2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 11**

*Ficha farmacológica del Alprazolam*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | Pertenece a las benzodiacepinas. Posee propiedades ansiolíticas, hipnóticas relajantes musculares y anticonvulsivantes, así como una actividad específica en crisis de angustia.   |
| <b>Indicación</b>             | Ansiedad generalizada y ansiedad asociada a depresión. Trastornos por angustia con o sin agorafobia.   |
| <b>Presentación</b>           | Tabletas o comprimidos de 0,25, 0,50, 1 y 2 mg; Gotas 0,75 mg/ml.  |
| <b>Posología</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ansiedad generalizada y ansiedad asociada a depresión: Comprimidos: 0,25-0,5 mg/3 veces al día. Comprimidos de acción retardada: 1 mg/día, en 1 o 2 dosis. Gotas: 0,25-0,5 mg (10-20 gotas)/3 veces al día. Rango de dosis: 0,5-4 mg/día en 1 o 2 dosis.</li> <li>– Trastornos por angustia con o sin agorafobia: Comprimidos: 0,5-1 mg por la noche. Comprimidos de acción retardada: 0,5-1 mg por la noche o 0,5 mg/2 veces al día. Gotas: 0,5-1 mg (20-40 gotas)/día por la noche. Rango de dosis: Comp. y gotas: incrementos no &gt; a 1 mg cada 3-4 días. Comprimidos de acción retardada: 5-6 mg/día en 1 o 2 dosis.</li> <li>– Pacientes geriátricos: Comprimidos: 0,25 mg/2-3 veces al día. Comprimidos de acción retardada: 0,5-1 mg/día en 1 o 2 tomas. Gotas: 0,25 mg (10 gotas)/2-3 veces al día. Rango de dosis: Comp. y gotas: 0,5-0,75 mg/día en dosis divididas. Comp. retardada 0,5-1 mg/día.</li> <li>– Tratamiento no debe ser &gt; de 8-12 sem. Suprimir tratamiento. reduciendo la dosis diaria, no excediendo de 0,5 mg cada 3 días.</li> </ul> |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral   |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad a alprazolam, a benzodiazepinas, miastenia gravis, insuficiencia respiratoria grave, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia hepática grave, glaucoma de ángulo cerrado, intoxicación aguda por alcohol u otros agentes activos sobre SNC.  |

Fuente: VIDAL Vademécum (2015).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 12**

*Ficha farmacológica del Milax*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Descripción</b>            | El Polietilenglicol 3350 o macrogles retienen moléculas de agua por medio de enlaces de hidrógeno.   |
| <b>Indicación</b>             | Tratamiento sintomático del estreñimiento.   |
| <b>Presentación</b>           | Polvo para solución oral 8,5 g   |
| <b>Posología</b>              | Dosis única por la mañana 10-20 g/día.   |
| <b>Vías de Administración</b> | Oral e intravenosa.  |
| <b>Contraindicaciones</b>     | Hipersensibilidad; enfermedad inflamatoria intestinal severa (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) o megacolon tóxico asociado a estenosis sintomática; perforación digestiva o riesgo; íleo o sospecha de obstrucción intestinal; síndromes abdominales dolorosos de causa indeterminada. |

Fuente: VIDAL Vademécum (2020).

## **3.2. Marco Metodológico de la Investigación**

### ***3.2.1. Investigación Cualitativa***

Teniendo en cuenta a Mata (2019) el enfoque metodológico de una investigación permite visualizar la naturaleza del estudio que se ha llevado a cabo el cual va en función del problema y las metas del mismo por lo que comprende las estrategias, técnicas y herramientas usadas durante todo el proceso investigativo, cada una de sus etapas y elementos para analizar los resultados obtenidos. En otras palabras, se trata de la forma en cómo se desarrolla o aborda el tema en estudio que permita obtener los resultados deseados para dar respuesta a las interrogantes previamente planteadas, por lo que dicho enfoque puede estar enfocado en el análisis estadístico o por medio de palabras, de acuerdo a la naturaleza de la investigación.

Es por ello que se habla de un enfoque cuantitativo, cualitativo e incluso mixto que según los editores de Santander Universidades (2021) el enfoque cuantitativo es utilizado para "comprender frecuencias, patrones, promedios y correlaciones, entender relaciones de causa y efecto, hacer generalizaciones y probar o confirmar teorías, hipótesis o suposiciones mediante un análisis estadístico" por lo que se puede emplear encuestas, experimentos, extracción de información de informes estadísticos o la observación de la frecuencia con que un fenómeno ocurre para que los resultados de dichos datos puedan expresarse a través de números o gráficos y permitan ser analizados o comparados.

De forma contraria al enfoque cualitativo el cual se centra en "recopilar y analizar datos no numéricos para comprender conceptos, opiniones o experiencias, así como datos sobre experiencias vividas, emociones o comportamientos, con los significados que las personas les atribuyen", de manera que las herramientas usadas son las entrevistas, la participación de grupos determinados, la observación de una situación o el análisis de documentos, hechos históricos u otros, interpretando o generando resultados que sólo pueden ser presentados a través de palabras, lo cual contribuye al desarrollo de nuevos conocimientos.

Sin embargo, en la presente investigación se utiliza la combinación de los enfoques metodológicos anteriormente descritos lo cual se denomina como mixto o cuali-cuantitativo con el fin de obtener una visión holística a través del uso de encuestas y entrevistas como herramientas principales para la obtención de datos objetivos y subjetivos en el desarrollo de la investigación, posibilitando su interpretación y medición para la descripción de los resultados que son de gran importancia en el campo de la salud, especialmente para los profesionales de enfermería, ya que fomenta la adquisición de conocimientos que enriquecen el ejercicio profesional en cualquier institución de salud pero sobre todo en el Hospital "Dr. Luis Ortega" y en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda", además de ser importantes para la intervención en los problemas que afectan la salud del paciente objeto de estudio.

### ***3.2.2. Estudio de Caso***

Otra técnica de investigación aplicada en el presente trabajo es el estudio de caso, el cual es un proceso de búsqueda, indagación y análisis de uno o varios casos, es decir, se realiza un estudio exhaustivo de una situación, circunstancia o fenómeno del cual se pueden fabricar hipótesis o teorías de un tema en específico por medio de la observación, cuestionarios o entrevistas en dónde el o los participantes tienen características específicas, generalmente se aplican en investigaciones cualitativas y áreas como la salud y sociología (Rovira, 2018).

De esta manera, se seleccionó como participante una paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" sobre la cual se aplica el estudio de caso para indagar y recolectar información detallada acerca de los problemas que afectan la salud de la misma, con la finalidad de que la información obtenida permita accionar en la búsqueda de la resolución y mejora de los factores que perjudican su salud y bienestar e igualmente posibilitar que dichos datos sean aplicables en casos similares. Todo esto través del proceso enfermero como método sistemático en el cual se crea un plan haciendo uso de diferentes teorías de enfermería y de las taxonomías

de diagnósticos enfermeros NANDA (2021-2023), intervenciones NIC (2018-2021) y objetivos NOC (2018-2021).

### ***3.2.3. Investigación de Acción Participante***

Por otro lado, se encuentra la investigación de acción participante en el cual el investigador se considera como un instrumento para generar una transformación social gracias a las intervenciones que realiza en base al análisis de las necesidades o problemas específicos que afectan a los sujetos de estudio, permitiendo la participación de estos para incidir en su aprendizaje y en la atención de lo que previamente fue definido (Delgado, 2022).

De esta manera, la investigación se centra en la paciente objeto de estudio en la cual los conocimientos generados pretenden transformar su estilo de vida y conductas que inciden sobre su salud como una alternativa para solucionar los problemas detectados y a su vez, involucrar a su familia para el fortalecimiento y empoderamiento de su participación en el cuidado de su salud y manejo de la enfermedad.

En palabras de Guzmán (2018), la investigación de acción participativa se conforma por etapas como la detección de una demanda, la familiarización y difusión del proyecto, el diagnóstico participativo, la detección y priorización de necesidades, el diseño de un plan de acción, la ejecución de las acciones y la evaluación constante y participativa, lo cual guarda relación con el proceso enfermero aplicado en el cual se valora a la paciente para determinar diagnósticos que conllevan a la planificación de un plan de acción apegado a las necesidades de la paciente, el cual el enfermero ejecuta y evalúa constantemente las respuestas procurando de que las intervenciones sean adecuadas para lograr el objetivo con la participación de los sujetos involucrados.

#### ***3.2.4. Técnicas e Instrumentos de Investigación***

Cuando se decide llevar a cabo una investigación se requieren de ciertos procedimientos para la recolección de datos acerca del tema en estudio, el cual va en función del tipo de diseño metodológico empleado por lo que se utilizan diferentes herramientas que ayudan a recopilar, organizar, analizar, examinar y presentar la información, ya que el modo para conseguirlos varían si la investigación tiene un enfoque cualitativo o cuantitativo, de manera que las técnicas e instrumentos más usadas son la observación, la encuesta, la entrevista y el análisis estadístico de los datos (Olivos, 2023). En este caso, las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados para el presente estudio son la encuesta, la entrevista y observación participante.

Cómo lo hace notar el equipo Editorial Etecé (2022), la encuesta se conforma por un conjunto de preguntas que conllevan a conseguir información cuantitativa de lo que se está investigando, la cual puede presentarse de forma cerrada ofreciendo respuestas predeterminadas (p. ej. Si o No) o abiertas para recibir respuestas libres, a diferencia de la entrevista en la cual los datos generados son cualitativos ya sea a través de preguntas no estructuradas (libres, sin estar previamente determinadas) o estructuradas (preparadas de antemano).

De tal forma, se empleó una encuesta hacia los pacientes ingresados en el HDLO y sus acompañantes con preguntas cerradas a través de cuestionarios en hojas de papel y anotaciones hechas con bolígrafos, obteniendo información relevante para la aproximación diagnóstica descrita en el capítulo I; también se utilizó una entrevista estructurada para la aproximación diagnóstica de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" del capítulo II dirigida al personal de enfermería, y otra para extraer datos objetivos y subjetivos de la paciente objeto de estudio y su familia, por medio del uso de una grabadora desde el teléfono móvil y un cuestionario guía de acuerdo a los modelos y teorías de enfermería seleccionados y explicados en el capítulo IV.

Asimismo, los datos obtenidos son gracias a la observación participante ya que este se basa en la interacción entre el investigador y el objeto o fenómeno de estudio desde el ambiente en donde se desenvuelve permitiendo obtener una descripción profunda de la situación (Huenupil, 2018). De manera que al acudir al HDLO, se logró acceder a la información necesaria para desarrollar la presente investigación ya que la interacción con la paciente objeto de estudio y sus familiares permitió conocer su estado de salud, tratamiento, evolución, hábitos y comportamientos, además de otros pacientes, sus respectivos acompañantes y el personal de enfermería que fueron importantes para la comprensión de la realidad y así elaborar las aproximaciones diagnósticas en dicha institución.

### **3.3. Teoría y/o Modelo de Enfermería**

#### **3.3.1. *Biografía de Marjory Gordon***

De acuerdo a lo que describe González, M. (2023), Marjory Gordon fue una enfermera estadounidense que nace en Cleveland el 10 de noviembre de 1931 y fallece en Boston, Massachusetts el 29 de abril de 2015, la cual se desempeñó como profesora y teórica llegando a ser muy reconocida en la enfermería, principalmente por desarrollar un método de valoración de enfermería que permite obtener datos más amplios de los pacientes a través de 11 patrones funcionales que ayudan al diagnóstico y planificación de cuidados personalizados, convirtiéndose hoy en día uno de los modelos más utilizados.

Por otro lado, Gordon poseía una amplia formación académica que le llevó a adquirir grandes méritos, siendo preparada en la Escuela de Enfermería del Hospital Monte de Sinaí y en el Hunter Collage de la Universidad de la Ciudad de Nueva York en el que logra el título de licenciatura y máster; posteriormente realiza un doctorado en el Boston Collage donde también se desempeñó como profesora emérita de enfermería. Además, fue parte de la Academia Americana de Enfermería y contribuyó a el desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado mediante la autoría de aproximadamente 4 libros, entre los cuales se encuentra el Manual de Diagnósticos Enfermeros, y también como primera presidenta de la North American Nursing

Diagnosis Association (NANDA), asociación que se centra en la estandarización de los diagnósticos de enfermería (Gómez, C. 2015).

### **3.3.1.1. Fundamento Teórico**

Valorar es un proceso que se realiza continuamente en el día a día, generalmente para emitir un juicio o evaluar algo o a alguien en específico, por lo que requiere de un análisis que conlleven a argumentos que reflejan una capacidad personal, lo cual es especialmente importante para todo enfermero ya que de ello parte su labor como cuidador hacia individuos tanto sanos como enfermos. Arribas (2019) expresa que:

La valoración clínica de enfermería forma parte del proceso de razonamiento lógico definido por la aplicación de los cuidados profesionales mediante metodología enfermera, y su objetivo es conocer la efectividad de los cuidados de la persona, familia o comunidad en un momento determinado.

A esta acción, Marjory Gordon definió 11 patrones que involucran acciones o comportamientos que repercuten en su salud y bienestar biopsicosocial de las personas, estableciendo que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino que incluyen aspectos que se relacionan entre sí, por lo que se enfoca en la valoración holística e integral de los pacientes (físico, emocional, social, psicológico, biológico y espiritual) a través de la extracción de datos objetivos y subjetivos mediante la observación clínica y la anamnesis con la finalidad de definir diagnósticos enfermeros, guiar el plan de cuidados y las acciones de enfermería (Rodríguez, A. 2023). Estos patrones se describen a continuación:

- **Patrón I Percepción y Control de la Salud:** Busca evaluar la salud en general, especialmente la percepción positiva o errónea que se tiene sobre las propias conductas en la salud como hábitos de vida, capacidad de prevenir, existencia de enfermedades, acciones que representen un riesgo en la salud o contribuyan a complicaciones, entre otros.

- **Patrón II Nutrición y Metabolismo:** Se centra en la ingesta de alimentos para evaluar la cantidad de calorías y nutrientes e igualmente se considera la hidratación, lo cual es fundamental para mantener un estado nutricional óptimo y un metabolismo saludable, permitiendo identificar si hay consumos excesivos o deficientes que afecten el peso corporal, si existen problemas que condicionen la ingesta e hidratación, si se usa suplementos vitamínicos, entre otros.
- **Patrón III Eliminación:** Permite valorar la capacidad para eliminar los desechos del cuerpo de manera adecuada y regular a través de la diuresis, heces y transpiración, incluyendo si han ocurrido cambios en la frecuencia, color, consistencia u olor o si se ha llegado a recurrir a otros medios para lograr la eliminación, lo cual ayuda a prevenir problemas de salud.
- **Patrón IV Actividad y Ejercicio:** Describe el nivel de actividad física y ejercicio que promuevan la salud y el bienestar físico y mental, sin embargo no se limita a ellos sino que también permite conocer el grado de movilidad, la presencia de dolor u otras sintomatologías que acompañen el ejercicio físico como por ejemplo la disnea.
- **Patrón V Sueño y Descanso:** Es la calidad y cantidad del sueño y el descanso, siendo esencial para mantener un buen estado de salud y tener energía durante el día, se realizan preguntas en base al patrón del sueño, cambios en el mismo, alteraciones ambientales, emocionales, físicas, entre otras, que impidan el descanso.
- **Patrón VI Cognición y Percepción:** Permite indagar a cerca de la habilidad de la persona de usar sus sentidos, la memoria, de pensar y poder procesar información, tomar decisiones y percibir elementos del entorno.
- **Patrón VII Autopercepción y Autoconcepto:** Es la forma en que se ve a sí mismo y cómo se valora, esto puede influir en la autoestima y el bienestar emocional.

- **Patrón VIII Rol y Relaciones:** Tiene en cuenta las relaciones interpersonales y el estado en el que se encuentra dicha relación lo cual puede generar cierto grado de satisfacción o no, influyendo al bienestar general.
- **Patrón IX Sexualidad y Reproducción:** Se refiere a todo lo relacionado con la sexualidad, no obstante el enfermero debe tomar en cuenta la edad y si es necesario obtener datos en relación a la vida sexual. En este patrón se incluyen datos del historial reproductivo, cambios, disfunciones, síntomas, enfermedades, entre otras.
- **Patrón X Adaptación y Tolerancia al Estrés:** Es la forma en que se maneja el estrés y las situaciones difíciles, desarrollando estrategias efectivas para afrontarlas, lo que puede ayudar a mantener un equilibrio emocional y físico.
- **Patrón XI Valores y Creencias:** Estudia como la persona enfrenta la vida, también se relaciona con los valores, creencias y principios que guían la vida de una persona y le da un sentido de propósito y significado.

### ***3.3.2. Biografía de Dorothea Orem***

Según Naranjo et al. (2017), Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland el 22 de junio de 1914 e inicia su carrera como enfermera en 1930 con las hermanas de la caridad en la Providence Hospital de Washington, quien luego completa su preparación en la Universidad Católica de América en la carrera de Ciencias en Educación de Enfermería obteniendo el título de licenciatura en 1939 y una maestría en 1946. A medida que lograba títulos más avanzados, empezó a enfocarse en la enseñanza, investigación y administración, llegando a desempeñarse como directora y profesora en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, al igual que en la Universidad Católica de América como profesora asistente desde 1959 a 1964, luego como profesora adjunta hasta 1970 y decana de la Escuela de Enfermería desde 1965 hasta 1966, asimismo se dedicó a ser consultora de planes de estudios en diferentes universidades durante muchos años.

Además, publica su primer libro en 1971 llamado Nursing: Concepts of Practice del cual se produjeron diferentes ediciones en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001; al mismo tiempo de la publicación de Nursing: concepts of Practice, desarrollaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, siendo reeditada en el 2004 y distribuida su segunda edición por medio de la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Orem fue reconocida con muchos premios, doctorados y honores, entre ellos el doctorado en ciencias en 1976 por la Universidad de Georgetown y el premio por la teoría que desarrolló el Alumini Association Award for NursingTheory de la CUA en 1980.

Por otra parte, Orem se jubila en 1984, sin embargo continúa trabajando de forma individual y con colaboradores para seguir desarrollando la teoría del déficit de autocuidado, ya que en 1969 dio a conocer el término de "autocuidado" y a partir del cual amplifica e instaure como un modelo de enfermería hoy en día de gran relevancia, la cual se compone de 3 teorías interrelacionadas que son la teoría del déficit de autocuidado, la teoría del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. De igual forma, menciona el trabajo de otras teóricas de enfermería que fomentan las bases de la enfermería tales como Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

Finalmente, luego de una vida llena de conocimientos, experiencias y gran preparación que ha permitido desde entonces y hasta la actualidad la preparación de numerosos profesionales de enfermería y mejorar la salud de muchísimas personas, Orem fallece el 22 de junio de 2007 en Savannah, Georgia, Estados Unidos.

### **3.3.2.1. Fundamento Teórico**

Tal como se mencionó anteriormente, Dorothea Orem estableció una teoría general compuesta por 3 teorías basadas en el autocuidado la cual es su fundamento y la define como:

Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Orem, 1969).

Al respecto, Fuentes (2018) explica que la teoría del autocuidado se refiere a las conductas propias que realiza o debería realizar una persona para su propia salud, por lo que Orem detalló 3 requisitos de autocuidado haciendo referencia a los objetivos que debe tener la persona a la hora de efectuar su cuidado y que a su vez estos forman parte de la valoración del paciente, estos requisitos pueden ser universales que son entendidas como las necesidades básicas de toda persona definida en 8 aspectos que pueden verse afectadas por 10 variables como la edad, sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, el patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. Estos aspectos son:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso
- Equilibrio entre soledad y comunicación social
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento, desarrollo y bienestar humano.
- Proporción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo al potencial humano

Además, se encuentran los requisitos de desarrollo que dependen del ciclo vital o grupo etario del paciente que puede llegar a requerir un agente de cuidado debido a su incapacidad para llevar el autocuidado, al igual que en los requisitos de desviación de la salud el cual se relaciona con alteraciones del estado de salud del paciente que lo hacen perder esta capacidad. Esto tiene que ver con la teoría del déficit del autocuidado ya que en este se describen las causas que producen un déficit dando a conocer la capacidad del individuo para ejecutar el autocuidado y cuál es la demanda de enfermería como agente de autocuidado para compensarlo.

De esta manera, surge la teoría de los sistemas de enfermería debido a que refleja la forma en la que el enfermero acciona como agente de cambio ante el déficit de autocuidado, el cual puede ser de forma total supliendo todas las necesidades de la persona; parcial en el que la persona puede ejecutar su autocuidado en conjunto con enfermería o a través del apoyo educativo donde la persona solo requiere orientación y adquirir conocimientos y habilidades hasta ser totalmente capaces de realizar su autocuidado y que no se limita al paciente sino también a sus cuidadores.

Por otro lado, Orem también definió conceptos metaparadigmáticos tales como la persona, al cual se refiere como un organismo biológico, racional y pensante que puede usar sus recursos cognitivos, experiencias y hechos para llevar a cabo acciones de autocuidado. Asimismo se refiere a la salud como un estado de integridad física, estructural y funcional con ausencia de aspectos que deterioran al individuo permitiendo desarrollarse de forma; a la enfermería la describe como un servicio humano que se presta de acuerdo a la demanda de autocuidado producto de las situaciones personales de cada individuo. Por último, se puede decir que el entorno representa un conjunto de factores que pueden afectar a las personas.

### **3.3.3. *Biografía de Kari Martinsen***

Cómo lo hace notar Londoño (2013), Kari Martinsen es una enfermera y filósofa noruega que nace en Oslo en el año 1943 quien se preocupa por la manera en que la asistencia de enfermería es ofrecida a las personas; Martinsen inicia sus

estudios en el Colegio de Enfermería Ulleval dónde se gradúa en 1964 y comienza sus prácticas clínicas en el hospital de Ulleval, luego se especializó como enfermera psiquiátrica y presta sus servicios en el hospital psiquiátrico Dikemark durante 2 años.

Esto le llevó a realizarse preguntas que fue respondiendo a través de la filosofía, motivo por el cual decide nuevamente ingresar a la universidad para obtener el título de licenciatura en psicología en la Universidad de Oslo en 1968 y de filosofía en la Universidad de Bergen en 1974 permitiéndole adquirir una maestría en psicología. Por otra parte, la falta de profesionales de enfermería en la década de los 70 induce a que diferentes colegios y la universidad de Berger se unan para ofrecer un curso de formación para profesoras de enfermería donde Kari se desempeña como decana de la Facultad de Formación de profesoras de Enfermería de Bergen durante un año.

Martinsen comienza a desarrollar su teoría usando principalmente como fuentes teóricas a los filósofos Karl Marx (análisis crítico, practica de la transformación), Edmund Husserl ( la fenomenología como la actitud natural) y Merleau-Ponty (el cuerpo como la actitud natural) y luego a otros filósofos, teólogos y sociólogos como Martin Heidegger (el ser existencial), Knud Eiler Logstrup (la ética como condición primaria de la existencia humana), Max Weber (la vocación como el deber de servir al vecino a través de nuestro trabajo), Michel Foucault (el efecto de su método intensifica la fenomenología de los fenomenólogos), y Paul Ricoeur (el constructor de puentes).

### **3.3.3.1. Fundamento Teórico**

Kari Martinsen crea la teoría de la Filosofía de la Asistencia en dónde expresa que el cuidado es importante en el proceso de curación y bienestar, enfocándose en las necesidades o deseos de los pacientes a través de una relación empática y comprensiva, por lo que la enfermería debe centrarse mayormente en el cuidado que en la enfermedad ya que opina que el cuidado es fundamental para la vida del ser

humano el cual debe ofrecerse con empatía, compasión y deseos de ayudar al prójimo. Asimismo, Arteaga (2023) describe los conceptos paradigmáticos desarrollados por Martinsen los cuales son:

- Persona: Es aquel que no puede separarse de la sociedad o comunidad donde vive ya que existe una relación con el cuerpo y la interacción hacia sí mismo y otras personas.
- Cuidado o enfermería: Propone que el cuidar es más la enfermería, es la base de los enfermeros que implica ser relacional (preocuparse por un semejante), práctico (el cuidado se enseña y aprende) y moral (establecer una relación con la persona).
- Salud: Es aquella que no solo refleja el estado del organismo, sino también el nivel de la competencia médica.
- Entorno: Lugar donde se encuentra la persona en el que existen el tiempo, el ambiente y la energía.

Además, Martinsen tiene 4 principios fundamentales como la relación empática dónde el cuidador es sensible y atento a las necesidades del paciente; la ética del cuidado basado en valores importantes para esta teoría que son la compasión, la empatía y la responsabilidad; la atención a la vulnerabilidad para ayudar a satisfacer las necesidades, y la preservación de la dignidad en el que se ofrece un cuidado respetuoso, preservando la dignidad, reconociendo la autonomía y capacidad para tomar decisiones, de modo que todo se reduce al respeto, la compasión y la empatía para que se provean cuidados humanos de forma personalizada de acuerdo a los factores emocionales y espirituales que puede marcar una gran diferencia en la vida de los pacientes.

A partir de entonces aplica sus conocimientos de filosofía en la enfermería estableciendo conceptos claves que condicionan su práctica que según Gutiérrez et al. (2023) son:

- Cuidar: Es la base de la vida y de la enfermería, es relacional, práctica y moral que sin conocimientos profesionales se convierte en sentimentalismo.
- Juicio profesional y discernimiento: Son cualidades que se aprenden mediante la observación clínica durante el ejercicio profesional, el cual debe realizar correctamente y con discreción.
- La práctica moral: Se fundamenta en el cuidar el cual ocurre gracias a la empatía y el trabajo reflexivo.
- Profesionalismo orientado a la persona: Los conocimientos ayudan a ver a la persona como alguien que sufre a la cual se debe ayudar.
- Manifestaciones soberanas de la vida: Considera la sinceridad, confianza, esperanza y el amor como fenómenos vitales que acompañan la creación.
- Zona intocable: Hace referencia a una zona en la que no debemos interferir en los encuentros con el otro y en los encuentros la naturaleza.
- Vocación: Es la demanda de la vida para encontrar y ayudar a un semejante en dónde enfermería debe tener conocimientos y perfeccionamiento personal.
- Ojo del corazón: Se origina en la parábola del buen samaritano. Considera a la persona como un todo que al observar su situación genera compasión y sensibilización por el sufrimiento del otro.
- Ojo que registra: Registra y da perspectiva al observador para encontrar conexiones, sistematizar, ordenar, clasificar y colocar en un sistema

#### **3.3.4. Relación del Caso Clínico con la Teoría**

El presente caso en estudio está fundamentado en la combinación de 3 teorías de enfermería los cuales se conjugarán al momento de la intervención como base de la práctica profesional (ver Figura 16), de los cuales se utilizará el modelo establecido por Marjory Gordon para el proceso de valoración enfermero de la paciente a través del estudio de los 11 Patrones Funcionales de la Salud mediante una relación terapéutica, ya que estos ayudan a obtener datos de su estado de salud en una visión holística o amplia, es decir, no basándose solamente en la observación clínica sino

también en la información subjetiva proporcionada por el paciente durante la anamnesis, lo cual se somete al razonamiento lógico para así llegar a conocer los patrones alterados, las causales de la enfermedad y aquellos factores que la condicionan o influyen en la salud, de modo que facilite el diagnóstico enfermero y permita la elaboración de los planes de cuidado con intervenciones adecuadas a las alteraciones de la paciente.

Asimismo, se apoya sobre el modelo creado por Dorothea Orem que consta de 3 teorías vinculadas, de las cuales se tomará la teoría del déficit de autocuidado ya que durante la valoración de la paciente y en concordancia con los requisitos universales de autocuidado, sale a la luz conductas que corresponden a un déficit en el cuidado de su salud relacionándose con el estado de salud actual, de manera que se usará para planificar intervenciones y ejecutar acciones con el fin de que la paciente pueda cambiar sus conductas luego de egresar por alta médica, teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones.

De esta manera, también se emplea la teoría de los sistemas de enfermería debido a que es necesario un agente de cambio a la hora de proporcionar tales cuidados, inicialmente por parte del profesional de enfermería del cual demanda cuidados parcialmente compensadores durante la hospitalización para contribuir con su recuperación, e igualmente de apoyo educativo ya que la ejecución de acciones van direccionadas a la paciente pero también a sus cuidadores (familiares) considerando de que se trata de una adulta mayor, de manera que estas intervenciones permitan mejorar su estado de salud y promoverla a mejores condiciones a través de herramientas de enseñanza con la finalidad de que logren el autocuidado, sobrelleve la enfermedad, goce de una mejor calidad de vida y bienestar.

Finalmente, se emplea la teoría de Kari Martinsen de la Filosofía de la Asistencia ya que expone que la asistencia o cuidado de enfermería debe basarse en una relación empática y comprensiva haciendo más énfasis en el cuidado de la persona que en la enfermedad, la cual se toma como referencia para proveer un cuidado humano, empleando los 4 principios establecidos en su teoría desde el primer

contacto con la paciente, durante su estancia hospitalaria hasta su egreso, de modo que la forma en cómo se lleve a cabo el plan de cuidados pueda marcar una diferencia. Además de que los conocimientos científicos en conjunto con la empatía, compasión, ética, responsabilidad, atención a la vulnerabilidad, la preservación de la dignidad, la autonomía y el respeto puedan favorecer el proceso de curación para su bienestar, la relación terapéutica y familiar para que esta atención se mantenga por parte de sus cuidadores o familiares.

En conclusión, a través de estas teorías la paciente tendrá una atención integral en la cual el profesional de enfermería intervendrá como un agente de cambio para satisfacer las demandas de cuidado de la paciente y al mismo tiempo recibir un trato humano para ayudar en su recuperación teniendo en cuenta que la edad avanzada requiere especial atención debido a su vulnerabilidad además del estado de salud en el que se encuentra. De igual forma, se busca fomentar la participación activa de sus cuidadores hacia un mejor cuidado en casa en base al autocuidado y a los principios de la asistencia y así garantizar que tenga mejor calidad de vida posterior al alta médica a través del proceso enseñanza-aprendizaje con el fin de que la orientación a la familia conlleve a la adopción de nuevas conductas que beneficien la salud y esperanza de vida.

### **Figura 16**

*Marco teórico y metodológico del proceso enfermero*

## PROCESO ENFERMERO: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO



*Nota.* Relación de las teorías de enfermería seleccionadas para el desarrollo del proceso enfermero. Fuente: Realizado por la autora (2024).

### 3.4. Antecedentes de Estudios de Caso

#### 3.4.1. Internacionales

En Cali, Colombia; Calderón et al. (2017) realizaron el estudio de "Perfiles clínicos y hemodinámicos en pacientes con falla cardíaca aguda" con el objetivo de describir dichos perfiles por medio de un método transversal a 99 pacientes mayores de 18 años de edad con falla cardíaca aguda en un centro de complejidad de Cali a partir de su información sociodemográfica, perfiles clínicos y hemodinámicos de la falla cardíaca al ingreso, su estancia hospitalaria y mortalidad, los cuales concluyen en que la mitad eran masculinos, el 72,46% con falla cardíaca aguda descompensada, el 10,14% con edema pulmonar agudo y el 6,52% con falla cardíaca asociada a síndrome coronario agudo. Su relación con la presente investigación se debe a que los problemas cardíacos, al agravarse, provocan una serie de complicaciones agudas potencialmente mortales como el edema de pulmón, el cual presentó la paciente del caso, haciéndola más vulnerable y requiriendo cuidados especiales.

Asimismo, la investigación desarrollada por Ocaziónez (2019) llamada "Mortalidad en pacientes de 70 años o más, ingresados a unidad de cuidados intensivos" tiene el objetivo de describir la mortalidad de mayores de 70 años en la UCI, las diferencias de mortalidad entre los grupos de edad y los diagnósticos de ingreso y comorbilidades principales a través de un estudio analítico de corte transversal, el cual se emplea sobre 607 pacientes de 70 años o más, ingresados en la UCI de la clínica FOSCAL en Bogotá, de manera que resultó relevante para el presente estudio de caso que los principales diagnósticos de ingreso son patologías cardiovasculares además de infecciones e insuficiencias respiratorias, lo que puede causar muerte por shock o falla respiratoria en la UCI (23,89%).

Esto se asocia con la investigación en curso ya que existe una incidencia de patologías cardiovasculares en la UCI y mortalidad en personas de 70 años o más, lo cual revela la gravedad de las condiciones clínicas de la paciente en estudio, siendo candidata para el ingreso a la UCI, aunando su vulnerabilidad en esta etapa de la vida, lo cual debe considerar el profesional de enfermería de la UCI para proveer los cuidados necesarios en búsqueda de su recuperación.

Por otro lado, Romero et al. (2020) en su informe final titulado "Autocuidado en pacientes con falla cardíaca y contribución de sus cuidadores, Cartagena 2020", pretendieron identificar el grado de autocuidado que tienen los pacientes con falla cardíaca y la contribución de los cuidadores en su autocuidado, por lo que realiza un estudio descriptivo y transversal a 80 cuidadores y 80 pacientes adultos con falla cardíaca del programa de insuficiencia cardíaca y consulta externa en una institución del municipio Turbaco, Cartagena, usando como técnica de recolección de datos encuestas, escalas de índice de autocuidado y cuestionarios para medir la contribución de los cuidadores a partir de datos personales y sociodemográficos, el mantenimiento, monitoreo y la gestión de autocuidado.

Esto les permitió llegar a la conclusión de que los pacientes con falla cardíaca tienen poca adherencia en su autocuidado debido a que tienen dificultades para prevenir y manejar los factores en relación a su enfermedad, así como también sus

cuidadores, quienes tampoco cuentan con la capacidad de gestión de autocuidado, ya que los resultados de la investigación arrojaron que la mayoría de los pacientes son masculinos de 50 a 79 años y sus cuidadores son familiares, generalmente mujeres de 30 a 49 años, muchas de ellas esposas con un tiempo de dedicación de 1-4 horas. Asimismo se encontró bajos porcentajes de medidas de autocuidado como acudir a revisiones médicas (31,3%), controlar el peso (30%), valorar la presencia de edemas en tobillos (23,8%) y no recordar tomar el tratamiento farmacológico (43,8%), prevaleciendo un nivel moderado de 45% en cuanto a la contribución de los cuidadores.

En este sentido, posee una gran vinculación con la investigación en curso ya que la falta de aplicación de medidas para el alcance del autocuidado, indujeron al agravamiento de la enfermedad cardíaca de la paciente, en la cual su cuidador no contribuyó adecuadamente con medidas realmente favorables para la paciente que se asocian al desconocimiento de la enfermedad, provocando el desarrollo de complicaciones que ponen en riesgo la vida. Sin embargo, el profesional de enfermería a través del empleo de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, puede llevar a cabo intervenciones de promoción de la salud otorgando las herramientas necesarias para que ambos participen en el autocuidado una vez egrese de la UCI.

#### ***3.4.2. Nacionales***

Paramio et al. (2018) desarrollaron una investigación denominada "Riesgo cardiovascular global en un barrio del municipio Cárdenas, Estado Táchira, Venezuela" con el fin de identificar los factores que a largo plazo conducen a enfermedades cardiovasculares, ya que con riesgo cardiovascular global, se refieren a las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular graves, mortal o no, en un lapso de 10 años como consecuencia de dichos factores, de manera que se tome en cuenta las prioridades para la prevención cardiovascular.

Para esto, la investigación tomó el método observacional descriptivo de corte transversal al estudiar a 152 personas mayores de 60 años, habitantes del barrio Monseñor Briceño del Municipio Cárdenas, Estado Táchira, los cuales no debían tener antecedentes de infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares ni ningún otro síntoma, recogiendo sus datos como la edad, sexo, presión arterial sistólica, consumo de tabaco, colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus. Por tanto, arrojó como resultado que la mayoría de la muestra (65,79%) son mujeres de entre 60 a 69 años; el riesgo moderado de enfermedades cardiovasculares alcanzó un 47,37% de personas de 70 a 79 años; el 58,55% con la tensión arterial sistólica superior a los 140 mmHg y el 55,26% de colesterol total por encima de 6,0 mmol/L, aumentando el riesgo cardiovascular; además del 50% de personas en riesgo moderado con antecedentes de diabetes mellitus y el 46,88% sin estos antecedentes.

De manera que concluye con el predominio de un riesgo moderado para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 70 años es a causa de la presión arterial elevada, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, relacionándose con el estudio de caso ya que la paciente se sitúa dentro de la edad de mayor riesgo encontrado, siendo la presión arterial elevada uno de los principales factores que estiman el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años, sin embargo, el riesgo inicial fue en aumento considerablemente hasta su manifestación antes de los 70 años, padeciendo hoy en día graves problemas de salud, potencialmente mortales.

Asimismo, Amaro et al. (2018) realizaron un estudio en diferentes ciudades del país como Caracas, Cumaná, La Guaira, Maturín, Porlamar, Puerto La Cruz y Valencia, titulado "Registro de Hipertensión Arterial en consultas privadas en Venezuela: Estudio RHAVEN" a través de un corte transversal, nacional multicéntrico y observacional no participativo, tomando como muestra a 4.320 pacientes hipertensos mayores de 18 años de los cuales se extrajo información como la edad, sexo, peso, talla, factores de riesgos cardiovasculares, enfermedades cardiovasculares asociadas, enfermedad renal establecida, tratamiento farmacológico

para la HTA y el cumplimiento del mismo mediante un formulario web, con el objetivo de conocer la prevalencia de la HTA controlada en hipertensos tratados farmacológicamente gracias a la participación de 32 médicos especialistas en las áreas de cardiología, nefrología y medicina interna.

De manera que de los resultados que obtuvieron, son relevantes para la presente investigación la prevalencia del 47,3% de pacientes con HTA no controlada, lo cual se asocia al incumplimiento del tratamiento farmacológico (5,1%) y a la presencia de comorbilidades como la cardiopatía hipertensiva en un 37,8% seguida del 18,5% por cardiopatía isquémica, por lo que se vincula con la paciente objeto de estudio ya que no controla farmacológicamente la HTA, actuando como un factor deteriorante de la función cardiovascular, padeciendo hoy en día de cardiopatía hipertensiva e isquémica, lo cual resalta la necesidad de diseñar estrategias para mejorar el control de la enfermedad a nivel nacional.

Otro estudio que lleva por nombre "Caracterización del síndrome coronario agudo en mujeres. Carabobo. Venezuela" efectuado por Sulbarán et al. (2019) con la finalidad de conocer las características clínico epidemiológicas de pacientes femeninas que ingresaron a la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en Valencia, Estado Carabobo, a través de un estudio descriptivo, no experimental y transversal, aplicando la observación no participante y recogiendo datos a través de la revisión del historial médico, factores de riesgo cardiovasculares, métodos diagnósticos y complicaciones más frecuentes.

A partir de esto, encontraron que de los 193 pacientes ingresados en la UCI, el 46,1% eran femeninas de 60 a 69 años de edad (42,7%), de las cuales el 87,6% están en menopausia y no reciben tratamiento de reemplazo hormonal, predominando la HTA y diabetes mellitus (42,6%); además fueron diagnosticadas por medio de la combinación del electrocardiograma y enzimas cardíacas (46,1%) siendo el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (41,60%), anterior extenso (25,8%) los de mayor incidencia, sin embargo un bajo porcentaje sufrió complicaciones como arritmias (13,5%), bloqueo AV (5,6%) y pericarditis (3,4%).

Esto nos lleva al estudio de caso, ya que refleja una alta recurrencia a cuidados intensivos coronarios de mujeres con edades mayores a los 60 años que ingresan a causa del SCA e infarto agudo de miocardio, además de que gran parte de las condiciones antes descritas coinciden con la paciente protagonista de esta investigación como la HTA, menopausia, infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST cara anterior extensa y arritmia cardíaca, lo cual se toma como referencia ante la necesidad de que el profesional de enfermería implemente programas educativos que permita que las personas puedan reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, llevar un estilo de vida saludable y buscar ayuda para recibir la atención oportuna en beneficio a su salud y vida.

### **3.4.3. Regionales**

Vicent (2020) en su trabajo de grado, modalidad Curso Especial de Grado del área de nefrología titulado "Proceso enfermero aplicado a paciente femenina adulta con enfermedad renal crónica secundario a hipertensión arterial + diabetes mellitus + nefritis lúpica en tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis "Dr. Edgar Moglia" aplicó el proceso enfermero a paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y lupus eritematoso sistémico, produciendo en ella la enfermedad renal crónica y requiriendo tratamiento sustitutivo renal de hemodiafiltración.

De modo que, utilizó un enfoque metodológico cuali-cuantitativo a través de una investigación de acción participante que le permitió constatar la realidad por sí misma en el curso de la investigación y la aplicación de un estudio de caso que le llevó al análisis profundo de la situación de salud de la paciente antes mencionada a través de la entrevista y la observación, con el fin de lograr el objetivo de aplicar el proceso enfermero de acuerdo a las teorías de enfermería para dar solución a los problemas y necesidades de la paciente objeto de su estudio. Por lo que guarda relación con la presente investigación, ya que se emplea la misma metodología

dándole mayor sustento científico debido a la interacción con los involucrados en el estudio de caso para indagar y solucionar en lo posible, los problemas de salud.

Por otro lado, Carreño (2024) realizó su trabajo de grado en la Universidad de Oriente, núcleo Nueva Esparta en la modalidad Curso Especial de Grado del área de cuidados intensivos titulado "Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" del hospital "Dr. Luis Ortega" de Porlamar, en el cual llevó a cabo el proceso enfermero a una paciente de 65 años de edad con NAC complicada con derrame pleural bilateral y atelectasia.

En el mismo, tomó como referencia los modelos de enfermería de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y las 3 teorías de Dorothea Orem (déficit de autocuidado, del autocuidado y los sistemas de enfermería, específicamente el parcialmente compensador y el de apoyo educativo) que mediante su combinación logró obtener datos objetivos y subjetivos permitiendo una visión holística de la paciente para la planificación y ejecución de cuidados personalizados que abordan la atención a la paciente y su familia durante su hospitalización, brindando educación con el objetivo de conseguir una mejor salud, calidad de vida y potencial humano con la ayuda del autocuidado.

De la misma manera se aplica en la paciente del presente estudio de caso, dónde los modelos teóricos de enfermería de Gordon y Orem se direccionan al mismo fin, permitiendo ayudar a suplir las necesidades de la paciente durante la hospitalización y a su vez ofrecer herramientas tras su egreso para el manejo correcto de la cronicidad de su patología cardiovascular, involucrando a su cuidador principal.

Asimismo, Salazar, A (2024) utilizó como modelo de suplencia y ayuda las teorías de Orem del déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería, en conjunto con las 14 necesidades de Virginia Henderson y la filosofía del cuidado de Kari Martinsen que dan como resultado la intervención holística, biológica y funcional, para desarrollar una investigación titulada "Proceso enfermero a paciente masculino con evento cerebrovascular hemorrágico ingresado en la Unidad de Cuidados

Intensivos "Dr. Pablo Agreda" del hospital "Dr. Luis Ortega" de Porlamar" para optar por el título de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Oriente núcleo Nueva Esparta, en la modalidad de Curso Especial de Grado, cuidados intensivos.

Además, la combinación de estas teorías influyó en la atención del paciente crítico durante su hospitalización, basándose en planes cuidados elaborados con las taxonomías NANDA, NIC y NOC, de manera que se enlaza con la paciente del presente estudio, especialmente por la visión de suplencia y ayuda de Orem, la atención a la vulnerabilidad a partir de una formación científica según Martinsen, todas reunidas para la planificación de cuidados según las clasificaciones NANDA, NIC y NOC, con el fin de velar por la integridad de los pacientes en todo momento.

### **3.5. Marco Legal**

#### ***Constitución de la Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999)***

Es la normativa suprema y del fundamento del ordenamiento jurídico nacional, la cual se utiliza como sustento para la presente investigación aquellos artículos referente a la salud como un derecho social y parte del derecho a la vida, por lo que toda persona tiene derecho a la protección de su salud la cual el Estado debe garantizar a través de un sistema público nacional y de seguridad social, así como el caso de la paciente objeto de estudio ya que recibió atención de salud en una institución pública donde obtuvo un tratamiento oportuno y gratuito. Estos artículos se especifican a continuación:

**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

**Artículo 84.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

***Ley Orgánica de la Salud (LOS, 1998)***

Esta ley rige todo lo relacionado con la salud en el país, su organización, funcionamiento, financiamiento, deberes y derechos de los beneficiarios, prestación de servicios y control de acuerdo a la Constitución Nacional. De esta forma, se describen los siguientes artículos para la atención de la paciente:

**Artículo 1.** Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

**Artículo 3.** Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

**Principio de Universalidad:** Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

**Principio de Calidad:** En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

***Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores (LOADIPAM, 2021)***

Esta ley complementa el sustento de la presente investigación, dado que se trata de una paciente en edad avanzada a la cual se debe atribuir respeto a su dignidad, derechos, garantías y autonomía, especialmente en temas de salud, por lo cual que se tiene en cuenta los artículos descritos a continuación:

**Artículo 1.** Esta Ley tiene por objeto garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores y el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz.

**Artículo 17.** Todas las personas adultas mayores tienen derecho a la protección en materia de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa. El Estado garantizará el derecho a la salud, en consecuencia, debe:

**1.** Garantizar la atención médica integral universal, en todo el Sistema Público Nacional de Salud, para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención y rehabilitación con los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

2. Promover la formación de las especialidades y la cultura de la geriatría y gerontología a los fines de su incorporación progresiva en el Sistema Público Nacional de Salud.
3. Garantizar la participación del equipo de salud integral en actividades de tipo social y comunitario para la promoción de su salud.
4. Impulsar la integración de organizaciones e instituciones de las comunidades en actividades de integración familiar y comunitaria a favor de su salud y calidad de vida.
5. Promover en las organizaciones comunitarias actividades de tipo educativo, social, recreativo y deportivo que fomenten su salud y bienestar.
6. Promover la salud integral y alternativa, las terapias complementarias, los saberes y conocimientos ancestrales y otras modalidades para acceder a la salud, a los fines de facilitar ambientes saludables para la práctica de ejercicios, meditación y disciplinas mundialmente aceptadas para el cuidado físico y emocional.

**Artículo 18.** Las personas adultas mayores tendrán los siguientes derechos en los servicios de la salud:

1. Recibir información en términos comprensibles referidos a su estado de salud, al tratamiento de su condición de salud y enfermedad, a fin de dar su consentimiento libre e informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de una intervención que suponga un riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, en caso de extrema urgencia o que estén imposibilitadas legal o psicológicamente para dar su consentimiento.
2. Que su representante, su cónyuge, persona con la que mantenga unión estable de hecho, hijas e hijos mayores de edad u otro familiar, reciban las debidas explicaciones y orientaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente, al momento de ser requeridas, cuando ésta se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender.

3. Garantizar la confidencialidad sobre la información de su salud, así como sus decisiones, respetando sus derechos a la privacidad, honor y reputación.
4. Disfrutar de políticas, planes y programas sobre estilos de vida saludable.
5. Recibir un trato digno, justo, respetuoso y amable debido a los cambios propios del envejecimiento.

***Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (CDPERBV, 2008)***

Tiene como función guiar el actuar de enfermería en base a normas éticas y morales, de manera que los siguientes artículos son aplicables ante la vulnerabilidad del estado de salud de la paciente, involucrando a la familia en su cuidado:

**Art. 1.** El presente código rige la conducta del profesional de la enfermería en sus relaciones con las personas, instituciones públicas, privadas o autónomas, usuarios de sus servicios, autoridades civiles y/o militares, colaboradores, colegas y consigo mismo y será aplicable en todos los actos de su vida profesional y/o privada.

**Art. 2.** El profesional de la enfermería estará regido por criterios éticos genéricos, en el desempeño de todas las intervenciones de Enfermería encomendadas a prestar cuidados humanos fundamentados en los principios de la ética profesional, competencia profesional, sentido de la responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros e integrantes del equipo de salud, sujeto, familia y comunidad.

**Art. 3.** El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no maleficencia, terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, autonomía, confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad, veracidad y fidelidad.

**Art. 28.** Las relaciones interpersonales del personal de enfermería con el usuario, deben ser estrictamente profesional, efectuándose dentro de un clima humano de confianza y respeto mutuo.

**Art. 29.** El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística. (Biológica – psicológica y social).

**Art. 31.** El profesional de enfermería reconocerá que sus deberes profesionales que extiendan a la familia del usuario, cuyos derechos siempre subordinados a los del enfermo han de ser rigurosamente respetados y protegidos.

**Art. 32.** El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y comunidad, procurará en la medida de lo posible, integrar los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo.

**Art. 33.** El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo.

***Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEPE, 2005)***

Tal como su nombre lo indica, rige el accionar del profesional de enfermería en concordancia con las demás normativas nacionales para la promoción de la salud y calidad de vida de la paciente, que le permita alcanzar y mantener su bienestar, siendo necesario mencionar los siguientes artículos:

**Artículo 1.** El objeto de la presente Ley será regular el ejercicio de la enfermería según estas disposiciones, su Reglamento, las normas de ética profesional, los acuerdos, tratados, pactos y convenciones suscritos por la República sobre la materia.

**Artículo 2.** A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la

profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

**3.** Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.

**4.** Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

**Artículo 13.** Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

**1.** Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.

**2.** Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.

**3.** Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.

**5.** Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.

**6.** Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.

7. Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

### 3.6. Glosario de Términos

**Arteria:** Vaso que conduce la sangre en sentido centrífugo, su pared tiene tres capas principales que son la adventicia, media e íntima. Tanto el grosor como la estructura de la pared varían mucho según el diámetro del vaso: las arterias gruesas, como la aorta, presentan en su túnica media, abundantes fibras elásticas y escasas fibras musculares, mientras que en las arterias de mediano y pequeño calibre el predominio se invierte y las fibras musculares son más numerosas.

**Arterioesclerosis:** Endurecimiento arterial que obstaculiza la circulación sanguínea.

**Aterosclerosis:** Es una clase de arterioesclerosis cuya característica es la acumulación de placa (colesterol y grasa) en las paredes arteriales, lo que provoca que las arterias se estrechen y se restrinja el flujo de sangre.

**Corazón:** Órgano central del sistema circulatorio encargado de impulsar la sangre a los dos circuitos: mayor o sistémico y menor o pulmonar, gracias a su estructura hueca de pared muscular (miocardio) cuyas cavidades están revestidas de un fino endotelio (endocardio), lo cual permite la función de bomba impulsora.

**Diastólico:** Estado de relajación de los ventrículos que comprende el periodo existente entre dos sístoles cardíacas y, por tanto, entre el cierre de las válvulas aórtica y pulmonar y el cierre de las válvulas auriculoventriculares, mitral y tricuspídea.

**Edema:** Aumento patológico del líquido intersticial que produce hinchazón localizada o difusa, resultante del acúmulo del componente extravascular del líquido extracelular en un determinado órgano o tejido. Suele ser a causa del aumento de la presión hidrostática capilar, la disminución en la presión coloidosmótica o el incremento en la permeabilidad capilar.

**Revascularización:** Denota la restauración del flujo sanguíneo a una parte del cuerpo que previamente había experimentado una disminución o interrupción de este flujo, permitiendo que los tejidos afectados reciban nuevamente un suministro de sangre óptimo.

**Estenosis:** Estrechez patológica, congénita o adquirida, de un orificio o conducto orgánico. Se aplica, en general, a cualquier víscera del organismo, pero habitualmente a arterias, válvulas cardíacas, vía aérea, tubo digestivo, vías biliares y pancreáticas y sistema urinario.

**Gasto cardíaco:** Volumen de sangre bombeado por el corazón en la unidad de tiempo. Si se toma el minuto por unidad, el gasto cardíaco es igual al volumen de sangre expulsado por el corazón en cada sístole, multiplicado por el número de contracciones por minuto.

**Resistencia vascular:** Es la dificultad que opone un vaso sanguíneo al paso de la sangre que se relaciona directamente con el diámetro del vaso (a menor luz mayor resistencia). Si la resistencia vascular aumenta, el flujo de sangre disminuye, por el contrario cuando la resistencia vascular disminuye el flujo sanguíneo aumenta.

**Sangre:** Tejido conectivo fluido que circula por el sistema cardiovascular y desempeña un papel esencial en la vida de los organismos multicelulares. Su función principal es el transporte de sustancias vitales y la defensa contra infecciones. Está compuesta por varios el plasma sanguíneo, que es líquido y ocupa aproximadamente el 55% del volumen total de la sangre, contiene agua, proteínas, minerales, nutrientes, productos de desecho y gases; células sanguíneas que constituyen el 45% de la sangre, son tres tipos principales: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

**Sistólico:** Es la presión máxima en las arterias durante la fase de contracción del corazón. La sístole una de las dos fases principales del ciclo cardíaco, durante éstas los ventrículos del corazón se contraen para expulsar la sangre hacia las principales arterias del cuerpo: la arteria pulmonar y la aorta. La sístole ventricular es seguida por la diástole, durante la cual los ventrículos se relajan y se llenan de sangre.

## **CAPITULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO**

Este capítulo describe todo lo relacionado al Proceso Enfermero llevado a cabo en la paciente seleccionada para el estudio de caso, en donde se presenta el título, el resumen del caso clínico, los objetivos planteados y la historia de enfermería. Este último está compuesto por la valoración realizada a la paciente con el fin de recolectar la información necesaria para conocer sus problemas de salud y hábitos de vida, acompañándose de la valoración objetiva por sistemas y la anamnesis según las teorías de enfermería elegidas de Marjory Gordon, Dorothea Orem y Kari Martinsen, permitiendo la elaboración de planes de cuidados en respuesta a las demandas de cuidados y a favor de su calidad de vida, tomando como referencia las taxonomías NANDA (2021-2023) NIC y NOC (2018-2021).

#### **4.1. Título del Caso Clínico**

Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta: Hipertensiva/Isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” del Hospital “Dr. Luis Ortega”

#### **4.2. Resumen de Caso**

Se trata de paciente adulta mayor femenina de 72 años de edad, oriunda de la localidad de Los Robles Municipio Maneiro, Edo. Nueva Esparta con antecedentes de hipertensión arterial desde hace 4 años cuyo tratamiento con losartán (50 mg) no es cumplido adecuadamente. Inicia enfermedad actual el 21 de octubre del año 2013 manifestando astenia, náuseas e inapetencia y posteriormente presenta disnea progresiva a ortopnea, dolor torácico y vértigo. Para el día 01 de noviembre se dirige

en compañía de familiar al centro de salud Hospital Militar Tipo I “Cnel. Nelson Sayago Mora” en el cual es evaluada y referida al Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar debido a la clínica que presentaba, al cual no acude inmediatamente sino 48 horas después.

El 03 de noviembre acude al Hospital “Dr. Luis Ortega” debido a la intensificación de las manifestaciones clínicas, donde es evaluada por médico de guardia, se le cuantifican signos vitales (P.A: 151/111 mmHg, FC: 118 Lpm, FR: 28Rpm y SpO2: 85%) y se determina en el examen físico a través de la auscultación la presencia de crepitantes bilaterales en las bases pulmonares, por lo que se le realiza un rayos x de tórax evidenciándose edema pulmonar y una cardiomegalia, lo cual define un diagnóstico de cardiopatía hipertensiva en fase dilatada descompensada en insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), complicado con edema agudo de pulmón e hipertensión arterial ST2, por lo que decide su ingreso a hospitalización e indica paraclínicos de ingreso, monitorización continua y oxigenoterapia de bajo flujo mediante cánula nasal a 5 l/min. Cabe destacar que los laboratorios de ingreso no fueron cumplidos por el familiar sino 24 horas después.

El 04 de noviembre debido a resultados alterados en análisis de enzimas cardíacas y electrocardiograma se replantea diagnóstico a cardiopatía mixta hipertensiva/isquémica en fase dilatada complicado con derrame pleural bilateral; síndrome coronario agudo (SCA): infarto agudo de miocardio (IMA) con elevación del segmento ST cara anterior extensa; trastorno del ritmo cardiaco (TRC): taquicardia supraventricular e HTA ST2, de manera que recibe tratamiento farmacológico por medio de antiarrítmicos, diuréticos, antihipertensivos, anticoagulantes y estatinas.

Progresivamente la paciente se descompensa como consecuencia de sus condiciones clínicas inestables, siendo necesario conectar a oxígeno alto flujo a través de mascarilla y posterior a 5 días de ingresada surge una eventualidad donde tuvo una parada cardíaca a la cual acude el médico de guardia y personal de enfermería e inmediatamente se le aplican maniobras de RCP en el que se logra revertir su

condición clínica. Tras la estricta vigilancia, el control paraclínico, tratamiento e indicaciones médicas asociadas a la patología, la paciente mejora su cuadro clínico gradualmente siendo trasladada el 17 de noviembre al servicio de medicina interna, sala de mujeres, donde una vez evidenciada la mejoría clínica es dada de alta 1 semana después con tratamiento ambulatorio.

### **4.3. Objetivos**

#### ***4.3.1. Objetivo General***

Aplicar Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta Hipertensiva/Isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” enfocado en las teorías de Gordon, Orem y Martinsen.

#### ***4.3.2. Objetivos Específicos***

- Valorar a la paciente objetivamente mediante un examen físico por sistemas y subjetivamente tomando como referencia los patrones funcionales de Gordon, los requisitos universales de Orem y los 4 principios asistenciales de Martinsen que permitan la identificación de alteraciones en su salud.
- Enunciar diagnósticos de enfermería a través de la taxonomía NANDA (2021-2023), de acuerdo a las alteraciones en los patrones funcionales, los requisitos universales y los 4 principios asistenciales para la planeación de las intervenciones.
- Identificar los criterios de resultados esperados de acuerdo a la taxonomía NOC (2018-2021) para la evolución de la paciente.
- Planificar cuidados de enfermería según los criterios de resultados de la taxonomía NOC (2018-2021), considerando los patrones alterados, los requisitos universales y los 4 principios de la filosofía asistencial para la atención integral.
- Ejecutar el plan de acción de enfermería según la taxonomía NIC (2018-2021) en función de los patrones alterados, los requisitos universales y los 4

principios de la filosofía asistencial para el bienestar de la paciente y su familia.

- Evaluar la respuesta humana como consecuencia de las acciones llevadas a cabo, en referencia a los objetivos planteados en los planes de cuidados, en base a una escala de medición (Likert).

#### **4.4. Historia de Enfermería**

##### **4.4.1. Anamnesis**

###### **Datos Personales.**

- Nombre: CDVSR
- Fecha de nacimiento: 09/09/1951
- Edad: 72 años.
- Sexo: Femenino.
- Estado civil: Viuda.
- Dirección: Los Robles C/ El Cementerio, Municipio Maneiro, Estado Nueva Esparta.
- Nacionalidad: Venezolana.
- Nivel educativo: Educación primaria.
- Ocupación: Trabajo del hogar.
- Religión: Católica.
- Grupo sanguíneo: ARH+
- Fecha de ingreso: 03 de noviembre de 2023.

**Antecedentes Personales.** HTA desde hace 4 años en tratamiento irregular con losartan, alergia a la penicilina.

**Antecedentes Familiares.** Padres fallecidos por causas naturales; 8 hermanos (4 femeninas 4 masculinos) 2 femeninas APS, 1 femenina fallecida por TU de cráneo, 4 masculinos y 1 femenina fallecidos por causas naturales.

**Antecedentes Quirúrgicos.** Colecistectomía (2016) y I cesárea segmentaria.

**Antecedentes Obstétricos.** Hijos (4) y un aborto gemelar espontáneo.

### **Signos Vitales**

- Tensión Arterial: 147/111 mmHg.
- Frecuencia Cardiaca: 142 Ppm.
- Frecuencia Respiratoria: 27 Rpm.
- SpO<sub>2</sub>: 90%
- Temperatura: 37 °C
- Peso: 70 kg.
- Talla: 162 cm.

#### **4.4.2. Valoración**

##### **4.4.2.1. Datos Objetivos.**

##### **Examen Físico por Sistemas**

**Sistema neurológico.** Escala Glasgow 15/15 puntos: fuerza muscular en miembro superior derecho 5/5, miembro superior izquierdo 5/5, miembro inferior derecho 5/5, miembro inferior izquierdo 5/5. Pupilas isocóricas normo reactivas a la luz.

**Sistema Cardiopulmonar.** Tórax simétrico normoexpansible, ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares con crepitantes bilaterales en la auscultación, taquipneica (frecuencia respiratoria 27 Rpm y SpO<sub>2</sub> 85%), con O<sub>2</sub> húmedo a 5 litros/min por cánula nasal, paciente refiere disnea. Ruidos cardiacos presentes arrítmicos, sin soplo ni galope, taquicárdica (frecuencia cardiaca 142 Ppm) e hipertensa (T.A: 147/111 mmHg).

**Sistema Gastrointestinal.** Abdomen globoso a expensa de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos

intestinales presentes, peristaltismo conservado con apoyo para las deposiciones diarias a través de laxantes.

**Sistema Genitourinario.** Se evidencia la presencia de sonda vesical conectada a bolsa recolectora de orina con 100 ml de diuresis claras para el momento de la valoración, eliminación urinaria en 24 horas de 1.020 ml, líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml y balance hídrico: 438 ml. Recto no explorado.

**Sistema Tegumentario.** Tez morena, normo hidratada, afebril al tacto, llenado capilar < 3 segundos, turgor y elasticidad conservada propias de la edad. Extremidades pares y simétricas con manchas propias de la edad, se evidencia edema periférico y cambios en la coloración de antebrazo izquierdo consecuencia de flebitis asociado a acceso vascular periférico y punto de presión en la zona sacra.

#### **4.4.2.2. Datos Subjetivos**

##### **Anamnesis de Acuerdo a los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon**

**Patrón I. Percepción y Control de la Salud.** Describe la percepción que tiene el individuo sobre su propia salud y bienestar, lo cual implica la forma en como la mantiene, maneja o recupera a través de medidas preventivas como hábitos de higiene, ejercicio o alimentación, vacunación, visitas médicas, adherencia a tratamientos médicos, autoexploraciones, entre otras. Asimismo, incluye identificar y reconocer signos o síntomas de enfermedades, al igual que comprender los riesgos de la misma.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere no enfermar con frecuencia y solo acudir a consultas médicas cuando considera necesario; no posee buena adherencia al tratamiento farmacológico o terapéutico para la hipertensión arterial ya que la mayoría de las veces no cumple con ello sino cuando se siente mal, desconociendo las complicaciones que produce la enfermedad. No realiza gran esfuerzo físico en su vida diaria ya que solo se dedica a cuidar de su jardín, visitar familiares, vecinos y personas cercanas, sin embargo no posee hábitos tóxicos como el uso de tabaco,

alcohol o drogas, procurar la higiene personal en casa y evitar pescados salados para no sufrir alguna reacción alérgica. Familiar expresa no conocer las complicaciones de la hipertensión arterial.

**Análisis.** Este patrón se encuentra alterado ya que la paciente no tiene una buena percepción de la salud lo cual es evidente en su forma de manejarla, además posee un control inadecuado de la hipertensión arterial con una medicación irregular, escasos conocimientos de la misma y una vida sedentaria.

***Patrón II. Nutricional-Metabólico.*** Determina costumbres alimenticias relacionadas con la disponibilidad de alimentos y necesidades metabólicas, detallando los horarios de comida, frecuencia, uso de suplementos dietéticos, problemas de ingestión, cambios en la alimentación, entre otros, así como también la ingesta de líquidos, estado de la piel y mucosas, talla, peso, temperatura corporal, entre otros. De esta forma se puede mantener un equilibrio nutricional-metabólico en beneficio a la salud.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere presentar actualmente inapetencia, una semana previa a su ingreso hospitalario aproximadamente, siendo obligada a comer por lo que ingiere pocas cantidades de alimentos. Manifiesta sentir mucha sed y beber agua a pesar de tener una restricción hídrica de 800 ml; a pesar de esto se evidencia una piel hidratada y elasticidad propia de la edad, se observa en antebrazo izquierdo aumento de volumen y cambio en la coloración de la piel debido a flebitis asociado a acceso vascular periférico y aumento de volumen en miembros inferiores. Temperatura corporal: 37 °C; Peso: 70 kg; Talla: 162 cm; IMC: 26,67; Calorías diarias necesarias: 1,638.31; Calorías consumidas en un día: 1,076 Kcal/día; Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml.

Familiar refiere tener que comer “lo que se presente”, generalmente 2 veces al día, en su mayoría alimentos como pescado y arepa frita, sopa de pescado, avena, chicha, pan, arroz, pasta, pollo, entre otros, e ingerir abundante agua diariamente.

**Análisis.** Este patrón de salud está alterado por causa de la pérdida del apetito lo cual ha conllevado a la disminución de la ingesta de alimentos, no practica una alimentación habitual saludable, siendo monótona y con frecuencias poco favorables y no posee buena adherencia a restricción hídrica de 800 ml.

***Patrón III: Eliminación.*** Se refiere a la capacidad de eliminar desechos corporales a nivel intestinal, urinario y de la piel, además de los aspectos que le acompañen como la rutina diaria, uso de dispositivos o materiales para llevar a cabo la eliminación.

**Datos Subjetivos.** Paciente actualmente utiliza pañal y refiere defecar todos los días con ayuda de laxantes, no puede orinar normalmente sino a través de sonda vesical conectada a bolsa recolectora de orina con 100 ml de diuresis claras para el momento de la valoración, con una eliminación urinaria en 24 horas de 1.020 ml. Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml; Balance hídrico: 438 ml.

**Análisis.** Este patrón está alterado ya que presenta una retención hídrica, requiriendo forzar las eliminaciones urinarias por medio de diuréticos y las intestinales a través de laxantes.

***Patrón IV. Actividad y Ejercicio.*** Capacidad individual para moverse y realizar alguna actividad física o para llevar a cabo actividades de ocio y recreo. Permite valorar la autonomía del paciente, la fuerza y energía que usa en la actividad física, al igual que el estado cardiorespiratorio.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere no ser muy activa en casa pero no tener ningún tipo de limitación física en su vida cotidiana, en el presente manifiesta sentirse cansada, débil y con disnea que le impide realizar esfuerzos físicos como bañarse, caminar distancias medianas, estar acostada totalmente horizontal, vestirse, asearse, entre otros, de manera que requiere ayuda. También expresa que, al estar en cama todo el día, tiene dolor corporal y molestias en la zona sacra en donde se observa un punto de presión, además de tener limitaciones en la movilidad del miembro superior

izquierdo debido al dolor que le produce la lesión. SpO2: 90%; FR: 27 Rpm; FC: 142 Ppm; T.A: 147/111 mmHg.

**Análisis.** Se identifica una alteración en este patrón debido a limitantes en la actividad y movilidad física a causa de la disnea, suponiendo un riesgo en la aparición de lesiones por decúbito, por lo que requiere el suministro de oxígeno y apoyo en la higiene personal.

***Patrón V. Sueño y Descanso.*** Describe la calidad del sueño y descanso, los factores que influyen en ello y la percepción de la calidad de sueño-descanso. Considera las horas de sueño, siestas, insomnio, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, el uso de fármacos para dormir, factores del ambiente (ruido, ventilación u otros), síntomas de enfermedad, problemas psicológicos que afecten el sueño, consumo de sustancias estimulantes, entre otros.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere no poder dormir, tener pesadillas y despertar por las noches, además de tener dificultad para dormir durante el día debido a ruidos ambientales.

**Análisis.** Es evidente la alteración de este patrón ya que no existe buena calidad de sueño y descanso, lo cual perjudica la salud y recuperación de la paciente.

***Patrón VI. Cognitivo y Perceptivo.*** Evalúa la capacidad del individuo de percibir, comprender y procesar la información sensorial y cognitiva que incluye la toma de decisiones, los cinco sentidos, la memoria, el lenguaje, el nivel de consciencia, estado emocional, entre otros.

**Datos Subjetivos.** Paciente está consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, no posee problemas para comunicarse, expresarse, concentrarse o comprender la gravedad de su situación, es capaz de analizar información verbal, dar respuestas ante la misma y refiere ser capaz de tomar decisiones propias.

**Análisis.** No se encuentran alteraciones en este patrón, por lo que la paciente posee un estado cognitivo y perceptivo favorable.

***Patrón VII. Autopercepción y Autoconcepto.*** Se refiere a la percepción que se tiene de sí mismo que condiciona las actitudes, autoestima, identidad, sentido de valía, entre otros.

**Datos Subjetivos.** Paciente se considera como una persona con valores, amable y amistosa, con identidad y autoestima ya que percibe ser querida por los demás debido a su personalidad percibiendo ser valorada como persona.

**Análisis.** Este patrón se encuentra óptimo, se identifica buena autopercepción y autoconcepto por parte de la paciente.

***Patrón VIII. Rol y Relaciones.*** Conjunto de comportamientos, habilidades y actitudes que una persona tiene al desempeñar su papel en las relaciones interpersonales, ya sea en su entorno familiar, social o laboral. Asimismo, describe la habilidad de asumir responsabilidades, establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la habilidad para resolver conflictos, entre otros aspectos.

**Datos Subjetivos.** Paciente manifiesta no tener problemas para relacionarse con otras personas, respetar la opinión de otros, no tener dilemas familiares que le impidan relacionarse con los mismos, considera de gran importancia valorar la buena compañía y desempeña el papel de madre, abuela, hermana y tía eficientemente, se siente acompañada durante la hospitalización, depende de sus hijos por lo que no tiene mayores responsabilidades y vive en conjunto con su hijo y nuera. Además, familiar expresa recibir ayuda de su hermano y cuñada, pero siente mayor responsabilidad en el cuidado de la paciente.

**Análisis.** No se demuestran alteraciones en la paciente ya que ejerce su rol en la familia y sociedad eficazmente de acuerdo a su edad y goza de buenas relaciones interpersonales, lo cual se refleja en el proceso de hospitalización al recibir visitas de seres queridos, por lo que no se considera la existencia de una interrupción de las relaciones familiares. No obstante, existe el riesgo de agotamiento en el cuidador principal.

***Patrón IX. Sexualidad y Reproducción.*** Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

**Datos Subjetivos.** Paciente expresa menarquía a los 12 años, inicio sexual a los 24 años, periodos menstruales irregulares en su juventud sin problemas en la reproducción, tuvo 3 gestas de los cuales una de ellas es gemelar que finaliza por muerte fetal intrauterina, menopausia prematura a los 37 años, no frecuenta revisiones ginecológicas y se encuentra en inactividad sexual pese a la edad y viudez.

**Análisis.** Este patrón se halla con normalidad, considerando que la paciente ya no se encuentra en edad reproductiva y no se percibe algún interés por la actividad sexual ni se detectan datos relevantes sobre este patrón.

***Patrón X. Adaptación-Tolerancia al estrés.*** Se refiere a la facultad de la persona para tolerar situaciones que representen un estrés, así como la posibilidad de afrontarlas y lograr adaptarse a ellas, de manera que el apoyo ya sea familiar u otro, puede ayudar a manejar y mantener un equilibrio físico y emocional.

**Datos Subjetivos.** Paciente expresa inquietud al entorno hospitalario manifestando deseos de regresar a su casa cuanto antes. Asimismo, cuenta con el apoyo y compañía de su familia quienes le animan hacia la paciencia y colaboración con el equipo de salud para no prolongar su estancia hospitalaria, haciéndola reflexionar y realizar un gran esfuerzo para tolerar los cambios por el bien de su salud.

**Análisis.** Este patrón no se encuentra alterado ya que se ha establecido un mecanismo de afrontamiento eficiente ante el estrés hospitalario a través del apoyo familiar, lo cual le ayuda en su adaptación al entorno en momentos de inquietud.

***Patrón XI. Valores y Creencias.*** Se enfoca en las creencias, valores y percepciones de la vida de un individuo en áreas como la religión, la cultura, la

política, la filosofía y la ética. Describe cómo las creencias y valores personales pueden influir en la salud física y mental de una persona.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere solo tener creencias religiosas, considerando pertenecer a la religión católica ya que en épocas anteriores asistía a misas aunque hoy en día no asiste a las mismas pero se dedica a rezar en su domicilio, además piensa que los valores son muy importantes para la vida.

**Análisis.** Se puede concluir que no existe alteración en este patrón debido a que su percepción de la vida no se fundamenta o depende de sus creencias personales, por lo que no influye positiva o negativamente en su salud.

### **Anamnesis de Acuerdo a los Requisitos Universales de Autocuidado de Dorothea Orem**

***1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.*** Capacidad de la persona de mantener la oxigenación por sí sola de manera efectiva, así como también su capacidad de autocuidado para mantener un aporte suficiente de aire, optar por posturas que ayude la ventilación, realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria y su motivación para aprender sobre una adecuada respiración.

**Datos Subjetivos.** Para el momento de la valoración, la paciente permanecía bajo oxigenoterapia bajo flujo mediante cánula nasal a 5 L/min; FR: 27Rpm; SpO2 90%; que de acuerdo a lo que manifiesta, tiene dificultad para respirar, incapacidad para realizar actividades o esfuerzos físicos mínimos presentado fatiga, cianosis distal y ortopnea; se auscultan crepitantes bilaterales en las bases pulmonares.

**Análisis.** Es evidente un déficit en este requisito debido a que no puede mantener un aporte de aire suficiente de aire por sí sola, requiriendo la administración de oxígeno a través de cánula nasal, lo cual se asocia a la incapacidad de realizar esfuerzos físicos.

***2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.*** Se refiere a la capacidad de autocuidado mediante los el aporte habitual de líquidos diarios de

acuerdo a la edad y las condiciones físicas o fisiológicas en beneficio de la salud, preferencia de líquidos, acceso a agua potable, medios para conseguirla y estado general de la piel.

**Datos Subjetivos.** Familiar refiere tener el hábito de consumir abundante agua, prefiere la ingesta de líquidos como agua filtrada fría y sopas. Actualmente la paciente posee una restricción hídrica de 800 ml, manifestando sentir sed e ingerir agua en pocas cantidades. Según lo que expresa el familiar, ingiere menos de 1 botella de agua mineral de 600 ml al día y otros líquidos como jugos y sopas. Se evidencia edema en miembros inferiores. Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml.

**Análisis.** Se encuentra un déficit de autocuidado ya que no existen conductas de autocuidado, debido a que su estado de salud actual requiere modificar la ingesta de líquidos.

***3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.*** Capacidad de la persona de tener conocimientos para realizar una dieta equilibrada, así como identificar los diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas, el apetito, la frecuencia de las comidas y horarios adecuados de la misma, además de presenta limitaciones físicas que impiden la alimentación, si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física.

**Datos Subjetivos.** Actualmente la paciente refiere no tener apetito, comer pequeñas cantidades, desconocer los requerimientos de alimentos y calorías a su edad. Por otro lado, familiar refiere que en casa la paciente tiene el hábito de comer generalmente raciones abundantes 2 veces al día; no ser capaz de llevar una dieta equilibrada por si misma ya que depende mayormente de su hijo y la disposición de alimentos no es variada, por lo que frecuenta preparaciones fritas, hervidas y guisadas (pescado y arepa frita, sopa de pescado, avena, chicha, pan, arroz, pasta, pollo, entre otros). Peso: 70 kg; Talla: 1.62 m; IMC: 26,67; Calorías diarias necesarias: 1,638.31; Calorías consumidas en un día: 956 Kcal/día.

**Análisis.** Se encuentra un déficit de autocuidado en este requisito ya que no consume una dieta equilibrada antes de su hospitalización ni durante la misma, debido a cantidades inadecuadas de alimentos, poca frecuencia de ellos, limitaciones en el acceso a alimentos variados nutritivos y falta de apetito.

***4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.*** Capacidad de la persona para controlar esfínteres para la eliminación urinaria y fecal, patrón diario de eliminación o requerir ayuda de medios para favorecer la eliminación (fármacos, enemas, alimentos, sondas, entre otros).

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere tener el hábito de evacuar dos veces, orinar 3 veces al día y no tener problemas para la eliminación de desechos corporales ni usar ningún medio de ayuda para lograrlo. Actualmente se encuentra con pañal requiriendo de laxantes para la evacuación diaria y de sonda vesical conectada a bolsa recolectora para la eliminación urinaria, permitiendo el control de líquidos eliminados con respecto a los ingeridos. Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml; Líquidos eliminados en 24 horas: 1.020 ml; Balance hídrico: 438 ml.

**Análisis.** Se encuentra un déficit en este requisito ya que existe una retención de líquidos y requiere de laxantes como apoyo para evacuar.

***5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.*** Describe el nivel de actividad de la persona en su casa, trabajo o tiempo libre, limitaciones para llevarlas a cabo y el uso de dispositivos de ayuda (andadera, bastón, otros), también el patrón de sueño/descanso (duración del sueño, insomnio, siestas, entre otros), uso de sedantes, música, lectura u otros medios para lograr el descanso, de igual forma el patrón de vigilia, conocimientos o motivación para aprender sobre las horas de sueño/vigilia que beneficie su salud.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere no ser muy activa en casa, dedicarse al cuidado de las plantas de su jardín, no tener limitaciones físicas ni del sueño en su vida cotidiana, sin embargo en el presente manifiesta sentirse cansada, no poder

realizar algún esfuerzo físico debido a la dificultad respiratoria que presenta, permaneciendo en cama y necesitando asistencia para el aseo personal y el traslado. Se evidencia punto de presión en zona sacra y que la paciente describe como una molestia. Por otro lado, expresa no poder dormir adecuadamente a causa de pesadillas y tener dificultad para dormir en el día. Presenta dificultad para movilizar el miembro superior izquierdo debido a la lesión causada por la canalización de vía periférica.

**Análisis.** Se identifica un déficit en este requisito por presentar limitaciones actuales para llevar a cabo cualquier esfuerzo físico mínimo, necesitando ayuda para el aseo personal. De igual forma, no puede mantener un patrón de sueño/vigilia adecuado ni mantener un equilibrio entre la actividad y el reposo.

#### ***6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la comunicación social.***

La persona valora las dificultades posee en la interacción social, el contacto con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, realizar actividades recreativas, percepción de su estado de ánimo, entre otros.

**Datos Subjetivos.** Paciente manifiesta no tener dificultad para interactuar con otras personas, mantener el contacto con familiares y amigos, especialmente con familiares durante la hospitalización, sentirse acompañada y valorada por su familia.

**Análisis.** No se identifica ningún déficit en este requisito.

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

Capacidad de la persona para evitar accidentes, riesgos de infecciones, accidentes u otros, así como también prevenir los peligros inherentes a su etapa de vida, edad y estado de salud por medio de medidas para lograrlo. Incluye realizar una higiene adecuada.

**Datos Subjetivos.** Paciente no emplea medidas para mantener un estado de salud óptimo en cuanto a las visitas tardías al médico, tratamiento farmacológico y nutricional, no obstante manifiesta asearse diariamente y mantener la higiene corporal

con ayuda. Indica no realizar actividades que representen un peligro de caída, siendo uno de los motivos por los que no es activa en su día a día.

**Análisis.** Se determina un déficit de autocuidado ya que no toma medidas que le alejen de los riesgos que deterioran su salud como la prevención mediante la alimentación, la actividad física, el tratamiento farmacológico y visitas periódicas al médico. Requiere asistencia para el aseo personal y así prevenir infecciones.

***8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.*** Habilidades para manejar recursos económicos, capacidad para manejar situaciones sociales, adaptarse a normas e interés o motivación en aprender estilos de vida saludables.

**Datos Subjetivos.** Paciente refiere no tener recursos económicos para manejar, no tener dificultad para la toma de decisiones, reconocer sus fortalezas y limitaciones. Interactúa efectivamente con los miembros de su comunidad y expresa deseos de aprender a cuidar mejor su salud.

**Análisis.** No se encuentran déficits en este requisito.

#### ***4.4.3. Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado (NANDA-NIC-NOC)***

De acuerdo a Emilio (2021), los cuadros analíticos son herramientas que se necesitan para exponer visualmente informaciones que ayuden a terceros a identificar tendencias, comparar, analizar variables, dimensiones, hacer predicciones y tomar decisiones sobre algo específico. Es por ello que se utilizan como parte del proceso enfermero, ya que permite plasmar, comparar y analizar las variables que se han encontrado en la valoración clínica del paciente, lo que permite definir el diagnóstico enfermero y proceder a la planificación de planes de cuidados considerando que este es otro instrumento que documenta y comunica información del paciente, además de las estrategias que se van a emplear mediante el planteamiento de objetivos y resultados esperados de las intervenciones de enfermería, las cuales se evaluarán

posterior a su ejecución, lo cual es indispensable para la recuperación pronta y duradera del paciente (Tapias, 2019).

Por tal motivo se elaboraron diferentes cuadros analíticos y planes de cuidados gracias a la valoración exhaustiva de la paciente objeto de estudio, utilizando la metodología de las taxonomías NANDA (2021-2023), NIC y NOC (2018-2021), con el fin de lograr la mejoría clínica, la promoción de la salud, la actuación ante posibles riesgos a los que está expuesta la paciente e involucrando a su entorno familiar, los cuales se presentan a continuación:



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 13**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio, el Requisito de Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire y los Principios de Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.*

| Datos Subjetivos   | Datos Objetivos  | Problema                        | Patrón de Gordon   | Diagnóstico Real   |
|--|--|---------------------------------|--|--|
| "Siento que me falta el aire y me canso cuando me muevo mucho o me acuesto". | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disnea.</li> <li>- Taquipnea: 27 Rpm</li> <li>- SpO2: 85%</li> <li>- Cianosis distal.</li> <li>- Ortopnea.</li> <li>- Astenia.</li> <li>- Crepitantes bilaterales en las bases pulmonares.</li> </ul> | Intercambio gaseoso inadecuado. | 4. Actividad y Ejercicio   | Patrón respiratorio ineficaz (00032) <b>R/C</b> acumulación de líquido en los alveolos pulmonares <b>M/P</b> SpO2 85%. |
|  |  | <b>Necesidad</b>                | <b>Requisito de Orem</b>   |  |
|  |  | Oxigenación                     | 1. Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire  |  |
|  |  |                                 | <b>Principio de Martinsen</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> |  |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 14**

*Plan de cuidado sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio, el Requisito de Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire y los Principios de Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado.*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C acumulación de líquido en los alveolos pulmonares M/P SpO2 85%.  |                                    |   |   |   |                    |          |          |          |          |
|--|------------------------------------|---|---|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Dominio:</b> 4. Actividad/Descanso  |                                    |   | <b>Clase:</b> 4. Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares |   |                    |          |          |          |          |
| <b>Enunciado Teórico</b>   | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b> | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>                               | <b>Criterio de Evaluación (CRE)</b>                   |                    |          |          |          |          |
| <p align="center"><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>4. Actividad y Ejercicio.</b> Capacidad individual para moverse y realizar alguna actividad física o para llevar a cabo actividades de ocio y recreo. Valora la autonomía, fuerza y energía que usa en la actividad física, al igual que el estado cardiorespiratorio.</p> <p align="center"><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>1. Mantenimiento de un Ingreso Suficiente de Aire.</b> Capacidad de mantener la oxigenación por sí sola de manera efectiva, su capacidad de autocuidado para mantener un aporte suficiente de aire, optar por posturas que ayude la ventilación, realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria y su motivación para aprender sobre una adecuada respiración.</p> <p align="center"><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Estado Respiratorio (0415)         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente en posición semifowler.</li> <li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humificado.</li> <li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.</li> <li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.</li> <li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).</li> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come.</li> <li>- Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.</li> </ul> | Oxigenoterapia (3320)                                   | 14. Grado de un estado o respuesta negativa o adverso |                    |          |          |          |          |
|  | <b>Dominio</b>                     |   | Salud Fisiológica (II)                                  | <b>Dominio</b>  | <b>G</b>           | <b>S</b> | <b>M</b> | <b>L</b> | <b>N</b> |
|  |                                    |   |   | Fisiológico: Complejo (II)                            | 1                  | 2        | 3        | 4        | 5        |
|  |                                    |   |   |   |                    |          | (A)      | (D)      |          |
|  |                                    |   | <b>Clase</b>  | <b>Clase</b>  | <b>Indicadores</b> | <b>A</b> | <b>D</b> |          |          |
|  |                                    |   | Cardiopulmonar (E)                                      | Control Respiratorio (K)                              | <b>041501</b>      | 3        | 4        |          |          |
|  |                                    |   | <b>0401508</b>  | 3   | 4                  |          |          |          |          |
|  |                                    |   | <b>041510</b>   | 3   | 4                  |          |          |          |          |
|  |                                    |   | <b>041513</b>   | 4   | 5                  |          |          |          |          |
|  |                                    |   | <b>041514</b>   | 3   | 4                  |          |          |          |          |
|  |                                    |   | Ver Cuadro 15   |   |                    |          |          |          |          |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 15**

*Indicadores del Estado Respiratorio (0415)*

| <b>Indicadores NOC</b>                   | <b>Grave (1)</b> | <b>Sustancial (2)</b> | <b>Leve (3)</b> | <b>Moderado (4)</b> | <b>Ninguno (5)</b> |
|--|------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| <b>041501</b> Frecuencia respiratoria    |                  |                       | A               | D                   |                    |
| <b>0401508</b> Saturación de oxígeno     |                  |                       | A               | D                   |                    |
| <b>041510</b> Uso de músculos accesorios |                  |                       | A               | D                   |                    |
| <b>041513</b> Cianosis                   |                  |                       |                 | A                   | D                  |
| <b>041514</b> Disnea en reposo           |                  |                       | A               | D                   |                    |

**Fuente:**  
Datos  
obtenido  
s de la  
taxonom

ía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 16**

*Cuadro Analítico respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del cuidado.*

| Datos Subjetivos  | Datos Objetivos  | Problema   | Patrón de Gordon  | Diagnóstico Real  |
|---|--|--|---|---|
| "Me mandaron a bajar el agua por lo de los pulmones pero a mí me da mucha sed y tomo de poquito". | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crepitantes bilaterales en las bases pulmonares.</li> <li>- Edema en miembros inferiores.</li> <li>- Restricción hídrica: 800 ml para 24 horas.</li> <li>- Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml.</li> <li>- Líquidos eliminados en 24 horas: 1.020 ml.</li> <li>- Balance hídrico: 438 ml.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema.</li> <li>- Ingesta de líquidos superior a lo recomendado.</li> </ul>   | 2. Nutricional - Metabólico   | Exceso de volumen de líquidos (00026)<br><b>R/C</b> aumento de la presión hidrostática<br><b>E/P</b> edema pulmonar y en miembros inferiores. |
|   |  | <b>Necesidad</b>   | <b>Requisito de Orem</b>  |   |
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminación</li> <li>- Cumplimiento de la restricción hídrica (800 ml).</li> <li>- Control de líquidos ingeridos y eliminados.</li> </ul> | 2. Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua.<br><br><b>Principio de Martinsen</b>                        |   |
|   |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 17**

*Plan de cuidado respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del cuidado.*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Exceso de volumen de líquidos (00026) <b>R/C</b> ingesta excesiva de líquidos <b>E/P</b> edema pulmonar y en miembros inferiores.   |                                    |   |                                    |  |                    |          |          |          |          |  |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|--|--------------------|----------|----------|----------|----------|--|
| <b>Dominio:</b> 2. Nutrición   |                                    |   | <b>Clase:</b> 5. Hidratación       |  |                    |          |          |          |          |  |
| <b>Enunciado Teórico</b>   | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b> | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>          | <b>Criterio de Evaluación (CRE)</b>                          |                    |          |          |          |          |  |
| <p align="center"><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>2. Nutricional-Metabólico:</b> Costumbres alimenticias relacionadas con la disponibilidad de alimentos, necesidades metabólicas, horarios de comida, suplementos dietéticos, problemas de ingestión, cambios en la alimentación, entre otros. También la ingesta de líquidos, estado de la piel y mucosas, talla, peso, entre otros.</p> <p align="center"><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>2. Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua:</b> Capacidad de autocuidado mediante el aporte habitual de líquidos diarios de acuerdo a la edad y las condiciones físicas o fisiológicas en beneficio de la salud, preferencia de líquidos, acceso a agua potable y estado general de la piel.</p> <p align="center"><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad:</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente a los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Ética del cuidado:</b> El cuidado debe ser una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Equilibrio Hídrico <b>(0601)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesarse a diario y controlar la evolución.</li> <li>- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>- Realizar sondaje vesical, si es preciso.</li> <li>- Monitorizar signos vitales.</li> <li>- Evaluar la ubicación y extensión del edema.</li> <li>- Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria.</li> <li>- Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda.</li> <li>- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.</li> <li>- Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos.</li> </ul> | Manejo de líquidos <b>(4120)</b>   | <b>14.</b> Grado de un estado o respuesta negativa o adverso |                    |          |          |          |          |  |
|  | <b>Dominio</b>                     |   | Salud Fisiológica <b>(II)</b>      | <b>Dominio</b>   | <b>G</b>           | <b>S</b> | <b>M</b> | <b>L</b> | <b>N</b> |  |
|  |                                    |   |                                    | Fisiológico: Complejo <b>(II)</b>                            | 1                  | 2        | 3        | 4        | 5        |  |
|  |                                    |   | <b>Clase</b>                       |  | (A)                |          |          | (D)      |          |  |
|  |                                    |   | Líquidos y Electrolitos <b>(G)</b> | <b>Clase</b>   | <b>Indicadores</b> | <b>A</b> | <b>D</b> |          |          |  |
|  |                                    |   |                                    | Control de la Perfusión Tisular <b>(N)</b>                   | <b>060108</b>      | 2        | 5        |          |          |  |
|  |                                    |   |                                    |  | <b>060112</b>      | 3        | 5        |          |          |  |
|  |                                    |   |                                    |  | <b>060107</b>      | 1        | 4        |          |          |  |
|  |                                    |   |                                    |  | <b>060127</b>      | 2        | 4        |          |          |  |
|  |                                    |   |                                    |  | <b>060109</b>      | 4        | 5        |          |          |  |
|  |                                    |   | Ver Cuadro 18                      |  |                    |          |          |          |          |  |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 18***Indicadores del Equilibrio Hídrico (0601)*

| <b>Indicadores NOC</b>                                | <b>Grave (1)</b> | <b>Sustancial (2)</b> | <b>Moderado (3)</b> | <b>Leve (4)</b> | <b>Ninguno (5)</b> |
|---|------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| <b>060108</b> Ruidos respiratorios patológicos        |                  | A                     |                     |                 | D                  |
| <b>060112</b> Edema periférico                        |                  |                       | A                   |                 | D                  |
| <b>060107</b> Entradas y salidas diarias equilibradas | A                |                       |                     | D               |                    |
| <b>060127</b> Cantidad de orina                       |                  | A                     |                     | D               |                    |
| <b>060109</b> Peso corporal estable                   |                  |                       |                     | A               | D                  |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 19**

*Cuadro Analítico sobre los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado*

| Datos Subjetivos | Datos Objetivos   | Problema   | Principio de Martinsen  | Diagnóstico Real  |
|------------------|---|--|---|---|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- T.A: 147/111 mmHg</li> <li>- Taquicardia: 142 Ppm</li> </ul> | <p style="text-align: center;">Circulación Sanguínea</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Necesidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control Hemodinámico.</li> <li>- Vigilar el Estado de la Consciencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> | <p>Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral (00201) <b>R/C</b> hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada.</p> |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

## Cuadro 20

Plan de cuidado sobre los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad y Ética del Cuidado

| Diagnóstico Potencial: Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral (00201) R/C hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada.  |                                    |   |  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|---|------------------------------------|---|--|---|----|----|-----|----|----|---|---|---|---|---|--|-----|--|--|-----|-------------|--|---|---|--|--|--------|---|---|--|--|--------|---|---|--|--|--------|---|---|--|--|--------|---|---|--|--|--------|---|---|--|---------------|--|--|--|--|
| Dominio: 4. Actividad/Descanso  |                                    |   | Clase: 4. Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| Enunciado Teórico   | Criterio de Resultado (NOC)        | Plan  | Intervención (NIC)                               | Criterio de Evaluación (CRE)  |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| <p><b>PRINCIPIO DE MARTINSEN</b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad:</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente aquellos que son más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Ética del cuidado:</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Perfusión Tisular: Cerebral (0406) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar el nivel de consciencia.</li> <li>- Comprobar el nivel de orientación.</li> <li>- Vigilar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.</li> <li>- Monitorizar la simetría facial.</li> <li>- Vigilar las características del habla (p. ej., afasias).</li> <li>- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo, incluyendo el uso de medicamentos.</li> <li>- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión.</li> <li>- Proporcionar una atención de enfermería acorde al tipo de hipertensión obtenida.</li> <li>- Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.</li> <li>- Controlar signos vitales (FC, FR, SPO2, TEMP).</li> </ul> | Monitorización Neurológica (2620)                | <p>01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(A)</td> <td></td> <td></td> <td>(D)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Indicadores</th> <th>A</th> <th>D</th> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>040613</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>040614</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>040619</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>040620</td> <td>5</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>040603</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ver Cuadro 21</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | GC | SC | MC  | LC | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  | (A) |  |  | (D) | Indicadores |  | A | D |  |  | 040613 | 2 | 4 |  |  | 040614 | 2 | 4 |  |  | 040619 | 4 | 5 |  |  | 040620 | 5 | 5 |  |  | 040603 | 4 | 5 |  | Ver Cuadro 21 |  |  |  |  |
|   | GC                                 |   | SC   |   | MC | LC | NC  |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 1                                  |   | 2  |   | 3  | 4  | 5   |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   |                                    |   | (A)  |   |    |    | (D) |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| Indicadores   |                                    | A   | D  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 040613                             | 2   | 4  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 040614                             | 2   | 4  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 040619                             | 4   | 5  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 040620                             | 5   | 5  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   | 040603                             | 4   | 5  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| Ver Cuadro 21   |                                    |   |  |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| Dominio   | Salud Fisiológica (II)             |   | Fisiológico: Complejo (II)                       |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
| Clase   | Cardiopulmonar (E)                 |   | Control Neurológico (I)                          |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |
|   |                                    |   | Control de la Perfusión Tisular (N)              |   |    |    |     |    |    |   |   |   |   |   |  |     |  |  |     |             |  |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |  |        |   |   |  |               |  |  |  |  |

Fuente: Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 21***Indicadores de la Perfusión Tisular: Cerebral (0406)*

| <b>Indicadores NOC</b>                         | <b>Gravemente comprometido (1)</b> | <b>Sustancialmente comprometido (2)</b> | <b>Moderadamente comprometido (3)</b> | <b>Levemente comprometido (4)</b> | <b>No comprometido (5)</b> |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| <b>040613</b> Presión sanguínea sistólica.     |                                    | A                                       |                                       | D                                 |                            |
| <b>040614</b> Presión sanguínea diastólica.    |                                    | A                                       |                                       | D                                 |                            |
| <b>040619</b> Nivel de consciencia disminuido. |                                    |   |                                       |                                   | A - D                      |
| <b>040620</b> Reflejos neurológicos alterados  |                                    |   |                                       |                                   | A - D                      |
| <b>040603</b> Cefalea                          |                                    |   |                                       | A                                 | D                          |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 22**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito del Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos y los Principios de Relación Empática, Ética del cuidado y Atención a la Vulnerabilidad*

| Datos Subjetivos   | Datos Objetivos   | Problema  | Patrón de Gordon   | Diagnóstico Real  |
|--|---|---|--|---|
| "Antes de enfermarme comía bastante pero ahora no estoy comiendo mucho, no me dan ganas de comer, me da asco la comida; como porque me obligan". | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso corporal: 70 Kg</li> <li>- Talla: 162</li> <li>- IMC: 26,67</li> <li>- Kcal/día necesarias: 1,638.31 Kcal/día.</li> <li>- Kcal/día consumidas: 1,076 Kcal/día.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida del apetito.</li> <li>- Ingesta insuficiente.</li> </ul> | <b>2. Nutricional - Metabólico</b>   | Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales (00002) <b>R/C</b> disminución del apetito <b>M/P</b> ingesta calórica de 1,076 Kcal/día. |
|  |   | <b>Necesidad</b>  | <b>Requisito de Orem</b>   |   |
|  |   | Nutrición   | <b>3. Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos</b>   |   |
|  |   |   | <b>Principio de Martinsen</b>  |   |
|  |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación empática</li> <li>- Atención a la vulnerabilidad</li> <li>- Ética del cuidado</li> </ul> |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 23**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito del Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos y los Principios de Relación Empática, Ética del cuidado y Atención a la Vulnerabilidad*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales (00002) <b>R/C</b> disminución del apetito <b>M/P</b> ingesta calórica de 1,076 Kcal/día.  |                             |   |                               |   |                         |                    |           |           |           |
|---|-----------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Dominio:</b> 2. Nutrición  |                             |   |                               | <b>Clase:</b> 1. Ingestión  |                         |                    |           |           |           |
| Enunciado Teórico   | Criterio de Resultado (NOC) | Plan  | Intervención (NIC)            | Criterio de Evaluación (CRE)  |                         |                    |           |           |           |
| <p align="center"><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>2. Nutricional-Metabólico:</b><br/>Costumbres alimenticias relacionadas con la disponibilidad de alimentos, necesidades metabólicas, horarios de comida, suplementos dietéticos, problemas de ingestión, cambios en la alimentación, entre otros. También la ingesta de líquidos, estado de la piel y mucosas, talla, peso, entre otros.</p> <p align="center"><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>3. Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Alimentos:</b><br/>Capacidad de la persona de tener conocimientos para realizar una dieta equilibrada, grupos de alimentos, cantidades y horarios adecuados, el apetito, limitaciones físicas que impiden la alimentación, entre otros.</p> <p align="center"><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Relación empática.</b> El cuidador debe ser sensible y estar atento a las necesidades del paciente, y trabajar para satisfacer esas necesidades a través de una relación empática y comprensiva, facilitando la colaboración en el tratamiento y la mejora de la atención sanitaria.</p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Estado nutricional (1004)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el estado nutricional de la paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales (comentar directrices dietéticas y pirámides de alimentos).</li> <li>- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>- Enseñar a la paciente y familia sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.</li> <li>- Animar a la familia a traer alimentos favoritos de la paciente mientras esta en el hospital, según corresponda.</li> </ul> | Manejo de la nutrición (1100) | 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado |                         |                    |           |           |           |
|   | <b>Dominio</b>              |   | Salud Fisiológica (II)        | <b>Dominio</b>  | <b>I</b>                | <b>LA</b>          | <b>MA</b> | <b>SA</b> | <b>CA</b> |
|   |                             |   |                               |   | 1                       | 2                  | 3         | 4         | 5         |
|   | <b>Clase</b>                |   | Digestión y Nutrición (K)     |   | Fisiológico: Básico (I) | (A)                |           | (D)       |           |
|   |                             |   |                               |   | <b>Clase</b>            | <b>Indicadores</b> |           | <b>A</b>  | <b>D</b>  |
|   |                             |   |                               |   | Apoyo Nutricional (D)   | <b>100401</b>      |           | 1         | 4         |
|   |                             |   |                               |   |                         | <b>100402</b>      |           | 1         | 4         |
|   |                             |   |                               |   |                         | <b>100403</b>      |           | 1         | 4         |
|   |                             |   |                               |   |                         | <b>100405</b>      |           | 1         | 3         |
|   |                             |   |                               |   |                         | Ver Cuadro 24      |           |           |           |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 24**

*Indicadores del Estado Nutricional (1004)*

| Indicadores NOC              | Inadecuado (1) | Ligeramente Adecuado (2) | Moderadamente Adecuado (3) | Sustancialmente Adecuado (4) | Completamente Adecuado(5) |
|------------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 100401 Ingesta de nutrientes | A              |                          |                            | D                            |                           |
| 100402 Ingesta de alimentos  | A              |                          |                            | D                            |                           |
| 100403 Energía               | A              |                          |                            | D                            |                           |
| 100405 Relación peso / talla |                | A                        | D                          |                              |                           |

Fuente :  
Datos  
obtenidos

de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 25**

*Cuadro Analítico respecto al Patrón Sueño y Descanso; el Requisito de Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo; y los Principios de la Relación Empática y la Atención a la Vulnerabilidad.*

| Datos Subjetivos  | Datos Objetivos  | Problema  | Patrón de Gordon   | Diagnóstico Real  |
|---|--|---|--|---|
| "No puedo dormir bien tengo muchos sueños feos y eso no me deja dormir en la noche. En el día a veces duermo un poquito pero me siento incomoda porque aquí hay muchos ruidos". | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facies somnolienta.</li> <li>- Ojeras.</li> <li>- Bostezos.</li> <li>- Ortopnea.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en el ciclo del sueño/vigilia.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Pesadillas.</li> </ul> | <b>5. Sueño y Descanso</b>   | Patrón de sueño perturbado (00198) <b>R/C</b> factores ambientales y pesadillas manifestados verbalmente. |
|   |  | <b>Necesidad</b>  | <b>Requisito de Orem</b>   |   |
|   |  | Dormir y descansar  | <b>2. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo</b> |   |
|   |  |   | <b>Principio de Martinsen</b>                                      |   |
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación empática.</li> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> </ul>                           |  |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 26**

*Plan de cuidado respecto al Patrón Nutricional-Metabólico; el Requisito de Mantenimiento de una Ingesta Suficiente de Agua y los Principios de Atención a la vulnerabilidad y Ética del cuidado.*

| Diagnóstico Real: Patrón de sueño perturbado (00198) R/C factores ambientales y pesadillas manifestados verbalmente.   |                                 |  |                         |   |                          |    |    |     |    |
|--|---------------------------------|--|-------------------------|---|--------------------------|----|----|-----|----|
| Dominio: 4. Actividad/Descanso   |                                 |  |                         |   | Clase: 1. Sueño/Descanso |    |    |     |    |
| Enunciado Teórico  | Criterio de Resultado (NOC)     | Plan   | Intervención (NIC)      | Criterio de Evaluación (CRE)  |                          |    |    |     |    |
| <p><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>5. Sueño y Descanso:</b><br/>Calidad del sueño y descanso, factores que influyen en ello y la percepción de la calidad de sueño-descanso. Considera las horas de sueño, siestas, insomnio, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, el uso de fármacos para dormir, factores del ambiente, síntomas de enfermedad, entre otros.</p> <p><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>2. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo:</b> Nivel de actividad de la persona en su casa, trabajo o tiempo libre, limitaciones para llevarlas a cabo y el uso de dispositivos de ayuda. También el patrón de sueño/descanso (duración del sueño, insomnio, siestas, entre otros), uso de sedantes u otros medios para lograr el descanso, de igual forma el patrón de vigilia, conocimientos o motivación para aprender sobre las horas de sueño/vigilia que beneficie su salud.</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Relación empática:</b> El cuidador debe ser sensible y estar atento a las necesidades del paciente, y trabajar para satisfacer esas necesidades a través de una relación empática y comprensiva, facilitando la colaboración en el tratamiento y la mejora de la atención sanitaria.</p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> | Sueño (0004)<br>Descanso (0003) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>- Explicar a importancia del sueño adecuado durante la enfermedad y otras situaciones.</li> <li>- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vía aéreas obstruidas y otro) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>- Disponer de siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.</li> <li>- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</li> <li>- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</li> </ul> | Mejorar el Sueño (1850) | 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado |                          |    |    |     |    |
|  | Dominio                         |  |                         | Dominio   | I                        | LA | MA | SA  | CA |
|  | Salud Funcional (I)             |  |                         | Fisiológico: Básico (I)   | 1                        | 2  | 3  | 4   | 5  |
|  | Clase                           |  |                         | Clase   | (A)                      |    |    | (D) |    |
|  | Mantenimiento de la Energía (A) |  |                         | Facilitación del Autocuidado (F)  | Indicadores              |    | A  | D   |    |
|  |                                 |  |                         |   | 000421                   |    | 2  | 4   |    |
|  |                                 |  |                         |   | 000406                   |    | 1  | 4   |    |
|  |                                 |  |                         |   | 000409                   |    | 1  | 3   |    |
|  |                                 |  |                         |   | 000422                   |    | 1  | 4   |    |
|  |                                 |  |                         |   | 000301                   |    | 1  | 4   |    |
|  |                                 | 000309   |                         | 1   | 4                        |    |    |     |    |
|  |                                 | 000310   |                         | 1   | 4                        |    |    |     |    |
|  |                                 | Ver Cuadro 27 y 28   |                         |   |                          |    |    |     |    |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 27***Indicadores del Sueño (0004)*

| <b>Indicadores NOC</b>                           | <b>Inadecuado (1)</b> | <b>Ligeramente Adecuado (2)</b> | <b>Moderadamente Adecuado (3)</b> | <b>Sustancialmente Adecuado (4)</b> | <b>Completamente Adecuado (5)</b> |
|--|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>000421</b> Dificultad para conciliar el sueño |                       | A                               |                                   | D                                   |                                   |
| <b>000406</b> Sueño interrumpido                 | A                     |                                 |                                   | D                                   |                                   |
| <b>000409</b> Siesta inapropiada                 | A                     |                                 | D                                 |                                     |                                   |
| <b>000422</b> Pesadillas                         | A                     |                                 |                                   | D                                   |                                   |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).

**Cuadro 28***Indicadores del Descanso (0003)*

| <b>Indicadores NOC</b>                                | <b>Inadecuado (1)</b> | <b>Ligeramente Adecuado (2)</b> | <b>Moderadamente Adecuado (3)</b> | <b>Sustancialmente Adecuado (4)</b> | <b>Completamente Adecuado (5)</b> |
|---|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>000301</b> Tiempo del descanso                     | A                     |                                 |                                   | D                                   |                                   |
| <b>000309</b> Energía recuperada después del descanso | A                     |                                 |                                   | D                                   |                                   |
| <b>000310</b> Aspecto de estar descansado             | A                     |                                 |                                   | D                                   |                                   |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 29**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| Datos Subjetivos  | Datos Objetivos   | Problema  | Patrón de Gordon   | Diagnóstico Real   |
|---|---|---|--|--|
| “Como no me puedo mover mucho porque me agito me tienen que ayudar a bañar, limpiar, cambiarme y todo eso”. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de pañal.</li> <li>- Ropa limpia.</li> <li>- Piel limpia.</li> </ul> | Dificultad para realizar el aseo personal de forma independiente. | <b>4. Actividad y Ejercicio</b>  | Síndrome del anciano frágil (00257) <b>R/C</b> deterioro de la movilidad <b>M/P</b> déficit de autocuidado: baño y vestirse. |
|   |   | <b>Necesidad</b>  | <b>Requisito de Orem</b>   |  |
|   |   | Higiene Personal  | <b>7. Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano</b>   |  |
|   |   |   | <b>Principio de Martinsen</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la vulnerabilidad.</li> <li>- Preservación de la dignidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> |  |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

### Cuadro 30

*Plan de cuidado sobre el Patrón de Actividad y Ejercicio; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| Diagnóstico de Síndrome: Síndrome del anciano frágil (00257) R/C deterioro de la movilidad M/P déficit de autocuidado: baño y vestirse.  |  |  |   |   |   |                                  |             |    |    |     |    |
|--|--|--|---|---|---|----------------------------------|-------------|----|----|-----|----|
| Dominio: 1. Promoción de la Salud  |  |  | Clase: 2. Gestión de la Salud   |   |   |                                  |             |    |    |     |    |
| Enunciado Teórico  | Criterio de Resultado (NOC)                              | Plan   | Intervención (NIC)  | Criterio de Evaluación (CRE)                            |   |                                  |             |    |    |     |    |
| <p><b>PATRÓN DE GORDON</b></p> <p><b>4. Actividad y Ejercicio.</b> Capacidad individual para moverse y realizar alguna actividad física o para llevar a cabo actividades de ocio y recreo. Valora la autonomía, fuerza y energía que usa en la actividad física, al igual que el estado cardiorespiratorio.</p> <p><b>REQUISITO DE OREM</b></p> <p><b>7. Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano.</b> Capacidad de la persona para evitar accidentes, riesgos de infecciones, accidentes, prevenir los peligros inherentes a su etapa de vida, edad y estado de salud por medio de medidas para lograrlo. Incluye realizar una higiene adecuada.</p> <p><b>PRINCIPIO DE MARTINSEN</b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Preservación de la dignidad.</b> El cuidado debe ser respetuoso y preservar la dignidad de cada paciente, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD) (0300) | <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p>Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p> <p>Ayudar o realizar el baño en paciente encamado o según corresponda o desee, con agua a una temperatura agradable.</p> <p>Lavar el cabello, si es necesario y desea.</p> <p>Ayudar con el cuidado perineal.</p> <p>Inspeccionar el estado de la piel durante el baño para detectar puntos de presión.</p> <p>Proporcionar objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).</p> <p>Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario y reforzar los esfuerzos.</p> <p>Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p> | <p>Ayuda con el Autocuidado (1800)</p> <p>Baño (1610)</p> <p>Ayuda con el Autocuidado: Vestirse/Arreglo personal (1802)</p> | <p>1. Grado de deterioro de la salud o el bienestar</p> |   |                                  |             |    |    |     |    |
|  | Dominio  |  | Salud Funcional (I)   |   |   | Dominio                          | GC          | SC | MC | LC  | NC |
|  | Clase  |  | Autocuidado (D)   |   |   | Fisiológico: Básico (I)          | 1           | 2  | 3  | 4   | 5  |
|  |  |  |   |   |   | Clase                            | (A)         |    |    | (D) |    |
|  |  |  |   |   |   | Facilitación del Autocuidado (F) | Indicadores |    | A  | D   |    |
|  |  |  | 030002  | 2   | 4 |                                  |             |    |    |     |    |
|  |  |  | 030004  | 1   | 3 |                                  |             |    |    |     |    |
|  |  |  | 030006  | 1   | 3 |                                  |             |    |    |     |    |
|  |  |  | 030007  | 2   | 4 |                                  |             |    |    |     |    |
|  |  |  | 030010  | 1   | 4 |                                  |             |    |    |     |    |
|  |  |  | Ver Cuadro 31   |   |   |                                  |             |    |    |     |    |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 31**

*Indicadores de los Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD) (0300)*

| <b>Indicadores NOC</b>                 | <b>Gravemente Comprometido (1)</b> | <b>Sustancialmente Comprometido (2)</b> | <b>Moderadamente Comprometido (3)</b> | <b>Ligeramente Comprometido (4)</b> | <b>No Comprometido (5)</b> |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| <b>030002</b> Se viste                 |                                    | A                                       |                                       | D                                   |                            |
| <b>030004</b> Se baña                  | A                                  |   | D                                     |                                     |                            |
| <b>030006</b> Higiene                  | A                                  |   | D                                     |                                     |                            |
| <b>030007</b> Higiene oral             |                                    | A                                       |                                       | D                                   |                            |
| <b>030010</b> Realización del traslado | A                                  |   |                                       | D                                   |                            |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 32**

*Cuadro Analítico acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad*

| Datos Subjetivos | Datos Objetivos   | Problema                    | Patrón de Gordon  | Diagnóstico Real   |
|------------------|---|-----------------------------|---|--|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posición semi-Fowler 30° continua.</li> <li>- Poca movilidad en cama.</li> </ul> | Deterioro de la movilidad   | <b>4. Actividad y Ejercicio</b>   | Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304) <b>R/C</b> poca movilidad en cama. |
|                  |   | <b>Necesidad</b>            | <b>Requisito de Orem</b>  |  |
|                  |   | Evitar úlceras por presión. | <b>2. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo</b>  |  |
|                  |   |                             | <b>Principio de Martinsen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la vulnerabilidad.</li> <li>- Preservación de la dignidad.</li> </ul> |  |

|  |  |  |                      |  |
|--|--|--|----------------------|--|
|  |  |  | - Ética del cuidado. |  |
|--|--|--|----------------------|--|

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 33**

*Plan de cuidado acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad.*

| <b>Diagnóstico Potencial:</b> Riesgo de lesión por presión en el adulto (00304) <b>R/C</b> poca movilidad en cama.  |   |   |  |  |           |           |           |  |
|---|---|---|--|--|-----------|-----------|-----------|--|
| <b>Dominio:</b> 11. Seguridad/Protección  |   |   | <b>Clase:</b> 2. Lesión física               |  |           |           |           |  |
| <b>Enunciado Teórico</b>  | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b>                  | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>                    | <b>Criterio de Evaluación (CRE)</b>              |           |           |           |  |
| <p><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b><br/> <b>4. Actividad y Ejercicio.</b> Capacidad individual para moverse y realizar alguna actividad física o para llevar a cabo actividades de ocio y recreo. Valora la autonomía, fuerza y energía que usa en la actividad física, al igual que el estado cardiopulmonar.</p> <p><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b><br/> <b>2. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo:</b> Nivel de actividad de la persona en su casa, trabajo o tiempo libre, limitaciones para llevarlas a cabo y el uso de dispositivos de ayuda. También el patrón de sueño/descanso (duración del sueño, insomnio, siestas, entre otros), uso de sedantes u otros para lograr el descanso, patrón de vigilia y motivación para aprender sobre las horas de sueño/vigilia que beneficie su salud.</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b><br/> <b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente</p> | Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas (1101) | <p>Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.<br/> Vigilar estrechamente la aparición de zonas eritematosas, elevación de su temperatura de la piel o fricción.<br/> Cambiar posturas continuamente cada 1-2 horas, según corresponda.<br/> Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.<br/> Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición-</p> | Prevención de las Úlceras por Presión (3540) | 1. Grado de deterioro de la salud o el bienestar |           |           |           |  |
|   | Vigilancia de la Piel (3590)                        |   |  |  |           |           |           |  |
|   | <b>Dominio</b>                                      |   | <b>GC</b>                                    | <b>SC</b>  | <b>MC</b> | <b>LC</b> | <b>NC</b> |  |
|   | Fisiológico: Complejo (II)                          |   | 1  | 2  | 3         | 4         | 5         |  |
|   |   |   |  |  | (A)       | (D)       |           |  |
|   | <b>Clase</b>  |   | <b>Indicadores</b>                           |  | <b>A</b>  | <b>D</b>  |           |  |
|   | Integridad Tisular (L)                              |   | <b>Control de la Piel/Heridas (L)</b>        |  |           |           |           |  |
|   | 110101  |   | 4  | 5  |           |           |           |  |
|   | 110102  |   | 3  | 5  |           |           |           |  |
|   | 110121  |   | 3  | 5  |           |           |           |  |
|   | 110124  |   | 4  | 5  |           |           |           |  |
|   | 110111  |   | 4  | 5  |           |           |           |  |
|   | Ver Cuadro 34                                       |   |  |  |           |           |           |  |

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <p>los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Preservación de la dignidad.</b> El cuidado debe ser respetuoso y preservar la dignidad de cada paciente, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar masajes en los puntos de presión enrojecidos con cremas hidratantes de piel.</li> <li>- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.</li> <li>- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).</li> </ul> |  |  |
|---|--|---|--|--|

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

### Cuadro 34

*Indicadores de la Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas (1101)*

| Indicadores NOC               | Gravemente comprometido (1) | Sustancialmente Comprometido (2) | Moderadamente Comprometido (3) | Levemente Comprometido (4) | No Comprometido (5) |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 110101 Temperatura De La Piel |                             |                                  |                                | A                          | D                   |
| 110102 Sensibilidad           |                             |                                  | A                              |                            | D                   |
| 110121 Eritema                |                             |                                  | A                              |                            | D                   |
| 110124 Induración             |                             |                                  |                                | A                          | D                   |
| 110111 Perfusión Tisular      |                             |                                  |                                | A                          | D                   |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 35**

*Cuadro Analítico acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales, de acuerdo al Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo de ser Normal y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado, Atención a la Vulnerabilidad y la Preservación de la dignidad.*

| Datos Subjetivos  | Datos Objetivos                | Problema   | Patrón de Gordon  | Diagnóstico Real  |
|---|--------------------------------|--|---|---|
| "No voy mucho al médico porque casi no me enfermo; de la tensión casi siempre me siento bien y cuando me siento mal me tomo la pastilla. Cuando regrese a mi casa tengo que aprender a cuidarme mejor porque no quiero estar otra vez aquí" | - Interés en mejorar su salud. | Desconocimiento de estrategias para el autocuidado | 1. Percepción y Control de la Salud   | Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud (00293)<br><b>M/P</b> deseos para mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria. |
|   |                                | <b>Necesidad</b>                                   | <b>Requisito de Orem</b>  |   |
|   |                                | Orientación para el cuidado                        | <b>Principio de Martinsen</b>   |   |
|   |                                |  | - Relación empática.<br>- Ética del cuidado.<br>- Atención a la vulnerabilidad.<br>- Preservación de la dignidad. |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 36**

*Plan de cuidado acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales, de acuerdo al Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo de ser Normal y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado, Atención a la Vulnerabilidad y la Preservación de la dignidad.*

|   |  |   |   |  |           |           |           |           |
|---|--|---|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Diagnóstico de Promoción de la Salud:</b> Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud (00293) <b>M/P</b> deseos para mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria.   |  |   |   |  |           |           |           |           |
| <b>Dominio:</b> 1. Promoción de la Salud  |  |   | <b>Clase:</b> 2. Gestión de la Salud  |  |           |           |           |           |
| <b>Enunciado Teórico</b>  | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b>   | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>   | <b>Criterio de Evaluación (CRE)</b>                                |           |           |           |           |
| <p><b>PATRÓN DE GORDON</b></p> <p><b>1. Percepción y Control de la Salud.</b> Percepción del individuo sobre su propia salud y bienestar, implica la forma en como la mantiene, maneja o recupera a través de medidas preventivas como hábitos de higiene, ejercicio o alimentación, visitas médicas, adherencia a tratamientos médicos, entre otras. Incluye identificar y reconocer signos o síntomas de enfermedades, al igual que comprender los riesgos de la misma.</p> <p><b>REQUISITO DE OREM</b></p> <p><b>8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal:</b> Habilidades para manejar recursos económicos, capacidad para manejar situaciones sociales, adaptarse a normas e interés o motivación en aprender estilos de vida saludables.</p> <p><b>PRINCIPIO DE MARTINSEN</b></p> <p><b>Relación empática.</b> El cuidador debe ser sensible y estar atento a las necesidades del paciente, y trabajar para satisfacer esas necesidades a través de una relación empática y comprensiva, facilitando la colaboración en el tratamiento y la mejora de la atención sanitaria.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Preservación de la dignidad.</b> El cuidado debe ser respetuoso y preservar la dignidad de cada paciente, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones.</p> | <p>Conocimiento: Control de la Enfermedad Cardíaca <b>(1830)</b></p> <p>Conocimiento: Control de la Hipertensión <b>(1837)</b></p> | <p>Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.</p> <p>Tratar las inquietudes específicas del paciente, si existen.</p> <p>Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.</p> <p>Ayudar al paciente a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento, según corresponda.</p> <p>Instruir sobre estrategias para llevar una dieta cardiosaludable (p. ej., hiposódica, pobre en grasas y colesterol, rica en fibra, líquidos adecuados, entre otras).</p> <p>Instruir sobre síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.</p> <p>Instruir al paciente y su familia para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad (p.ej., indicaciones y administración de medicamentos, mantenimiento de una dieta adecuada, ejercicio y hábitos saludables, dejar de fumar, reducir el estrés, el peso, la ingesta de sodio y el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio, tal y como se indica).</p> <p>Formar en relación con la automedición de la presión sanguínea y como informar de hallazgos anormales.</p> | <p>Potenciación de la disposición de aprendizaje <b>(5540)</b></p> <p>Manejo del Riesgo Cardíaco <b>(4050)</b></p> <p>Manejo de la Hipertensión <b>(4162)</b></p> | <p><b>20. Grado de información cognitiva que se comprende.</b></p> |           |           |           |           |
|   | <b>Dominio</b>   |   | <b>NC</b>   |  | <b>CE</b> | <b>CM</b> | <b>CS</b> | <b>CE</b> |
|   | Conductual <b>(III)</b>  |   | 1   |  | 2         | 3         | 4         | 5         |
|   | Fisiológico: Complejo <b>(II)</b>  |   | (A)   |  |           |           | (D)       |           |
|   | <b>Clase</b>   |   | <b>Indicadores</b>  |  | <b>A</b>  | <b>D</b>  |           |           |
|   | Terapia Cognitiva <b>(P)</b>   |   | 183701  |  | 1         | 3         |           |           |
|   |  |   | 183702  |  | 1         | 3         |           |           |
|   |  |   | 183713  |  | 1         | 4         |           |           |
|   |  |   | 183715  |  | 2         | 4         |           |           |
|   |  |   | 183004  |  | 2         | 4         |           |           |
| Control de la Perfusión Tisular <b>(N)</b>  | 183010   |   | 2   | 4  |           |           |           |           |
|   | Ver Cuadro 37  |   |   |  |           |           |           |           |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 37**

*Indicadores del Conocimiento: Control de la Hipertensión (1837) y Conocimiento: Control de la Enfermedad Cardíaca Hipertensión (1830)*

| <b>Indicadores NOC</b>  | <b>Ningún Conocimiento (1)</b> | <b>Conocimiento Escaso (2)</b> | <b>Conocimiento Moderado (3)</b> | <b>Conocimiento Sustancial (4)</b> | <b>Conocimiento Extenso (5)</b> |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <b>183701</b> Rango normal de presión arterial sistólica                    | A                              |                                | D                                |                                    |                                 |
| <b>183702</b> Rango normal de presión arterial diastólica                   | A                              |                                | D                                |                                    |                                 |
| <b>183713</b> Importancia de la adherencia al tratamiento                   | A                              |                                |                                  | D                                  |                                 |
| <b>183715</b> Importancia de mantener visitas de seguimiento                |                                | A                              |                                  | D                                  |                                 |
| <b>183004</b> Beneficios del control de la enfermedad                       |                                | A                              |                                  | D                                  |                                 |
| <b>183010</b> Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol | A                              |                                |                                  | D                                  |                                 |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 38**

*Cuadro Analítico acerca del Patrón de Percepción y Control de la Salud; el Requisito de Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar humano y los Principios de Relación Empática, Ética del Cuidado y Atención a la Vulnerabilidad.*

| Datos Subjetivos  | Datos Objetivos               | Problema   | Patrón de Gordon   | Diagnóstico Real  |
|---|-------------------------------|--|--|---|
| <b>Familiar refiere:</b><br>“Nosotros no sabíamos que tenía algo en el corazón, pensamos que esto se le iba a quitar y por eso no la llevamos; aquí nos estamos enterando de eso. Lo de ella era la tensión, a veces se sentía mal, le dábamos la pastilla y se le quitaba pero nada así de grave”. | - Preocupada<br>- Sorprendida | Desconocimiento sobre el manejo de la hipertensión arterial. | 1. Percepción y Control de la Salud  | Autogestión ineficaz de la salud familiar (00294)<br><b>R/C</b> alfabetización sanitaria inadecuada del cuidador<br><b>M/P</b> disminución de la atención a la afección de la paciente. |
|   |                               | <b>Necesidad</b>   | <b>Requisito de Orem</b>   |   |
|   |                               | Orientación para mejorar el cuidado en casa.                 | 7. Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar humano<br><br><b>Principio de Martinsen</b><br><br>- Relación empática<br>- Ética del cuidado<br>- Atención a la vulnerabilidad |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 39**

*Plan de cuidado acerca del Patrón Actividad y Ejercicio; el Requisito del Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo y los Principios de la Atención a la Vulnerabilidad, Ética del Cuidado y Preservación de la Dignidad.*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Autogestión ineficaz de la salud familiar (00294) <b>R/C</b> alfabetización sanitaria inadecuada del cuidador <b>M/P</b> disminución de la atención a la afección de la paciente.   |  |   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|--|--|---|---|---|---------------|---|---|---------------|---|---|---------------|---|---|---------------|---|---|---------------|---|---|---------------|--|--|
| <b>Dominio:</b> 1. Promoción de la Salud   |  |   | <b>Clase:</b> 2. Gestión de la Salud  |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <b>Enunciado Teórico</b>   | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b>   | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>   | <b>Criterio de Evaluación (CRE)</b>   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <p><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>1. Percepción y Control de la Salud.</b> Percepción del individuo sobre su propia salud y bienestar, la forma en como la mantiene, maneja o recupera a través de medidas preventivas como hábitos de higiene, ejercicio o alimentación, visitas médicas, adherencia a tratamientos médicos, entre otras. Incluye identificar y reconocer signos o síntomas de enfermedades, al igual que comprender los riesgos de la misma.</p> <p><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>7. Prevención de Peligros para la Vida, Funcionamiento, Desarrollo y Bienestar Humano.</b> Capacidad de la persona para evitar accidentes, riesgos de infecciones, accidentes, prevenir los peligros inherentes a su etapa de vida, edad y estado de salud por medio de medidas para lograrlo. Incluye realizar una higiene adecuada.</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Relación empática.</b> El cuidador debe ser sensible y estar atento a las necesidades del paciente, y trabajar para satisfacerlas a través de una relación empática y comprensiva, facilitando la colaboración en el tratamiento y la mejora de la atención sanitaria.</p> <p><b>Ética del cuidado.</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad.</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente los más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> | Preparación del cuidador familiar domiciliario <b>(2202)</b><br>Conocimiento: Control de la Hipertensión <b>(1837)</b> | <p>-Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.</p> <p>-Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.</p> <p>-Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.</p> <p>-Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.</p> <p>-Proporcionar información acerca de la enfermedad..</p> <p>-Instruir para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad (p. ej., indicaciones y administración de medicamentos, mantenimiento de una dieta adecuada, ejercicio y hábitos saludables, dejar de fumar, reducir el estrés, el peso, la ingesta de sodio y el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio, tal y como se indica).</p> <p>-Alentar al paciente y a su familia a mantener una lista de los medicamentos que toma actualmente y acudir regularmente a los chequeos médicos.</p> <p>-Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y frecuencia cardiaca de forma rutinaria.</p> | Fomentar la Implicación Familiar <b>(7110)</b><br>Enseñanza: Proceso de Enfermedad <b>(5602)</b><br>Manejo de la Hipertensión <b>(4162)</b> | <b>17. Grado de proximidad a un estado deseado</b>  |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|  | <b>Dominio</b>   |   | <b>E</b> <b>J</b> <b>B</b> <b>MB</b> <b>EX</b>  |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|  | Familia <b>(V)</b><br>Conductual <b>(III)</b>  |   | 1 2 3 4 5   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|  | Fisiológico: complejo <b>(II)</b>  |   | (A) (D)   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|  | <b>Clase</b>   |   | <b>Indicadores</b> <b>A</b> <b>D</b>  |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
|  | Desempeño del Cuidador Principal <b>(W)</b>  |   | Cuidados Durante la Vida <b>(X)</b><br>Educación de los Pacientes <b>(S)</b><br>Control de la Perfusión Tisular <b>(N)</b>                  | <table border="1"> <tr> <td><b>220201</b></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>220205</b></td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><b>220206</b></td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><b>183701</b></td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><b>183702</b></td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ver Cuadro 40</td> </tr> </table> | <b>220201</b> | 3 | 5 | <b>220205</b> | 1 | 4 | <b>220206</b> | 2 | 4 | <b>183701</b> | 2 | 4 | <b>183702</b> | 2 | 4 | Ver Cuadro 40 |  |  |
| <b>220201</b>  | 3  | 5   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <b>220205</b>  | 1  | 4   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <b>220206</b>  | 2  | 4   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <b>183701</b>  | 2  | 4   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| <b>183702</b>  | 2  | 4   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |
| Ver Cuadro 40  |  |   |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |   |   |               |  |  |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 40**

*Indicadores de la Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202) y el Conocimiento: Control de la Hipertensión (1837)*

| <b>Indicadores NOC</b>  | <b>Escasa (1)</b> | <b>Justa (2)</b> | <b>Buena (3)</b> | <b>Muy Buena (4)</b> | <b>Excelente (5)</b> |
|---|-------------------|------------------|------------------|----------------------|----------------------|
| <b>220201</b> Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar                    |                   |                  | A                |                      | D                    |
| <b>220205</b> Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados | A                 |                  |                  | D                    |                      |
| <b>220206</b> Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado                 |                   | A                |                  | D                    |                      |
| <b>183701</b> Rango normal de presión arterial sistólica                          |                   | A                |                  | D                    |                      |
| <b>183702</b> Rango normal de presión arterial diastólica                         |                   | A                |                  | D                    |                      |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 41**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón Rol y Relaciones y el Principio de la Relación Empática.*

| Datos Subjetivos   | Datos Objetivos                                       | Problema                               | Patrón de Gordon              | Diagnóstico Real  |
|--|---|--|-------------------------------|---|
| <b>Familiar refiere:</b><br>“No estoy sola, en la noche me turno con mi hermano y en el día me ayuda mi cuñada o a veces mi tía cuando viene mientras voy a hacer las diligencias, pero si es agotador”. | - Preocupada<br>- Estresada<br>- Aspecto de cansancio | Mayor responsabilidad sobre el enfermo | <b>8. Rol y Relaciones</b>    | Riesgo de tensión en el rol del cuidador (00062) <b>R/C</b> descanso insuficiente del cuidador principal. |
|  |   | <b>Necesidad</b>                       | <b>Principio de Martinsen</b> |   |
|  |   | Apoyo al cuidador principal            | - Relación empática.          |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 42**

*Plan de cuidado sobre el Patrón Rol y Relaciones y el Principio de la Relación Empática.*

| <b>Diagnóstico Potencial:</b> Riesgo de tensión en el rol del cuidador (00062) <b>R/C</b> descanso insuficiente del cuidador principal.   |  |   |   |  |               |           |           |
|---|--|---|---|--|---------------|-----------|-----------|
| <b>Dominio:</b> 1. Promoción de la Salud  |  |   | <b>Clase:</b> 2. Gestión de la Salud      |  |               |           |           |
| <b>Enunciado Teórico</b>  | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b>                       | <b>Plan</b>   | <b>Intervención (NIC)</b>                 | <b>Criterio de Evaluación</b>                            |               |           |           |
| <p><b><u>PATRON DE GORDON</u></b></p> <p><b>8. Rol y Relaciones:</b> Conjunto de comportamientos, habilidades y actitudes que una persona tiene al desempeñar su papel en las relaciones interpersonales, ya sea en su entorno familiar, social o laboral. Asimismo, describe la habilidad de asumir responsabilidades, establecer y mantener relaciones interpersonales, el nivel de satisfacción en las relaciones, la habilidad para resolver conflictos, entre otros aspectos.</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Relación empática:</b> El cuidador debe ser sensible y estar atento a las necesidades del paciente, y trabajar para satisfacer esas necesidades a través de una relación empática y comprensiva, facilitando la colaboración en el tratamiento y la mejora de la atención sanitaria.</p> | Bienestar del Cuidador Principal <b>(2508)</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.</li> <li>- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.</li> <li>- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.</li> <li>- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.</li> <li>- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.</li> <li>- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> <li>- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</li> </ul> | Apoyo al Cuidador Principal <b>(7040)</b> | <b>18.</b> Grado de percepción de expectativas positivas |               |           |           |
|   | <b>Dominio</b>   |   | <b>NDS</b>                                | <b>AS</b>  | <b>MOS</b>    | <b>MS</b> | <b>CS</b> |
|   | Salud Familiar <b>(VI)</b>                               |   | 1   | 2  | 3             | 4         | 5         |
|   | <b>Clase</b>   |   | <b>Indicadores</b>                        |  | <b>A</b>      | <b>D</b>  |           |
|   | Estado de Salud de los Miembros de la Familia <b>(Z)</b> |   | Cuidados Durante la Vida <b>(X)</b>       |  | <b>250811</b> | 3         | 4         |
|   |  |   |   |  | <b>250812</b> | 1         | 3         |
|   |  |   | <b>250807</b>                             | 3  | 4             |           |           |
|   |  |   | Ver Cuadro 43                             |  |               |           |           |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 43***Indicadores del Bienestar del Cuidador Principal (2508)*

| <b>Indicadores NOC</b>  | <b>No del todo Satisfecho (1)</b> | <b>Algo Satisfecho (2)</b> | <b>Moderadamente Satisfecho (3)</b> | <b>Muy Satisfecho (4)</b> | <b>Completamente Satisfecho (5)</b> |
|---|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| <b>250811</b> La familia comparte las responsabilidades de los cuidados |                                   |                            | 3 A                                 | 4 D                       |                                     |
| <b>250812</b> Disponibilidad de descansos                               | 1 A                               |                            | 3 D                                 |                           |                                     |
| <b>250807</b> Apoyo del profesional sanitario                           |                                   |                            | 3 A                                 | 4 D                       |                                     |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 44**

*Cuadro Analítico respecto al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| Datos Subjetivos | Datos Objetivos   | Problema           | Patrón de Gordon  | Diagnóstico Real  |
|------------------|---|--------------------|---|---|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Líquidos ingeridos en 24 horas: 1.458 ml.</li> <li>- Líquidos eliminados en 24 horas: 1.020 ml.</li> <li>- Balance hídrico: 438 ml.</li> </ul> | Retención Urinaria | <b>3. Eliminación</b>   | Eliminación urinaria alterada (00016) <b>R/C</b><br>oliguria <b>E/P</b><br>evacuación urinaria a través de sonda vesical. |
|                  |   | <b>Necesidad</b>   | <b>Requisito de Orem</b>  |   |
|                  |   | Eliminación        | <b>4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal</b>   |   |
|                  |   |                    | <b>Principio de Martinsen</b>   |   |
|                  |   |                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> <li>- Preservación de la dignidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 45**

*Plan de cuidado respecto al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Eliminación urinaria alterada (00016) <b>R/C</b> oliguria <b>E/P</b> evacuación urinaria a través de sonda vesical   |                                    |  |                                      |   |                    |           |           |           |           |
|---|------------------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Dominio:</b> 3. Eliminación e intercambio  |                                    |  |                                      | <b>Clase:</b> 1. Función Urinaria             |                    |           |           |           |           |
| <b>Enunciado Teórico</b>  | <b>Criterio de Resultado (NOC)</b> | <b>Plan</b>  | <b>Intervención (NIC)</b>            | <b>Criterio de Evaluación</b>                 |                    |           |           |           |           |
| <p><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>3. Eliminación:</b> Se refiere a la capacidad de eliminar desechos corporales a nivel intestinal, urinario y de la piel, además de los aspectos que le acompañen como la rutina diaria, uso de dispositivos o materiales para llevar a cabo la eliminación.</p> <p><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal:</b> Capacidad de la persona para controlar esfínteres para la eliminación urinaria y fecal, patrón diario de eliminación o requerir ayuda de medios para favorecer la eliminación (fármacos, enemas, alimentos, sondas, entre otros).</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad:</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente aquellos que son más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Preservación de la dignidad:</b> El cuidado debe ser respetuoso y preservar la dignidad de cada paciente, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones.</p> <p><b>Ética del cuidado:</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Eliminación Urinaria (0503)        | <p>Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.</p> <p>Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.</p> <p>Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir las diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).</p> <p>Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.</p> <p>Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.</p> <p>Observar las características del líquido drenado.</p> <p>Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.</p> <p>Asegure de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.</p> <p>Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.</p> | Cuidados del Catéter Urinario (1876) | 1. Grado de deterioro de la salud o bienestar |                    |           |           |           |           |
|   | <b>Dominio</b>                     |  | Salud Fisiológica (II)               | <b>Dominio</b>                                | <b>GC</b>          | <b>SC</b> | <b>MC</b> | <b>LC</b> | <b>NC</b> |
|   |                                    |  |                                      |   | 1                  | 2         | 3         | 4         | 5         |
|   | <b>Clase</b>                       |  | Eliminación (F)                      | <b>Fisiológico: Básico (I)</b>                | (A)                |           |           | (D)       |           |
|   |                                    |  |                                      | <b>Clase</b>                                  | <b>Indicadores</b> |           | <b>A</b>  | <b>D</b>  |           |
|   |                                    |  |                                      | <b>Control de la Evacuación (B)</b>           | <b>050303</b>      |           | 1         | 3         |           |
|   |                                    |  |                                      |   | <b>050307</b>      |           | 1         | 4         |           |
|   |                                    |  |                                      |   | <b>050332</b>      |           | 1         | 4         |           |
|   |                                    |  |                                      |   | Ver Cuadro 46      |           |           |           |           |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 46**

*Indicadores de la Eliminación Urinaria (0503)*

| <b>Indicadores NOC</b>            | <b>Gravemente Comprometido (1)</b> | <b>Sustancialmente Comprometido (2)</b> | <b>Moderadamente Comprometido (3)</b> | <b>Levemente Comprometido (4)</b> | <b>No Comprometido (5)</b> |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| <b>050303</b> Cantidad de orina   | 1 A                                |   | 3 D                                   |                                   |                            |
| <b>050307</b> Ingesta de líquidos | 1 A                                |   |                                       | 4 D                               |                            |
| <b>050332</b> Retención urinaria  | 1 A                                |   |                                       | 4 D                               |                            |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 47**

*Cuadro Analítico sobre el Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| Datos Subjetivos | Datos Objetivos   | Problema         | Patrón de Gordon  | Diagnóstico Real  |
|------------------|---|------------------|---|---|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de pañal</li> <li>- Uso de laxantes para la evacuación diaria</li> </ul> | Estreñimiento    | <b>3. Eliminación</b>   | Estreñimiento (00011)<br><b>R/C</b> movilidad física deteriorada<br><b>M/P</b> menos de tres deposiciones a la semana |
|                  |   | <b>Necesidad</b> | <b>Requisito de Orem</b>  |   |
|                  |   | Eliminación      | <b>4.</b> Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal   |   |
|                  |   |                  | <b>Principio de Martinsen</b>   |   |
|                  |   |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a la Vulnerabilidad.</li> <li>- Preservación de la dignidad.</li> <li>- Ética del cuidado.</li> </ul> |   |

**Fuente:** Datos obtenidos a través de la anamnesis y el examen físico realizado a la paciente objeto de estudio, haciendo uso de la taxonomía NANDA (2021-2023).

**Cuadro 48**

*Plan de cuidado sobre al Patrón de Eliminación; el Requisito de Provisión de Cuidados Asociados con Procesos de Eliminación Urinaria e Intestinal y los Principios de Atención a la vulnerabilidad, Preservación de la dignidad y Ética del cuidado.*

| <b>Diagnóstico Real:</b> Estreñimiento (00011) R/C movilidad física deteriorada M/P menos de tres deposiciones a la semana  |                               |   |  |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|---|-------------------------------|---|--|---|-----------------|---|---------|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|---|--|--|-----|--|--|-----|-------|-------------|--|---|---|--|------------------------------|--------|--|---|---|--|--|--------|--|---|---|--|--|--------|--|---|---|--|--|--------|--|---|---|--|--|---------------|--|--|--|--|
| <b>Dominio:</b> 3. Eliminación e intercambio  |                               |   | <b>Clase:</b> 2. Función Gastrointestinal        |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
| Enunciado Teórico   | Criterio de Resultado (NOC)   | Plan  | Intervención (NIC)                               | Criterio de Evaluación                              |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
| <p><b><u>PATRÓN DE GORDON</u></b></p> <p><b>3. Eliminación:</b> Se refiere a la capacidad de eliminar desechos corporales a nivel intestinal, urinario y de la piel, además de los aspectos que le acompañen como la rutina diaria, uso de dispositivos o materiales para llevar a cabo la eliminación.</p> <p><b><u>REQUISITO DE OREM</u></b></p> <p><b>4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal:</b> Capacidad de la persona para controlar esfínteres para la eliminación urinaria y fecal, patrón diario de eliminación o requerir ayuda de medios para favorecer la eliminación (fármacos, enemas, alimentos, sondas, entre otros).</p> <p><b><u>PRINCIPIO DE MARTINSEN</u></b></p> <p><b>Atención a la vulnerabilidad:</b> El cuidado se enfoca en las necesidades y deseos del paciente, especialmente aquellos que son más vulnerables y necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades.</p> <p><b>Preservación de la dignidad:</b> El cuidado debe ser respetuoso y preservar la dignidad de cada paciente, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones.</p> <p><b>Ética del cuidado:</b> El cuidado debe ser visto como una actividad ética y moral, basada en los valores de la compasión, la empatía y la responsabilidad para proteger al paciente del daño mediante el cuidado adecuado en la práctica profesional.</p> | Eliminación Intestinal (0501) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</li> <li>- Vigilar la existencia de peristaltismo.</li> <li>- Consultar con el medico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis.</li> <li>- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.</li> <li>- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.</li> <li>- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.</li> </ul> | Manejo de Estreñimiento/Impactación fecal (0450) | 14. Grado de un estado o respuesta negativa adverso |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | Dominio                       |   | Salud Fisiológica (II)                           | Clase   | Eliminación (F) | <table border="1"> <tr> <th>Dominio</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> <tr> <td>Fisiológico: Básico (I)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(A)</td> <td></td> <td></td> <td>(D)</td> </tr> <tr> <th>Clase</th> <th colspan="2">Indicadores</th> <th>A</th> <th>D</th> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de la Evacuación (B)</td> <td colspan="2">050110</td> <td>2</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">050101</td> <td>1</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">050112</td> <td>1</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">050121</td> <td>1</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5">Ver cuadro 49</td> </tr> </table> | Dominio | G | S | M | L | N | Fisiológico: Básico (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  | (A) |  |  | (D) | Clase | Indicadores |  | A | D |  | Control de la Evacuación (B) | 050110 |  | 2 | 5 |  |  | 050101 |  | 1 | 4 |  |  | 050112 |  | 1 | 4 |  |  | 050121 |  | 1 | 4 |  |  | Ver cuadro 49 |  |  |  |  |
|   | Dominio                       |   | G  | S   | M               | L   | N       |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | Fisiológico: Básico (I)       |   | 1  | 2   | 3               | 4   | 5       |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   |                               |   |  | (A)   |                 |   | (D)     |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
| Clase   | Indicadores                   |   | A  | D   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
| Control de la Evacuación (B)  | 050110                        |   | 2  | 5   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | 050101                        |   | 1  | 4   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | 050112                        |   | 1  | 4   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | 050121                        |   | 1  | 4   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   | Ver cuadro 49                 |   |  |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   |                               |   |  |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   |                               |   |  |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |
|   |                               |   |  |   |                 |   |         |   |   |   |   |   |                         |   |   |   |   |   |  |  |     |  |  |     |       |             |  |   |   |  |                              |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |        |  |   |   |  |  |               |  |  |  |  |

**Fuente:** Datos obtenidos por medio de las taxonomías de enfermería NANDA (2021-2023), NOC (2018-2021) y NIC (2018-2021).

**Cuadro 49***Indicadores de Eliminación Intestinal (0501)*

| <b>Indicadores NOC</b>                              | <b>Grave (1)</b> | <b>Sustancial (2)</b> | <b>Moderado (3)</b> | <b>Leve (4)</b> | <b>Ninguno (5)</b> |
|---|------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| <b>050110</b> Estreñimiento                         |                  | 2 A                   |                     |                 | 5 D                |
| <b>050101</b> Patrón de eliminación                 | 1 A              |                       |                     | 4 D             |                    |
| <b>050112</b> Facilidad de eliminación de las heces | 1 A              |                       |                     | 4(D)            |                    |
| <b>050121</b> Eliminación fecal sin ayuda           | 1 A              |                       |                     | 4 D             |                    |

**Fuente:** Datos obtenidos de la taxonomía de Resultados de enfermería NOC (2018-2021).

## **CAPITULO V**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

En este capítulo se describe la experiencia profesional durante la aplicación del proceso enfermero explicando las etapas y objetivos del mismo, además de las diferentes actividades de enfermería de acuerdo a sus funciones profesionales, detallando en cada una las tareas ejecutadas por el investigador dentro del periodo de pasantías, las cuales se encuentran debidamente representadas en un diagrama de Gantt. Asimismo, se relata la opinión profesional de una enfermera, la paciente del estudio de caso y su acompañante, sobre la atención brindada y recomendaciones tanto a enfermería como al servicio de atención de salud en el que se encuentran.

#### **5.1. Proceso Enfermero**

A lo largo de los años, la enfermería ha ido evolucionando y con ello la calidad de los cuidados proporcionados provocando mejores resultados sobre la salud de las personas, ya que hoy en día se considera una profesión y su práctica como un proceso sistemático en determinados pasos tomando el nombre de proceso enfermero o proceso de enfermería, que según el equipo de redacción de la revista UNIR (2022), es el modelo fundamental que guía la práctica profesional de forma correcta e integral ya que revela cómo se deben proveer los cuidados a pacientes y familias, atendiendo sus necesidades a través de un método científico aunado a la experiencia clínica y la información proveniente de la valoración de los problemas de salud, permitiendo la asistencia individualizada, realizar ajustes en función a la recuperación o evolución de la enfermedad, la investigación y la educación del paciente.

Dado que el proceso enfermero es un método sistemático, Enfermeriacelayane (2018) destaca que consta de cinco (5) etapas que deben cumplirse manteniendo una continuidad en las mismas, no pudiendo ignorar o saltarse algunas, las cuales son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, de manera que es necesario describirlas a continuación para una mejor comprensión:

- **Valoración:** Se basa en la recolección y organización de datos objetivos y subjetivos del paciente, familia, grupo o comunidad que extrae el enfermero ya sea de fuentes primarias (paciente) o secundarias (familiares, amigos, personal de salud, historia clínica) para conocer la situación y necesidades en su salud a través de la entrevista la cual favorece la relación terapéutica enfermero-paciente; la observación y la exploración física que permiten comprobar las coherencias entre los datos suministrados durante la entrevistas y lo que se visualiza, palpa o escucha para luego tomar decisiones. Cabe destacar que esta etapa es continua, es decir, no se limita únicamente al momento del primer contacto con el individuo sino que es un proceso constante que ayuda a modificar las intervenciones de enfermería para alcanzar los resultados esperados.
- **Diagnóstico:** Se trata de realizar un juicio crítico a partir de la información obtenida que posibilita la identificación de problemas, diferenciándose del diagnóstico médico, ya que enfermería tiene prioridad en el cuidado del paciente y define diagnósticos estandarizados en la taxonomía NANDA, que pueden ser reales, potenciales, de promoción de la salud o síndrome, permitiendo fabricar un plan de cuidados individualizado e integral.
- **Planificación:** Consiste en realizar un plan de cuidados donde se deben priorizar los problemas que necesitan ser atendidos de forma inmediata para su resolución, mejora o control, por lo que se requiere establecer objetivos o resultados deseados teniendo como referencia la taxonomía de criterios de resultado NOC, y a su vez establecer las intervenciones de enfermería que conllevan a lograr dichos objetivos las cuales se encuentran en la taxonomía NIC.
- **Ejecución:** Consta de poner en práctica las intervenciones de enfermería previamente definidas en el plan de cuidados, procurando la documentación o registro de cada una de ellas en la historia clínica del paciente.

- **Evaluación:** Se refiere a valorar constantemente el estado del paciente tras la ejecución de las actividades de enfermería para comprobar si las intervenciones alcanzaron los resultados esperados, comparando el estado obtenido con el estado inicial del paciente y poder decidir si se debe mantener el plan de cuidados o realizar cambios que si consigan la evolución del paciente.

### **5.1.2. Objetivos**

El profesional de enfermería vela por el cuidado de las personas ya sea que estén sanos o enfermos, por lo que sus acciones de protección y promoción de la salud, prevención y manejo de la enfermedad van encaminadas a lograrlo, aunque también incluye a aquellos que se encuentran en su proceso de muerte donde el enfermero proporciona apoyo emocional durante el desenlace de su vida, generalmente se considera que el proceso de enfermería tiene el objetivo principal de la recuperación del paciente, sin embargo, los editores del Blog Yo Amo Enfermería (2018) plantean otros objetivos como:

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Trazar objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propios, consiguiendo autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se cubran las necesidades individuales del cliente, la familia y comunidad.
- El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta.
- Ayudar al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud proporcionando una asistencia individualizada.

## 5.2. Funciones de Enfermería

Por otro lado, este método sistemático y científico es puesto en marcha cada vez que el enfermero desempeña su labor como profesional de enfermería en sus diferentes roles o funciones ya que, teniendo en cuenta lo descrito en el 2019 por el autor anterior, consta de 4 tipos de funciones que son asistencial, docente, administrativa e investigadora, los cuales son explicados a continuación:

- **Función Asistencial:** Tal y como lo dice su nombre, se refiere a todas aquellas actividades que se realizan sobre las personas, familias o comunidades con el fin de preservar, potenciar y recuperar la salud en cualquier nivel de atención, de las cuales se pueden mencionar ser parte del equipo multidisciplinario que provee atención médica oportuna, la participación en programas de vigilancia epidemiológica, determinar las necesidades del individuo, familia o comunidad y accionar para la resolución de los mismos, entre otros.
- **Función Docente:** Consiste en proporcionar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y la experiencia profesional, lo cual es imprescindible en la formación de nuevos profesionales y la educación de los pacientes, por lo que diseña, planifica y participa en programas de educación para la salud, se desempeña como docente universitario, participa en el proceso enseñanza-aprendizaje de individuos, familias, comunidades y del personal de enfermería, entre otros.
- **Función Administrativa:** La administración es un trabajo que permite el provecho de las habilidades y destrezas de todos los miembros de una organización o institución para lograr objetivos en común que parte del liderazgo, siendo en enfermería el provecho de todas las capacidades de cada profesional de enfermería para dirigir y lograr la mejor atención posible hacia los usuarios, procurando el menor gasto de recursos, tiempo y energía. De esta manera, puede ejercerse esta función en cargos directivos, asistenciales o docentes ya que comprende planificar y controlar los cuidados de enfermería,

velar por la organización del trabajo de enfermería, supervisar el desempeño profesional para mantener y mejorar los servicios, entre otros.

- **Función Investigadora:** Tiene la finalidad de generar nuevos conocimientos siendo útil para mantenerse en constante actualización y mejorar la práctica diaria, lo cual puede ser impartido sobre la comunidad, los procedimientos de enfermería, los futuros profesionales y otros, por lo que se relaciona con las otras 3 funciones del enfermero. El realizar o participar en investigaciones de enfermería para el desarrollo profesional y mejoramiento de la atención de la salud, es un ejemplo de la función investigadora.

Para el desarrollo de la presente investigación fue necesario ejecutar un periodo de pasantías que permitió la adquisición de habilidades y destrezas en el área de cuidados intensivos, las cuales comprenden actividades asistenciales, docentes, administrativas e investigativas que fueron llevadas a cabo dentro de las instalaciones del HDLO, especialmente en los servicios de observación adulto y trauma shock ya que, como se mencionó en capítulos anteriores, la Unidad de cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" en la actualidad no se encuentra operativa y los pacientes críticos adultos son atendidos en dichos servicios.

De manera que, es necesario utilizar un diagrama de Gantt ya que este es un instrumento que sirve para esquematizar las tareas y actividades que se deben realizar en un espacio de tiempo específico para el desarrollo de un proyecto, desde que este inicia hasta que concluye, además, esto ayuda a visualizar el momento correcto para la ejecución de cada tarea que muchas pueden accionarse simultáneamente con otras (Santos, 2024). Asimismo, las actividades realizadas se describen más adelante de forma detallada y se representa gráficamente en el Cuadro 51.

**Cuadro 50**

*Diagrama de Gantt o cronograma de trabajo durante las pasantías*

| ACTIVIDADES     | TIEMPO DE DURACIÓN |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|-----------------|--------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|---|--|--|--|
|                 | OCTUBRE            |   |   |   | NOVIEMBRE |   |   |   | DICIEMBRE |   |   |   | ENERO |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   |   |  |  |  |
|                 | 1                  | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |   |  |  |  |
| ASISTENCIALES   |                    |   |   |   | X         | X | X | X | X         |   |   |   |       |   |   |   | X       | X | X | X | X     |   |   |   |   |  |  |  |
| DOCENTES        |                    |   |   |   | X         | X | X | X | X         |   |   |   |       |   |   |   | X       | X | X | X | X     |   |   |   |   |  |  |  |
| ADMINISTRATIVAS |                    |   |   |   | X         | X | X | X | X         |   |   |   |       |   |   |   | X       | X | X | X | X     |   |   | X |   |  |  |  |
| INVESTIGATIVAS  |                    |   | X | X | X         | X | X |   | X         |   |   |   |       |   |   |   | X       | X |   |   |       | X |   | X | X |  |  |  |

*Nota.* Actividades asistenciales, docentes, administrativas e investigativas llevadas a cabo durante el periodo de pasantías en las instalaciones del HDLO. Fuente: Realizado por la autora (2024).

### **5.3. Descripción de Actividades y Tareas Asistenciales**

Para López (2019) el enfermero es responsable del cuidado de las personas sin importar el grupo etario ya sea niño, adolescente, adulto o anciano por lo que debe proteger, mantener, restablecer y promover la salud y la autonomía física y psíquica, teniendo en cuenta la situación sociocultural para direccionar la asistencia a través de una relación intersubjetiva y que muchas veces acciona en colaboración con otros profesionales de salud para favorecer los procesos creativos del paciente. De esta manera describe que el enfermero en sus actividades asistenciales debe:

- Recibir el cambio de turno o “relevo” por parte del enfermero anterior, se indican las incidencias, intervenciones programadas para ese turno, nuevos ingresos, traslados/altas, se revisa paciente por paciente y dependiendo de la unidad se indicará nombre y patología de cada paciente.
- Preparar la medicación correspondiente tanto oral como intravenosa, parches, inhaladores, aerosoles, entre otros y administrar en su turno.
- Medir las constantes vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura, en pacientes diabéticos se harán controles de glucemia y de insulina administrada.
- Registrar la diuresis y el número de deposiciones.
- Repartir la medicación y administrar fluidoterapia comprobando los 5 correctos (paciente correcto, medicación, dosis, administración correcta y horario correcto).
- Realizar curas de manera periódica.
- Revisar las vías de acceso periféricas o centrales, drenajes, puntos de sutura, quemaduras, úlceras entre otros.
- Atender los avisos o inquietudes de los pacientes, valorando si pueden ser resueltas dentro de funciones de enfermería como dolor, fiebre, demanda de información, solicitud de medicación, entre otros.

- Extracción de muestras para análisis de laboratorio, frecuentemente se extrae muestra de sangre periférica, gasometrías, hemocultivos, recogida de esputos, coprocultivo, urocultivo, entre otros.
- Ante un ingreso, realizar una valoración inicial que se deberá repetir siempre que la situación del paciente presente un cambio. En el caso de un paciente que se va de alta, obtener y organizar el informe de continuidad de cuidados y el resto de documentación según proceda.
- Registrar todas y cada una de las actividades en los distintos programas destinados a ello, lo cual permite indicar al resto de profesionales la actividad se ha llevado a cabo.

#### ***Actividades Asistenciales Realizadas en el Periodo de Pasantías***

- Valorar el estado general de los pacientes hospitalizados y de ingreso, actuando de acuerdo a ello y estableciendo una relación terapéutica con los pacientes o sus familiares, de acuerdo a su cuadro clínico.
- Determinar las necesidades de los pacientes y ejecutar un plan de cuidados.
- Mantener la higiene y organización del servicio gracias al apoyo de camareras.
- Cuantificar y registrar en la historia clínica las constantes vitales como la saturación de oxígeno, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y los valores de glucemia capilar.
- En el caso de alteraciones en las constantes vitales tras su cuantificación, se procedió a acciones pertinentes como revisar la historia clínica para comprobar la indicación de algún medicamento específico o avisar al médico de guardia.
- Instaurar acceso vascular periférico, respetando los principios de asepsia y antisepsia.
- Preparar, administrar y registrar el tratamiento farmacológico según los 5 correctos.

- Administrar oxigenoterapia, fluidoterapia, hemoderivados, nutrición enteral y parenteral.
- Preparar materiales necesarios y asistir al personal médico en procedimientos como intubación endotraqueal, colocación de vía central y curas, respetando los principios de bioseguridad, asepsia y antisepsia.
- Permeabilizar vías aéreas mediante la aspiración del tubo traqueal, respetando los principios de bioseguridad, asepsia y antisepsia.
- Extraer muestras sanguíneas y de orina para análisis de laboratorio.
- Registrar la diuresis horaria, llevando control de líquidos ingeridos y eliminados.
- Vigilar drenajes registrando la cantidad, aspecto físico y olor de fluidos.
- Proveer cuidados de higiene confort (baño en cama, aseo de zona genitourinaria, cambio de pañal, de ropa de cama y ropa de paciente, masajes con crema hidratante y afeitarlos) teniendo especial cuidado en aquellos pacientes bajo ventilación mecánica y velando por la privacidad del paciente.
- Evaluar la evolución de los pacientes y las respuestas a las intervenciones implementadas.
- Ante el traslado de pacientes a otro servicio, acompañar y entregar la información necesaria del mismo al enfermero del servicio, en conjunto con el registro clínico.
- Dar apoyo emocional a pacientes y familiares de acuerdo a su situación.
- Actuar de forma oportuna ante el paro cardiorrespiratorio según el protocolo (vía aérea, masaje cardíaco, administración de fármacos p. ej. adrenalina, atropina).
- Proporcionar cuidados postmortem.

A través de las actividades descritas anteriormente, se pudo lograr la atención oportuna de enfermería en respuesta a las necesidades individuales de los pacientes, especialmente de la paciente objeto de estudio, las cuales conllevaron a la mejoría y a la recuperación de la salud de muchos de ellos logrando el alta médica, así como

también las acciones pertinentes para evitar la muerte o preservar la intimidad del difunto.

#### **5.4. Descripción de Actividades y Tareas Docentes**

Las actividades de enfermería como docente permiten compartir e inculcar conocimientos que consolidan la profesión a través de la formación de profesionales comprometidos y con bases científicas que influyen en la calidad del profesional y los cuidados que provee, de manera que el equipo de redacción del Blog DAE Formación (2022) señala que la docencia puede desempeñarse en la formación de nuevos profesionales, personal de enfermería, otros profesionales de la salud y en la educación de pacientes, familias y comunidades, por lo que agrega las siguientes actividades:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar, planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.
- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes.

#### ***Actividades Docentes Realizadas en el Periodo de Pasantías***

- Responder antes las inquietudes de los pacientes, especialmente de sus familiares, en cuanto al desconocimiento de la enfermedad, tratamiento, pruebas diagnósticas y resultados de paraclínicos, de acuerdo a las competencias de enfermería.
- Educar a la paciente objeto de estudio y a su familia en cuanto a la enfermedad, la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida, procurando la adherencia al tratamiento y una alimentación equilibrada, variada y beneficiosa para su recuperación, poder sobrellevar la enfermedad en casa y evitar futuras complicaciones, así como también proporcionar información respecto al control de la presión arterial y algunas medidas preventivas tales como realizar cambios posturales, masajes circulatorios, hidratación de la piel, visitas periódicas al médico, entre otras, las cuales contribuyan al autocuidado.
- Transmitir los conocimientos adquiridos en el transcurso de las prácticas profesionales a otros estudiantes de enfermería cursantes de los primeros semestres que les permita involucrarse en la atención de enfermería ante las necesidades de los pacientes.

Por medio de las acciones que comprenden la docencia, se pudo proporcionar herramientas esenciales para que la paciente objeto de estudio pueda ejercer su autocuidado, así como también la capacitación de las personas de su entorno familiar permitiendo el empoderamiento y fortalecimiento del autocuidado con el objetivo de que este se mantenga en el tiempo. Además se logró aumentar los conocimientos de otros usuarios atendidos y también de pasantes de enfermería tras responder a preguntas específicas, permitiendo la oportunidad de practicar o participar en acciones determinadas posterior a su explicación.

### **5.5. Descripción de Actividades y Tareas Administrativas**

Desde el punto de vista de D. García (2022), la enfermería administrativa forma parte del equipo de gestión de un centro de salud y por tanto su contacto con los

pacientes no es muy frecuente ya que gran parte de su trabajo se limita a una oficina, sin embargo, sus actividades se centran en la mejoría de la atención de salud repercutiendo en ellos, de manera que indica que sus acciones son las siguientes:

- Contratación, supervisión y despido de personal de enfermería.
- Describir los puestos de trabajo, realizar organigramas o diagramas de flujo.
- Supervisión de proyectos, recursos y la atención de enfermería proporcionada.
- Escribir y adherirse a un presupuesto departamental.
- Programar turnos para garantizar que haya suficientes enfermeras para atender a los pacientes.
- Crear planes de cuidados.
- Abordar las quejas de los pacientes.
- Establecer medidas disciplinarias.
- Garantizar que se lleva a cabo un registro preciso.
- Proporcionar oportunidades educativas para que las enfermeras cumplan con sus requisitos de educación continua.
- Ejecución de programas de introducción al puesto, orientación, desarrollo de liderazgo, enseñanza continuada y adiestramiento.
- Asistir a reuniones gerenciales.
- Planificación y facilitación de reuniones de personal.
- Redacción de informes sobre el desempeño departamental para el personal senior.
- Garantizar el mantenimiento de las instalaciones.
- Reunir el material y equipo necesario para la atención de enfermería.
- Decidir la compra de equipos y velar por su mantenimiento para un correcto funcionamiento.
- Realización de evaluaciones de desempeño.
- Elaboración de presupuestos e informes de asuntos financieros.
- Desarrollar políticas y procedimientos y asegurarse de que el personal cumpla.

- Actuar como enlace entre los departamentos, el personal de enfermería y los ejecutivos del hospital.
- Desarrollar una visión estratégica para el hospital o departamento.

#### ***Actividades Administrativas Realizadas en el Periodo de Pasantías***

- Crear planes de cuidado para la atención oportuna de la paciente objeto de estudio.
- Organizar las historias clínicas, reportar en ellas el estado general de los pacientes y procedimientos realizados en el turno de trabajo, además de custodiarlas.
- Realizar pedidos a farmacia y almacén para la dotación de materiales y medicamentos necesarios para la atención de los pacientes.
- Evaluación del trato de enfermería hacia los pacientes y acompañantes, el cual fue descrito en el capítulo I del presente trabajo.

Con estas tareas se consiguió la complementación del proceso enfermero ya que permitió, en lo posible, el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes atendidos según indicaciones médicas, al igual que llevar a cabo procedimientos necesarios como curas, aspiración de tubo endotraqueal, cateterización vascular, baño en cama, alimentación enteral, sondaje vesical, entre otros, lo cual es importante para proveer una atención y cuidados oportunos.

#### **5.6. Descripción de Actividades y Tareas Investigativas**

Esta parte de la enfermería también es de gran importancia ya que las investigaciones científicas que realiza van direccionadas a mejorar la salud humana, impulsando el avance de la ciencia médica y generando conocimientos que también sirven para futuras investigaciones, de manera que los editores del portal Brookline College (2021) plantean que dentro de las actividades investigativas del profesional de enfermería incluyen:

- Diseñar y realizar estudios de investigación médica.

- Observar a los pacientes durante el tratamiento o los ensayos clínicos.
- Informar los resultados de la investigación en conferencias u otros compromisos de conferencias.
- Redacción de subvenciones para asegurar fondos para experimentos futuros.
- Creación de artículos o informes de investigación para publicaciones científicas.

***Actividades Investigativas Realizadas en el Periodo de Pasantías***

- Recolección de información sobre el HDLO y la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" en la biblioteca "Dr. Miguel Salazar" del HDLO y publicaciones digitales de internet.
- Realizar encuestas a pacientes y acompañantes para una aproximación diagnóstica ya descrita en capítulos anteriores.
- Realizar entrevista exhaustiva a la paciente objeto de estudio para el desarrollo del estudio de caso, basándose en las etapas del proceso enfermero para lograr los objetivos planteados en la presente investigación.
- Observar la historia clínica de la paciente en estudio para adquirir datos relevantes en cuanto al diagnóstico médico, tratamiento farmacológico y dietético, paraclínicos, evolución de enfermería, entre otros.
- Efectuar entrevistas a profesionales de enfermería que proveen cuidados a pacientes críticos para conocer su opinión en aspectos específicos para la investigación.
- Revisión de trabajos de grado modalidad Curso Especial de Grado del área de cuidados intensivos en el departamento de enfermería de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, con la finalidad de obtener antecedentes referenciales regionales, importantes para el desarrollo de la presente investigación.

Gracias a todas estas acciones antes descritas, se logró llevar a cabo el presente trabajo de investigación de forma exitosa como requisito parcial para optar

por el título de Licenciatura en Enfermería, el cual se desarrolló entorno al área de cuidados intensivos, tomando como referencia a una paciente internada en el HDLO a la cual se le aplica el proceso enfermero en la búsqueda de su recuperación y empoderamiento para el cuidado de su salud, lo cual contribuye a su bienestar, generar conocimientos en el accionar de enfermería en situaciones similares, a comprobar la efectividad de las intervenciones ejecutadas considerando a la familia y un cuidado humano.

### **5.7. Opinión de Pacientes y Personal de Enfermería sobre la Acción Profesional de Enfermería**

A través de una entrevista no estructurada realizada a un profesional de enfermería que labora en el servicio de trauma shock adultos, la paciente objeto de estudio y su familiar (cuidador principal), se logró recoger su opinión y valoración de las acciones de enfermería, así como las sugerencias para el personal de enfermería y el servicio con el fin de poder ofrecer una mejor atención de salud.

#### **5.7.1. Opinión de un Profesional de Enfermería**

*"Bueno yo trabajé en observación, yo era de observación pero me pasaron para acá, y te puedo decir que no es lo mismo, es diferente la atención aquí que allá porque aquí llega paciente de repente y a veces está muy full, hay pacientes conectados, se suman los pacientes que llegan y es difícil a veces porque somos dos para atender a todos, a parte están los familiares que muchos no entienden que no pueden estar todo el tiempo en esta área. En observación también hay conectados, también se presentan emergencias, hay otros pacientes y también son dos enfermeras pero es diferente la atención aquí y allá porque te centras solamente en los pacientes que tienes ¿me entiendes? Todos los pacientes se atienden pero hay unos que están más de cuidados así como los intubados, otros son más de vigilancia y así; entonces mi sugerencia sería de que se necesita más personal para atender debidamente a todos los pacientes porque dos no son suficientes, que mejoren el área porque a*

*veces no hay camillas ni un paral para colocar tratamiento, que ustedes sigan aprendiendo y se preparen para que trabajen porque se necesita gente que le guste está área y yo sé que ustedes son buenas. Al resto de los demás compañeros, seguir mejorando porque siempre hay una deficiencia, pero podemos mejorar para poder ayudar a toda esta gente".*

### **5.7.2. Opinión de la Paciente del Estudio de Caso**

*"A mí me han tratado bien, están pendiente de mí, me han ayudado bastante, no te puedo decir que no porque yo llegue mal y he sentido un poco de mejoría y si no hubiesen estado ellos, los médicos y las enfermeras, no sé qué hubiese pasado. Doy gracias porque me estoy recuperando, no puedo quejarme porque me ha ido bien y no tengo ninguna queja de las enfermeras. Yo le digo a mi hija que se quede tranquila que me estoy recuperando. Lo que si te puedo decir que aquí me siento muy incómoda en la camilla, estar siempre acostada, muchos ruidos de la gente, los aparatos y no duermo".*

### **5.7.3. Opinión del Familiar de la Paciente del Estudio de Caso**

*"Hay unos enfermeros que están más pendiente, son amables, como hay otros que ni se le puede hablar como por ejemplo uno que estaba en estos días, de todos, solamente no me ha ido muy bien con ese, yo entiendo que están ocupados pero yo no les voy a quitar mucho tiempo en preguntarle algo que necesito saber porque yo no pregunto innecesariamente, ellos son los que estudiaron, yo no sé nada de esto y hay maneras de decir las cosas, o sea, son cosas que necesito saber para poder moverme, buscar, hacerle todo lo que hay que hacerle y mi mamá salga de aquí rápido. Por un lado eso, del resto todo muy bien se le ha cumplido todo su tratamiento, sus exámenes, se hace todo lo posible porque sabemos que la situación está difícil y aquí estamos. Del servicio, arreglar ese baño, eso da mal olor y nos afecta a todos aquí, los pacientes y los familiares".*

## **Conclusión**

El profesional de enfermería centra su atención en el cuidado integral y de forma individualizada en respuesta a los requerimientos del paciente y su familia durante el proceso enfermero dónde lleva a cabo la valoración de los problemas que afecten la salud del paciente, de manera que el enfermero desempeña un papel de gran importancia en el mantenimiento de la salud, la prevención y el manejo de la enfermedad cardiovascular tal como la cardiopatía hipertensiva e isquémica, en la cual la aplicación del modelo teórico y metodológico de diferentes autoras como lo son Marjory Gordon, Dorothea Orem y Kari Martinsen enriquecen el desempeño profesional.

De manera que en la aplicación del proceso enfermero a septuagenaria con cardiopatía mixta: hipertensiva/isquémica, se obtuvo una valoración holística y exhaustiva de la paciente en estudio de acuerdo a datos objetivos del examen físico por sistemas y los datos subjetivos de la anamnesis según Gordon y Orem, permitiendo detectar patrones de salud alterados y las demandas de cuidados debido a la existencia de déficits de autocuidados revelados por los requisitos universales de salud, por lo que se realizaron diagnósticos enfermeros con el uso de la taxonomía NANDA (2021-2023) para la planificación de cuidados especializados.

Asimismo, los pacientes con afecciones cardíacas potencialmente mortales requieren el ingreso a una UCI, específicamente en unidades de cuidados coronarios, dónde se pueda brindar una monitorización continua para mejorar los resultados clínicos que muchas veces requiere de tratamientos específicos mediante antiarrítmicos, trombolíticos, inotrópicos o vasopresores que pueden usarse en combinación con otros tratamientos no farmacológicos buscando el cumplimiento de los objetivos esperados. Por lo que los cuidados brindados están guiados por las taxonomías NOC y NIC (2018-2021), para poder accionar con intervenciones basados en los conocimientos científicos pero, en conjunto con la perspectiva de calidez humana que propone Martinsen con sus principios asistenciales, no solo

favoreció la relación terapéutica entre enfermero-paciente, sino también hacia el enfermero-familia y paciente-familia.

Por tal motivo, al unirse con Gordon y Orem llevaron a la paciente a un mejor estado clínico aplicando los sistemas de enfermería en el rol parcialmente compensador ante la vulnerabilidad de la paciente y de apoyo educativo para el manejo de la enfermedad, la adquisición de herramientas y habilidades que generen conductas o cambios positivos en la salud y el mantenimiento de ellas como la adherencia al tratamiento, a una alimentación saludable, las visitas periódicas a consulta médica, entre otros, todos fundamentados en la ética profesional y en la preservación de la dignidad, lo cual resulta pertinente en beneficio al paciente y su familia, previniendo otras complicaciones o el reingreso a la UCI que resulte en la muerte.

## **Recomendaciones**

### **A la Paciente**

- Cumplir con el tratamiento farmacológico para el control de la HTA y enfermedad cardíaca.
- Cumplir con una alimentación cardiosaludable hiposódica, baja en grasa, variada rica en fibra, frutas, vegetales y otros.
- Tomar medidas tempranas ante la detección de la aparición de síntomas de empeoro de la enfermedad.
- Acudir regularmente a revisiones médicas.
- Crear y mantener el hábito de cuantificar la presión arterial diariamente y buscar ayuda ante cifras peligrosas.

### **A la Familia**

- Tener una participación más activa en el cuidado de la persona mayor.
- Motivar a la paciente al cumplimiento de la dieta, reduciendo en lo posible las tentaciones de alimentos que no le beneficien.
- Vigilar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y colocar el práctica estrategias para conseguirlo (p. ej. colocar alarmas).
- Favorecer que la paciente acuda a las visitas médicas de forma temprana.

### **Al Personal de Enfermería**

- Procurar la capacitación continua en cuidados intensivos con el fin de poner en práctica los conocimientos desde un aprendizaje científico en conjunto con los empíricos para el desarrollo de un juicio clínico.
- Aclarar las inquietudes y orientar a los familiares de los pacientes en lo posible sobre las necesidades que requiere el paciente.
- Orientar a los pacientes y familiares sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas como medicamentos, dieta, ejercicio u otro, desde las bases científicas.

### **Al Hospital "Dr. Luis Ortega"**

- Gestionar los recursos necesarios para la reapertura de la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda".
- Mejorar las instalaciones del servicio de Observación Adulto para una mejor atención de los pacientes críticos.

### **A la Universidad de Oriente**

- Continuar ofreciendo formación profesional mediante los Cursos Especiales de Grado.
- Incorporar nuevas áreas para Cursos Especiales de Grado (p. ej. Enfermería quirúrgica, Enfermería obstétrica, entre otros).
- Mantener en continua mejoría para alcanzar mayor excelencia.

### **A Otros Participantes de los Cursos Especiales de Grado**

- Aprovechar al máximo su experiencia dentro de las instalaciones hospitalarias para adquirir el mayor conocimiento posible.
- Ser empáticos con la situación de salud de los pacientes, considerando a la familia como un aliado para brindar los cuidados.

## Referencias Bibliográficas

- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (08 de junio de 2022). *Miocardopatía causas y factores de riesgo*. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/miocardopatia/causas>
- Alonso, M. (30 de mayo de 2023). *Qué son los objetivos generales y específicos y cómo redactarlos*. Obtenido de <https://asana.com/es/resources/general-and-specific-objectives>
- Álvarez, M. (2010). *Hospital Historia MA*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/215717782/Hospital-Historia-MA-1>
- Amaro Alcalá, J., Rosas Avilés, R., Marval Ortiz, j. D., Gómez Mancebo, F., Rodríguez Urbaneja, F., J., T. V., . . . Acosta Martínez, J. (17 de octubre de 2018). *Registro de Hipertensión Arterial en consultas privadas en Venezuela: Estudio RHAVEN*. Obtenido de [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.elsevier.es/index.php%3Fp%3Drevista%26pRevista%3Dpdf-simple%26pii%3DS1889183718300941%26r%3D7&ved=2ahUKEwi9yvTeo6SFAxUbSTABHcShAMgQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1XbC8Njp91mYHPZG\\_iw67R](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.elsevier.es/index.php%3Fp%3Drevista%26pRevista%3Dpdf-simple%26pii%3DS1889183718300941%26r%3D7&ved=2ahUKEwi9yvTeo6SFAxUbSTABHcShAMgQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1XbC8Njp91mYHPZG_iw67R)
- American Heart Association . (05 de mayo de 2022). *Prevención y tratamiento de la miocardopatía* . Obtenido de <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/cardiomyopathy/prevention-and-treatment-of-cardiomyopathy>
- American Heart Association. (2021). *¿Que es la presión arterial?* Obtenido de [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure\\_span.pdf&ved=2ahUKEwicqMmXpdGEAxVXTDABHucCBv44ChAWegQIDBAB&usg=AOvVaw2n](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf&ved=2ahUKEwicqMmXpdGEAxVXTDABHucCBv44ChAWegQIDBAB&usg=AOvVaw2n)
- Arribas, A. (30 de julio de 2019). *Valoración clínica enfermera*. Obtenido de <https://conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/82>

- Arteaga, E. (20 de julio de 2023). *Kari Martinsen*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/ElizabethArteaga20/kari-martinsenpptx>
- Bakris, G. (septiembre de 2023). *Hipertensión arterial*. Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial#v718140\\_es](https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial#v718140_es)
- Bendersky, M., Piskorz, D., & Boccardo, D. (08 de octubre de 2002). *Cardiopatía hipertensiva*. Obtenido de [https://www.academia.edu/30408433/Cardiopat%C3%ADa\\_hipertensiva](https://www.academia.edu/30408433/Cardiopat%C3%ADa_hipertensiva)
- Borrero Santiesteban, Y., Díaz Acosta, Y., & Valdivia Martínez, I. (30 de abril de 2022). *Los sustentos de la medicina desde la filosofía. Consideraciones y reflexiones*. Obtenido de <https://revista.ilce.edu.mx/index.php/experiencias-educativas/293-los-sustentos-de-la-medicina-desde-la-filosofia>
- Brookline College. (10 de agosto de 2021). *Cómo convertirse en enfermera investigadora*. Obtenido de <https://www.brooklinecollege.edu/es/blog/how-to-become-a-research-nurse/>
- Calderón, E., Satizábal, N., Rincón, E., Oyala, P., Flórez, N., Carrillo, D., . . . Gómez, J. (octubre de 2017). *Perfiles clínicos y hemodinámicos en pacientes con falla cardíaca aguda*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-perfiles-clinicos-hemodinamicos-pacientes-con-S0120563317300682>
- Campos, S., & Salazar, B. (2021). *Proceso Enfermero a Paciente Asulyo FEmenino con Diagnóstico Médico Enfermedad Vasculat Cerebral de Origen Cardioembólico, Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar*. Tesis de pregrado, Universidad de Oriente.
- Carreño, L. (2024). *Proceso Enfermero a Sexagenaria con Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" del Hospitl "Dr. Luis Ortega" de Porlamar*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

- Cevallos, L., Peralta, K., Ortiz, W., & Moyón, G. (02 de julio de 2020). *Patogénesis y clínica de la estenosis aórtica*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/download/32/67&ved=2ahUKEwif6OzCy9uEAXVqgIQIHQytAew4HhAWegQIBBAB&usg=AOvVaw1osdH4yAnp6U6BG3HhZOPD>
- Clínica Internacional. (22 de octubre de 2018). *Cardiopatía: causas, síntomas y complicaciones*. Obtenido de <https://blog.clinicainternacional.com.pe/cardiopatia-causas-sintomas/>
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Diccionario médico Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico>
- Cuevas Amaya, W. (11 de mayo de 2020). *Concepto de visión*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/concepto-de-vision/>
- Da Silva, D. (05 de abril de 2022). *¿Cómo hacer una filosofía empresarial en 5 pasos?*. Obtenido de <https://www.zendesk.com.mx/blog/filosofia-empresarial/>
- DAE Formación. (14 de marzo de 2022). *¿Cómo ser enfermera docente? Qué estudiar y requisitos*. Obtenido de <https://daeformacion.com/enfermera-docente-estudiar-requisitos/>
- Daud, G. (04 de agosto de 2020). *El propósito organizacional, el camino que inspira, alinea y conecta*. Obtenido de <https://es.linkedin.com/pulse/el-prop%C3%B3sito-organizacional-camino-que-inspira-alinea-guillermo-daud>
- Delgado, A. (18 de febrero de 2022). *Metodología de Investigación-Acción Participativa para la Enseñanza Aprendizaje del Diseño*. Obtenido de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/actas/article/view/5678>
- Dominguez, V., Speranza, N., & Tamosiunas, G. (julio de 2017). *Fichas técnicas: otro insumo para la prescripción racional*. Obtenido de

- [https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/index.php?option=com\\_content&task=view&id=156&Itemid=72](https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=72)
- Donalicio, Y. (23 de agosto de 2022). *Importancia de los valores en nuestra sociedad*. Obtenido de <https://uphacialaluz.com/2022/08/23/la-importancia-de-los-valores-en-nuestra-sociedad/>
- Durán, D., Jara, I., & Arrieta, P. (28 de noviembre de 2022). *Actualización del derrame pleural*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541222002967>
- Editorial Etecé. (05 de mayo de 2022). *Técnicas de investigación*. Obtenido de <https://concepto.de/tecnicas-de-investigacion/>
- Emilio, N. (23 de noviembre de 2021). *¿Qué es un cuadro de mando analítico?* Obtenido de [https://www.google.com/amp/s/blog.bismart.com/que-es-un-cuadro-de-mando-analitico%3fhs\\_amp=true](https://www.google.com/amp/s/blog.bismart.com/que-es-un-cuadro-de-mando-analitico%3fhs_amp=true)
- Enfermeriacelayane. (30 de enero de 2018). *Unidad didáctica 4: Proceso enfermero*. Obtenido de <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>
- Felman, A. (29 de enero de 2021). *Qué debes saber sobre la presión arterial alta*. Obtenido de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/hipertension>
- Fernández, D. (marzo de 2020). *Proceso Enfermero a Paciente Neonato Masculino con Diagnóstico Médico Sífilis Congénita Ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital "Dr. Luis Ortega"*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/650093290/Trabajo-General-1-Daniel-Fernandez>
- Ferrer, L. (29 de julio de 2021). *¿Qué es el derrame pleural y qué lo causa?* Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/respiratorias/derrame-pleural/amp/>
- Fuentes, A. (13 de septiembre de 2018). *Dorothea Orem*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/andiiemiiko/dorothea-orem>

- García, D. (13 de julio de 2022). *Enfermera administrativa: Estudios y Responsabilidades*. Obtenido de <https://www.queestudiar.org/enfermera-administrativa-estudios-responsabilidades/>
- Gavira, J. J. (2022). *Miocardopatías*. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/miocardopatias>
- Gómez Quiroz, C. (18 de junio de 2015). *Marjory Gordon*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/269006764/MARJORY-GORDON-docx>
- Gómez, J. (2020). *Proceso Enfermero a Paciente Recién Nacido Prematuro del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr Luis Ortega con Diagnóstico Médico Sepsis Neonatal Enfocado en la Teoría de Dorothea Orem*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- Gómez, M. C. (11 de agosto de 2023). *Qué es una encuesta, para qué sirve y qué tipos existen*. Obtenido de <https://blog.hubspot.es/service/que-es-una-encuesta#tipos>
- Gómez, Y. (2024). *Proceso Enfermero a Paciente Masculino Politraumatizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital "Dr. Luis Ortega"*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- González, M. (17 de enero de 2023). *Biografía de Marjory Gordon, Apuntes de Biología*. Obtenido de <https://www.docsity.com/es/biografia-de-marjory-gordon/9414224/>
- González, R., R., V., López, A. R., & Ortega, E. P. (10 de marzo de 2017). *Derrame pleural*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://botplusweb.farmaceuticos.com/documentos/2017/3/10/113718.pdf&ved=2ahUKEwiyxYGpxYiFAXUgfjABHbqiCowQFnoECDEQAQ&usq=A0vVaw0twXspMCoD59mBGqr3G0-T>
- Gutiérrez Estévez, Y., Mendoza Flores, J., López Cordero, A., & Ruiz Botelho, N. (20 de octubre de 2023). *Kari Martinsen*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/CesarLaimeGallardo/kari-martinsen1pptx>

- Guzmán, G. (13 de abril de 2018). *Investigación Acción Participativa (IAP): ¿qué es y cómo funciona?* Obtenido de <https://psicologiaymente.com/social/investigacion-accion-participativa>
- Huenupil, S. (26 de junio de 2018). *La Observación Participante: Fases, ventajas y desventajas*. Obtenido de <https://saulmirandaramos.blogspot.com/2018/06/la-observacion-participante-fases.html?m=1>
- Instituto Nacional de Estadística. (24 de mayo de 2022). *Nueva Esparta*. Obtenido de <https://www.estadonuevaesparta.com/nueva-esparta>
- Jamenson, L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2018). Vaculopatía hipertensiva. En *Harrison Principios de la Medicina Interna* (20 ed., págs. 1891-1894). McGraw Hill. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/513747566/2HTA-Harrison-Principios-de-Medicina-Interna-20%C2%BA-2019-Tomo-2>
- Lab Test Online. (23 de diciembre de 2022). *Infarto agudo de miocardio*. Obtenido de <https://www.labtestsonline.es/conditions/infarto-agudo-de-miocardio-y-sindrome-coronario-agudo>
- León, E. (2020). *Proceso Enfermero Apicado a Paciente Masculino Sexagenario con Diagnóstico Médico Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V Secundario a Hipertensión Arterial en Tratamiento de Reemplazo Renal (Hemodiafiltración)*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- León, M. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Adulto Masculino con Diagnóstico Médico Traumatismo Creaneonenfecálico Severo Ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- Londoño, C. D. (03 de junio de 2023). *Filosofía de la asistencia*. Obtenido de <https://teoriasfilosoficasenfermeria.blogspot.com/2013/06/filosofia-de-la-asistencia-kari.html?m=1>

- López Palomino, E. (octubre de 2019). *Función asistencial en atención especializada*. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/19/funcion-asistencial-en-atencion-especializada>
- Marín, V. (2022). *Proceso Enfermero a Adulto de Sexo Femenino, con Diagnóstico Médico de Autolisis por Opioides, Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Luis Ortega*. Tesis de pregrado, Universidad de Oriente.
- Martínez, Y. (marzo de 2020). *Proceso Enfermero a Paciente Lactante Mayor Masculino con Diagnóstico Médico de Sepsos con Punto de Partida Enteral Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/562256282/Tesis-de-Grado-Martinez-Yusmelis-PDF>
- Martins, J. (12 de septiembre de 2022). *Cómo redactar la visión de una empresa y ejemplos*. Obtenido de <https://asana.com/es/resources/vision-statement>
- Massó, J. (12 de abril de 2018). *Causas y efectos de la hipertensión arterial*. Obtenido de <https://www.quironsalud.com/blogs/es/corazon/causas-efectos-hipertension-arterial>
- Mata, L. (07 de mayo de 2019). *El enfoque de investigación: la naturaleza del estudio*. Obtenido de <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-de-investigacion-la-naturaleza-del-estudio/>
- Moreno, J. (28 de junio de 2023). *Qué son los recursos humanos, su importancia y ejemplos*. Obtenido de <https://blog.hubspot.es/service/recursos-humanos#que-son>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009).

- Navicelli, V. (17 de octubre de 2022). *Definición de reseña histórica*. Obtenido de <https://definicion.com/resena-historica/>
- Ocazióñez, J. (2019). *Mortalidad en pacientes de 70 años o más, ingresados a unidad de cuidados intensivos*. Obtenido de <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/7057>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (16 de marzo de 2023). *Hipertensión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Ortega, H., Piedra, J., & Tito, H. (2018). Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo:an update. *Eugenio Espejo*, 76-100.
- Ostos, R. (10 de marzo de 2023). *¿Qué es una cardiopatía isquémica?* Obtenido de <https://centromedicoabc.com/revista-digital/que-es-una-cardiopatia-isquemica/>
- Ostos, R. (19 de julio de 2023). *Cardiopatías: síntomas y características* . Obtenido de <https://centromedicoabc.com/revista-digital/cardiopatias-sintomas-y-caracteristicas/>
- Paramio, A., Hernández, M., & Carrazana, E. (marzo de 2018). *Riesgo cardiovascular global en un barrio del municipio Cárdenas, Estado Táchira, Venezuela*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2078-71702018000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702018000100006)
- Pérez, L. (23 de noviembre de 2018). *Qué es la cardiopatía hipertensiva y qué tipos hay*. Obtenido de <https://www.unidadmedica.com/blog/cardiopatia-hipertensiva-que-es-y-tipos/>
- Pinto, Y. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Femenina con Enfermedad Cerebrovascula Isquémico (EVC) Temporal Derecho Internada en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Agresa del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

- Quiroa, M. (01 de mayo de 2020). *Estructura Organizacional*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/estructura-organizacional.html>
- Rahman, N. (agosto de 2023). *Derrame pleural*. Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/derrame-pleural#v922991\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/derrame-pleural#v922991_es)
- Regueiro Cueva, A., Vidal Hagemeyer, B., Bernadó, C., & Pereda, D. (23 de enero de 2020). *¿Qué son las valvulopatías?* Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/valvulopatias>
- Reyes, E. (05 de junio de 2021). *Definición de misión según autores*. Obtenido de <https://www.emprendedorinteligente.com/definicion-de-mision-segun-autores/>
- Rinaudo, G., Buffa, S., Aybar, A., Carreras, R., & Diaz, I. (2017). La Aproximación Diagnóstica: Una Herramienta para el Acercamiento a las Comunidades y Producción de Conocimientos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 265-271. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/download/18879/18767/52798%23::~:~:text=3DLa%2520aproximaci%25C3%25B3n%2520diagn%25C3%25B3stica%2520nos%2520permite,esta%2520herramienta%2520>
- Rodríguez Gamero, L. (2007). *Hospital "Dr. Luis Ortega" 50 años*. Porlamar, Nueva Esparta.
- Rodríguez Puerta, A. (01 de enero de 2023). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
- Romero Massa Elizabeth, M. O., & Rodriguez Payares. (2020). *Autocuidado en pacientes con falla cardiaca y contribucion de sus cuidadores*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/15165/VANES>

SA%2520PAOLA%2520MANJARRES%2520OLIVARES.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwjT0sm8tKSFAxXjTTABHQWpCQEQFno

Rovira, I. (08 de marzo de 2018). *Estudio de caso: características, objetivos y metodología*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/estudio-de-caso>

Sabaté Tenas, M., & Farrero Torres, M. (20 de febrero de 2018). *¿Qué es la Cardiopatía Isquémica, Infarto o Angina de Pecho?* Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cardiopatia-isquemica>

Salazar, A. (2024). *Proceso Enfermero a Paciente Masculino con Evento Cerebrovascular Hemorrágico Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Pablo Agreda" del Hospital "Dr. Luis Oretaga" de Porlamar*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].

Salazar, V. (04 de septiembre de 2011). *3 de septiembre de 1850: Nace el Dr. Luis Ortega*. Obtenido de [https://cronistasdenuevasparta.blogspot.com/2011/09/3-de-septiembre-de-1850-nace-el-dr-luis\\_04.html?m=1](https://cronistasdenuevasparta.blogspot.com/2011/09/3-de-septiembre-de-1850-nace-el-dr-luis_04.html?m=1)

Santander Universidades. (10 de diciembre de 2021). *Investigación cualitativa y cuantitativa: características, ventajas y limitaciones*. Obtenido de <https://www.santanderopenacademy.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>

Santos, D. (20 de enero de 2023). *3 claves para definir la filosofía de tu empresa (+ 10 ejemplos)*. Obtenido de <https://blog.hubspot.es/marketing/filosofia-empresas>

Santos, D. (19 de marzo de 2024). *Diagrama de Gantt: qué es y cómo crearlo paso a paso*. Obtenido de <https://blog.hubspot.es/marketing/crear-diagrama-gantt>

Suboc, T. (noviembre de 2022). *Introducción a la miocardiopatía*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos->

sangu%C3%ADneos/miocardio%ADa/introducci%C3%B3n-a-la-miocardio%ADa

Suboc, T. (noviembre de 2022). *Miocardopatía dilatada*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/miocardio%ADa/miocardio%ADa-dilatada>

Suboc, T. (noviembre de 2022). *Miocardopatía hipertrófica*. Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/miocardio%ADa/miocardio%ADa-hipertr%C3%B3fica#v719378\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/miocardio%ADa/miocardio%ADa-hipertr%C3%B3fica#v719378_es)

Suboc, T. (noviembre de 2022). *Miocardopatía restrictiva*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/miocardio%ADa/miocardio%ADa-restrictiva>

Sulbarán, M., Chacín, A., & Guevara, H. (23 de noviembre de 2019). Caracterización del síndrome coronario agudo en mujeres. Carabobo. Venezuela. *Salus*, 34-41. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3759/375967530006/html/>

Sweis, R., & Jivan, A. (junio de 2022). *Generalidades de la enfermedad coro*. Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/generalidades-sobre-la-enfermedad-coronaria#v934028\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/generalidades-sobre-la-enfermedad-coronaria#v934028_es)

Tapias, O. (24 de abril de 2019). *¿Qué es un Plan de Cuidados y por qué es importante?* Obtenido de [https://www.google.com/amp/s/blogatend.atend.mx/27022019/qu%C3%A9-es-un-plan-de-cuidados-y-por-qu%C3%A9-es-importante%3fhs\\_amp=true](https://www.google.com/amp/s/blogatend.atend.mx/27022019/qu%C3%A9-es-un-plan-de-cuidados-y-por-qu%C3%A9-es-importante%3fhs_amp=true)

- Tejeda, B. (05 de marzo de 2021). *Departamento de enfermería*. Obtenido de <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/adm-servicio-de-enf-hospit/departamento-de-enfermeria/12996923>
- UNIR revista. (07 de febrero de 2022). *El proceso enfermero: ¿cómo cuidar a los pacientes?* Obtenido de <https://www.unir.net/salud/revista/proceso-enfermero/>
- Vicent, A. (2022). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Femenina Adulta con Enfermedad Renal Crónica Secundario a Hipertension Arterial + Diabetes Mellitus + Nefritis Lúpica en Tratamiento Dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis "Dr. Edgar Moglia"*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente].
- VIDAL Vademécum. (29 de septiembre de 2012). *Furosemida*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-furosemida-C03CA01-ve>
- VIDAL Vademécum. (01 de enero de 2015). *Alprazolam*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-alprazolam-N05BA12-ve>
- VIDAL Vademécum. (20 de diciembre de 2016). *Omeprazol*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-omeprazol-A02BC01-ve>
- VIDAL Vademécum. (19 de diciembre de 2018). *Enoxaparina*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-enoxaparina-B01AB05-ve>
- VIDAL Vademécum. (13 de febrero de 2020). *Aspirina*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77000263/aspirina-comprimido-100-mg>
- VIDAL Vademécum. (06 de marzo de 2020). *Atorvastatina*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-atorvastatina-C10AA05-ve>
- VIDAL Vademécum. (23 de septiembre de 2020). *Milax*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/venezuela/medicamento/77006658/milax-polvo-para-solucion-oral-100->
- VIDAL Vademécum. (17 de diciembre de 2021). *Amiodarona*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-amiodarona-C01BD01-ve>

- VIDAL Vademécum. (16 de diciembre de 2021). *Ticagrelor*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-ticagrelor-B01AC24-ve>
- VIDAL Vademécum. (07 de febrero de 2022). *Carvedilol*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-carvedilol-C07AG02-ve>
- VIDAL Vademécum. (25 de febrero de 2022). *Espironolactona*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-espironolactona-C03DA01-ve>
- VIDAL Vademécum. (13 de mayo de 2022). *Losartán*. Obtenido de <https://www.vademecum.es/principios-activos-losartan-C09CA01-ve>
- Yo Amo Enfermería Blog. (31 de marzo de 2018). *Proceso de atención de enfermería características y objetivos*. Obtenido de <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/03/31/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>
- Yo Amo Enfermería Blog. (21 de mayo de 2019). *Funciones o roles de enfermería*. Obtenido de <https://yoamoenfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>TÍTULO</b>    | Proceso enfermero a septuagenaria con cardiopatía mixta: hipertensiva/isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Dr. Pablo Agreda del Hospital Dr. Luis Ortega |
| <b>SUBTÍTULO</b> |   |

**AUTOR (ES):**

| <b>Apellidos y Nombres</b>         | <b>Código ORCID / e- mail</b>             |
|------------------------------------|---|
| <b>León Diaz Eliannys Verónica</b> | <b>ORCID:</b>                             |
|                                    | <b>e-mail:</b> eliannysleondiaz@gmail.com |
|                                    | <b>e-mail:</b>                            |

**PALABRAS O FRASES CLAVES:**

cardiopatía  
hipertensión arterial  
infarto agudo de miocardio  
cuidados intensivos  
proceso enfermero

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

| <b>ÁREA</b>          | <b>SUBÁREA</b> |
|----------------------|----------------|
| Ciencias de la Salud | Enfermería     |
|                      |                |
|                      |                |

**RESUMEN (ABSTRACT):**

Este trabajo de investigación aborda a la cardiopatía mixta donde la hipertensiva aparece como consecuencia de la hipertensión arterial provocando daños en el corazón y conduciendo a un conjunto de condiciones clínicas que ameriten cuidados intensivos como la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica que provoque un infarto agudo de miocardio u otros, por lo que el papel del profesional de enfermería es de gran importancia para la atención oportuna de dicha patología. En este sentido, posee como objetivo Aplicar Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta Hipertensiva/Isquémica ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” el cual se fundamenta teórica y metodológicamente en un estudio cuali-cuantitativo a través de la aplicación de la combinación del examen físico y la anamnesis para la valoración objetiva y subjetiva a la paciente y su familia, desde la perspectiva de los modelos de enfermería de Marjory Gordon, Dorothea Orem y Kari Martinsen. En conclusión, el enfermero al considerar la atención holística según Gordon, con el enfoque de Martinsen en cuidados basados en la ética, la atención a la vulnerabilidad, el respeto de su dignidad, una relación empática y tomando como referencia a Orem, el establecimiento de los planes de cuidados contribuyen significativamente en la recuperación de la paciente y a la modificación de su conducta hacia el autocuidado gracias a la orientación en conjunta con su entorno familiar para el buen manejo de la enfermedad en la búsqueda del mantenimiento de estas conductas para retardar que esta avance o aparezcan otras complicaciones.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

| <b>Apellidos y Nombre</b> | <b>ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL</b> |                            |           |           |           |
|---------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Sulbarán Carlos           | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                  | <b>AS</b> | <b>TU</b> | <b>JU</b> |
|                           |                                    |                            |           |           | <b>x</b>  |
|                           | <b>ORCID</b>                       |                            |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      | sulbarancarlos55@gmail.com |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      |                            |           |           |           |
| Narváez Yulitza           | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                  | <b>AS</b> | <b>TU</b> | <b>JU</b> |
|                           |                                    |                            |           |           | <b>x</b>  |
|                           | <b>ORCID</b>                       |                            |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      | yulitzajose@hotmail.com    |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      |                            |           |           |           |
| Lárez Julioscar           | <b>ROL</b>                         | <b>CA</b>                  | <b>AS</b> | <b>TU</b> | <b>JU</b> |
|                           |                                    |                            |           |           | <b>x</b>  |
|                           | <b>ORCID</b>                       |                            |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      | julioscarlarez@gmail.com   |           |           |           |
|                           | <b>E_MAIL</b>                      |                            |           |           |           |

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

| <b>AÑO</b>  | <b>MES</b> | <b>DÍA</b> |
|-------------|------------|------------|
| <b>2024</b> | <b>03</b>  | <b>12</b>  |

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b> | <b>TIPO MIME</b> |
|--------------------------|------------------|
| NNECTG_LDEV2024          | .docx            |
| NNECTG_LDEV2024          | .pdf             |

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D E F G H I J K L M  
N O P Q R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z . 0 1 2 3 4 5 6 7  
8 9 .

**ALCANCE**

ESPACIAL: Inespacial

TEMPORAL: Intemporal

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Licenciada en Enfermería

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Licenciatura

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Ciencias de la Salud

**INSTITUCIÓN:** Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLANOS CURVELA**  
Secretario



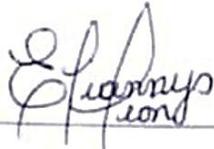
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**DERECHOS**

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"



**ELIANNYS VERÓNICA LEÓN DIAZ  
AUTORA**



**LCDO. CARLOS SULBARÁN  
JURADO**



**LCDA. YULITZA NARVÁEZ  
JURADO**



**LCDA. JULIOSCAR LÁREZ  
JURADO**



**LCDA. ANDREINA NORIEGA  
JURADO**

**POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO**