



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Enfermería del adulto

Unidad 4. Intervenciones de enfermería en patologías del aparato Cardiovascular

Dra. en A.D. Bárbara Dimas Altamirano

Parte 3

Hipertensión Arterial

NOM-030-SSA2-1990

Crisis Hipertensiva

**Urgencia
Hipertensiva**

**Emergencia
Hipertensiva**

Guía Hipertensión Arterial



DEFINICIÓN

Tensión Arterial

es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear



Hipertensión Arterial (HTA)

es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Tanto a los vasos como a otros órganos



Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares

CLASIFICACIÓN HIPERTENSIÓN



PRESIÓN ARTERIAL NORMAL

en Niños y Adolescentes



EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la Hipertensión Arterial se sitúa entorno al 30-45% de la población general, aumentando de forma notable en edades avanzadas.



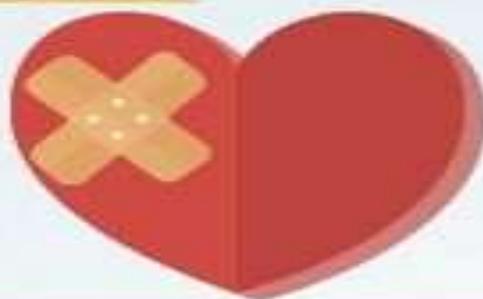
También hay que tener en cuenta los gastos globales del tratamiento antihipertensivo

60 millones anuales



RIESGO CARDIOVASCULAR

La Hipertensión Arterial es uno de los factores más importantes del **RIESGO CARDIOVASCULAR** pudiendo padecer enfermedades coronarias y/o ictus



Existen modelos para calcular el riesgo cardiovascular como por ejemplo: Score

SCORE

Systematic Coronary Risk Evaluation

que estima el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares en 10 años según edad, sexo, tabaquismo, colesterol total y PAS (presión arterial sistólica)

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



Lo primero es realizar una historia clínica completa y un examen físico

La tensión debe tomarse sentado y en reposo (3-5 min). No fume, ni tome bebidas excitantes antes de la medición



Se pueden realizar pruebas de laboratorio (análisis de sangre) para comprobar niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos....

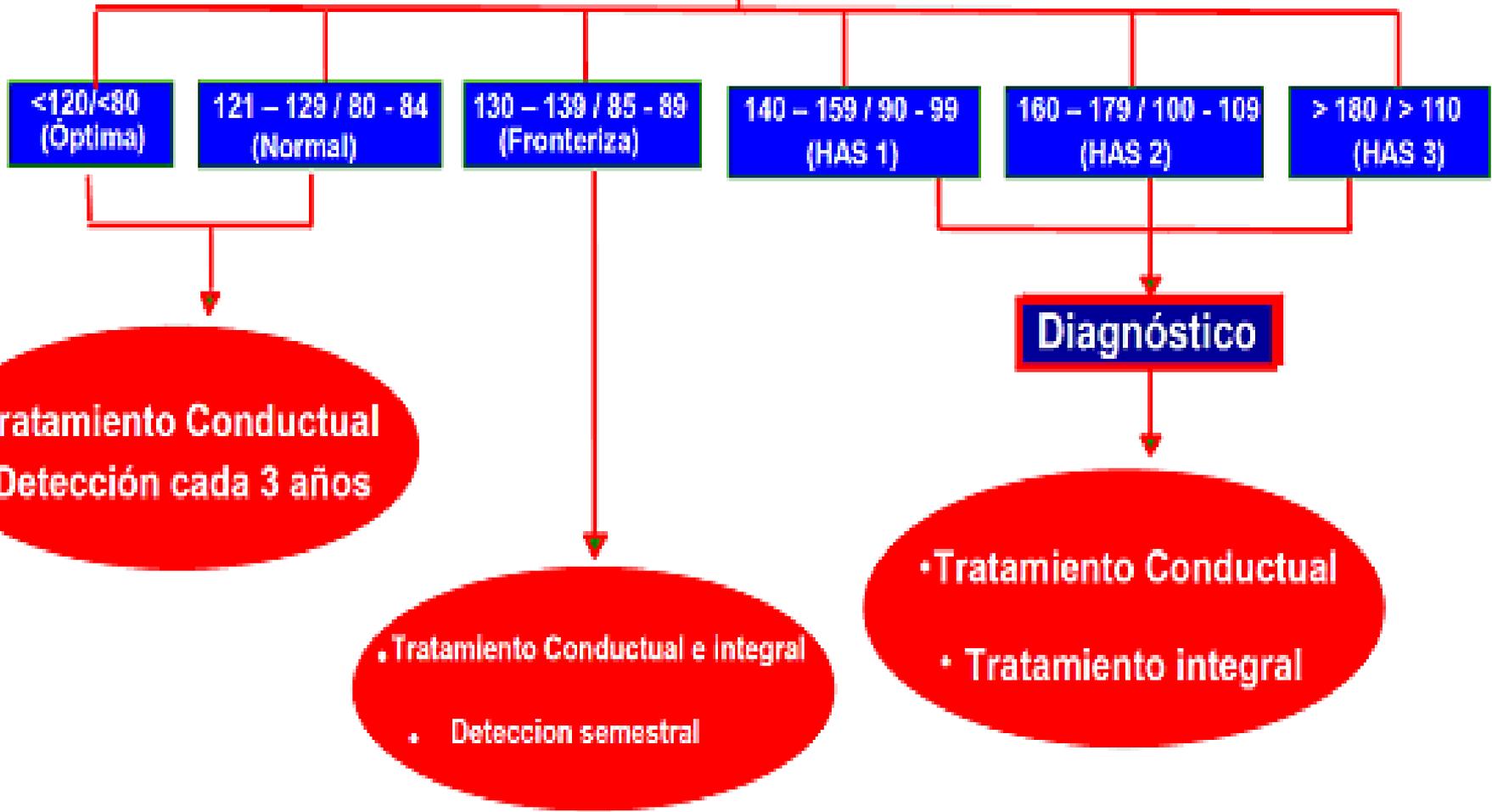


Existen tratamientos **FARMACOLÓGICOS** que le pautará su médico



Realizar cambios en el **ESTILO DE VIDA** ayuda a tratar y a prevenir

Detección ADULTOS



**<math><120/<80</math>
(Óptima)**

**121 - 129 / 80 - 84
(Normal)**

**130 - 139 / 85 - 89
(Fronteriza)**

**140 - 159 / 90 - 99
(HAS 1)**

**160 - 179 / 100 - 109
(HAS 2)**

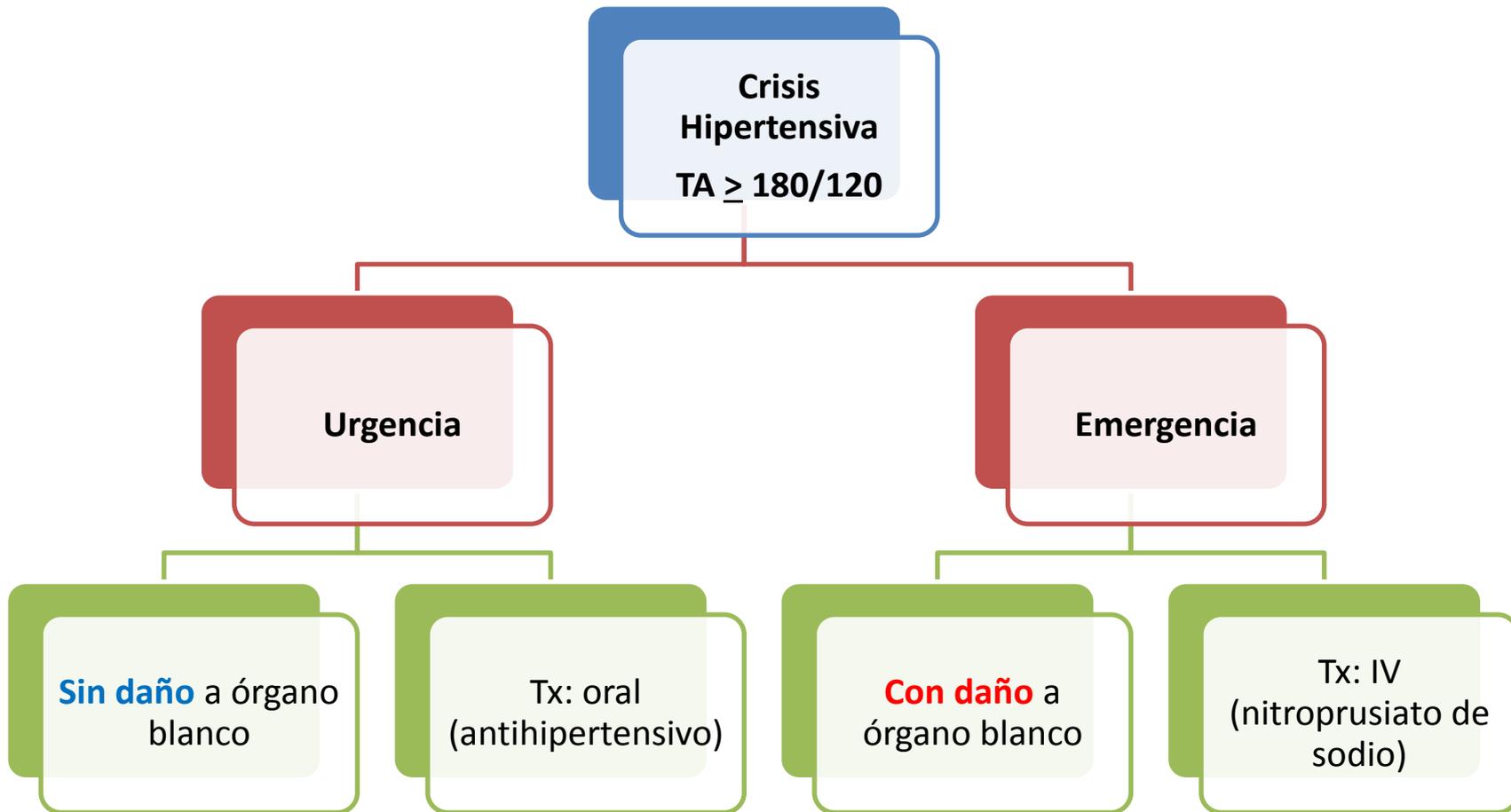
**> 180 / > 110
(HAS 3)**

Diagnóstico

**• Tratamiento Conductual
• Detección cada 3 años**

**• Tratamiento Conductual e Integral
• Detección semestral**

**• Tratamiento Conductual
• Tratamiento integral**



En la **Emergencia** Hipertensiva disminuir la TA Media en 20-25% la **PRIMER HORA**

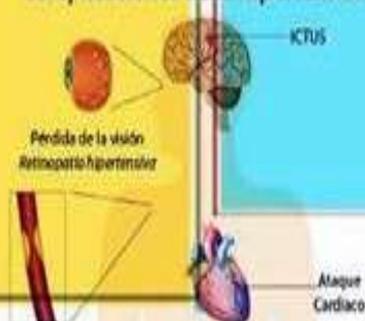
En la **Urgencia** Hipertensiva disminuir la TA Media en 20-25% en **24-48 horas**

El Nitroprusiato de Sodio es el Farmaco de Eleccion en la Emergencia Hipertensiva

Clasificación de las crisis hipertensivas.

Emergencia hipertensiva (con daño a órganos diana)	Urgencia hipertensiva (sin daño a órganos diana)
Encefalopatía hipertensiva	Hipertensión primaria grave sin complicaciones
Apoplejía cerebral (hemorrágica o isquémica) asociada a hipertensión	Hipertensión secundaria grave sin complicaciones
Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar agudo asociados a hipertensión	Hipertensión asociada a epistaxis grave
Cardiopatía isquémica sintomática	Interrupción del tratamiento antihipertensivo
Aneurisma aórtico disecante	Hipertensión de rebote (interrupción súbita de clonidina)
Eclampsia	Hipertensión inducida por fármacos
Hemorragia importante	Hipertensión posquirúrgica
Traumatismo craneoencefálico	
Posquirúrgico de intervención con suturas vasculares	
Elevación de catecolaminas (feocromocitoma, suspensión brusca de clonidina)	
Retinopatía hipertensiva grave	
Feocromocitoma	
Daño renal agudo e hipertensión	

Complicaciones de la Hipertensión



Medicamentos empleados en el manejo de las crisis hipertensivas.

Urgencias hipertensivas	Captopril 25 mg cada 6-8 horas
	Enalapril 10 mg cada 12 horas (máximo 40 mg/día)
	Metoprolol 50-100 mg cada 12 horas
	Atenolol 50 mg cada 12-24 horas
	Losartán 50 mg cada 12 horas
	Candesartán 8-16 mg cada 24 horas
	Telmisartán 40-80 mg cada 24 horas
Emergencias hipertensivas	Amlodipino 5-10 mg cada 24 horas
	Nifedipino 30-60 mg cada 24 horas
	Clortalidona 25 mg cada 24 horas
	Labetalol 20 mg como impregnación, 20-80 mg cada 10 minutos hasta obtener el efecto deseado; puede usarse en infusión de 1-2 mg/minuto
	Nicardipino 5 mg/hora con aumentos de 2.5 mg/hora cada 5 minutos (máximo 15 mg/hora)
	Nitroprusiato 2 g/kg/minuto (máximo)
	Nitroglicerina 5 µg/minuto (máximo 20 µg/minuto)



	Complicaciones	1ra Linea
Crisis Hipertensiva +	Isquemia Miocardica	Nitroglicerina
	Cardiopatía Coronaria	Nicardipino
	Encefalopatía hipertensiva	Nicardipino, Nitroprusiato de Sodio, Labetalol
	Diseccción Aortica	Esmolol, Metoprolol, Nitroprusiato de sodio
	Lesión Renal Aguda	Fenoldopam



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

AGRUPACIÓN DE DATOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	DOMINIOS Y CLASES
<p>Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales Nerviosismo Insomnio Agitación Angustia Temor Aumento de la Tensión Arterial y Pulso</p>	<p>Ansiedad (00146)</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p>
<p>Las elecciones de la vida diaria son Apropriadas para satisfacer los objetivos (ej. Prevención o tratamiento) Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos</p>	<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)</p>	<p>Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud</p>
<p>Cambios en la presión arterial Edema Ingurgitación yugular Agitación Aporte superior a las perdidas.</p>	<p>Exceso de volumen de líquidos (00026)</p>	<p>Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación</p>
<p>Hipertensión Falta de conocimiento sobre los factores de riesgo modificables (ej. Tabaco, sedentarismo, obesidad). Hiperlipidemia Taponamiento cardíaco Elevación de la proteína C reactiva Espasmo de la arteria coronaria.</p>	<p>Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca(00200)</p>	<p>Dominio 4: Actividad/reposo Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar</p>
<p>Fallo en el logro de una sensación optima de control. Minimización del cambio en el estado de salud. Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud. Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.</p>	<p>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés. Clase 1: Respuestas de afrontamiento</p>
<p>Presión arterial anormal en respuesta a la actividad Malestar debido al esfuerzo Disnea de esfuerzo Informes verbales de fatiga</p>	<p>Intolerancia a la actividad (00092)</p>	<p>Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar</p>
<p>Seguimiento inexacto de las instrucciones Comportamientos inadecuados (hostilidad, agitación, apatía etc.) Verbalización del problema</p>	<p>Conocimientos deficientes (00126)</p>	<p>Dominio 5: Percepción/ Cognición Clase 4: Cognición</p>

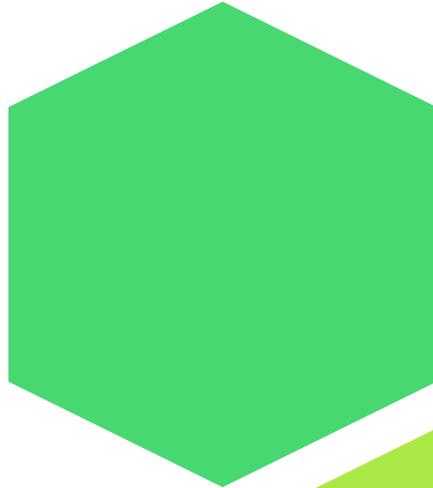
Insuficiencia Cardíaca

Derecha

Izquierda

Congestiva

INSUFICIENCIA CARDIACA



El corazón puede fallar debido a un problema propio porque su capacidad de reacción no alcanza a satisfacer lo que el organismo le demanda

CAUSAS

Se produce cuando un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo.



IC por enfermedad del corazón

Es un síndrome caracterizado por la presencia de signos y síntomas. Muchas de las enfermedades del corazón acaban en IC.

Cardiopatía isquémica: estrechamiento de las arterias coronarias

Valvulopatías: las válvulas no funcionan adecuadamente y el músculo cardíaco no compensa el mal funcionamiento

Arritmias: bradicardia o taquicardia pueden provocar IC

IC del músculo del corazón

Afectan al músculo cardíaco, provocan dilatación e importante pérdida de fuerza del corazón.

Miocardiópatías: hipertensiva, diabética, alcohólica.

IC por aumento de demanda

Anemia, infecciones generalizadas, enfermedades de tiroides, fístulas AV, HAS.

Provocan una mayor demanda de sangre, el tratamiento se centra en la enfermedad que ocasiona la IC.

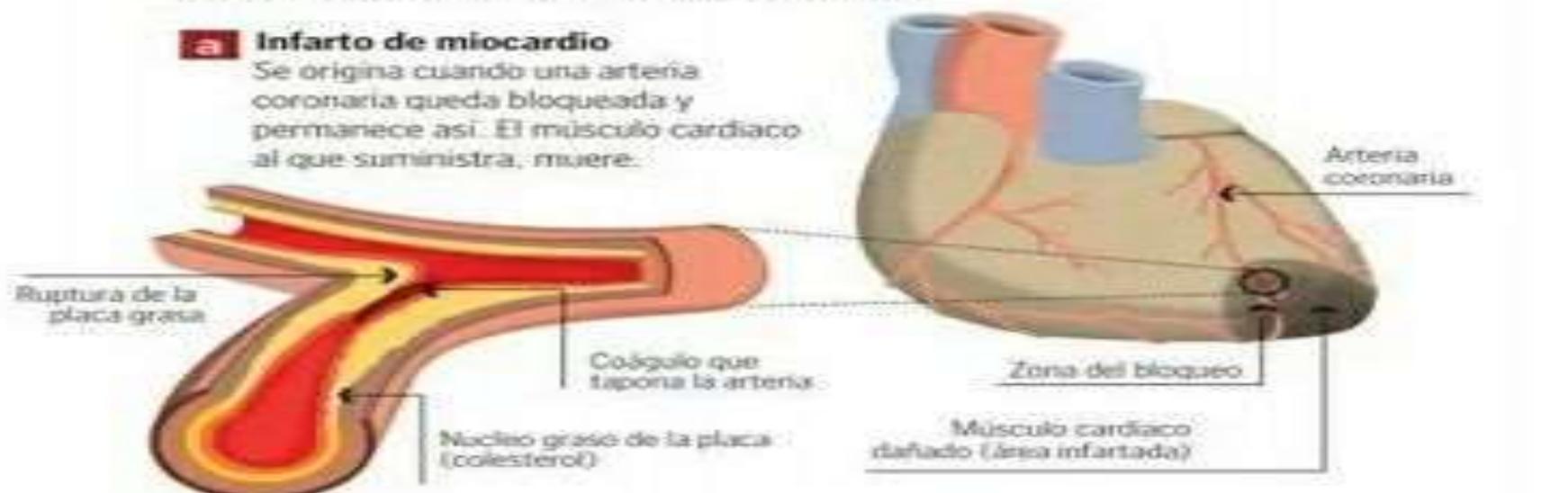
CAUSAS

El músculo cardíaco se resiente

La insuficiencia cardíaca aparece cuando existe un trastorno en el músculo cardíaco, cuando el corazón se halla sometido a una carga excesiva o cuando existe una combinación de estos dos factores.

a Infarto de miocardio

Se origina cuando una arteria coronaria queda bloqueada y permanece así. El músculo cardíaco al que suministra, muere.



b Hipertensión arterial

Se habla de hipertensión cuando la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud.

c Enfermedad del músculo cardíaco

- Miocardiopatía dilatada
- Miocardiopatía hipertrófica
- Miocardiopatía restrictiva
- Miocarditis

d Enfermedades valvulares

e Cardiopatías congénitas

f Algunos citotóxicos



CLASIFICACIÓN

Los estadios de la insuficiencia

Tiene un importante valor pronóstico y se utiliza como criterio decisivo en la elección del tratamiento, sobre todo de determinadas intervenciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas.

Estadios

Según anomalías estructurales



Grados de los síntomas

Según sintomatología

1

Aparición de síntomas con grandes esfuerzos

2

Ligera limitación al ejercicio, aparecen los síntomas con la actividad física diaria ordinaria. Desaparecen con el reposo.

3

Marcada limitación al ejercicio. Aparecen los síntomas con las actividades físicas menores (como caminar) y desaparecen con el reposo.

4

Limitación muy severa, incapacidad para realizar cualquier actividad física. Aparecen los síntomas aun en reposo.

TRATAMIENTO

Restauración del flujo

Existen dos tipos de tratamientos: los efectuados durante la fase aguda del ataque cardíaco y los que hay que realizar a posteriori.

FASE AGUDA

a) Tratamientos farmacológicos

A base de diuréticos, vasodilatadores e inotrópicos.

b) Medidas higiénico-dietéticas

Limitar la ingesta diaria de agua, sal y grasas para controlar el peso. Dejar de fumar, evitar tomar aines y esteroides, limitar la ingestión de alcohol y cafeína y realizar ejercicio moderado.

c) Tratamientos farmacológicos

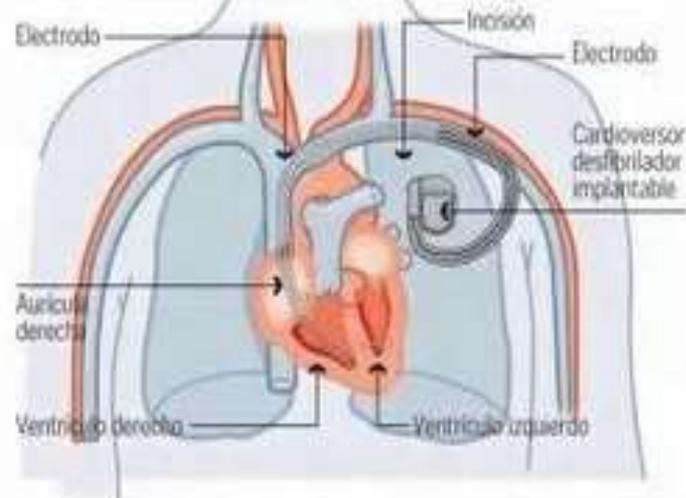
Se dividen en dos grupos: los sintomáticos (diuréticos, nitratos y antiarrítmicos); y los pronósticos (betabloqueantes, inhibidores de la ECA, bloqueantes de los receptores de la angiotensina II e inhibidores de la aldosterona).

d) Tratamientos no farmacológicos

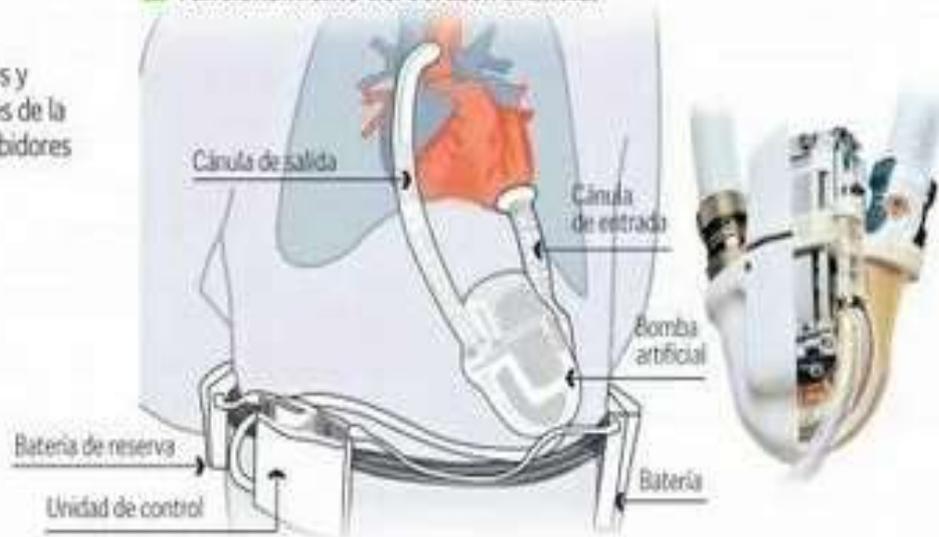
- Desfibrilador automático implantable
- **Terapia de resincronización cardíaca**
- Revascularización coronaria (quirúrgica o percutánea)
- **Corazón artificial**
- Trasplante cardíaco
- Sistema de ultrafiltración renal

FASE CRÓNICA

Terapia de resincronización cardíaca



Funcionamiento del corazón artificial



Síntomas y signos de la IC

La **insuficiencia cardiaca** puede ser una enfermedad que no presente síntomas durante mucho tiempo a lo largo de la vida (llamada fase asintomática). Cuando aparecen, los síntomas predominantes son:



Cansancio anormal por esfuerzos que antes no lo causaban. La sangre no llega adecuadamente a los músculos y se provoca una situación de fatiga muscular.



Respiración fatigosa por estancamiento de los líquidos en los alvéolos de los pulmones. Si al estar acostado se presenta una sensación de ahogo que obliga a levantarse y dormir sentado.



Sensación de plenitud del abdomen, anorexia (falta de apetito).



Síntomas y signos de la IC

A veces puede aparecer tos seca y persistente motivada por la retención de líquido en los pulmones o por el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión. Es este último caso, el especialista puede valorar un cambio de tratamiento.



La reducción del flujo sanguíneo al cerebro puede provocar sensaciones de mareo, confusión, mente en blanco y breves pérdidas de conciencia. Si se presentan estos episodios relacionados con cifras bajas de tensión es recomendable sentarse o tumbarse.



La **insuficiencia** puede provocar que el flujo de sangre a los riñones no sea suficiente, y se produzca retención de líquidos por disminución de la orina. Este edema suele localizarse en las piernas, los tobillos o el abdomen. Y a veces se orina más por la noche que por el día (nicturia).



Falta de aire (disnea) con el esfuerzo y mala tolerancia al ejercicio por fatiga



Diagnóstico de la insuficiencia cardiaca

Historia clínica:

Factores de riesgo cardiovascular

Antecedentes de cardiopatía isquémica

Hipertensión o diabetes

Antecedentes familiares de miocardiopatías o enfermedades valvulares

Infecciones recientes

Síntomas relacionados con la tolerancia al esfuerzo

Edema

Alteraciones del ritmo cardiaco

Exploración física para comprobar la tensión arterial y la frecuencia cardiaca

Auscultación cardiaca y pulmonar

Exploración abdominal

En algunos casos serán necesarias pruebas complementarias, como los rayos X, el ecocardiograma o la prueba de esfuerzo.

Trombosis venosa Profunda

Embolia Pulmonar

Tromboflebitis

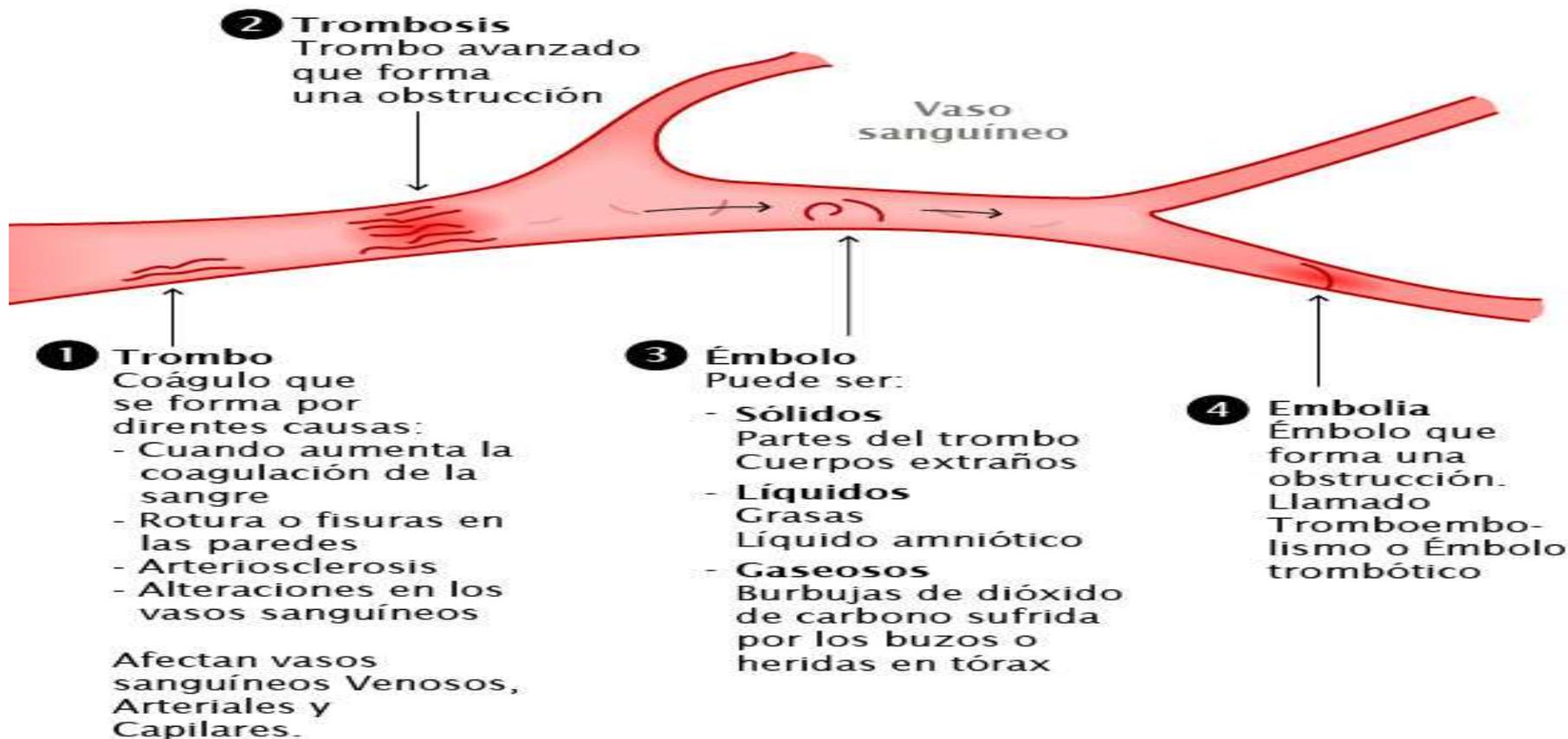
Tromboembolia pulmonar

Diferencia entre Trombosis y Embolia

Las dos son una obstrucción en el vaso sanguíneo que pueden producir la muerte.

○ Si la obstrucción se crea en el mismo lugar del coágulo es Trombosis.
(Generalmente por placas de Arteriosclerosis)

○ Si la obstrucción se forma por un émbolo suelto que viaja por el cuerpo se llama Embolia.
(La placa se desprende y puede llegar a los pulmones "Embolia pulmonar")

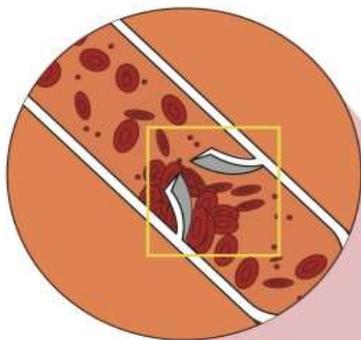


¿Qué es la Trombosis?

Cuando un coágulo (trombo), bloquea una vena o arteria y sólo un poco de sangre pasa por ellas.

Enrojecimiento
o coloración
azulada

Dolor
punzante
y opresivo



**Arteria o vena
obstruida**

Sensación
de tensión
e hinchazón



SSY

Servicios de Salud de Yucatán
Comprometidos con tu bienestar
2012 - 2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Trombosis venosa profunda



Definición y frecuencia de trombosis

La trombosis venosa profunda es la formación de un coágulo sanguíneo que provoca la obstrucción de una vena profunda. En mayoría de los casos ocurre en una vena de la pierna o de la pelvis. La frecuencia anual es de 1:1.000 en la población de Europa y EEUU. El riesgo de enfermedad aumenta con la edad. Es más frecuente en las mujeres. La complicación más importante y peligrosa de la trombosis venosa profunda es la embolia pulmonar.

Embolia pulmonar como complicación

Cuando un trombo se desprende de la pared vascular y pasa a la corriente sanguínea, puede llegar a la circulación pulmonar, ocluir una arteria pulmonar y generar insuficiencia cardiaca. Los síntomas de una embolia pulmonar pueden ser: dificultad al respirar, dolor torácico, tos, ansiedad y fiebre.

Viajar sentado durante un tiempo prolongado

- Los pasajeros con un riesgo elevado de trombosis deben hacer un viaje largo en avión o en autobús de forma:

 - caminar cada dos horas para activar la bomba de los músculos de la pierna y hacer ejercicios gimnásticos.
 - beber líquidos abundantes (sin café), sin alcohol para fluidificar la sangre.
 - usar medias compresivas ajustadas individualmente para favorecer el retorno venoso.

Factores de riesgo

- Los siguientes factores de riesgo favorecen la aparición de una trombosis venosa profunda:
- Inmovilidad prolongada por anestesia de gran, cirugía o confinamiento
 - Falta de movimiento por movilidad disminuida
 - Mayor propensión a la coagulación tras operaciones quirúrgicas
 - Embarazo o parto prematuro
 - Estrechamiento de las venas por obesidad o tumores
 - Toma de pilulas anticonceptivas, especialmente si se acompaña de consumo de tabaco

La función de la bomba muscular



- a) Parte de la sangre se devuelve. Entre los músculos venas están dilatadas y la sangre fluye al corazón en un movimiento.
- b) Parte de la sangre se devuelve cuando el músculo se contrae. Los vasos de las venas se comprimen y la sangre fluye al corazón. Cuando se relajan, se dilatan y la sangre fluye de nuevo al corazón.
- c) Parte de la sangre se devuelve cuando el músculo se relaja. Cuando el músculo se relaja, las venas se dilatan y la sangre fluye al corazón.

Prevención

- Las siguientes medidas para prevenir una trombosis venosa profunda deben favorecer el retorno de la corriente venosa sanguínea al corazón. Cuidado especialmente con la tensión de las extremidades de la pierna. Cuidado en caso de embarazo. Hay que tomar las siguientes medidas preventivas:
- Inmovilidad de miembros inferiores
 - Ejercicios gimnásticos de movilidad en la cama
 - Movilización pasiva

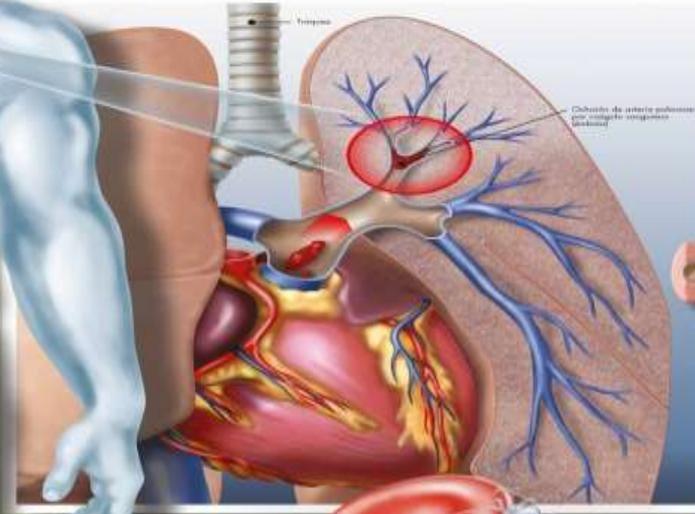
Tratamiento

Mantener la inmovilización del paciente, la colocación de medias compresivas y la administración de fármacos anticoagulantes y trombolíticos pueden evitar una embolia pulmonar y la formación de trombos sanguíneos, así como movilizar la fibrinólisis y el dolor.



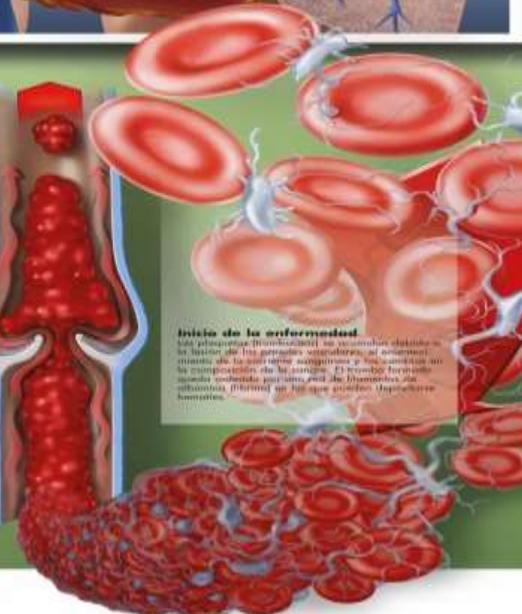
Prevención de una embolia pulmonar

Un filtro se coloca en las arterias pulmonares a pesar del tratamiento anticoagulante, se puede utilizar para la vena subclavica o la vena cava inferior. El filtro se coloca en la vena cava inferior. Hay un filtro que se coloca en la vena cava inferior de las piernas o de la pelvis según la localización.



Empaques de sangre
 Antes de comenzar una vena profunda venosa profunda debe asegurarse los empaques de sangre siguientes:
 • Empaques de sangre de la vena profunda
 • Ecografía ultrasonográfica
 • Radiografía
 • Pruebas para detectar una embolia pulmonar

Síntomas
 Una trombosis venosa profunda se manifiesta por dolor y hinchazón de la pierna afectada, que aparece lentamente, caliente, roja y de un color azulado.

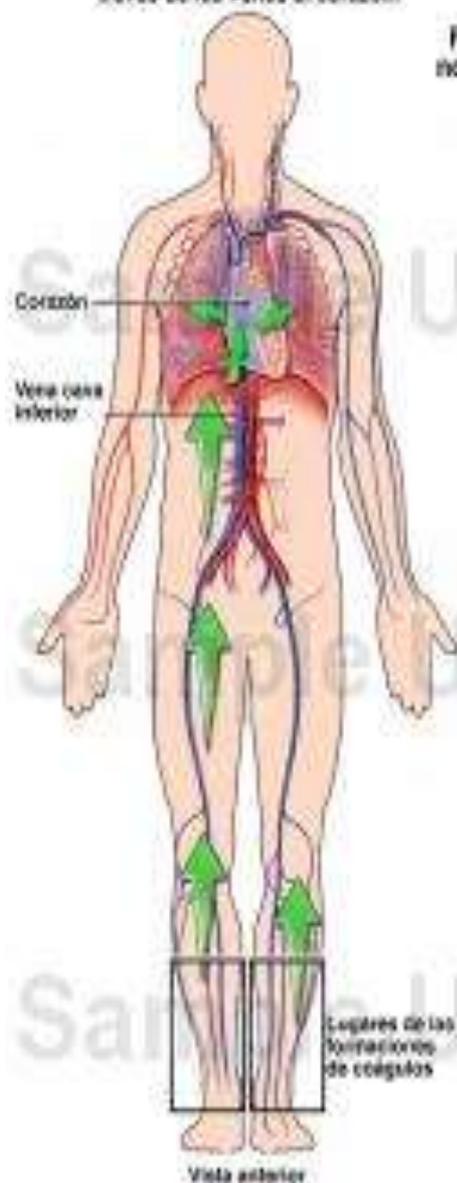


Inicio de la enfermedad

Los plaquetas (trombocitos) se acumulan debido a la lesión de la pared vascular, al aumento de la actividad sanguínea y sus cambios en la composición de la sangre. El trombo formado queda sujeta por una red de fibrina de proteínas de coagulación, formando un gel que suelta los plaquetas.

El mecanismo del tromboembolismo pulmonar

A. Un émbolo empieza desde la extremidad más baja y viaja a través de las venas al corazón.



Flujo sanguíneo normal en la vena.



Se forma un coágulo sanguíneo (trombo).



Trombo

Una porción del trombo se desprende (émbolo) y se une a la corriente sanguínea.

Émbolo



Segmento ampliado del coria de la vena

Lugares de las formaciones de coágulos

Vista anterior



B. El émbolo viaja a través del corazón y dentro de los pulmones.



C. El émbolo queda alojado en las arterias pulmonares y bloquea el flujo sanguíneo y el intercambio de oxígeno en los pulmones.

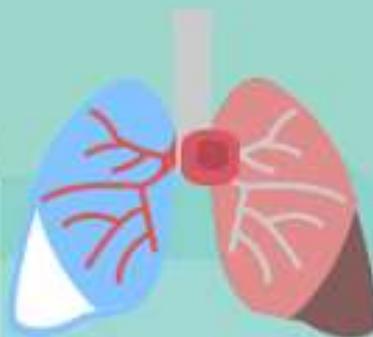
Vista del corte transversal ampliado del pulmón

Tromboembolia Pulmonar

¿Qué es?



Se define como la obstrucción de la circulación arterial pulmonar secundaria a la presencia, generalmente, de trombos, aunque también puede ser por grasa en los llamados "émbolismos grasos" esto causa que la sangre no llegue de manera adecuada a los pulmones, y por lo tanto, el oxígeno no llegue de manera correcta a los órganos de nuestro cuerpo



Factores de riesgo

Los pacientes que presentan esta enfermedad, normalmente tienen el antecedente de una trombosis venosa profunda en miembros inferiores, tienen una fractura reciente (principalmente de miembros inferiores) pacientes politraumatizados o aquellos que tienen una cirugía mayor reciente y grandes tiempos de inmovilización



¿Qué sucede en esta enfermedad?

Clínica

La presentación clínica es muy variada, pero lo más común es encontrar un paciente con:

- Frecuencia cardiaca aumentada
- Dificultad respiratoria
- Saturación de oxígeno disminuida
- Dolor en el pecho
- Frecuencia respiratoria aumentada



Complicaciones

La principal complicación que puede surgir es una falla cardiaca debido a la imposibilidad del corazón para poder bombear la sangre hacia los pulmones, lo que puede llevar a la muerte del paciente en poco tiempo. Es por eso que es importante tener en cuenta los factores de riesgo y la sospecha de acuerdo a la clínica



¿Cómo se diagnostica?



El diagnóstico inicia con una sospecha de acuerdo a la presentación clínica del paciente y a sus antecedentes y factores de riesgo. Dentro de los estudios que se pueden realizar para realizar el diagnóstico están:

- **Dímero D:** Normalmente un resultado positivo demuestra la presencia de trombos, aunque no es específico de éste padecimiento
- **Electrocardiograma**
- **Ecocardiograma**
- **Angiotomografía:** En la actualidad, el estudio de referencia para diagnóstico de TEP



Tratamiento



El tratamiento se basa en estabilizar al paciente en primer lugar, luego se busca evitar la formación de nuevos trombos, lo que se llama "Anticoagulación". Al mismo tiempo se utilizan diversos fármacos llamados "Trombolíticos" para intentar disolver el trombo que está obstruyendo el paso de sangre. En algunos casos será necesario intervenir quirúrgicamente para retirar el trombo, proceso llamado "Embolectomía"



Para analizar el plan de cuidados de enfermería a paciente con patología cardiovascular consultar el siguiente documento:

Plan de Cuidados al paciente cardiaco

Juana Delgado-Pacheco

https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_11.pdf

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Cardiopatía isquémica secundaria a hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo m/p disnea, fatiga y dolor precordial, trazos electrocardiográficos y o rx.

INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN

- Monitorizar los signos vitales
- Administración de oxígeno suplementario según parámetros de SPO₂.
- Monitorización del estado respiratorio
- Monitorizar el estado cardiovascular
- Monitorizar la aparición de cambios en el segmento ST en el ECG.
- Reposo absoluto 24-48 horas.
- Detectar e informar signos precoces de dolor torácico de características anginosas.
- Monitorización del ritmo cardíaco y practicar ECG completo en caso de dolor y avisar al médico si aparece.
- Seguimiento de valores de troponina I
- Dieta baja en grasas e hipo sódica
- Administración de medicamentos :vasodilatadores, beta bloqueadores, antagonistas de calcio, antihiperlipidémicos, antiplaquetarios,
- Dinitrato de isosorbida 10mg c/8 hrs V.O.
- Clopidrogel 75mg c/24hrs V.O.
- Amlodipinino 5mg c/12hrs V.O.
- Losartan 50 mg c/12hrs V.O.
- Pravastatina 10mg c/24 hrs V.O.
- Ácido acetil salicílico 500mg c/24 hrs

EVALUACION

El paciente mostro una gran mejoría al quinto día de internamiento, además de mostrarse cooperativo con las intervenciones de enfermería.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA
Protección de los derechos del paciente (7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...). 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada

VII. Acervo bibliográfico

Básico:

BÁSICA:

1. BEARE Myers. **Enfermería Médico Quirúrgica.** Edit. Harcourt, Mosby. España. 2008
2. BRUNNER y SUDDARTH. **Manual de Enfermería Médico Quirúrgica.** 4ª. Edición, Jonson. Edit. Mc. Graw. Hill. 2003
3. LÓPEZ RAMOS. Francisco. **Enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.** Manual Moderno. México. 2008
4. LONG PHIPPSC. **Enfermería Médico Quirúrgica. Con enfoque al Proceso de Enfermería.** Edit. Mosby/Doyma. Madrid. 2006
5. LUCKMAN, Joan. **Cuidados de Enfermería.** Edit. Mc. Graw. Hill. Interamericana. México. 1999.

COMPLEMENTARIA:

1. ALFARO, Rosalinda A. **Aplicación del proceso enfermero.** 5ª. Edición, Edit. Mosby/Doyma. Madrid. 2003
2. GOODMAN, Gilman. **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica.** Edit. Mc. Graw. Hill. Vol. I y II, 11ª. Edición. Mexico. 2003
3. KATZUNG. **Farmacología Básica y Clínica.** Edit. Manual Moderno, México. 2010
4. KOZIER, Etal. **Técnicas de Enfermería Clínica.** 4ª. Edición. Edit. Mc. Graw. Hill. México. 2000
5. LILLEY, Linda Lane. **Farmacología en Enfermería.** 2ª. Edición. Edit. Mosby-Doyma, libros S.A. 2001
6. NANDA. **Diagnósticos Enfermeros.** Edit. Harcourt, España. 2009-2011
7. ROSALES, Barrera Susana. REYES, Gómez Eva. **Fundamentos de Enfermería.** 2ª edición. Edit. Manual Moderno. 2000
8. SHERR. **Agonía, Muerte y Duelo.** Edit. Manual Moderno. 1992.