

Análisis comparativo de los cuidados en Brasil y España desde la Teoría de Madeleine Leininger

Trabajo Fin de Grado

Autor: Marina Mairal Buera

Directora: Dra. Blanca Marín Fernández

Asesora Externa: Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Titulación: Grado en Enfermería

Curso Académico: 2014-2015

Convocatoria: Junio 2015

Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar comparativamente las necesidades de cuidados en pacientes de Brasil y España, a través del estudio de un caso en cada país, desde el marco de la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger.

Se trata de dos estudios descriptivos, en los que se ha realizado una entrevista para cada caso, obteniendo los datos necesarios mediante un análisis cualitativo.

Tras la interpretación de cada entrevista se han elaborado dos relatos biográficos que recogen la vivencia personal de los pacientes y dos planes de cuidados de enfermería.

Con todo lo obtenido, se ha hecho una comparación y discusión de los cuidados en cada uno de los países.

En las conclusiones se destaca la necesidad de considerar al paciente como un todo, para ofrecer unos cuidados completos de calidad.

Palabras Clave: Leininger, Comparación, Cuidados, Estudios, Enfermería.

ABSTRACT

The main aim of this essay is to comparatively analyze the needs of care in patients from Brazil and Spain through the study of a case of each country, from the frame of the Theory of Diversity and Universality of Madeleine Leininger.

The research deals with two descriptive studies by means of a qualitative analysis, carrying out an interview in each case for the obtaining the information.

After the interpretive analysis of each interview two biographical statements have been elaborated, gathering all the personal experiences of the patients and two nursing care plans.

Having obtained of all the data, a comparison and a discussion of care in every one of the countries have been conducted.

Finally, in the conclusions it is outlined that there is a need to consider the patient as a whole so as to offer quality assistance care.

Keywords: Leininger, Comparison, Cares, Studies, Nursing.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II.MARCO CONCEPTUAL DEL TRABAJO.....	2
II.1. Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales	2
II.2. Modelo del Sol Naciente	4
II.3. Estudio de Caso	5
III.OBJETIVOS	6
III.1. Objetivo general.....	6
III.2. Objetivos específicos.....	6
IV.METODOLOGÍA.....	7
IV.1. Diseño	7
IV.2. Recursos Humanos	9
IV.3. Recursos materiales.....	10
IV.4. Cronograma	10
V.DESARROLLO	12
V.1. Caso 1: Brasil	12
V.1.1. Introducción	12
V.1.2. Valoración.....	13
a) Relato Biográfico	13
b) Recogida de datos mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon	14
c) Análisis de los datos obtenidos en la valoración	17
V.1.3. Emisión de Juicios.....	19
a) Formulación de Problemas interdependientes y Diagnósticos de Enfermería desde el Modelo bifocal de la práctica clínica de Linda Carpenito.	19
b) Planificación de los cuidados	19
c) Identificación de los aspectos que se llevan a la práctica y quién los realiza... ..	20
V.2. Caso 2: España	23
V.2.1. Introducción	23
V.2.2. Valoración.....	24
a) Relato Biográfico	24
b) Recogida de datos mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon	25
c) Análisis de datos obtenidos tras la valoración.....	29
V.2.3. Emisión de Juicios.....	30

a) Formulación de Problemas Interdependientes y Diagnósticos de enfermería desde el Modelo Bifocal de Linda Carpenito.....	30
b) Planificación de los Cuidados	30
c) Identificación de los aspectos que se llevan a la práctica y quién los realiza...	31
VI.COMPARACIÓN Y DISCUSIÓN.....	33
VII.CONCLUSIONES	36
VIII.AGRADECIMIENTOS.....	37
IX.BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS.....	40
ANEXO 1: Entrevista realizada en España y Brasil a los pacientes elegidos para el estudio de caso.	40
ANEXO 2: Transcripción de la entrevista realizada a una paciente brasileña.	42
ANEXO 3: Transcripción de la entrevista realizada a una paciente española.	46
ANEXO 4: Planificación de los cuidados en Brasil	50
ANEXO 5: Planificación de los cuidados en España	57

I. INTRODUCCIÓN

La propuesta de realizar este trabajo, analizando comparativamente las necesidades de cuidados en pacientes de dos países, no hubiera sido posible de no haber podido realizar las prácticas universitarias en un país diferente al nuestro. En este caso fue Brasil, dónde tuve la oportunidad gracias a la Universidad Pública de Navarra de realizar una estancia de cinco meses mediante un programa de intercambio universitario en la Universidad Federal de São Carlos, ciudad situada dentro del estado de São Paulo.

Brasil es un país con una cultura muy diferente a la nuestra, lo que era adecuado para la elaboración del trabajo y se ha podido llevar a cabo la idea de realizar dos planes de cuidados de enfermería, uno en Brasil y otro en España, desde la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger.

Se trata de conocer y comparar la cultura, las ideas, los modos de vida y el entorno de ambos países para después realizar un análisis de todo aquello observado y vivido, centrándonos en los cuidados profesionales enfermeros que se dan en ambos casos.

La Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger ha sido la escogida al pensar que es la más adecuada para la realización de este análisis comparativo de cuidados, puesto que relaciona los conceptos de cultura y cuidado en la atención enfermera, incorporando las creencias, valores y estilos de vida de los seres humanos a los cuidados enfermeros con la finalidad de proporcionar un cuidado culturalmente apropiado.

Se han realizado dos estudios de caso, uno de una paciente brasileña y otro de una paciente española. Por tanto el trabajo está elaborado en dos claros escenarios muy parecidos pero distintos a la vez, un hospital de Brasil (Casa de Saúde, en São Carlos) y en otro de España (Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra, en Pamplona)

Considero que ha sido muy interesante aprovechar mi estancia en Brasil para realizar el Trabajo Fin de Grado y analizar los cuidados durante las prácticas que realicé, ya que al ser un país tan distinto cultural, social y económicamente hubo muchas cosas que me impactaron respecto a la labor de la enfermería, la estructura y la organización sanitaria, puesto que es muy distinta a lo que yo estaba acostumbrada en España.

Fue muy interesante introducirme y adaptarme en la enfermería brasileña, y me resulta enriquecedor realizar esta comparación analizando todo lo que he observado y vivido durante las prácticas en Brasil, aprovechando también las prácticas realizadas en España, valorando así el haber estado haciendo prácticas en dos países distintos.

II. MARCO CONCEPTUAL DEL TRABAJO

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural, buscaba que en una sociedad cada vez más pluricultural, los profesionales debían estar preparados y ser competentes en el cuidado de las personas con diferentes culturas y maneras de vivir.

La enfermería transcultural fue definida por Leininger¹ como: *"el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte"*.

Como dicen diversos autores, ya que la enfermera trata con los pacientes de una manera más personal, debe interaccionar y saber relacionarse en todo tipo de culturas. La salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de percibir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se han de valorar las creencias y valores de nuestros pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura².

Leininger¹ afirmó que la enfermería transcultural es importante hoy en día debido a la gran movilidad de las personas y el avance tecnológico en comunicación y transporte. Los seres humanos nos movemos y comunicamos con diferentes estilos de vida y se espera que las enfermeras cuiden adecuadamente a los pacientes procedentes de cualquier lugar, con culturas y valores diferentes.

II.1. Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales

Madeleine Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas².

Basa su teoría en la enfermería transcultural y su objetivo es proporcionar cuidados profesionales que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanto la diversidad como la universalidad de los cuidados, en la diversidad se perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes y en la universalidad se observan las características comunes de éstos.

Leno González, en su artículo "Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural"² afirmaba que los aspectos fundamentales de la teoría de Madeleine Leininger son cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales.

Se entiende la Cultura como los valores, creencias y normas de las personas en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas. Conllevan el pensamiento, las acciones y las decisiones específicas que tomamos en nuestra vida. *"La Cultura caracteriza a cada grupo cultural y para respetar y reconocer una cultura es necesario estudiar y comprender como se expresa el cuidado"*³.

Los Cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas que facilitan o mejoran la situación de una persona. Son fundamentales para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida.

Rohrbach-Viadas³ expresa que: *"El cuidado es el campo de estudio propio de la enfermería, con múltiples posibilidades de investigación como por ejemplo las costumbres, las tradiciones y los valores que existen en cada cultura con respecto a los cuidados"*.

Los Cuidados Culturales se refieren a los valores y creencias que apoyan, ayudan o permiten a otras personas mantener su bienestar, o enfrentarse a las adversidades. Son muy diferentes dependiendo de la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores y modos de vida.

En Brasil pude observar claramente estos cuidados culturales en la práctica clínica y la diversidad cultural comparándolo con los cuidados culturales en España. Los modelos, valores y modos de vida relacionados con la asistencia eran diferentes entre los dos países así como la percepción, el conocimiento y la práctica de los cuidados, mostrando así la diversidad de los cuidados. Pero la universalidad de los cuidados estaba también presente y se observaban las características comunes en ambos países.

Con la Visión del Mundo se hace referencia a la perspectiva de las personas en su visión del mundo. Consta de estructura social, que son los factores de organización de una cultura que le dan significado y orden (religioso, económico, educativo y político), y contexto ambiental, que es un acontecimiento, situación o experiencia que da significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en el entorno.

Por último, respecto a los sistemas de Salud o bienestar tradicionales se entienden las prácticas de los cuidados utilizadas para ayudar o asistir a las personas que tienen un significado especial en una cultura.

Analizando los elementos del metaparadigma enfermero en la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería se entienden como:

1. Persona

Ser humano que se cuida y se interesa por los demás. Aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

2. Entorno

Todo aquello que rodea al ser humano, la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

3. Salud

La considera universal para todos aunque es definida de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias. Es un estado de bienestar, culturalmente definida y refleja la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria, incluyendo los sistemas de salud y los cuidados.

4. Enfermería

Definida como una ciencia centrada en mantener la salud o recuperar de la enfermedad. Con significado físico, psíquico y social para las personas atendidas, es específica respecto a los valores, creencias y cultura de cada paciente.

Leininger¹, manifestó la necesidad de que las enfermeras estuviéramos preparadas para ser competentes en el cuidado de las personas de diferentes creencias y maneras de vivir. Proporcionar cuidados culturalmente adecuados, seguros y significativos se ha convertido en una necesidad para las enfermeras del presente y del futuro, puesto que nos encontramos en un mundo cada vez más multicultural.

II.2. Modelo del Sol Naciente

Madeleine Leininger desarrolló el "Modelo del Sol Naciente" en la década de 1970 para plasmar los componentes esenciales de su teoría y poder llevarla a la práctica. Representa este modelo con un círculo en el que la mitad superior representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que tiene cada persona, los cuales influyen en los cuidados y en la salud. En la mitad inferior del círculo, muestra la práctica enfermera más específica, sin dejar de tener en cuenta los factores más genéricos. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

Los cuidados enfermeros son una mezcla de los sistemas genéricos, refiriéndose a los cuidados populares, y de los sistemas profesionales, relacionados con los cuidados específicos³.

Aguilar et al⁴ declaran que este modelo describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural, de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital ni del contexto de su entorno.

Por tanto, para realizar unos cuidados completos de calidad, debemos considerar al ser humano como un todo y nunca separarlo de su cultura, estructura social ni entorno.

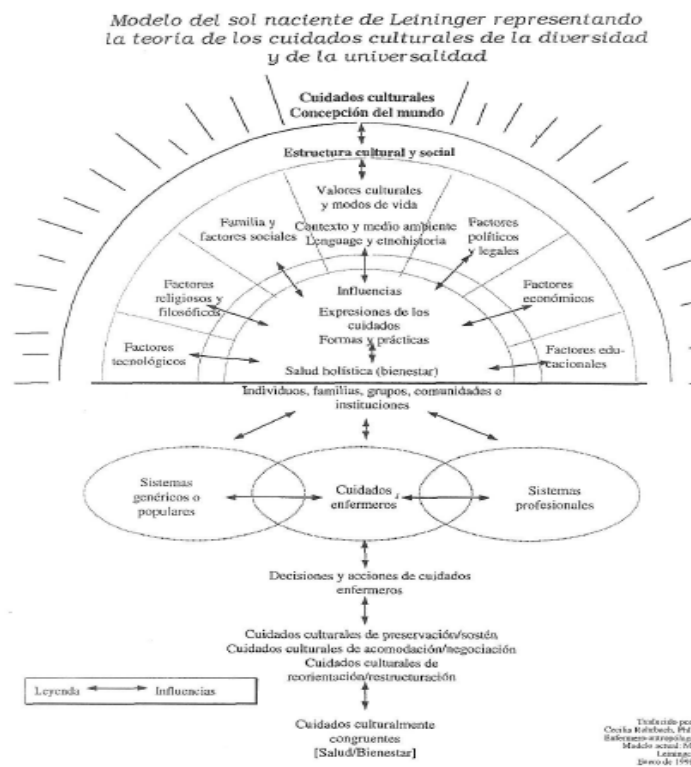


Figura 1. Gráfico explicativo del "Modelo del Sol Naciente" de Madeleine Leininger representando la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad. Fuente: Rohrbach-Viadas, C⁵.

II.3. Estudio de Caso

Para la realización del trabajo basándonos en el marco de la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Leininger ya explicada, se van a utilizar dos estudios de casos, uno de una paciente brasileña realizado en Brasil, y otro de una paciente española realizado en España, buscando como nexo común el padecer un proceso de enfermedad cardíaco.

Jiménez-Chaves⁶ definió el estudio de caso como: *“Una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en el que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas”*.

Las funciones del estudio de caso pueden ser varias según lo que se quiere desarrollar. Se distinguen tres tipos de estudios según su finalidad⁶:

- Los estudios descriptivos de casos, pretenden describir un fenómeno puramente, un proceso o evento.
- Los estudios de caso explicativos que tienen la intención de investigar y explicar las características del fenómeno con mayor profundidad. Permiten al investigador responder al cómo y al porqué para poder comprender la naturaleza y complejidad de los procesos que toman lugar.
- Los estudios exploratorios de casos se aplican a explorar campos totalmente nuevos de la investigación en los que se han desarrollado pocos o ningún estudio anteriormente.

El proceso de un Estudio de Caso se divide en cinco pasos a seguir⁶.

1. La selección y definición del caso: seleccionar el caso apropiado y definirlo.
2. Elaboración de una lista de preguntas: fundamental realizar un conjunto de preguntas para guiar al investigador.
3. Localización de las fuentes de datos: Los datos se obtienen mirando, preguntando o examinando. En este apartado se seleccionan las estrategias para la obtención de los datos, los sujetos a examinar, las entrevistas, el estudio de documentos personales y la observación. Todo ello desde la perspectiva tanto del investigador como la del caso.
4. Análisis e interpretación: Se sigue un análisis cualitativo. El objetivo es tratar la información recopilada y establecer relaciones respecto a lo observado.
5. Elaboración del Informe: Se debe contar de manera cronológica, con descripciones de los eventos y situaciones más relevantes. Además se debe explicar cómo se ha conseguido toda la información, tanto la recogida de datos como la elaboración de las preguntas y demás pasos que hemos realizado.

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

Analizar comparativamente las necesidades de cuidados de pacientes de Brasil y de España, a través del estudio de un caso en cada uno de los países, desde el marco de la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger (TDUML).

III.2. Objetivos específicos

1. Identificar los cuidados genéricos aportados en Brasil y en España.
2. Identificar las prácticas de cuidados enfermeros que se llevan a cabo en los dos países.
3. Describir las prácticas de cuidados profesionales prestados por enfermeros de Brasil y España.

IV. METODOLOGÍA

El diseño del TFG lo inicié a finales del curso pasado en junio del 2014, bajo la dirección de mi directora Dña. Blanca Marín, para llevar un planteamiento lo más elaborado posible de forma pudiese aprovechar al máximo mi estancia en Brasil.

IV.1. Diseño

1. Estudio en profundidad de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de Madeleine Leininger (TDUML) y revisión bibliográfica para identificar artículos sobre la aplicación de la TDUML.

Antes de comenzar a plantearme los estudios de caso, era necesario buscar información y estudiar la teoría de Leininger en la que se iba a basar el trabajo. Para ello he realizado una revisión bibliográfica basándome sobre todo en las bases de datos que ofrece la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. La información recogida ha sido redactada en el marco conceptual del trabajo. Se han utilizado bases de datos multidisciplinares y de humanidades, así como otras fuentes bibliográficas:

- Bases de Datos del CSIC: Las bases de datos bibliográficas del CSIC contienen la producción científica publicada en España desde los años setenta. Recogen fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías.
 - Dialnet: Base de datos de contenidos científicos hispanos liderada por la Universidad de La Rioja, en la que colaboran más de 20 universidades españolas e hispanoamericanas.
 - RUA: Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante, ofrece acceso abierto al texto completo en formato digital de los documentos generados por los miembros de la Universidad de Alicante en su labor de docencia e investigación.
 - Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
 - Libros de texto presentes en la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra.
2. Elaboración del índice-guión que se seguirá para cada estudio del caso teniendo en cuenta la normativa de ambas universidades para la realización de estos estudios.

El estudio de caso en Brasil se ha realizado en la ciudad de São Carlos, dentro del estado de São Paulo, donde estuve haciendo prácticas durante cinco meses. En concreto se llevó a cabo en el hospital Casa de Saúde de São Carlos. Se trata de un hospital privado (particular), que atiende principalmente a las personas con un seguro privado de salud que tiene convenio con el hospital o también puede atender a personas de la calle que van particularmente al hospital y pagan.

Antes de comenzar a realizar la planificación de la entrevista quedé con la profesora Dra Rosely Moralez, la cual ha sido mi tutora responsable de la parte del trabajo fin de grado en Brasil. Le expuse la propuesta de trabajo así como el índice-guión que se iba a seguir para la realización del estudio de caso, ya que debía tener en cuenta la normativa de la Universidad Federal de São Carlos para poder llevarlo a cabo. Debíamos asegurarnos si era necesario pasar por el Comité de Ética para que aprobara la realización de la entrevista y el estudio de caso. Tras realizar las pertinentes gestiones en las que la tutora

se puso en contacto con miembros del comité de ética comentándoles el caso y la propuesta de trabajo que le planteé, finalmente se decidió que no era necesario pedir permiso al comité ni realizar ningún tipo de gestión o registro ya que se trata de un estudio de caso realizado a un paciente anónimo, y no es un proyecto de investigación.

El estudio de caso en España fue realizado en el Complejo Hospitalario de Navarra, concretamente en la planta de Cardiología del Hospital B, donde realicé mis prácticas durante el segundo semestre.

Le comenté a mi tutora de prácticas el trabajo que estaba realizando y la parte que necesitaba desempeñar en la planta durante las prácticas, no me puso ningún problema para la realización del estudio de caso y afirmó que lo podía llevar a cabo sin necesidad de realizar ninguna otra gestión.

3. Selección de un paciente en Brasil afectado por un problema de salud que pueda ser analizado comparativamente en España a través de otro paciente.

Antes de realizar las entrevistas hablé con las pacientes y les pedí permiso para poder llevarlas a cabo, explicándoles la finalidad y el por qué debía hacerlas. Ambas pacientes, tanto en España como en Brasil, accedieron encantadas.

La entrevista en Brasil fue realizada a una paciente con patología cardíaca, concretamente diagnosticada de insuficiencia cardíaca, ingresada por una descompensación. En ese momento estaba a estudio médico, y las últimas pruebas afirmaban que tenía un problema valvular y probablemente debía ser trasladada a Campinas (ciudad también dentro del estado de São Paulo, a dos horas de la ciudad donde se encontraba en ese momento ingresada la paciente) para confirmar el diagnóstico y valorar la realización de cirugía, puesto que en el hospital de São Carlos no hacen cirugías cardíacas, y tienen que derivar a los pacientes.

En el caso de España, a la hora de elegir la paciente a la que haría la entrevista para el estudio de caso busqué que se asemejara lo máximo posible a la paciente que había escogido en Brasil para que las situaciones vividas fueran parecidas en ambos países y así poder realizar la comparación de lo vivido y percibido en cada país dentro de un concepto similar.

Por lo tanto quería que el género de la paciente fuera el mismo, mujer como en Brasil, y que hubiera semejanzas en la historia, en ambos casos están a la espera de cirugía cardíaca y las dos presentan una patología crónica cardíaca (insuficiencia cardíaca) así como varios factores de riesgo que les han influido en su situación. Al final, y tras consultarle también a mi enfermera tutora de prácticas, elegí a la paciente adecuada para la comparación de los cuidados.

4. Valoración del paciente (primero en Brasil; posteriormente en España), aplicando la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger.
 - a. Planificación de la entrevista y la exploración física: el Qué, el Cómo y el Cuándo (teniendo en cuenta que se tratará de recoger la vivencia del paciente con su enfermedad, cómo le afecta para el desarrollo de su vida normal y cómo se expresa la misma a través de signos y síntomas).

Se planificó una entrevista pensando en unas preguntas sencillas, fáciles de entender y contestar por el paciente, con aspectos claros y concretos que ayudaran a realizar el posterior relato biográfico. (Ver Anexo 1)

Durante la realización de las entrevistas la intención era seguir el esquema inicial, pero hubo modificaciones a medida que ésta sucedía, puesto que una pregunta llevaba a la otra y acabé no formulando las cuestiones tal cual estaban elaboradas en el esquema. Esto resultó más enriquecedor y se cumplió el objetivo final con la recogida de los datos que plasmaran la vivencia personal de las pacientes.

- b. Grabar la entrevista (Teniendo en cuenta los aspectos éticos vinculados a la misma).
 - c. Valoración mediante los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
5. Analizar la valoración del paciente
- a. Transcripción de la entrevista y posterior análisis interpretativo de la misma. Primero la entrevista hecha en Brasil (Anexo 2) y posteriormente en España (Anexo 3).
 - b. Realización del análisis de la valoración desde el Modelo Bifocal de la Práctica Clínica de Linda Carpenito. Emisión del juicio clínico y del juicio diagnóstico.
6. Planificación de cuidados a partir del análisis de la valoración realizada tanto en Brasil como en España. (Anexo 4 y 5)
7. Observación de la práctica en cada país sobre el caso trabajado, para identificar los aspectos de la planificación realizada en el punto anterior que se aplican y aquellos que no se llevan a cabo, así como de qué profesional sanitario es la labor de realizarlos.
8. Análisis comparativo y discusión del cuidado aplicado al paciente en cada uno de los países, de acuerdo a los objetivos planteados para el trabajo fin de grado, obteniendo posteriormente las conclusiones.

IV.2. Recursos Humanos

Para realizar este trabajo se ha necesitado la utilización de diversos recursos humanos, que son:

Pacientes: Tanto el Brasil como en España las dos pacientes que aceptaron ser entrevistadas han sido muy importantes ya que han proporcionado información imprescindible para realizar el trabajo.

Alumna en prácticas: Es la que redacta todo el trabajo escrito en sus diversas fases, realiza la entrevista y busca la información necesaria.

Directora del Trabajo de Fin de Grado: Su labor trata de orientar y dar el visto bueno a todo aquello que la alumna en prácticas realiza, dando las indicaciones y correcciones adecuadas para que el resultado del trabajo sea lo más satisfactorio posible.

Asesora Externa en Brasil: Encargada de orientar y ayudar en la realización de la parte del trabajo en Brasil. Se realizaron varias tutorías con ella para exponerle las dificultades iban

sucediendo. Me orientó y ante las dudas de elegir a la paciente supo dar las indicaciones adecuadas, su apoyo fue imprescindible.

IV.3. Recursos materiales

Para la realización del trabajo se están empleando una serie de recursos materiales, los cuales son fundamentales y necesarios. Estos recursos son:

- Ordenador portátil.
- Teléfono móvil para grabar la entrevista así como papel y bolígrafo para apuntar diversos datos.
- Artículos y libros sobre la teoría de la diversidad y de la Universalidad de Madeleine Leininger en la que se basa el trabajo, sobre los estudios de caso y sobre la elaboración de un relato biográfico.

IV.4. Cronograma

Mes	Septiembre 2014	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015
Revisión Bibliográfica										
Elección Paciente en Brasil										
Realización entrevista y valoración										
Analizar entrevista y valoración del paciente										
Plan de cuidados										
Observación de la práctica										
Elección Paciente en España										
Realización entrevista y valoración										
Analizar entrevista y valoración										
Planificación de cuidados										
Observación de la práctica										
Comparación ambos países y Discusión										
Conclusiones										
Preparación Power Point										
Presentación del trabajo										

Tabla 1. Cronograma realizado para la planificación del Trabajo de Fin de Grado. Realizado en el mes de septiembre de 2014. Elaboración propia.

El cronograma fue realizado a comienzos del mes de septiembre durante mi estancia de intercambio en Brasil.

Está organizado relacionando las actividades necesarias para la elaboración del trabajo con los meses de los que disponía hasta su presentación. Mi propuesta fue la organización por meses y el cronograma me ayudó en la clasificación y realización de las actividades para la consecución de un óptimo resultado final.

Finalmente el cronograma ha sufrido alguna modificación respecto a lo que se planteó en un principio puesto que la elección del paciente en Brasil costó más de lo esperado debido al poco tiempo de ingreso que tenían los pacientes y a la variedad de las patologías que había en la planta donde realicé las prácticas. Podía haber tanto pacientes quirúrgicos como pacientes de medicina interna con patologías muy diversas y específicas. Esto me dificultó y atrasó la elección del paciente y a consecuencia la realización de la entrevista y posterior valoración.

Finalmente la entrevista en Brasil fue realizada el día 6 de noviembre de 2014.

La entrevista en España fue realizada el día 15 de marzo de 2015. También sufrió alguna modificación en relación a la elección del paciente respecto al cronograma, esto fue por la dificultad de realizar la entrevista a un paciente durante el mes de febrero ya que mis prácticas estaban siendo en Urgencias Extra hospitalarias y al no haber ingresos en el servicio, no tenía la posibilidad de realizar una entrevista planificada a un paciente ni de analizarla, por lo que tuve que retrasar la realización de la entrevista.

Sin embargo, los siguientes pasos y actividades se han hecho consecuentemente de acuerdo a lo organizado en el cronograma.

V. DESARROLLO

V.1. Caso 1: Brasil

V.1.1. Introducción

La entrevista fue realizada en un hospital privado de São Carlos, donde estaba realizando las prácticas en ese momento. En concreto fue en la primera planta del hospital, una planta médico-quirúrgica en la que se encontraban los ingresos a cargo tanto de clínica médica como de cirugía.

Me costó bastante decidirme por un paciente en concreto debido a dos aspectos: el primero es por la gran variedad de pacientes que había, tanto quirúrgicos como médicos cada uno con un problema distinto que no tenían nada que ver entre sí; y el segundo por el poco tiempo que solían estar ingresados, la mayoría eran ingresos de corta estancia que se iban de alta o se derivaban a otro hospital de una ciudad próxima para hacer un estudio más especializado.

Yo siempre estaba con la misma enfermera todas las mañanas, la cual era encargada de tutorizar mis prácticas. Ya le había comentado que debía hacer esta entrevista y mis dificultades para escoger el paciente oportuno. En una ocasión escogí un paciente pero a la hora de hacerle la entrevista se negó a contestar alegando que no quería dar explicaciones, por tanto no sólo era escoger al paciente adecuado sino había que tener en cuenta también la parte personal en la que debía estar dispuesto a colaborar y contestar a la entrevista.

Finalmente, una mañana llevaba pensando dos días hacerle la entrevista a una paciente muy amable, con la que ya había tenido una óptima comunicación días antes y estaba segura de que no le importaría colaborar. Se lo comenté a mi enfermera y le pareció muy adecuada la decisión, ya que como yo pensaba que colaboraría sin problemas.

Y así sucedió, en la habitación 107 fue realizada la entrevista, se trataba de una habitación individual (apartamento). Cuando llegué se encontraba la paciente de 60 años junto a su marido. Le expliqué mi objetivo y los motivos por lo que realizaba la entrevista, y aceptó encantada, sin ninguna objeción.

Me sorprendí gratamente con la gran amabilidad a la hora de responder a las preguntas considerando que mi nivel de portugués no era muy elevado, pero nos entendimos perfectamente, no tuvo ningún reparo y contestó a todo sin problemas, incluso me contó más cosas de las que en principio preguntaba, alcanzando así un resultado más enriquecedor.

El relato biográfico recoge la narración de la experiencia vivida por la paciente a la que realicé la entrevista. Es un tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo en el que, como afirman Amezcua y Hueso⁷, el relato de la persona entrevistada dispuesta a hablar abiertamente adquiere la mayor importancia.

Se trata de conocer su realidad y su vivencia a través de sus propias palabras, para así poder comprender su visión más personal.

V.1.2. Valoración

a) Relato Biográfico

Este relato biográfico se ha realizado tras el análisis de la entrevista grabada a una paciente en Brasil. Primero llevé a cabo la transcripción de la entrevista (ver anexo 2). Posteriormente, se ha utilizado la metodología que recomiendan Amezcua y Hueso⁷, la cual conduce a la idea de elaborar categorías temáticas, leyendo varias veces la entrevista para familiarizarnos con los datos y de esa lectura ir sacando un listado de temas. Se han enunciado los temas a través de palabras claves elaboradas tras varias lecturas, después de agrupar los sentimientos y factores más importantes.

EL COMIENZO. Tengo 60 años y soy la pequeña de cinco hermanos, dos se murieron por un ataque al corazón. Mi padre tuvo también problemas del corazón por lo que en mi familia hay bastantes antecedentes de este tipo. Yo soy diabética y tengo insuficiencia cardiaca desde hace dos años, pero no ha sido hasta hace unos meses cuando comencé a sentirme más cansada de lo normal, no podía realizar las actividades de mi vida diaria con total normalidad como había hecho hasta entonces sin problemas, porque me fatigaba mucho y tenía que parar, por ejemplo, al subir las escaleras de mi casa me sentía muy cansada y me dolía el pecho, algo que no me había pasado nunca.

MIS HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA. La verdad que no cumplo todo lo que me dicen que haga, pero es que me resulta muy difícil. Fumo sí, pero comparado con lo que fumaba antes mucho menos, ahora fumo unos seis cigarros al día. Como mucha carne y poca verdura y pescado. Su marido afirma que: "yo como bien, es ella la que come porquerías cuando no debe". Ejercicio físico tampoco hago mucho, antes aún paseaba más porque a veces iba andando al trabajo pero ahora no puedo hacer nada, me canso mucho y tengo que parar.

LIMITACIONES. Sí, sin duda noto limitaciones en mí día a día. Yo antes hacía todo sola, sin ayuda, y ahora necesito ayuda para muchas cosas y me siento torpe, no me gusta esta situación. Hasta agacharme para ponerme los zapatos me cuesta porque me fatigo, o cocinar por ejemplo, si estoy mucho tiempo de pie haciendo la comida me canso y tengo que parar, o al hacer las cosas de la casa, como poner la lavadora o limpiar. Yo siento que estoy peor y que muchas cosas ya no las puedo hacer sola, y yo no soy de pedir ayuda, pero entre todos me han hecho ver que sí la necesito.

APOYO FAMILIAR. Me siento muy apoyada por mi familia. Todos están muy pendientes de mí y me quieren ayudar, a mí no me gusta que estén tan encima porque no quiero molestarlos, pero yo sé que lo hacen todo por mi bien. Tengo tres hijos, dos chicas y un chico, el mayor vive aquí en São Carlos pero el pequeño vive en São Paulo, fue a estudiar allí y ya se quedó a hacer el postgrado. La mediana vive en Campinas pero este último mes que he estado peor se ha quedado a vivir con nosotros. Y junto con el que vive en la ciudad nos han ayudado mucho, porque claro, si fallo yo mi marido el pobre es mayor también y siempre me he encargado del orden de todo. Pues mis hijos vienen para echar una mano en casa, se quedaban a comer o cenar y nos hacían compañía. Me siento muy afortunada la verdad.

MIEDOS. Tengo miedo a lo que va a pasar, porque veo que me tienen que hacer muchas cosas y va para largo. Yo siempre intento tomarme las cosas bien y no estar triste, pero estoy muy cansada y es que tampoco me han dicho bien lo que me pasa. Hoy ha pasado

el médico cinco minutos y nos ha comentado que me tienen que hacer una prueba específica para ver el corazón e igual me tienen que operar, por lo que me trasladarán a Campinas porque aquí en São Carlos no operan del corazón y bueno, me da bastante miedo porque yo nunca me imaginaba una operación, y tampoco se bien lo que tengo. No se lo hemos dicho aún a mis hijos pero ellos no se esperan esto tampoco.

b) Recogida de datos mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción-Manejo de la Salud

- Sin alergias conocidas
- Hábitos higiénicos: realiza una adecuada higiene corporal, se ducha todos los días.
- Hábitos tóxicos presentes: Fumadora de unos 10/15 cigarrillos al día. Es consciente que tiene que dejar de fumar y sabe que le está afectando a su salud y que es una de las causas de su enfermedad.
- Lleva puesto el camión hospitalario de manga corta, abierto por detrás.
- Es consciente de que no realiza todas las conductas saludables que debería por su salud.
- Considera que su salud es regular ya que se siente muy limitada para realizar las actividades de la vida diaria, y esto le condiciona en su día a día.
- Presenta pocos conocimientos sobre su problema cardiaco, aunque lo tiene desde hace tiempo, dice no seguir ningún control rutinario con su médico o enfermera.
- Es consciente de que su caso está siendo estudiado y probablemente deberá ser trasladada para realización de cirugía cardiaca.

2. Nutricional-Metabólico

- Peso: 90 kilogramos
- Altura: 1,62 cm
- IMC: 34,3
- Perfil lipídico: Colesterol total: 260 mg/dl. LDL: 182 mg/dl. HDL: 34 mg/dl. TG: 520 mg/dl.
- Perfil glucémico: Glucemia basal: 130 mg/dl.
- Realiza cinco grandes comidas al día, el desayuno a primera hora de la mañana cuando se levanta, suele ser un café con leche y dos tostadas con mantequilla. El almuerzo a media mañana que suelen ser varios panes de queso (afirma que le gustan mucho) y otro café. La comida a las 12 y media siempre es arroz con feijao (alubias), ensalada y carne. Todos los días come lo mismo variando el tipo de carne. Durante la tarde toma la merienda y la cena suele ser a las 21 horas. Pero a lo largo de la tarde come muchas más veces entre horas, suele hacer torta de chocolate o come otros tipos de dulces (como el brigadeiro, muy famoso en la Brasil.)
- No come pescado y fruta solamente açai (pulpa de una fruta típica en la zona) entre semana y mango o fresas los fines de semana.
- Ahora en el hospital durante el ingreso lleva una dieta suave hipocalórica para diabéticos. Le estamos controlando la ingesta y las eliminaciones. Todos los días se la pesa ya que uno de los objetivos es que baje de peso.
- No presenta alteraciones bucales como caries o úlceras.

- No tiene dificultades para masticar o tragar.
- Ingiere unos 800 ml de líquidos al día, de los cuales la mayor parte pertenecen a zumos de fresa o mango artificiales. No acostumbra a beber agua en las comidas ni durante el día.
- No presenta problemas digestivos como náuseas o vómitos tras las comidas.
- Sin alergias conocidas y tampoco tiene intolerancias alimenticias.
- No toma suplementos alimenticios ni vitamínicos
- Piel íntegra, pero en algunas zonas presenta deshidratación. Con buena coloración.
- Temperatura corporal de 36,2 °C
- Tiene una cicatriz quirúrgica en la zona hipogástrica de dos cesáreas anteriores. Bien cerrada, sin complicaciones.
- Presenta edemas en las extremidades inferiores, los pulsos periféricos están presentes pero son débiles.

3. Eliminación

Intestinal:

- Realiza deposiciones una vez al día. Al comienzo del ingreso estuvo dos días sin realizar y se le dio un laxante con la dieta.
- No tiene problemas de incontinencia intestinal ni presenta dolor al defecar.
- Peristaltismo adecuado.

Urinaria:

- Realiza 5 micciones al día.
- Diuresis espontánea, sin incontinencia urinaria.
- No presenta sondaje vesical.

Cutánea:

- Sudoración profunda y abundante, siempre está muy acalorada.

4. Actividad/Ejercicio

- Tensión arterial: 150/93. Hipertensión arterial.
- Frecuencia Cardíaca: 80 lpm
- Frecuencia respiratoria: 26 rpm. Taquipnea.
- Saturación de oxígeno de 93 % con gafas nasales a 2 litros por minuto.
- ECG: arritmia. Fibrilación auricular.
- Respiración fatigosa con disnea de esfuerzo.
- Sensación de disnea al estar prolongadamente en decúbito supino que le obliga a levantarse y no le deja descansar. Duerme con la cabecera elevada 30 grados.
- Cansancio anormal por esfuerzos que antes no lo causaban.
- Tos seca y dificultad en la movilización de secreciones.
- Dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria que antes realizaba con facilidad.
- Vida sedentaria. No realiza ejercicio físico.

- Tiene mucho tiempo de ocio. Todos los días queda con sus amigas para tomar algo o para cenar. Le gusta mucho ver películas y hacer reuniones familiares.
- Independencia para el autocuidado y la realización de las actividades de la vida diaria aunque ha tenido que bajar el ritmo, y hay actividades que no puede llevar a cabo como hacía antes.
- No puede realizar esfuerzos bruscos que supongan un gran gasto cardiaco.

La insuficiencia cardiaca produce limitaciones en la actividad física. La clasificación funcional de la NYHA (*New York Heart association*), la cual se basa en los síntomas y en la capacidad de realizar actividad física, ha demostrado ser útil y es muy utilizada. En este caso la paciente presenta una Clase II en la clasificación, lo que significa: una ligera limitación a la actividad física, sin síntomas en reposo, pero la actividad física normal causa fatiga, palpitations o disnea⁸.

5. Sueño-Descanso

- Altas temperaturas en la ciudad, y aunque en su habitación del hospital tiene aire acondicionado, el ambiente húmedo tan caluroso no le favorece para conciliar el sueño, pero refiere dormir bien aunque poco.
- En el hospital duerme menos que en su casa. Hoy ha dormido cinco horas.
- Descansa en la cama.
- Duerme con la cabecera elevada a 30 grados.
- No utiliza fármacos para dormir.

6. Cognitivo-Perceptivo

- Se encuentra consciente, orientada y comunicativa.
- Idioma: portugués. Desde el principio notó que yo era extranjera por mi acento pero eso no supuso ningún inconveniente para la comunicación entre ambas.
- Sin alteraciones cognitivas, expresa adecuadamente sus ideas, toma sus decisiones y comprende todo lo que se le dice.
- Sin alteraciones perceptivas, no hay problemas en la visión, audición, olfato, gusto ni tacto.
- No tiene problemas de memoria.
- Dolor controlado durante el ingreso. Lo siente al realizar una actividad duradera que conlleve un esfuerzo.
- Sin alteraciones conductuales, se muestra tranquila durante la entrevista.

7. Autopercepción-Autoconcepto.

- Es consciente de su sobrepeso y que físicamente no está bien, aunque ha estado conforme hasta el momento ahora es cuanto siente que debe cambiar por su salud.
- Durante la entrevista comenta que se siente más torpe e inútil consigo misma por las limitaciones que le causa su problema cardiaco.
- Capacidades físicas muy débiles.
- No presenta agitación, angustia ni respuesta negativa a la autoestima.
- Sin preocupación al rechazo de los demás y sin expresiones de desesperanza o signos de depresión.

8. Rol-Relaciones

- Casada con tres hijos, dos chicas y un chico.
- Vive con su marido en el centro de la ciudad. Sus hijos no viven con ella. La pequeña está estudiando en São Paulo y suele venir los cada dos fines de semana a casa. La mediana estudia y trabaja en Campinas, y el mayor está ya independizado viviendo con su novia en la misma ciudad que sus padres, por lo que es el que más les va a visitar. Aunque comenta que la chica este último mes ha estado prácticamente viviendo con ellos a causa del estado de salud de su madre.
- Tiene un grupo de amigas con las que suele quedar todas las tardes.
- Los fines de semana le gusta ir a bailar con su marido y amigos.

9. Sexualidad y Reproducción

- Menopausia a los 50 años
- Ha tenido tres embarazos, dos cesáreas y un parto natural
- Ha realizado todas las pruebas ginecológicas que le tocaban.
- Disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales debido a su sentimiento de limitación por su estado de salud.

10. Adaptación y Tolerancia al estrés

- En este momento está agobiada por la incertidumbre de su situación, tiene miedo de la cirugía y de lo que pueda pasar.
- En su vida diaria es una persona muy nerviosa con todo. Al tener tres hijos fuera de casa siempre se preocupa, le gusta tener todo controlado.
- Su marido afirma que se preocupa demasiado por los demás y muy poco por ella, y ahora se tiene que preocupar en recuperarse y dejarse cuidar por lo demás.

11. Valores y Creencias

- Lo más importante para ella es su familia y sus amigos
- Tiene miedo a que le pase algo grave y dejar solos a sus hijos y a su marido.
- Práctica la religión cristiana, da las gracias a Dios todos los días por estar en el mundo y que su familia esté sana y feliz

c) Análisis de los datos obtenidos en la valoración

1- Percibe su salud como regular ya que se siente muy limitada para realizar sus actividades de la vida diaria.

Es fumadora de unos 10 cigarros al día desde que tenía 20 años. Antes solía fumar un paquete y medio al día pero fue disminuyendo la cantidad y aunque ha intentado dejarlo varias veces nunca lo ha conseguido.

No lleva un seguimiento de su insuficiencia cardiaca y tampoco tiene claros los conocimientos ni las acciones recomendadas.

2- Tiene un índice de masa corporal de 34,3, por lo que presenta obesidad. Dato que es significativo ya que es uno de los factores de riesgo para padecer un proceso cardiaco, como en su caso.

No lleva una nutrición equilibrada ya que no realiza una alimentación variada. No come pescados ni apenas frutas.

Presenta importantes edemas en las extremidades inferiores, debidos a la insuficiencia cardiaca, habrá que vigilar su evolución y observar su disminución, así como darle las indicaciones adecuadas. Está tomando medicación para eliminar los líquidos acumulados.

Tiene la piel algo deshidratada, por lo que se deberá controlar y conseguir que se vaya hidratando poco a poco.

Lleva colocado un catéter venoso periférico en la extremidad superior derecha, habrá que controlar el punto de inserción y la permeabilidad, así como vigilarlo para evitar infecciones.

3- La paciente tiene una buena eliminación tanto urinaria como intestinal, no ha tenido ningún problema al respecto.

Se encuentra con abundante sudoración debido al calor ambiente que hace en la habitación y en la calle. Se deberá hidratar bien a la paciente y controlar la temperatura de la habitación.

4- Tiene hipertensión arterial, deberemos controlar la tensión cada turno para vigilar que no se alteren los parámetros y se mantenga dentro de unos límites.

La arritmia que tiene está controlada con medicación y no le ha dado problemas.

Presenta taquipnea y disnea con esfuerzos, ahora en el hospital se encuentra mejor y estando en reposo no ha presentado episodios disneicos. Clase II en la clasificación funcional de la NYHA.

Vida sedentaria, deberá recibir educación y consejos sobre la necesidad de realizar actividad física.

En su día a día había dejado de poder realizar actividades de la vida diaria a causa de la intolerancia a la actividad, en el tiempo de ingreso ha podido realizar las actividades mínimas de autocuidado como la alimentación o el aseo.

5- Le cuesta conciliar el sueño debido a la humedad y calor del ambiente, pero afirma dormir bien sin interrupciones las horas que descansa.

Presenta ortopnea, por lo que duerme con la cabecera elevada.

6- Durante el ingreso no ha presentado episodios de dolor y está tranquila, toma sus decisiones propias.

7- Consciente de que tiene que perder peso, ahora es cuando se ha dado cuenta y quiere poner medidas para conseguirlo.

8- Sin problemas en su núcleo familiar ni en sus relaciones sociales. Está acompañada y se siente muy querida.

9- No tiene problemas relaciones con la sexualidad ni reproductivos.

10- Incertidumbre por la posible cirugía cardiaca. Es nerviosa de normal y se preocupa excesivamente por todo lo que la rodea, olvidándose de ella misma. Y ahora es ella la que más cuidados necesita, se debe centrar en recuperarse.

11- Miedo porque las cosas no vayan bien y dejar a los suyos.

Sin conflicto con sus creencias ni con el sentido de la vida, practica la religión cristiana y reza a Dios todos los días.

V.1.3. Emisión de Juicios

- a) Formulación de Problemas interdependientes y Diagnósticos de Enfermería desde el Modelo bifocal de la práctica clínica de Linda Carpenito.

Problemas Interdependientes (PI)

1. Insuficiencia Cardíaca
2. Dolor
3. Hipertensión

Diagnósticos de Enfermería (DxE)

1. Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información, falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones.00126
2. Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter, duración de la inserción e incapacidad para visualizar la zona de inserción. 00213
3. Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas y cambios en el patrón respiratorio. 00026
4. Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico) y en relación con las necesidades metabólicas m/p estilo de vida sedentario y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre. 00001
5. Intolerancia a la Actividad r/c debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, estilo de vida sedentario m/p disnea de esfuerzo, expresa debilidad y fatiga y discomfort por esfuerzo. 00092
6. Temor r/c hospitalización, falta de familiaridad con las experiencias del entorno m/p expresión de inquietud, intranquilidad. 00148

- b) Planificación de los cuidados (Ver Anexo 4)

PI: Insuficiencia Cardíaca. 09	
NOC: Efectividad de la bomba cardíaca. 0400	NIC: Cuidados Cardíacos. 4040
NOC: Conocimiento: Control de la Enfermedad Cardíaca. 1830	NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad. 5602
PI: Hipertensión. 08	
NOC: Perfusión tisular: Cardíaca.0405	NIC: Regulación hemodinámica. 4150
PI: Dolor	
NOC: Nivel del Dolor. 2102	NIC: Manejo del Dolor. 1400
DxE: Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información, falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones. 00126	
NOC: Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca. 1830	NIC: Manejo del riesgo cardíaco. 4050
DxE: Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter, duración de la inserción e incapacidad para visualizar la zona de inserción. 00213	
NOC: Severidad de la Infección. 0703	NIC: Terapia Intravenosa. 4200
DxE: Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas y cambios en el patrón respiratorio. 00026	
NOC: Equilibrio hídrico. 0601	NIC: Manejo de líquidos. 4120
DxE: Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico) y en relación con las necesidades metabólicas m/p estilo de vida sedentario y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre. 00001	
NOC: Estado Nutricional. 1004	NIC: Ayuda para disminuir el peso. 1280
NOC: Conducta de pérdida de peso.1627	
DxE: Intolerancia a la Actividad r/c debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, estilo de vida sedentario m/p disnea de esfuerzo, expresa debilidad y fatiga y disconfort por esfuerzo. 00092	
NOC: Tolerancia a la Actividad. 0005	NIC: Manejo de la energía. 0180
	NIC: Cuidados Cardíacos: Rehabilitación.4046
DxE: Temor r/c hospitalización, falta de familiaridad con las experiencias del entorno m/p expresión de inquietud, intranquilidad. 00148	
NOC: Nivel de Miedo. 1210	NIC: Mejorar el Afrontamiento. 5230

Tabla 2. Resumen plan de cuidados realizado en Brasil. Elaboración propia.

c) Identificación de los aspectos que se llevan a la práctica y quién los realiza

Después de realizar las prácticas en São Carlos y tras una dedicada observación de las acciones y labores realizadas por las enfermeras y técnicos de enfermería, que allí desempeñan una parte muy importante en la atención al paciente y son los más

numerosos en el equipo de enfermería, he podido identificar los aspectos de la planificación realizada en el punto anterior que se aplican y aquellos que no, así como por qué profesional sanitario han sido llevados a cabo.

Se va a analizar cada intervención de enfermería del plan de cuidados realizado, y tras repasar las actividades que se indican en cada intervención, se identificarán con la observación hecha durante las prácticas cuales han sido o no llevadas a la práctica en la realidad y qué profesional sanitario las ha desempeñado.

NIC: Cuidados Cardiacos.

Todas las actividades presentes en esta intervención han sido realizadas por las enfermeras durante las prácticas excepto la última, monitorizar los signos vitales con frecuencia, cuya labor era de las técnicas de enfermería, que se encargaban de tomar las constantes vitales al comienzo de cada turno y registraban los datos. De todas formas, en días de mucho trabajo en los que las técnicas de enfermería estaban ocupadas, si ingresaba un paciente a mitad del turno o si llegaba tras realización de cirugía y las técnicas no podían tomar las constantes vitales, éramos las alumnas de enfermería o la enfermera quien se encargaba.

NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad.

Todas las actividades correspondientes a esta intervención eran realizadas por la enfermera de la planta.

NIC: Regulación hemodinámica.

Las actividades propuestas en esta intervención son desempeñadas por la enfermera excepto la comprobación y el registro de la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos así como los pulsos, cuya actividad era realizada por las técnicas de enfermería.

NIC: Manejo del Dolor.

Todas las actividades correspondientes a esta intervención son realizadas por la enfermera, excepto la de proporcionar al paciente un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos, que es realizada por las técnicas de enfermería, puesto que las encargadas de administrar la medicación al paciente son siempre las técnicas.

NIC: Manejo del riesgo cardiaco.

Las actividades propuestas en esta intervención son realizadas por la enfermera, pero las técnicas de enfermería pueden colaborar y ayudan en la realización de las actividades. Cabe destacar que las dos últimas actividades, tanto aconsejar la realización de ejercicio en función del factor de riesgo como priorizar las áreas de reducción del riesgo no fueron desempeñadas durante mis prácticas por ningún miembro del equipo de enfermería.

NIC: Terapia Intravenosa.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son realizadas por las técnicas de enfermería, excepto la vigilancia del flujo intravenoso y del sitio de punción i.v. durante la infusión, que puede ser realizada por tanto por la enfermera como por las técnicas.

Es interesante destacar que aunque son las técnicas de enfermería las encargadas de administrar y vigilar la medicación intravenosa, en situaciones de mucho trabajo o de urgencia, la enfermera también las realiza.

NIC: Manejo de líquidos.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son realizadas tanto por las enfermeras como por los técnicos de enfermería. Ambas observarán si hay indicios de sobrecarga o retención de líquidos, pero será la enfermera la encargada de evaluar y valorar el edema en el paciente, si el técnico de enfermería asocia que el paciente presenta edemas deberá comunicárselo de inmediato a la enfermera para que evalúe y tome una solución.

Ambas, tanto los técnicos como las enfermeras evaluarán el estado de hidratación del paciente. Las encargadas de pesar diariamente al paciente son los técnicos de enfermería.

NIC: Ayuda para disminuir el peso.

Las actividades correspondientes a esta intervención son realizadas por la enfermera de la planta, excepto la planificación de un programa de ejercicios para disminuir de peso, que no se realizó ni por la enfermera ni por los técnicos de enfermería. Tampoco visitó al paciente ningún dietético o nutricionista, que sería en teoría el encargado de realizar esta actividad.

NIC: Manejo de la energía.

La mayoría de las actividades propuestas en esta intervención son realizadas por la enfermera, pero la observación al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional así como observar la localización del dolor durante el movimiento o actividad podrán ser realizadas también por los técnicos de enfermería, y si ven algún indicio preocupante o fuera de lo normal avisarán a la enfermera.

NIC: Cuidados Cardiacos: Rehabilitación.

Todas las actividades plasmadas en el plan de cuidados son llevadas a cabo por las enfermeras.

NIC: Mejorar el Afrontamiento.

Las actividades que corresponden a esta intervención son desempeñadas por la enfermera, pero tendrá siempre la ayuda de los técnicos de enfermería que también se pueden implicar y ayudar en el estado de ánimo del paciente para su mejora.

V.2. Caso 2: España

V.2.1. Introducción

La entrevista fue realizada el día 12 de marzo en la planta de cardiología del Complejo Hospitalario de Navarra, mientras hacía prácticas en el turno de tarde.

Llevaba varios días pensando sobre qué paciente elegir y si aceptaría contestar a mis preguntas. Se lo comenté a mi enfermera, con la que hacía el turno rotado y me había dicho que era mejor hacerla un fin de semana o un día que estuviéramos de tarde, ya que suele haber menos alboroto que por la mañana y el paciente estaría más tranquilo para contestar a la entrevista.

Como no quería esperar hasta el fin de semana para empezar a transcribir cuanto antes, ese jueves vi mi oportunidad perfecta.

A la hora de elegir al paciente no tuve muchos problemas, así como en Brasil me costó mucho la elección en este caso lo tuve fácil y no dude mucho.

La paciente, una mujer de 75 años diagnosticada de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca que llevaba cinco días ingresada por episodios de opresión precordial y disnea de mínimos esfuerzos empeorando en los últimos meses. Se le realizó cateterismo y se vio una importante afectación del tronco y todas las arterias principales coronarias. Ahora está a la espera de decisión en sesión médico quirúrgica. Era una mujer muy agradable, siempre estaba acompañada por sus hijas y nietas, la cuidaban mucho y nunca la dejaban sola.

Estaba ingresada en la habitación 118, era una habitación individual lo que también tomé como un punto a favor a la hora de realizar la entrevista puesto que no molestaría a otro paciente que pudiera haber en una habitación doble, y también la entrevistada iba a estar más cómoda contestando a las preguntas sabiendo que sólo sus acompañantes y yo la estábamos escuchando que si por ejemplo compartiera habitación con otro paciente al que no conoce y que está escuchando toda nuestra conversación.

El día de la entrevista, entré a la habitación a eso de las seis de la tarde, estaba la paciente con su nieta jugando a las cartas, sentada en el sillón. Les comenté que era estudiante de cuarto de enfermería, les expliqué por encima en qué consistía mi trabajo fin de grado, y también expuse mi propósito a la hora de realizarle la entrevista y si no les importaba que la grabara para facilitar mi posterior redacción en el trabajo, ambas afirmaron encantadas.

Me senté en una silla al lado de la paciente y comencé a realizar la entrevista, fue una conversación muy fluida y tanto la paciente, la nieta y yo estuvimos muy cómodas.

Me sentí muy satisfecha, la entrevista fue mucho más fluida que la desempeñada en Brasil, ya que gracias al idioma aquí me podía expresar mucho mejor y comprendía todo a la perfección.

V.2.2. Valoración

a) Relato Biográfico

Para la redacción del siguiente relato biográfico disponía de la transcripción que realicé a través de la grabación a la entrevista oral hecha a la paciente con mi teléfono móvil, fue más fácil y cómodo realizar esta transcripción que la que hice en Brasil, debido principalmente al idioma y a la buena fluidez con la que se desarrolló la entrevista. (Ver Anexo 3)

Como en el relato biográfico del caso en Brasil, se ha utilizado la elaboración de categorías temáticas tras varias lecturas de la transcripción, como proponen Amezcua y Hueso⁷.

MI VIDA: Tengo 75 años y vivo en Pamplona desde que nací, llevo toda la vida en San Juan. Soy la mediana de tres hermanas. Me casé a los 22 años con mi novio de toda la vida y tuvimos tres hijas maravillosas. Cuando me casé ya estaba embarazada de la primera. Ahora cada una es independiente, estoy muy orgullosa de ellas, de cómo son y de lo que han conseguido. Nos han dado seis nietos que son un amor, qué te voy a decir yo, su abuela, para mí son los más guapos del mundo.

Mi marido murió hace tres años de cáncer de páncreas, fueron los peores meses de mi vida. Estuvo mucho tiempo ingresado en el hospital, y yo no me separaba nada de él, sufrió mucho y verlo empeorar poco a poco fue muy duro, para que al final se fuera. No estaba preparada para estar sin él, siempre hemos estado muy unidos y me costó mucho asimilarlo. Tras su muerte estuve dos meses sin salir de casa, no quería hacer nada si no estaba conmigo. Por suerte mis hijas y mis hermanas me ayudaron mucho.

MIS HÁBITOS: Ya me han comentado y sé la importancia que tienen los buenos hábitos para mi enfermedad. Soy diabética desde hace mucho tiempo y siempre he tenido que controlarme la alimentación, aunque reconozco que muchas veces no me cuido como debería, pero es que siempre me ha gustado mucho comer porquerías, tanto los dulces como los salados me gustan mucho y la "comida basura" me encanta. Aunque alguna vez he intentado quitármelos, ahora la verdad que he dejado de intentarlo y siempre tengo en casa este tipo de comida.

Tras el primer ingreso hace ocho años dejé de fumar, no me costó mucho porque apenas fumaba entonces y sí que veía el daño que me hacía. Tampoco soy una persona que esté parada, desde que me dijeron que tenía el problema del corazón salíamos con mi marido todas las tardes a pasear y nos gustaba mucho, ahora salgo alguna vez con mis amigas. Pero este último tiempo al sentirme mucho más fatigada no puedo salir tanto, y ahora ya he llegado a un punto que me tengo que quedar en casa.

MI ENFERMEDAD: Hace ocho años comencé con opresión en el pecho cuando realizaba actividades prolongadas en el tiempo y me cansaba mucho. Fui al médico y al realizarme varias pruebas vieron que tenía alguna lesión en las arterias del corazón y que éste no funcionaba con toda su capacidad, tenía una insuficiencia cardiaca, que no me daba muchos síntomas, pero debía evitar que avanzara. Me recetaron pastillas e insistieron en la importancia de llevar una alimentación adecuada y una vida sana.

Ahora ha empeorado la situación, las lesiones son más graves y están en zonas vulnerables. Los médicos me han dicho que están estudiando mi caso pero que

probablemente haya que operar. Durante el ingreso he mejorado bastante pero sigo sin encontrarme bien.

ACTITUD: No me gusta estar en el hospital, me trae muy malos recuerdos y pienso que debería estar tranquila en mi casa disfrutando del tiempo con los míos. Soy consciente de que mi actitud es un tanto negativa pero me cuesta cambiarla mientras esté ingresada, y además parece que va para largo. Sé que no me falta apoyo y todos me dicen que vea las cosas de otra manera pero me es muy difícil, y lo intento de verdad.

APOYO FAMILIAR: Lo más importante para mí es mi familia, estoy aquí por ellos porque si fuera por mí o estuviera sola no hubiera venido al hospital. Tanto mis hijas como mis yernos están muy pendientes de mí y me cuidan mucho. Una de las cosas por las que no me gusta estar ingresada es suponer una carga para mis hijas, ellas están muy ocupadas con su trabajo, los niños y la casa, no paran en todo el día y ahora además tienen que buscar tiempo para quedarse en el hospital.

Siempre hemos sido una familia muy unida, desde que nacieron mis nietos yo siempre las he ayudado en lo que he podido. Tras la muerte de mi marido todos sufrimos mucho, lo pasamos muy mal y nos unimos más todavía.

EL MIEDO: Me da miedo sufrir y que lo pasen mal por mí, además lo de la operación era lo último que me esperaba, que me rajen el pecho sólo imaginármelo me pongo mala. Soy muy nerviosa pero además desde los meses que pasé en el hospital con mi marido, este lugar solo me trae malos recuerdos. Y el pensar que si me operan voy a tener que estar aquí mucho tiempo es lo último que quiero. Mis hijas son positivas conmigo y me dicen que cambie de actitud pero me cuesta mucho. Yo lo único que querría ahora es estar tranquila en casa y disfrutar de mis nietos.

Cuando comencé con los dolores y la fatiga me imaginé que algo malo iba a llegar.

b) Recogida de datos mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción - manejo de la salud

- Actualmente la paciente percibe su salud como no satisfactoria, es consciente de sus limitaciones y afirma que no quiere estar así.
- Los hábitos higiénicos son adecuados, en el momento de la entrevista se encuentra vestida con el camión del hospital y unas zapatillas que le han traído de casa.
- Lleva viviendo en el mismo piso toda la vida, en San Juan. Tras la muerte de su marido sus hijas y sus yernos decidieron reformar algunas habitaciones del piso y cambiar la cocina. Ahora se encuentra en muy buen estado.
- No presenta hábitos tóxicos, no fuma ni toma otras sustancias farmacológicas.
- Sí tiene adherencia al tratamiento farmacológico que lleva tomando desde el primer ingreso, es un anticoagulante y un betabloqueante. También al ser diabética tipo dos está tomando antidiabéticos orales.
- Este es el segundo ingreso hospitalario que tiene en toda su vida, ambos por problemas cardiacos, anteriormente su estado de salud
- No consume bebidas alcohólicas, de vez en cuando le gusta tomar en las comidas una copa de vino

2. Nutricional - metabólico

- El peso de la paciente es de 80 kilogramos y mide 1,60 cm, por lo que presenta un IMC de 31,25, lo que significa que tiene obesidad.
- Perfil lipídico: Colesterol LDL: 200 mg/dl. Colesterol HDL: 40mg/dl. TG: 220 mg/dl.
- Perfil glucémico: Glucemia basal: 120 mg/dl.
- Al día hace unas cinco comidas, desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Suele comer entre horas, sobre todo a última hora del día, antes y después de cenar.
- Afirma que al ser tan nerviosa muchas veces come entre horas sin hambre, pero porque no puede estar parada y necesita estar haciendo algo.
- No le gusta comer fruta y casi todas las tardes queda con sus amigas en alguna casa para tomar café y pastas.
- Sin alteraciones, tiene prótesis dentales en toda la parte superior.
- No presenta dificultades para masticar y tragar.
- Independencia para la alimentación y sin alergias conocidas.
- No toma suplementos alimenticios ni vitamínicos
- Presenta edemas en las extremidades inferiores.
- Buena hidratación y coloración de la piel
- Sin lesiones cutáneas.

3. Eliminación

Intestinal

- Realiza deposiciones cada día, con regularidad.
- Ha precisado uso de laxantes (*duphalac*) los primeros días de ingreso, que fueron efectivos
- No presenta problemas de incontinencia intestinal ni dolor al defecar

Urinaria

- Realiza siete micciones al día, afirma que la medicación le hace orinar mucho.
- Sin problemas en la micción, no presenta incontinencias ni dolor.
- No ha precisado sistemas de ayuda.

Cutánea

- No presenta alteraciones, sudoración normal.

4. Actividad - ejercicio

- FR: 22 rpm
- FC: 70 latidos por minuto
- TA: 95/70 mmHg
- Saturación de oxígeno de 92% basal. Lleva gafas nasales intermitentes a 2 litros cuando precisa.
- ECG: Fibrilación auricular
- Patrón respiratorio con disnea a mínimos esfuerzos. Se siente fatigada al realizar esfuerzos como agacharse a coger algo al suelo.
- Sin dificultad para toser y movilizar secreciones

- Precisa dificultad para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria ya que se encuentra con las fuerzas y energías disminuidas. Sus hijas le ayudan en el aseo en ducha porque les da miedo dejarla sola y que se caiga, por eso la tienen controlada.
- Presenta la movilidad limitada, se levanta al sillón y camina algo por la habitación pero todavía no ha salido a pasear por el pasillo.
- No es autónoma para andar, ahora misma precisa de ayuda, mantiene la postura algo inclinada al caminar.
- Se considera una persona activa, nunca ha llevado una vida sedentaria aunque los últimos años ha salido menos de casa.
- Salía a pasear todas las tardes con sus amigas hasta que su estado de salud se lo impidió, lleva dos meses sin realizar ningún tipo de ejercicio físico.
- Le gusta ocupar su tiempo libre estando con su familia, le encanta pasar tiempo con sus nietos ya le dan vitalidad y ganas de seguir adelante.
- También le gusta reunirse con sus amigas, suelen reunirse cuatro veces en alguna casa para hablar y tomar algo.

Según la clasificación funcional de la NYHA, la paciente en el momento de la valoración se encuentra en la Clase III, ya que presenta una acusada limitación de la actividad física, sin síntomas de reposo pero cualquier actividad le provoca la aparición de síntomas⁸.

5. Sueño - descanso

- Le cuesta conciliar el sueño, afirma que se despierta varias veces durante la noche y luego tarda mucho en volver a dormirse.
- Duerme unas cinco horas diarias cuando de normal en su casa afirma dormir siete u ocho horas seguidas.
- Los horarios del hospital son muy distintos a la rutina que lleva en su casa y todavía no se ha acostumbrado.
- Cuando está en casa dice echarse todos los días una hora de siesta después de comer y aquí solo ha conseguido dormirse dos días a esa hora.
- Realiza el descanso en la cama con la cabecera elevada 30º, ya que no tolera el decúbito supino durante un tiempo prolongado.
- No precisa ayuda para el descanso.

6. Cognitivo - perceptivo

- Consciente y orientada en tiempo y espacio.
- Adecuado nivel de instrucción: lee y escribe sin problemas
- Idioma: castellano. Sin dificultad para la comunicación y expresión de sentimientos.
- Sin alteraciones cognitivas
- Presencia de todos los sentidos: oído, olfato, vista, gusto y tacto.
- Ausencia de dificultades para el lenguaje y expresión de ideas.
- No presenta problemas en la memoria
- Capaz de tomar sus propias decisiones, aunque sus hijas toman las decisiones importantes relacionadas con la salud porque su actitud influye en sus decisiones.
- Presenta malestar general. Durante el ingreso no ha presentado dolor en la zona torácica que presentó en casa tras realizar actividades prolongadas.

7. Autopercepción - Autoconcepto

- Está conforme con su imagen corporal, es consciente de que estaría mejor si perdiera algo de peso.
- No presenta preocupación por los cambios físicos.
- Patrón emocional sensible por el hecho de estar en el hospital y los recuerdos que le trae.
- Durante la entrevista se muestra relajada, tranquila y asertiva.

8. Rol - relaciones

- Viva sola en el barrio de San Juan, en la casa que compró con su marido cuando se casaron.
- Sus hijas, sus nueros y sus nietos viven todos en Pamplona. Aunque ella viva sola todos los días recibe la visita de alguna de sus hijas.
- Tiene dos hermanas, una vive en Zaragoza y la otra en Pamplona.
- No presenta conflictos en el núcleo familiar, están muy unidos y todos los domingos se reúnen a comer juntos en su casa.
- Afirma que la familia es sin duda lo más importante de su vida y por los que sigue adelante.
- Conserva las amigas de toda la vida con las que sigue quedando.
- Recursos económicos adecuados, nunca han tenido problemas económicos

9. Sexualidad - reproducción

- Menopausia a los 48 años
- Ha tenido tres embarazos, los tres han nacido por parto natural.
- No ha presentado problemas relacionados con la reproducción
- Sexualidad inactiva, es una mujer viuda y desde que murió su marido no ha estado con otro hombre.

10. Adaptación - tolerancia al estrés

- El cambio más duro en su vida fue hace tres años cuando murió su marido a causa de un cáncer tras meses luchando. Fue el peor momento de su vida y no ha conseguido olvidarlo, lo ha asimilado pero todavía lo recuerda cada día.
- Los hospitales le producen una sensación de rechazo porque le traen recuerdos de su marido, además de que es una mujer muy nerviosa y se preocupa mucho.
- Tiende a tener una actitud negativa en su vida, que se acentúa en temas relacionados con la salud y hospitales, donde siempre se pone en lo peor.
- Ahora mismo vive una situación de estrés y muchos nervios debido al ingreso hospitalario y a la probable cirugía que le han dicho que deberá hacerse, no le gusta la incertidumbre y dice que no cree que vengan buenas noticias respecto a su salud.

11. Valores - creencias

- Lo más importante de su vida es su familia y amigos.
- Satisfecha con su vida, se siente muy orgullosa de la familia que ha formado y cómo han evolucionado sus hijas.
- Lo que más feliz le hace es pasar tiempo con sus nietos y disfrutar de su familia.

- Práctica la religión cristiana, es creyente y va todos los domingos y algún día entre semana a misa.
- No tiene miedo a la muerte, tiene miedo a sufrir, a pasarlo mal y a ser una carga para los demás. Es consciente de que si tiene algo grave y ha llegado su momento lo asumirá y entenderá. Pero no quiere esperar ni sufrir.

c) Análisis de datos obtenidos tras la valoración.

1-La paciente considera que su salud es regular. Es consciente de las limitaciones que le provoca su estado actual y no puede realizar las actividades que hacía durante su día a día.

Entiende perfectamente su estado de salud y está al tanto de todo lo que le ocurre. Se le pregunta por su estado de salud y contesta a todo claramente.

2- Su índice de masa corporal es de 31,25 por lo que presenta una obesidad en primer grado.

La paciente no realiza una nutrición equilibrada, tiene los conocimientos para una adecuada alimentación pero no lo cumple. No le gustan las frutas y come muy poca variedad de verduras. Tampoco sigue unos horarios fijos para las comidas.

Presenta edemas en las extremidades inferiores que están intentando disminuir con la medicación.

3- Estreñimiento los primeros días que cedió con la toma de laxantes.

4- Presenta disnea de mínimos esfuerzos. Lleva una semana ingresada y está en reposo desde el primer día. Se levanta para ir al baño y al sillón con ayuda, pero no realiza más actividad que esa. Tiene contraindicado realizar esfuerzos o actividades que supongan la mínima fatiga.

Presenta un cansancio excesivo y en cuando a la movilidad, puede levantarse sola y moverse por la habitación pero vigilada por el acompañante. Cuando está sola tiene indicado llamar para que la ayudemos, aunque no llama casi nunca y se levanta sola sin avisar. Clase III en la clasificación funcional de la NYHA.

En su día a día había dejado de poder realizar sus actividades habituales puesto que sus problemas de salud le limitaban.

5- Afirma tener problemas para conciliar el sueño porque todavía no se ha acostumbrado al cambio de entorno y rutina.

Se despierta durante la noche y está durmiendo menos horas de lo que dormía normalmente en su casa.

6- La paciente está orientada, consciente y comunicativa. Presenta malestar general pero sin focalizar dolor concreto. Cuando le preguntas cómo se encuentra responde que no está bien.

7- No tiene problemas con su imagen y estado físico. Aunque reconoce que estaría mejor si perdiera peso no expresa querer cambiar.

8- Núcleo familiar muy unido, sin problemas ni conflictos en las relaciones sociales.

9- Sin problemas ni alteraciones en el patrón.

10- Es muy nerviosa y el hecho de estar ingresada le hace estar en un estado continuo de nervios y preocupación. No sabe si será capaz de afrontar la situación, dice que no va a haber buenas noticias y tiene miedo por lo que pueda pasar.

Recuerda cada día el cambio más difícil de su vida que fue la muerte de su marido.

11- No tiene conflicto de valores, creyente y practicante de la religión cristiana.

V.2.3. Emisión de Juicios

- a) Formulación de Problemas Interdependientes y Diagnósticos de enfermería desde el Modelo Bifocal de Linda Carpenito.

Problemas Interdependientes (PI)

1. Dolor
2. Insuficiencia Cardíaca

Diagnósticos de Enfermería (DxE)

1. Desequilibrio Nutricional: Ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y el gasto calórico m/p comer en respuesta a claves externas y a claves internas distintas al hambre. 00001
2. Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas y cambios en el patrón respiratorio. 00026
3. Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre de catéter y duración de la inserción. 00213
4. Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo, expresa fatiga y debilidad. 00092
5. Afrontamiento Ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar la situación, incertidumbre, incapacidad para conservar las energías adaptativas m/p expresa incapacidad para el afrontamiento, fatiga, trastornos del patrón del sueño. 00069

- b) Planificación de los Cuidados (Anexo 5)

PI: Insuficiencia Cardíaca. 09	
NOC: Efectividad de la bomba cardíaca. 0400	NIC: Cuidados Cardíacos. 4040
NOC: Conocimiento: Control de la Enfermedad Cardíaca. 1830	NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad. 5602
PI: Dolor	
NOC: Nivel del Dolor. 2102	NIC: Manejo del Dolor. 1400
DxE: Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico) y en relación con las necesidades metabólicas m/p estilo de vida sedentario y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre. 00001	
NOC: Estado Nutricional. 1004	NIC: Ayuda para disminuir el peso. 1280
NOC: Conducta de pérdida de peso.1627	
DxE: Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas y cambios en el patrón respiratorio. 00026	
NOC: Equilibrio hídrico. 0601	NIC: Manejo de líquidos. 4120
DxE: Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter y duración de la inserción. 00213	
NOC: Severidad de la Infección. 0703	NIC: Cuidados del sitio de incisión. 3440
	NIC: Control de las infecciones. 6540
DxE: Intolerancia a la Actividad r/c debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, estilo de vida sedentario m/p disnea de esfuerzo, expresa debilidad y fatiga y disconfort por esfuerzo. (00092)	
NOC: Tolerancia a la Actividad. 0005	NIC: Manejo de la energía. 0180
	NIC: Cuidados Cardíacos: Rehabilitación.4046
DxE: Afrontamiento Ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar la situación, incertidumbre, incapacidad para conservar las energías adaptativas m/p expresa incapacidad para el afrontamiento, fatiga, trastornos del patrón del sueño. 00069	
NOC: Afrontamiento de Problemas. 1302	NIC: Mejorar el Afrontamiento. 5230
NOC: Aceptación: Estado de Salud. 1300	

Tabla 3. Resumen plan de cuidados realizado en España. Elaboración Propia.

c) Identificación de los aspectos que se llevan a la práctica y quién los realiza

Tras la realización de las prácticas en la planta de Cardiología del Hospital de Navarra y después de observar las acciones de todo el equipo de enfermería, tanto auxiliares de enfermería como enfermeras, he podido identificar al igual que hice en Brasil, los aspectos del plan de cuidados realizado en el punto anterior que se aplican y aquellos que no, así como qué profesionales sanitarios los llevan a cabo.

Se va a analizar cada intervención de enfermería del plan de cuidados realizado, y tras repasar las actividades que se indican en cada intervención, se identificaran con la observación realizada cuales han sido o no llevadas a la práctica en la realidad y qué profesional sanitario las ha desempeñado.

NIC: Cuidados Cardiacos.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son llevadas a cabo por las enfermeras de la planta, cada una realizará las correspondientes a los pacientes que lleve durante el turno.

NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad.

Las actividades correspondientes a esta intervención son realizadas en su totalidad por las enfermeras.

NIC: Manejo del Dolor.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son realizadas por las enfermeras excepto la última, controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos), que la realizan tanto enfermeras como auxiliares de enfermería.

NIC: Ayuda para disminuir el peso.

Las actividades correspondientes a esta intervención son realizadas en su totalidad por las enfermeras de la planta excepto la última, que es la planificación de un programa de ejercicios, cuya labor es de la enfermera de atención primaria que tendrá un seguimiento más a largo plazo con el paciente.

NIC: Manejo de líquidos.

El peso diario del paciente es realizado por las auxiliares de enfermería. Las demás actividades de la intervención son desempeñadas todas por las enfermeras.

NIC: Cuidados del sitio de incisión.

Las actividades correspondientes a esta intervención son realizadas en su totalidad por las enfermeras

NIC: Control de las infecciones.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son desempeñadas por las enfermeras. Destacar que la última, el uso de guantes según las normas de precaución universal, es llevada a cabo por todo el equipo de enfermería, auxiliares y enfermeras.

NIC: Manejo de la energía.

Las responsables de la realización de las actividades correspondientes a esta intervención son las enfermeras pero las auxiliares de enfermería también formarán parte ayudando y comentando a la enfermera si ven al paciente más fatigado o con dolor.

NIC: Cuidados Cardiacos: Rehabilitación.

Las actividades correspondientes a esta intervención son desempeñadas en su totalidad por las enfermeras.

NIC: Mejorar el Afrontamiento.

Todas las actividades propuestas en esta intervención son realizadas por las enfermeras, pero las auxiliares de enfermería también forman parte y colaboran con las enfermeras ya que ambas son las que más tiempo pasan con el paciente.

VI. COMPARACIÓN Y DISCUSIÓN

Se han conseguido analizar comparativamente las necesidades de cuidados en dos pacientes con una patología cardíaca crónica tanto en Brasil como en España, tal y como se redacta en el objetivo principal del trabajo, a través de la realización de dos estudios de caso en cada país desde el marco de la Teoría de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger.

Aunque se han seguido los mismos pasos en ambos países, tanto el entorno como las condiciones que han rodeado el estudio de caso y la exhaustiva observación durante la realización de las prácticas no tienen nada que ver.

Por un lado en el primer estudio realizado en Brasil nos encontrábamos en un hospital privado, algo que ha supuesto una limitación puesto que era un hospital pequeño y tanto la escasa afluencia como la corta estancia de los pacientes me supuso una dificultad a la hora de elegir al paciente para realizar la entrevista. No tuve apenas tiempo de pensar qué paciente elegir ya que antes de realizar la entrevista final tenía elegidos otros dos pacientes más que se fueron de alta antes de lo esperado sin que les pudiera realizar la entrevista.

En el caso de España, el escenario se trataba de un hospital público y en la planta donde me encontraba haciendo prácticas la afluencia de pacientes era muy elevada y la estancia solía ser prolongada, todo esto me facilitó la realización del estudio de caso, y al contrario que en Brasil, no tuve ningún problema para la elección y tenía varios casos para elegir, optando finalmente por el que más se asemejaba al escogido en Brasil, pudiendo así hacer una óptima comparación de los cuidados.

Se han conseguido identificar los cuidados genéricos aportados tanto en Brasil como en España con la realización de dos planes de cuidados estandarizados de enfermería en el que se plasman los cuidados genéricos llevados a cabo en ambos países.

También de acuerdo con los objetivos planteados para el trabajo se han identificado y descrito las prácticas de cuidados enfermeros que se llevan a cabo en ambos países, mediante la realización de los planes de cuidados enfermeros posteriores al estudio de cada caso y a la narración de las experiencias reales vividas por las pacientes, ambas recogidas a través de los relatos biográficos.

Las prácticas de los cuidados profesionales prestados por enfermeros han sido descritas en el trabajo ya que se han analizado las actividades de las intervenciones de enfermería propuestas en los planes de cuidados, identificando los aspectos que se llevan a la práctica en ambos países y qué profesionales de enfermería tienen la labor de desempeñarlos.

Las dos pacientes sobre las que se ha realizado el estudio padecen una enfermedad cardíaca crónica, y como declaran Pérez et al⁹, el conocimiento de la enfermedad y todos sus componentes es básico para que el autocuidado sea eficaz, y es necesario un seguimiento en atención primaria por parte de la enfermera para la promoción de hábitos de vida adecuados, el apoyo emocional y el asesoramiento ante dudas y dificultades que se presentan. Gracias al estudio y las vivencias de los pacientes a través de la entrevista se han podido comprobar los conocimientos y el seguimiento que tenían sobre su enfermedad. En Brasil la paciente tenía más déficit de conocimientos que en España y no

conocía la figura de la enfermera de atención primaria, por lo que su control no era el adecuado por parte de los profesionales sanitarios.

Tras la lectura del artículo "Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardiaca"¹⁰, donde se expone que la insuficiencia cardiaca es una patología frecuente en todo el mundo, y los pacientes a menudo tienen limitaciones significativas en múltiples áreas, incluyendo el desarrollo físico, cognitivo, emocional, funcionamiento social, salud y calidad de vida, en general. El control e intervenciones por parte de los profesionales de salud son fundamentales, siendo muchas de estas intervenciones sensibles a la práctica enfermera, es decir, influenciadas por el cuidado de enfermería. Por tanto se confirma que el papel de la enfermera y su seguimiento del paciente con esta patología crónica es muy importante y fundamental.

Los avances en la investigación en América Latina sobre el tema del autocuidado y la Insuficiencia Cardiaca apoyan lo que investigadores han demostrado en otros contextos, que la bibliografía propia de enfermería que reporte intervenciones y mediciones del autocuidado en personas con Insuficiencia Cardiaca, no es suficiente.¹⁰

Un estudio del 2010 realizado en Brasil a pacientes con insuficiencia cardiaca descompensados internados en un servicio de emergencia, mostró en cuanto a la realización de los cuidados no farmacológicos poco contemplados en las prescripciones, como son la restricción de sal, restricción hídrica, control de diuresis y el control de peso. Estos cuidados, llevados a cabo por el equipo de enfermería y esenciales en el tratamiento de estos pacientes descompensados, no fueron desempeñados con la misma frecuencia con que fueron llevados a cabo los prescritos (cuidados farmacológicos). Demostrándose que no fueron realizados en su totalidad por el equipo de enfermería¹¹.

Es importante comentar y destacar una de las más grandes diferencias que hay en la enfermería brasileña respecto de la española. Se trata de la organización sanitaria y más concretamente del equipo de enfermería. Sabemos que en España está formado por enfermeras y auxiliares de enfermería, ambas tienen sus funciones definidas y la responsabilidad directa del cuidado del paciente recae sobre la enfermera. En Brasil, este equipo está formado por enfermeras, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería.

La principal novedad es la aparición de la figura de técnico de enfermería, que en España no existe. En Brasil tienen gran importancia, su función es realizar tareas cuya labor en España es indicada para las enfermeras. Actividades como la medición de constantes vitales, la vigilancia, preparación y administración de la medicación prescrita al paciente, la cura de las heridas, realización de análisis de sangre o punción de catéteres venosos periféricos, entre otras, todas estas son actividades indicadas para la enfermera en España que en Brasil realizan los técnicos de enfermería.

Los auxiliares de enfermería, generalmente tienen labores administrativas y su función no tiene nada que ver con la que desempeñan en España.

Este cambio en el equipo de enfermería trae consigo que la organización sanitaria sea también distinta. En una planta hospitalaria, concretamente en la planta médico-quirúrgica donde realicé las prácticas en Brasil, solo había una enfermera por turno, que estaba a cargo de todos los pacientes hospitalizados en la planta, la cual tenía una capacidad de 24 camas. Junto a la enfermera había tres técnicos de enfermería, éstos se dividían su labor en tareas asignadas por la enfermera responsable al comienzo de cada

turno. La primera se encargaba de la preparación y administración de la medicación a todos los pacientes de la planta, la segunda se ocupaba de toma de constantes vitales y cura de las heridas de todos los pacientes y la tercera de las higienes y camas de toda la planta. Ambas se ayudaban entre ellas y muchas veces cuando había pocos pacientes ingresados realizaban las actividades de la segunda y tercera tarea conjuntamente.

La enfermera supervisaba y dirigía a los técnicos de enfermería, cuando era preciso muchas veces los ayudaba o realizaba sus funciones, pero no llegaba a tener una visión integral ni completa de todos los pacientes puesto que no se encargaba directamente de todos los aspectos que los rodeaban o preocupaban, no tenía una relación tan directa con ellos ni los acompañaba durante todo el proceso de hospitalización.

Con esto me quiero referir a que la enfermera en España está a cargo de menos pacientes pero los lleva al completo, se ocupa del cuidado global del paciente, teniendo en cuenta todos los aspectos y lo que le rodea. Permitiendo así un cuidado holístico, una visión global en la que vemos al paciente como un todo.

VII. CONCLUSIONES

Una vez realizado el trabajo, tras la comparación y discusión de los estudios que se han llevado a cabo, he determinado las siguientes conclusiones:

1. Las enfermeras debemos proporcionar unos cuidados individualizados y de calidad a cada paciente, puesto que cada uno es diferente y vive su proceso de manera única en función de sus valores y creencias.
2. Según en qué lugar nos encontremos la función que desempeña la enfermera podrá variar, tal y como hemos podido observar en Brasil y en España, pero la finalidad siempre estará centrada en el bienestar del paciente dándole una atención profesional y humana.
3. Los profesionales de enfermería tenemos que estar preparados para atender a cualquier paciente con una cultura, contexto ambiental y modos de vida diferentes a lo que conocemos, para ello debemos ser conscientes y adaptarnos a las diferentes situaciones que se puedan presentar, proporcionando unos cuidados completos.

VIII. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que se han interesado y me han ayudado en la realización de este trabajo.

En primer lugar me gustaría agradecer a la tutora y directora de este Trabajo de Fin de Grado, Dra Blanca Marín Fernández, por sus indicaciones, su dedicación, sus consejos y sus ánimos durante este largo proceso.

También agradecer a mi profesora en Brasil, Dra Rosely Moralez, por su comprensión y ayuda en el trabajo así como el esfuerzo que ambas tuvimos por comprender el español y el portugués logrando una muy buena comunicación durante mi estancia en Brasil.

Por último agradecer a mi familia, sobre todo a mis padres y a mi hermana, por comprenderme y ayudarme siempre en todo. No solo en este trabajo sino durante los cuatro años de universidad. Y a mis amigos, que son siempre un gran apoyo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados* [Revista en Internet]. 2º semestre 1999 [consultado 17 sep 2014]; Año III (6): 5-12. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5126>
2. Leno González, D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de antropología* [Revista en Internet]. Diciembre de 2006 [consultado 17 sep 2014]; Artículo 32(22) Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
3. Rohrbach-Viadas. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados* [Revista de Internet]. 1º semestre 1998 [consultado 6 oct 2014]; Año II (3):41-45. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/5231>
4. Aguilar O, Carrasco M, García MA, Saldivar A, Ostiguín RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [Revista en Internet]. 2007 [consultado 6 oct 2014]; 4(2):26-30. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30289>
5. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger II (Gráfico explicativo del modelo del sol naciente de Leininger). *Cultura de los cuidados* [Revista de Internet]. 2º semestre 1998 [consultado 6 oct 2014]; Año II (4):34. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/5200>
6. Jiménez-Chaves. VE. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*. [Revista en Internet] Julio 2012 [consultado el 17 sep 2014]; 9(1):141-150. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S222640002012000100009&script=sci_arttext
7. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. *Archivos de la Memoria*. Fundación Index. [Internet] 2004 [Consultado 20 nov 2014]; Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>
8. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica [Revista en Internet]. 2008 [Versión corregida en mar 2010, Consultado el 28 abr 2015]; 61(12): 1329. Disponible en: <http://www.revespcardiolog.es/linkresolver/guia-practica-clinica-sociedad-europea/13129755/>

9. Pérez Otero R, García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. Revista de SEAPA [Revista en Internet]. Abril 2013 [Consultado 28 Abr 2015]; 1(2): 9-26. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/revistas/33-rqr-enfermeria-comunitaria-vol-1-n-2-primavera-2013>
10. Olivella M, Patricia C, Bastidas CV. Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardíaca. Enfermería Global [Revista en Internet]. Enero 2012 [Consultado 1 may 2015]; (25): 282-6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/133331>
11. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescripción y realización del manejo no-farmacológico para pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Revista en Internet]. Nov.-dec 2010 [acceso el 1 may]; 18(6):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600015&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

FUENTES NO CITADAS EN EL TEXTO QUE SE HAN CONSULTADO:

1. Raile Aligood, M. Modelos y teorías en enfermería. Octava edición. Barcelona: Elsevier; 2014. P. 405-29
2. Fundación Española del Corazón. Insuficiencia Cardíaca [Internet]. Febrero de 2015 [Consultado 28 abr 2015]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
3. Moorhead S, Johson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2009.
4. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009- 2011. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2010.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier España S.L., 2009.
6. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red. Estilo de Vancouver [Internet]. Enero 2006 [Consultado 15 may 2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#ejemplos>

ANEXOS

*ANEXO 1: Entrevista realizada en España y Brasil a los
pacientes elegidos para el estudio de caso.*

ENTREVISTA:

Preguntas planificadas para la realización de la entrevista:

- 1) ¿Cuándo te diagnosticaron la enfermedad?
- 2) ¿Cómo y dónde fue la noticia? ¿Quién te la dio?
- 3) ¿Cómo te sentiste? ¿Te informaron bien de lo que estaba pasando?
- 4) ¿Qué cambios has notado en tu día a día? ¿Sientes limitación para la realización de las actividades de la vida diaria?
- 5) ¿Cómo llevas el tratamiento?
- 6) ¿Cumples todas las recomendaciones que da el personal sanitario? ¿Fumas? ¿Realizas una buena alimentación?
- 7) ¿Te sientes apoyada personalmente por tu entorno?
- 8) ¿Te sientes bien atendida durante la hospitalización? ¿Tienes alguna queja?
- 9) ¿Tienes dudas sobre tu enfermedad?
- 10) Sobre el estado de ánimo, ¿influye en tu día a día? ¿Qué actitud adoptas ante los cambios?

*ANEXO 2: Transcripción de la entrevista realizada a
una paciente brasileña.*

Para la siguiente transcripción disponía de la grabación de la entrevista oral realizada con mi teléfono móvil a la paciente. Pase esta grabación al ordenador portátil y escuché varias veces la entrevista, utilicé auriculares porque algunos trozos se oían más flojos y al estar realizada en portugués me resultaba más difícil de comprender. Escuchaba una pequeña parte y paraba la grabación, así mientras iba escribiendo ya traducido en español literalmente lo que se oía. No tuve muchas dificultades con el idioma puesto que al realizar la entrevista ya había comprendido todo lo que me contestó la paciente. Para algunas palabras en las que tuve más dudas utilicé el diccionario o le pregunté a mis amigas brasileñas, que siempre me ayudaban.

Transcripción de la entrevista realizada en Brasil:

Marina: Bueno, como le he dicho antes te voy a hacer unas preguntas. Vamos a comenzar.

Paciente: Muy bien

Marina: ¿Cuándo le diagnosticaron el problema del corazón? ¿Hace mucho tiempo?

Paciente: Pues no te creas que hace mucho...hace unos años ya me dijeron que tenía mal el corazón, pero he estado bien, esto ha pasado hace unos meses, que comencé a notar me más cansada de lo normal, cuando subía las escaleras de casa acababa muy cansada, y también sentía dolor en el pecho, esto nunca me había pasado y no me gustaba nada.

Marina: Se asustó un poco

Paciente: Sí, la verdad que me preocupé un poco porque a veces sentía que no podía respirar bien.

Marina: Lo comentó con su familia

Paciente: Sí, mi marido lo veía y es el que me obligó a ir al médico. Un día que me vio más apurada y dijo: -"De hoy no pasa que vayamos al médico". Y ese mismo día fuimos

Marina: ¿Y es entonces cuando le dijeron lo que le pasaba?

Paciente: Más o menos, yo tengo una insuficiencia cardiaca pero la tenía muy controlada. Esta vez el médico me vio y dijo que mi corazón no estaba funcionando correctamente y que cuando me esforzaba y le pedía más no respondía como debía.

Marido de la paciente: Que no le llegaba suficiente oxígeno, y por eso le dolía.

Paciente: Me hicieron una prueba con unas pegatinas

Marina: Un electrocardiograma sería, para ver la actividad eléctrica del corazón

Marido de la paciente: Sí eso, para mirar el corazón.

Marina: Y, ¿Cómo se sintió con la noticia? ¿Se lo esperaba?

Paciente: Pues bueno, la verdad que un poco sí. Yo soy la pequeña de cinco hermanos y dos se murieron por un ataque al corazón...mi padre también tuvo problemas, pero yo como había estado bien hasta ahora, tengo el azúcar y la tensión alta, hace dos años el médico ya me dijo que tenía mal el corazón y debía controlarme, pero como me encontraba bien no le he dado importancia.

Marido de la paciente: [me mira y afirma con la cabeza]. La verdad que no llevamos mucho control, porque tampoco nos había dado ningún problema hasta ahora.

Marina: Pero debéis saber que el control es importante para esta enfermedad, aunque usted se encuentre bien, además una buena alimentación y hacer ejercicio físico.

Paciente: Bueno, si que salía a correr a veces con mi marido, pero me cuesta un poco, tampoco voy a decir que no, es que me canso mucho y no puedo hacer las cosas bien. Y comer sé que si perdiera peso estaría más sana, pero no me lo he propuesto.

Marina: Pero tiene que ir poco a poco, sin dejar de hacer nada. Igual no puede llevar el ritmo de su marido pero usted tiene que ponerse sus propios objetivos, porque lo necesita por su salud

Paciente: Sí, si tienes razón bonita, pero ahora tengo miedo de que vuelva a dar el dolor y de ponerme peor.

Marina: Bueno, poco a poco. Y en su vida normal, ¿Qué cambios ha notado en su día a día? ¿Hay actividades que realizaba en su vida diaria y ahora no puede?

Paciente: [afirma con la cabeza] Sí, sin duda...Yo antes hacía todo sola, sin ayuda, y ahora necesito ayuda para muchas cosas y me siento mal. Hasta agacharme para ponerme los zapatos me cuesta porque me fatigo, o cocinar por ejemplo, si estoy mucho tiempo de pie haciendo la comida me cansó y tengo que parar, o al hacer las cosas de la casa, poner la lavadora o limpiar, tienen que venir mis hijos a ayudarme porque yo sola ya no puedo.

Marina: Claro, necesita la ayuda de los demás, ¿Y el tratamiento? ¿Cómo lo está llevando?

Paciente: Bien, tomo una pastilla desde hace tiempo para controlar el corazón, y ahora en el hospital lo que me dais vosotras, no controlo mucho.

Marina: Claro, en el hospital os damos la medicación y no tenéis que preocuparos. Y lo que tomas en casa, ¿Te lo controlas todo tú, sin ayuda?

Paciente: A sí, yo sola. Aunque hace bastante que no iba al médico.

Marido de la paciente: Bueno, estos últimos meses vienen los hijos porque como ha estado peor, nos ayudan en casa y comen o cenan con nosotros.

Marina: Claro, es normal. ¿Cuántos hijos tienen?

Paciente: Tres, y un nieto.

Marina: Qué bien, qué bueno. ¿Y en cuanto a la alimentación, come sano?

Paciente: Bueno, no miramos mucho eso, y la verdad que deberíamos comer mejor

Marido de la paciente: [interrumpe] Yo como bien, es ella la que come mal y porquerías, y además que por la diabetes sabe que se debe controlar y comer bien.

Paciente: Sí, yo de siempre tengo que tener cuidado con lo que como, y no lo cumplo mucho la verdad, soy un poco débil en este sentido, pero a partir de ahora ya sí que lo haré.

Marina: Y fumar, ¿fumas?

Paciente: Sí...antes fumaba más, ahora menos pero es muy difícil dejarlo. Desde que tenía 15 años llevo fumando y claro, me han dicho muchas veces el médico y mi familia que debo dejarlo, con mis problemas del corazón es aún peor y ahora después de este susto ya lo voy a dejar.

Marina: Eso, así me gusta con convencimiento, que no le trae nada bueno el fumar la verdad. Y ya acabando, ¿Se sientes bien apoyada? ¿Su familia está con usted?

Paciente: Ay sí, demasiado. Yo les digo que no se preocupen tanto pero son muy pesados.

Marina: Es una suerte tener a la familia al lado verdad

Paciente: La verdad que sí, no me puedo quejar, siempre están conmigo.

Marina: Y el personal sanitario, ¿Qué le parece? ¿Tiene alguna queja con la atención durante su hospitalización?

Paciente: Para nada, yo estoy encantada la verdad, todos muy pendientes, vosotras sois un amor y siempre estáis por todo. Yo sé que la gente se suele quejar, pero en mi caso no tengo ninguna queja.

Marina: ¿Y el estado de ánimo, cómo se siente? ¿Afronta las nuevas noticias del día a día con optimismo?

Paciente: Pues lo intento sí, siempre intento tomarme las cosas en positivo, pero tengo miedo por lo que pueda pasar, nunca he estado tanto tiempo fuera de casa y me gustaría no estar aquí. Es que tampoco me han dicho bien lo que me pasa. Ha pasado el médico hoy cinco minutos y me ha dicho que me tienen que hacer una prueba e igual me tienen que operar, me trasladarán a Campinas porque aquí en São Carlos no operan del corazón y bueno, me da bastante miedo porque yo nunca me imaginaba una operación, ninguno nos esperábamos esto, y tampoco se bien lo que tengo, pero bueno haré lo que me digan.

Marido de la paciente: Ahora lo importante es ella y que se mejore.

Marina: Pues sí la verdad, lo más importante es su salud.

*ANEXO 3: Transcripción de la entrevista realizada a
una paciente española.*

Para la siguiente transcripción disponía de la grabación de la entrevista oral realizada con mi teléfono móvil a la paciente. Pase esta grabación al ordenador portátil y escuché varias veces la entrevista utilizando auriculares mientras iba escribiendo. Me resultó bastante más fácil y cómodo realizar esta transcripción que la que hice en Brasil, principalmente por el idioma, al ser en castellano no tuve ningún problema de comprensión, y también por la fluidez, en esta entrevista creo que tanto la entrevistada como yo nos sentimos muy cómodas, lo que se reflejó en la entrevista, mucho más fluida y ligada.

Aunque en un principio la entrevista está pensada sólo para la paciente, su nieta, que estaba acompañando a su abuela en el momento de la entrevista, participó también y contestó a las preguntas sin querer, pero en la transcripción he puesto todo porque me parecen interesantes sus aportaciones y ayudan a comprender mucho mejor los sentimientos y actitud de la paciente:

Marina: Bueno, gracias por acceder a realizar la entrevista. En primer lugar le quería preguntar cuándo le diagnosticaron la enfermedad.

Paciente: Pues tampoco hace mucho, desde navidad más o menos comencé otra vez con dolor y mucho cansancio, yo me notaba peor y claro, como ya estuve ingresada hace tiempo por algo parecido me recordaba, y al final fui al médico con mi hija.

Marina: Fuiste al centro de salud

Paciente: Sí, fui a comentarle a mi médico al centro de salud, que ya me conoce, y le dije mire no estoy bien, no puedo hacer nada, y él me mandó al hospital con el especialista.

Marina: ¿Y el cardiólogo que le dijo? ¿Fue entonces cuando la ingresaron?

Paciente: Sí, me dijo que me quedaba ingresada porque tenían que hacerme pruebas y ver que me pasaba, porque estaba mucho peor que la última vez. Hacía años que no me pasaba nada pero me pasó todo de golpe, hija parece que estás bien y de repente todo se tuerce. (Suspira preocupada)

Nieta: Bueno abuela, ya sabías que tenías el problema en el corazón, y gracias que has estado mucho tiempo sin que te pasara nada.

Marina: Y cuando le dieron la noticia de que tenía que ingresar, ¿Cómo te sentiste? ¿Te informaron bien de lo que ocurría?

Paciente: Pues mira, yo me lo esperaba, y la verdad que en casa no quería estar tal como estaba, ahora estoy mejor pero tú no sabes lo mal que lo pasé, ni poder ponerme los zapatos...no dormía apenas, yo ya le dije al médico: así no puedo estar, o me muero o me solucionáis lo que me pasa.

Marina: Pero ya te había pasado antes...

Paciente: Así como ahora nunca, la otra vez sí que notaba dolor y también estaba muy cansada, pero mejoré mucho en el ingreso y no me hicieron nada. Me dijeron que las lesiones no eran muy graves...

Nieta: Le dijeron que tenía unas lesiones pero que podía vivir con ellas, que era muy importante que fuera controlando frecuentemente con su médico y que llevara una vida tranquila y sana.

Marina: Y desde que te dijeron que te diagnosticaron el problema y te dijeron que llevaras una vida sana, ¿qué cambios has notado en tu día a día? ¿Sientes limitaciones en tu día a día para realizar lo que hacer normalmente?

Paciente: Muchos cambios hija mía, yo no quiero estar así de mal, mira mi marido murió hace unos años de cáncer y sufrimos todos muchos. Yo no quiero esto, si voy a sufrir quiero que me dejen y pase lo que tenga que pasar.

Nieta: Abuela por favor, no digas eso, es que siempre se pone en lo peor. Te han dicho ya lo que tienes y están decidiendo lo que van a hacer, pero seguramente te operen. Y harás lo que te digan para mejorar. En ningún momento han dicho que no hay solución.

Paciente: Bueno, pero operar nadie te dice que vaya a salir bien...

Nieta: Hay que confiar abuela, no te puedes poner en lo peor porque además nadie te ha dicho nada para que pienses así. Eres tú sola la que da vueltas y piensas de más.

Marina: Tiene que tener mejor actitud Luisa, que está aquí para mejorar y siempre la veo yo lo bien acompañada que está, la cuidan mucho. Me gustaría que me cuidaran así de bien como a usted.

Paciente: Ya lo sé hija, si me cuidan demasiado, pero con mi marido sufrí mucho, estuve muchas noches sin dormir durante muchos meses, cuidándolo...para que se fuera luego. No quiero que lo pasen mal.

Marina: Bueno esto es diferente, me ha dicho que ha notado muchos cambios en su día a día, ¿me podría dar algún ejemplo de qué ha cambiado?

Paciente: Antes todas las tardes iba a pasear con las amigas, llegaba a casa y me hacía la cena, desde hace unas semanas he dejado de ir porque me cansaba mucho, llegaba a casa y ya no podía hacer nada más, además de que me tenía que parar cuatro o cinco veces por el camino, mientras de normal solo paramos una. Ellas ya me dijeron: “ves al médico María que no estás bien” pero yo iba por no acabar en el hospital, y mira.

Nieta: También le han dado mareos, la última vez que fuimos a su casa a comer, en la cocina haciendo la comida se mareó y porque nos dimos cuenta enseguida y la sentamos que si no se cae al suelo.

Marina: ¿Y qué hábitos llevas en tu día a día? ¿Fumas? ¿Realizas una buena alimentación?

Paciente: Mira, esto lo que hablado muchas veces con mi médico y enfermera, soy muy golosa y siempre lo he sido, soy diabética y claro el azúcar sí que me lo controlo. Fumar no fumo, fumaba y lo dejé hace tiempo pero comer me gusta, y nunca he hecho ninguna dieta. Sí que intenté un tiempo después de estar ingresada comer todo sano pero mira, no me duró mucho si te digo la verdad.

Nieta: Mira, tiene los armarios de casa llenos de patatas, frutos secos y porquerías... y es que se le acumulan, le hemos dicho mil veces que no compre nada, que además luego se le pone malo y tenemos que tirar la mitad, pero mira que caso nos hace.

Marina: Veo que tu familia se preocupa mucho por ti y te apoyan mucho, ¿Te sientes querida?

Paciente: Demasiado, no me lo merezco digo yo. Siempre están pendientes de mí, que te voy a decir, estoy aquí por ellos. Tengo tres hijas maravillosas y seis nietos que son un amor, para mí son los más guapos del mundo. Me cuidan todos mucho.

Marina: Si es que ya le he dicho, que siempre la veo muy bien acompañada. Por ellos tiene que luchar Luisa.

Paciente: Pues sí, tienes razón.

Marina: Y por el personal sanitario, ¿se siente bien atendida?

Paciente: Estupendamente [la nieta también afirma con la cabeza], a mí no me gustan los hospitales ni los médicos. Pero vosotras sois un amor y me siento muy bien atendida por todos.

Marina: Y sobre tu enfermedad y lo que te ocurre ¿Tienes alguna duda? ¿Te han explicado todo claro?

Paciente: Sí, ya me hicieron la prueba otra vez del corazón (cateterismo) y vieron que están ha aumentado el problema que ya tenía y ahora van a decidir cómo solucionarlo, ayer me dijo el médico que seguramente me tendrían que operar ya que las lesiones están en zonas muy delicadas donde hay riesgo y lo mejor era operar.

Marina: ¿Y cómo afrontaste la noticia? ¿Qué tal está tu estado de ánimo?

Paciente: Estoy bien, ahora mucho mejor que cuando vine, yo por mí ya me iría a casa. Me da mucho miedo operarme y no quiero, me tendría que quedar mucho tiempo en el hospital y mis hijas las pobres lo que les faltaba, ya tienen suficiente con el trabajo y la casa para estar todo el día metidas en el hospital.

Nieta: Abuela por favor, que nos turnamos entre todos y no es faena, es lo que queremos. No digas eso que sabes que no es verdad.

Paciente: Bueno, yo digo que no quiero estar mucho tiempo aquí, en cuanto pueda estar en casa mejor.

Marina: Pero usted misma me ha dicho que estaba muy mal cuando vino, tiene que irse de aquí curada del todo, y eso requiere tiempo. No va a volver a estar bien en dos días...

Paciente: Ya lo sé, pero operarme no me lo esperaba la verdad, eso es lo último que quería.

Nieta: Haremos lo que haga falta abuela.

ANEXO 4: Planificación de los cuidados en Brasil

✓ **PI: Insuficiencia Cardiaca**

NOC: Efectividad de la bomba cardiaca (0400)

Indicadores

- Presión sanguínea sistólica.
- Frecuencia Cardiaca
- Pulsos periféricos
- Presión sanguínea diastólica
- Intolerancia a la actividad
- Edema periférico
- Arritmia

NOC: Autocontrol: Insuficiencia Cardiaca (3106)

Indicadores

- Busca información sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca.
- Controla la presión arterial.
- Controla el edema y sus complicaciones.
- Elimina el consumo de tabaco.
- Utiliza estrategias efectivas de control de peso.

NIC: Cuidados Cardiacos (4040)

Actividades

1. Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
2. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
3. Documentar las arritmias cardíacas.
4. Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
5. Monitorizar los signos vitales con frecuencia.

NOC: Conocimiento: Control de la enfermedad Cardiaca (1830)

Indicadores:

- Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad.
- Beneficios del control de la enfermedad.
- Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol.
- Importancia de controlar el peso
- Importancia de la abstinencia de tabaco.
- Actividad física recomendada.

NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad (5602)

Actividades:

1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.

3. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
4. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

✓ **PI: Hipertensión**

NOC: Perfusión Tisular: Cardíaca (0405)

Indicadores

- Presión sanguínea sistólica.
- Presión sanguínea diastólica
- Taquicardia
- Hallazgos del electrocardiograma
- Diaforesis profusa

NIC: Regulación Hemodinámica (4150)

Actividades

1. Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico.
2. Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej., disnea, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones).
3. Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.
4. Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos.
5. Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.

✓ **PI: Dolor secundario a la insuficiencia cardíaca y esfuerzo cardíaco.**

NOC: Nivel del Dolor (2102)

Indicadores

- Expresiones faciales de dolor
- Inquietud
- Presión arterial
- Sudoración

NIC: Manejo del Dolor (1400)

Actividades

1. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
2. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
3. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

4. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
5. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.

✓ **DXE: Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter, duración de la inserción e incapacidad para visualizar la zona de inserción. 00213**

NOC: Severidad de la Infección (0703)

Indicadores

- Fiebre
- Dolor
- Malestar general
- Hipersensibilidad.

NIC: Terapia Intravenosa (4200)

Actividades

1. Realizar una técnica aséptica
2. Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad, características de la solución y que no haya daños en el envase.
3. Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión.
4. Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.
5. Verificar la orden de la terapia intravenosa.

✓ **DxE: Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información, falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones. 00126**

NOC: Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca (1830)

Indicadores

- Curso habitual del proceso de enfermedad
- Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad
- Beneficios del control de la enfermedad
- Estrategias para reducir los factores de riesgo

NIC: Manejo del riesgo cardiaco (4050)

Actividades

1. Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, antecedentes de complicaciones cardíacas previas, antecedentes familiares de dichas complicaciones).
2. Identificar si el paciente está preparado para aprender la modificación del estilo de vida (dieta, tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio y niveles de colesterol).

3. Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento.
4. Instruir al paciente y la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos.
5. Aconsejar la realización de ejercicio según esté indicado en función del factor de riesgo cardíaco del paciente.
6. Priorizar las áreas de reducción del riesgo en colaboración con el paciente y la familia.

- ✓ **DxE: Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas, cambios en el patrón respiratorio y cambios de la presión arterial. 00026**

NOC: Equilibrio Hídrico (0601)

Indicadores

- Presión arterial
- Pulsos periféricos
- Entradas y salidas diarias equilibradas
- Edema periférico
- Hidratación cutánea

NIC: Manejo de líquidos (4120)

Actividades

1. Pesar a diario y controlar la evolución.
2. Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
3. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.
4. Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, edema, distensión de venas del cuello y ascitis).
5. Evaluar la ubicación y extensión del edema.
6. Administrar terapia i.v. según prescripción.

- ✓ **DxE: Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades r/c Aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico) y en relación con las necesidades metabólicas m/p estilo de vida sedentario y comer en respuesta a claves internas distintas al hambre. (00001)**

NOC: Estado Nutricional (1004)

Indicadores

- Ingestión de nutrientes
- Ingestión de alimentos
- Relación peso/talla
- Ingesta de líquidos

NOC: Conducta de pérdida de peso (1627)

Indicadores

- Se compromete con un plan para comer de forma saludable
- Controla la ración de alimentos
- El gasto calórico supera la ingesta calórica.
- Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos.
- Controla el peso corporal.

NIC: Ayuda para disminuir el peso (1280)

Actividades

1. Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
2. Establecer una meta de pérdida de peso semanal.
3. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
4. Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito.
5. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.

- ✓ **DxE: Intolerancia a la Actividad r/c debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, estilo de vida sedentario m/p disnea de esfuerzo, expresa debilidad y fatiga y discomfort por esfuerzo. (00092)**

NOC: Tolerancia de la Actividad (0005)

Indicadores:

- Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad
- Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
- Tolerancia a subir escaleras.
- Presión arterial en respuesta a la actividad

NIC: Manejo de la energía (0180)

Actividades:

1. Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
2. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
3. Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
4. Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
5. Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

NIC: Cuidados Cardiacos: Rehabilitación (4046)

Actividades:

1. Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.

2. Mantener el programa de deambulaci3n, seg3n se tolere.
3. Instruir al paciente y a la familia sobre los f3rmacos adecuados.
4. Instruir al paciente y a la familia sobre la modificaci3n de los factores de riesgo card3acos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), seg3n corresponda.
5. Instruir al paciente sobre el autocuidado del dolor tor3cico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces; si el dolor no remite, solicitar asistencia m3dica de urgencia).
6. Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (individualizar las actividades y permitir per3odos de reposo), seg3n corresponda.

✓ **DxE: Temor r/c hospitalizaci3n, falta de familiaridad con las experiencias del entorno m/p expresi3n de inquietud, intranquilidad. (00148)**

NOC: Nivel de Miedo (1210)

Indicadores

- Distr3s.
- Inquietud.
- Temor verbalizado.
- Aumento de la presi3n sangu3nea.

NIC: Mejorar el Afrontamiento (5230)

Actividades

1. Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
2. Valorar la compresi3n del paciente del proceso de enfermedad.
3. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situaci3n estresante.
5. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.

ANEXO 5: Planificación de los cuidados en España

✓ **PI: Insuficiencia Cardíaca**

NOC: Efectividad de la bomba cardíaca (0400)

Indicadores

- Presión sanguínea sistólica.
- Frecuencia Cardíaca
- Pulsos periféricos
- Presión sanguínea diastólica
- Intolerancia a la actividad
- Edema periférico
- Arritmia

NOC: Autocontrol: Insuficiencia Cardíaca (3106)

Indicadores

- Busca información sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca.
- Controla la presión arterial.
- Controla el edema y sus complicaciones.
- Elimina el consumo de tabaco.
- Utiliza estrategias efectivas de control de peso.

NIC: Cuidados Cardíacos (4040)

Actividades

1. Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
2. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
3. Documentar las arritmias cardíacas.
4. Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
5. Monitorizar los signos vitales con frecuencia.

NOC: Conocimiento: Control de la enfermedad Cardíaca (1830)

Indicadores:

- Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad.
- Beneficios del control de la enfermedad.
- Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol.
- Importancia de controlar el peso
- Importancia de la abstinencia de tabaco.
- Actividad física recomendada.

NIC: Enseñanza: Proceso de Enfermedad (5602)

Actividades:

1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.

3. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
4. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

✓ **PI: Dolor**

NOC: Nivel de Dolor (2102)

Indicadores

- Expresiones faciales de dolor
- Inquietud
- Presión arterial
- Sudoración

NIC: Manejo del Dolor (1400)

Actividades

1. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
4. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

✓ **DxE: Desequilibrio Nutricional: Ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas y el gasto calórico m/p comer en respuesta a claves externas y a claves internas distintas al hambre. 00001**

NOC: Estado Nutricional (1004)

Indicadores

- Ingestión de nutrientes
- Ingestión de alimentos
- Relación peso/talla
- Ingesta de líquidos

NOC: Conducta de pérdida de peso (1627)

Indicadores

- Se compromete con un plan para comer de forma saludable
- Controla la ración de alimentos
- El gasto calórico supera la ingesta calórica.
- Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos.
- Controla el peso corporal.

NIC: Ayuda para disminuir el peso (1280)

Actividades

1. Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
2. Establecer una meta de pérdida de peso semanal.
3. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
4. Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito.
5. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.

- ✓ **DxE: Exceso de Volumen de Líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p disnea, edemas y cambios en el patrón respiratorio. 00026**

NOC: Equilibrio Hídrico (0601)

Indicadores

- Presión arterial
- Pulsos periféricos
- Entradas y salidas diarias equilibradas
- Edema periférico
- Hidratación cutánea

NIC: Manejo de líquidos (4120)

Actividades

1. Pesar a diario y controlar la evolución.
2. Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
3. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.
4. Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis).
5. Evaluar la ubicación y extensión del edema.
6. Administrar terapia i.v. según prescripción.

- ✓ **DxE: Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre de catéter y duración de la inserción. 00213**

NOC: Severidad de la Infección (0703)

Indicadores

- Fiebre.
- Malestar general.
- Dolor.
- Letargia.
- Erupción.

NIC: Cuidados del Sitio de Incisión (3440)

Actividades

1. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
2. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
3. Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
4. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
5. Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.

NIC: Control de Infecciones (6540)

Actividades

1. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
2. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
3. Poner en práctica precauciones universales.
4. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
5. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado.
6. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.

- ✓ **Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada y desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo, expresa fatiga y debilidad. 00092**

NOC: Tolerancia de la Actividad (0005)

Indicadores:

- Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad
- Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
- Tolerancia a subir escaleras.
- Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad.
- Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad.

NIC: Manejo de la energía (0180)

Actividades:

1. Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
2. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
3. Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
4. Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
5. Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

NIC: Cuidados Cardiacos: Rehabilitación (4046)

Actividades:

1. Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
 2. Mantener el programa de deambulaci3n, seg3n se tolere.
 3. Instruir al paciente y a la familia sobre los f3rmacos adecuados.
 4. Instruir al paciente y a la familia sobre la modificaci3n de los factores de riesgo card3acos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), seg3n corresponda.
 5. Instruir al paciente sobre el autocuidado del dolor tor3cico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces; si el dolor no remite, solicitar asistencia m3dica de urgencia).
 6. Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (individualizar las actividades y permitir per3odos de reposo), seg3n corresponda.
- ✓ **DxE: Afrontamiento Ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar la situaci3n, incertidumbre, incapacidad para conservar las energ3as adaptativas m/p expresa incapacidad para el afrontamiento, fatiga, trastornos del patr3n del sue1o. 00069**

NOC: Afrontamiento de Problemas (1302)

Indicadores

- Identifica patrones de superaci3n eficaces.
- Verbaliza aceptaci3n de la situaci3n.
- Se adapta a los cambios en desarrollo.
- Utiliza el sistema de apoyo personal.
- Refiere disminuci3n de los sentimientos negativos.

NOC: Aceptaci3n: Estado de Salud (1300)

Indicadores

- Reconoce la realidad de la situaci3n de salud.
- Afrontamiento de la situaci3n de salud.
- Expresa que la vida es digna de ser vivida.
- Se adapta al cambio en el estado de salud.
- Clarifica los valores personales.

NIC: Mejorar el Afrontamiento (5230)

Actividades

1. Valorar la comprensi3n del paciente del proceso de enfermedad.
2. Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situaci3n.
3. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
4. Proporcionar un ambiente de aceptaci3n.
5. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
6. Instruir al paciente en el uso de t3cnicas de relajaci3n, si resulta necesario.
7. Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

