

Trabajo de revisión

Cuidado enfermero dirigido a la persona con estenosis aórtica

Teniza ND,* Domínguez BA,* Puntunet BML*

* Subjefe de Enseñanza e Investigación de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

La estenosis aórtica se define como la alteración valvular que impide el vaciamiento de la cámara de salida del ventrículo izquierdo; dicha dificultad se encuentra directamente relacionada con el área valvular. La localización anatómica de la estenosis puede ser subvalvular, valvular o supravalvular. En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, la prevalencia de estenosis aórtica representa 36% del total de valvulopatías; en el año 2007 se realizaron 178 cambios valvulares aórticos, de los cuales egresaron por mejoría 88 y 12% por defunción. La evidencia señala que 20% de las personas con estenosis aórtica (moderada a severa) presentan muerte súbita. El presente documento pretende guiar al profesional de enfermería en la toma de la mejor decisión sobre el cuidado específico de la persona con estenosis aórtica al plasmar explícitamente a manera de Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque filosófico de Virginia Henderson, las intervenciones indispensables y el nivel de evidencia para cada una de ellas. De tal manera que se identifican los 3 diagnósticos de enfermería prioritarios para la persona con estenosis aórtica, se elabora la pregunta clínica y se realiza una búsqueda sistemática de evidencia y al sintetizarla se construyeron 3 planes de atención de enfermería.

Palabras clave: Estenosis aórtica, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, guía clínica de cuidado.

ABSTRACT

Aortic stenosis is defined as impaired emptying valve that prevents the camera from left ventricular outflow, such difficulty is directly related to valve area. The anatomical location of the stenosis, can be subvalvular, valvular or supravalvular. For the Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, aortic stenosis represents 36% of valvular heart disease, in 2007 were performed 178 aortic valve changes, graduating to 88% improvement and 12% for death. Evidence indicates that 20% of people with aortic stenosis (moderate to severe) had sudden death. This document aims to guide the nurse in making the best decision on the specific care of the person with aortic stenosis to explicitly capture how nursing care process, with the philosophical approach of Virginia Henderson, and operations necessary the level of evidence for each. In that way, which identified 3 priority nursing diagnosis for the person with aortic stenosis, the clinical question was developed and conducted a systematic search for evidence and to synthesize the 3 built nursing care plans.

Key words: Aortic stenosis, nursing diagnosis, nursing interventions, clinical guidelines for care.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares, cobran 17.5 millones de vidas al año en el mundo,¹ en donde las lesiones de las válvulas se hacen presentes; entre éstas se encuentra la estenosis aórtica de origen reumático, congénito y degenerativa; en

Recibido para publicación: mayo 2010
Aceptado para publicación: octubre 2010

Dirección para correspondencia:
Lic. Diana Teniza Noguez
Juan Badiano Núm. 1 Sección XVI, D.F. 14080 Tel.: 55 73 29 11 Ext.1150
E-mail: teniza_kim@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

el Instituto Nacional de Cardiología se estima que entre octubre de 2005 y mayo de 2007 se otorgó atención médica a pacientes adultos con estenosis aórtica en un 36%. Enfermedad caracterizada por la disminución progresiva del área valvular aórtica, la cual genera obstrucción al vaciamiento del flujo sanguíneo del ventrículo izquierdo hacia la aorta, presentando manifestaciones cardiológicas importantes; entre éstas el síncope.

La información contenida se ha organizado con base en el modelo de Virginia Henderson; se sustenta en la evidencia científica y la experiencia del profesional del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

La presente Guía no incluye evidencia del cuidado en personas con estenosis aórtica en período gestacional y está expuesta a discusión por parte de los profesionales que deseen contrastar su experiencia clínica o evidencia científica.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

I. Definición de la entidad clínica

La estenosis aórtica es la obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo; dependiendo del grado de obstrucción, el vaciamiento de sangre hacia la aorta se dificulta, de tal forma que el ventrículo izquierdo prolonga su tiempo de expulsión. Su etiología puede ser congénita o adquirida; mientras que la lesión se puede localizar anatómicamente en el área subvalvular, valvular o supravalvular.²⁻⁴

I.I Subtipos de la entidad clínica

- a) Estenosis aórtica reumática: es el resultado de la cicatrización de la válvula aórtica y la adherencia de las comisuras calcificadas de las valvas, secundaria a infección por *Streptococo B-hemolítico* del grupo A.
- b) Estenosis aórtica degenerativa senil: se presenta cuando las valvas están inmovilizadas por depósitos de calcio a lo largo de sus líneas de flexión en sus bases.
- c) Estenosis aórtica congénita: está presente desde el nacimiento, casi siempre es sintomática entre la sexta y octava décadas de la vida.⁵

I.II Glosario

Gallavardin: Soplo rudo y rasposo en la base del corazón, de alta frecuencia que se irradia selectivamente hacia el ápex.^{6,7}

Pulso *parvus et tardus*: pulso con un pico más tardío y de menor amplitud.

Síncope: pérdida brusca y transitoria de la conciencia y del tono postural secundaria a una interrupción momentánea de la perfusión cerebral.

II. Antecedentes

II.I Epidemiología

La transición epidemiológica ha mostrado que nuestra población ha condicionado que las enfermedades crónico-degenerativas sigan siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La estenosis valvular aórtica no escapa a esta transición y es la forma degenerativa la que con mucho supera a las de origen reumático o congénito.

Entre octubre de 2005 y mayo de 2007 se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, con la finalidad de determinar las características clínicas de los pacientes que se atienden en la Unidad Coronaria; los resultados revelan que el 64% de la atención médica fue a pacientes isquémicos, mientras que el 36% restante se relaciona a cardiopatías no isquémicas, donde encontramos las valvulopatías con un 33% y de este total, el 36% lo ocupa la valvulopatía aórtica. En el año 2007 las cirugías de cambio valvular aórtico fueron 178, de las cuales 88.2% egresaron por mejoría y 11.8% por defunción.⁸

La sobrevida depende de la gravedad de la estenosis y de las manifestaciones clínicas; en las personas que desarrollan síntomas como angina, síncope o disnea, disminuye rápida y drásticamente, por lo cual el reemplazo valvular aórtico debe realizarse en forma temprana, para prevenir la muerte súbita, que se presenta hasta en 20% de los casos.

II.II Fisiopatología

Al existir obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo, la impedancia del flujo lleva consigo la elevación de la presión ventricular izquierda, haciendo la contracción más enérgica y prolongada, con el consecuente aumento del trabajo ventricular y el consumo de oxígeno miocárdico. Los factores que intervienen en la severidad de la estenosis son principalmente cuatro: 1) el área valvular aórtica, 2) el gasto sistólico, 3) la contractilidad del miocardio, y 4) el tiempo de evolución de la estenosis aórtica.⁹

El flujo transvalvular disminuye de forma refleja durante los esfuerzos físicos, acrecentando los requerimientos de oxígeno tisular, siendo de mayor repercusión el territorio miocárdico y cerebral.

El *cuadro I*, muestra la severidad de la estenosis aórtica en relación con el área valvular y el gradiente, identificando las principales manifestaciones que se presentan en la población mexicana.¹⁰

Cuadro I. Relación del área valvular, gradiente y la severidad de la estenosis aórtica.

Área valvular aórtica	Gradiente	Severidad	Seguimiento
Igual o mayor a 1 cm ²	25 mmHg	Ligera: los síntomas son raros en ausencia de otra cardiopatía	Ecocardiograma cada 2-3 años
0.7 a 1 cm ²	25-40 mmHg	Moderada: síntomas con estrés por ejercicio inusual vigoroso o fibrilación auricular	Ecocardiograma anual
0.5 a 0.7 cm ²	40 mmHg	Moderadamente severa: síntomas con las actividades de la vida diaria	Ecocardiograma cada 6 meses
Menor o igual a 0.5 cm ²	70 mmHg	Severa: síntomas en reposo o con actividad mínima, falla biventricular, angina por desequilibrio entre la oferta y demanda de oxígeno y síntomas de congestión pulmonar	El tratamiento de la estenosis severa es quirúrgico, el seguimiento: ecocardiograma pre-alta (3-4 días), posteriormente una o dos veces al año

Fuente: Ruesga ZE, Jáuregui AR. Cardiología. México: Manual Moderno; 2005.

III. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

III.I Datos objetivos:

- Síncope
- Hipotensión
- Taquicardia
- Soplo de expulsión sistólico intenso y rudo con máxima intensidad en el 2º espacio intercostal derecho con irradiación al cuello; segundo ruido duplicado por chasquido de apertura en el ápex¹¹
- Fenómeno de Gallavardin
- Palpación: frémito sistólico en el foco aórtico, carotídeo o en orquilla esternal
- Electrocardiograma: eje a la izquierda, datos de sobrecarga sistólica (R altas, T invertidas en V5-6, S prominentes en V2) o arritmias (fibrilación auricular)
- Impulso apical intenso
- Pulsos disminuidos, de baja amplitud, pulso *parvus et tardus* en ancianos
- Dificultad respiratoria manifestada por taquipnea, aleteo nasal y uso de músculos accesorios para la respiración
- Cianosis
- Saturación basal < 85%
- Sibilancias
- Estertores
- Hipoventilación
- Placa de tórax: hipertrofia del ventrículo izquierdo, botón aórtico prominente, anillo aórtico calcificado, trama pulmonar aumentada

III.II Datos subjetivos:

- Disnea de esfuerzo
- Disnea paroxística nocturna
- Ortopnea
- Dolor precordial de tipo opresivo que se irradia a brazo izquierdo y cuello
- Palpitaciones
- Presíncope
- Mareo
- Cansancio
- Informes verbales de fatiga y debilidad
- Seguimiento inexacto de las instrucciones
- Mala interpretación de la información
- Falta de interés y recursos para obtener la información
- Inmovilización

IV. Diagnósticos de enfermería

- Intolerancia a la actividad.
- Conocimientos deficientes.
- Riesgo de lesión.
- Disminución del gasto cardíaco.

- Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar.
- Patrón respiratorio ineficaz.

V. Pregunta clínica

¿Cuáles son los cuidados específicos de enfermería para satisfacer las necesidades de la persona con estenosis aórtica?

VI Plan de cuidados 1:

Necesidad alterada: Oxigenación

Diagnóstico enfermero: Intolerancia a la actividad

Tipo de diagnóstico: real

Nivel de recomendación de acuerdo a la etiqueta diagnóstica: 1a A

Objetivo: Favorecer la oxigenación tisular para mejorar la tolerancia a la actividad.

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
Monitorizar y registrar el estado cardiovascular:				
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca • Tensión arterial • Pulso apical • Ruidos cardíacos • Ritmo cardíaco Vigilar cada 4 horas, dependiendo del estado hemodinámico de la persona	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	Se mantiene en monitorización continua. La frecuencia cardíaca no supera los 110 latidos por minuto La presión arterial media se mantiene entre 80-85 mmHg. Se identifica y clasifica el soplo
Vigilar el patrón respiratorio:				
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la frecuencia respiratoria 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	La frecuencia respiratoria no supera 24 respiraciones por minuto
<ul style="list-style-type: none"> • Oximetría de pulso 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	La saturación capilar de oxígeno se mantiene $\geq 95\%$
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar datos de dificultad respiratoria 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	
<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar el nivel de disnea (Cuadro II) 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	Se identifican y tratan oportunamente alteraciones en el patrón respiratorio
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar campos pulmonares 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	
Dar posición:				
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la persona en posición fowler para alivio de la disnea 	Independiente	Ayuda/ Dependencia parcial	IV C	La posición favorece la ventilación y mejora la tolerancia a la actividad
Administrar oxígeno de acuerdo al grado de disnea:				
<ul style="list-style-type: none"> • Grado II: oxígeno a 3 litros por minuto por catéter con puntas nasales 	Independiente/ Interdependiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	Se mantiene una adecuada oxigenación con saturación capilar entre 95-100%
<ul style="list-style-type: none"> • Grado III y IV: oxígeno al 100% por mascarilla 	Interdependiente/ Dependiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	
<ul style="list-style-type: none"> • En caso de deterioro severo del patrón respiratorio: Bolsa-válvula-mascarilla 	Dependiente	Suplencia/ Dependencia	IV C	
<ul style="list-style-type: none"> • Ventilación mecánica 	Dependiente	Total	IV C	
Administrar medicamentos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos • Digoxina 	Interdependiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	Se administran los fármacos sin complicaciones, se facilita la eliminación de líquidos y el control de la frecuencia cardíaca
Planificar la actividad de acuerdo al grado de estenosis aórtica:				
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona la actividad y ejercicio prescrito 	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	Ia A	Se planifica e implementa la actividad de acuerdo al grado de estenosis y su tolerancia
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar actividades educativas, lúdicas y recreativas 	Interdependiente	Ayuda/ Dependencia parcial	IV C	

Continuación del VI Plan de cuidados 1:

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
Estenosis ligera: • No requiere restricción	Interdependiente	Ayuda/ Dependencia parcial	Ia A	La persona expresa la importancia de un programa equilibrado de actividad-reposo
Estenosis moderada: • Apoyar en la deambulaci3n • Realizar ejercicios pasivos	Independiente Independiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C IV C	
• Apoyar durante la movilizaci3n en cama para mantener un bajo consumo de oxígeno	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	
Estenosis severa: • Restringir la actividad f3sica • Apoyar en las actividades de autocuidado de higiene, vestido y arreglo personal	Interdependiente Independiente	Suplencia/ Dependencia total Ayuda/ Dependencia parcial	Ia A IV C	Se limita al m3ximo la actividad f3sica
• Alimentar de manera asistida a la persona	Independiente	Suplencia/ Dependencia total	IV C	
• Promover el uso de dispositivos en cama para la eliminaci3n	Independiente	Orientaci3n/ Dependencia parcial	IV C	
• Concientizar a la persona de la importancia del reposo absoluto	Independiente	Orientaci3n/ Dependencia parcial	Ia A	
Integrar a la familia o cuidador primario: • Informar sobre las restricciones de la actividad	Independiente	Orientaci3n/ Dependencia parcial	Ia A	El cuidador primario verbaliza la importancia de cumplir con las indicaciones de actividad y reposo

Cuadro II. Clasificaci3n funcional de la New York Heart Association.

I	Habitual	Asintom3tico	Sin limitaci3n
II	Ligera	Disnea	Esfuerzos intensos
III	Inferior a la habitual	Disnea	Medianos esfuerzos
IV	Muy limitada	Disnea	M3nimos esfuerzos o reposo

Fuente: New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. 9 ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994.

VII Plan de cuidados 2:**Necesidad alterada: Conocimiento****Diagn3stico enfermero: Conocimientos deficientes**

Tipo de diagn3stico: real

Nivel de recomendaci3n de acuerdo a la etiqueta diagn3stica: Ia A

Objetivo: Incrementar el conocimiento de la persona con estenosis a3rtica.

Intervenci3n	Tipo de intervenci3n	Nivel de relaci3n/ grado de dependencia	Nivel de recomendaci3n de la intervenci3n	Resultado
Identificar el nivel de conocimientos que tiene la persona sobre su enfermedad: • Aplicar una valoraci3n exhaustiva para identificar el grado de conocimientos	Independiente	Suplencia/dependencia total	Ia A	Se identifica el nivel de conocimientos de la persona sobre su enfermedad

Continuación del V.II Plan de cuidados 2:

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
Enseñar a la persona aspectos sobre su patología:				
• Dirigir la enseñanza de acuerdo al grado de conocimientos	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	Se logra dirigir la enseñanza de acuerdo al grado de conocimiento
• Definir conceptos como: — Estenosis aórtica — Disnea — Síncope — Dolor precordial y palpitaciones — Adinamia — Cambio valvular — Riesgo de muerte súbita	Independiente	Orientación/dependencia total	Ia A	La persona conoce su enfermedad
Utilizar métodos didácticos para esquematizar su alteración cardíaca				
Orientar sobre la presencia de signos y síntomas de alarma:				
— Aumento en la limitación de la actividad física (Cuadro II) — Dolor precordial — Disnea — Palpitaciones — Mareo — Síncope	Independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	La persona verbaliza la importancia de buscar atención si presenta signos de alarma
Enseñar y concientizar a la persona sobre la actividad permitida de acuerdo al grado de estenosis:				
Estenosis ligera:				
• Sin limitación física.	Interdependiente/ dependiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	La persona reconoce y realiza el tipo de actividad indicada
Estenosis moderada:				
• Deambulación asistida.				
• Evitar períodos prolongados de bipedestación.				
Estenosis severa:				
• Reposo absoluto.				
• Evitar esfuerzo durante la defecación.				
Orientar a la persona sobre el tratamiento farmacológico. (Cuadro III)	Interdependiente	Orientación/Dependencia parcial	Ia A	Reconoce los medicamentos y la importancia de ingerirlos.
Orientar a la persona sobre el tratamiento quirúrgico:				
• Reforzar la explicación del procedimiento quirúrgico	Independiente/independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	La persona conoce el tratamiento quirúrgico y expresa dudas
• Informar a la persona sobre los cuidados preoperatorios	Independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	
• Orientar sobre los beneficios de la espirometría incentivada en el período postoperatorio	Interdependiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	
• Explicar que saldrá de cirugía con dispositivos invasivos	Interdependiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	
• Orientar acerca de los efectos anestésicos	Interdependiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	
• Explicar que será trasladado a una unidad de cuidados intensivos y sus características	Independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	Verbaliza la importancia de las intervenciones
• Destacar la importancia de su participación en el período postoperatorio	Independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	Colabora activamente con el equipo de salud
• Aclarar dudas	Independiente	Orientación/dependencia parcial	IV C	

Continuación del V.II Plan de cuidados 2:

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> Identificar la necesidad de interconsulta con tanatología, psicología o psiquiatría 	Independiente		IV C	
Puntualizar la importancia de una dieta balanceada:				
<ul style="list-style-type: none"> Explicar que su dieta debe ser hiposódica Recomendar el consumo de alimentos ricos en fibra Fomentar el consumo de agua siempre que no exista restricción 	Interdependiente	Orientación/dependencia parcial	IV C	La persona exterioriza la importancia de un cambio en sus hábitos alimenticios
	Interdependiente	Orientación/dependencia parcial	IV C	
	Interdependiente		IV C	

Cuadro III. Tratamiento farmacológico sintomático.

Tratamiento sintomático	Efecto deseado	Precauciones de enfermería	Nivel de evidencia
Digoxina Cronotrópico negativo, inotrópico positivo, (Digitoxina®)	Disminución global de las resistencias periféricas	Mantener monitorización continua del ritmo en busca de datos de intoxicación (cubeta digitalica)	IA
Metropolol Beta-bloqueadores (Seloken zok®)	Mejorar la función sistólica del ventrículo izquierdo	Vigilar la presencia de trastornos del ritmo Evitar el estreñimiento	IA
Diuréticos	Disminuir la disnea al reducir la congestión pulmonar	Control estricto de líquidos Vigilar los valores de electrolitos	IA
Ácido acetil-salicílico Antiagregante plaquetario, (Aspirina®)	Evitar la formación de trombos	Vigilar la presencia de malestar gastrointestinal	IA
Antibióticos	Destruir o detener el crecimiento de organismos infecciosos	Vigilar el periodo de tratamiento indicado	IA

V.III Plan de cuidados 3:**Diagnóstico enfermero: Riesgo de lesión.**

Tipo de diagnóstico: real/riesgo

Nivel de recomendación de acuerdo a la etiqueta diagnóstica: III B

Objetivo: Identificar y tratar oportunamente complicaciones.

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
Identificar alteraciones en las constantes vitales:				Se mantiene en monitorización continua
<ul style="list-style-type: none"> Mantener monitorización continua en busca de: 	Independiente	Suplencia/dependencia total	Ia A	La frecuencia cardíaca no supera los 110 latidos por minuto

Continuación del V.II Plan de cuidados 2:

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
— Hipotensión — Bradicardia — Trastornos del ritmo				La presión arterial media se mantiene entre 80-85 mmHg Se identifica y clasifica el soplo
Disminuir el riesgo de hipoperfusión cerebral y síncope:				
• Limitar y mantener la actividad física de acuerdo al grado de estenosis	Independiente	Suplencia/dependencia total	Ia A	Se mantiene la perfusión cerebral al evitar el secuestro sanguíneo
• Alternar ejercicios pasivos con períodos de descanso	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
• Evitar cambios posturales bruscos	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	La persona mantiene su actividad de acuerdo a la restricción
• Ayudar a la persona en actividades de higiene	Independiente	Suplencia/dependencia total	Ia A	
• Realizar control estricto de líquidos	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
• Identificar y evitar el estreñimiento:	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	Se evita el estreñimiento y así la posibilidad de síncope o muerte súbita por el esfuerzo
— Auscultar movimientos intestinales	Independiente		IV C	
— Cuantificar las evacuaciones en 24 horas	Independiente Interdependiente		IV C	
— Fomentar la ingesta de líquidos, siempre que no esté contraindicado		Orientación/dependencia parcial	IV C	
— Administrar laxantes	Dependiente		Ia A	
• Identificar y tratar la aparición de signos de congestión cardíaca	Interdependiente	Suplencia/dependencia total	IV C	Se previene la aparición de signos de congestión cardíaca
Descartar focos sépticos e iniciar profilaxis antimicrobiana:				
• Explicar la importancia de la erradicación de focos sépticos	Independiente	Orientación/dependencia parcial	Ia A	La persona conoce la importancia de la erradicación de focos sépticos y participa en su cuidado
• Colaborar con el equipo multidisciplinario en la erradicación de focos sépticos	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	Se descartan focos sépticos
• Administrar el antibiótico prescrito	Dependiente		Ia A	
Explicar y mantener medidas de seguridad:				
• Verificar que la unidad cuente con las medidas de seguridad establecidas	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	Se mantienen las medidas de seguridad
• Identificar el riesgo de caída	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	La persona no presenta complicaciones
• Colocar distintivo de riesgo de caída	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
• Registrar en el reporte de enfermería el grado de riesgo	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
• Concientizar a la persona sobre la importancia de mantener las medidas de seguridad	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
• Proporcionar el timbre de llamado	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
• Acudir rápidamente al llamado de la persona	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
• Verificar que la persona permanezca siempre acompañada	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	
Estenosis aórtica ligera/moderada:				
• Mediano riesgo de caída:	Independiente			III B
— Colocar tarjeta de identificación de riesgo de color amarillo				
— Mantener arriba los barandales cuando la persona se encuentre en cama	Independiente			III B

Continuación del V.II Plan de cuidados 2:

Intervención	Tipo de intervención	Nivel de relación/ grado de dependencia	Nivel de recomendación de la intervención	Resultado
— Mantener la deambulacion asistida	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
— Facilitar el baño asistido en regadera	Independiente		III B	
Estenosis aórtica severa:				
• Alto riesgo de caída:				
— Colocar tarjeta de identificación de riesgo de color rojo	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
— Mantener reposo absoluto en cama	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
— Colocar barandales de seguridad en la cama	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
— Facilitar los cambios de posición con bajo consumo de energía	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	La persona no presenta complicaciones
— Realizar baño de esponja en cama	Independiente	Suplencia/dependencia total	III B	
— Poner al alcance de la persona los objetos de uso personal	Independiente		IV C	
— Realizar ejercicios pasivos	Independiente		III B	
Tomar e interpretar laboratorios:				
• Grupo sanguíneo y Rh	Independiente	Suplencia/dependencia total	IA	Se identifican y tratan oportunamente alteraciones
• Biometría hemática				Resultados de laboratorio vigentes en caso de cirugía de urgencia
• Tiempos de coagulación				
• Electrolitos				

CONCLUSIONES

La guía clínica expuesta presenta sucintamente la evidencia sobre el cuidado enfermero a la persona con estenosis aórtica, cabe señalar que fue necesario extraer ciertas intervenciones de literatura médica debido a la escasa evidencia en el área. Esta guía propone al profesional de enfermería directrices de actuación ante escenarios clínicos a partir de los diagnósticos de enfermería, lo que permite priorizar las intervenciones y actividades con la finalidad de favorecer el resultado esperado en la persona y limitar las complicaciones. No hay que olvidar que la guía facilitará al profesional la toma de decisiones con base en la evidencia, no pretende ser una receta de cocina, y por lo tanto involucra el juicio crítico de cada profesional en la situación específica.

Es de reiterar que en la medida en que se logre implementar la guía, se probará su aplicabilidad clínica y efectividad, lo que se verá reflejado en la calidad de la atención proporcionada y la mejoría de la persona.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. El Día Mundial del Corazón. [En línea] 2009. [Consultado Febrero- 2010] disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_heart_day/es/index.html.
2. Azpitarte J, Alonso AM, García GF, González SJM, Paré C, Telles A. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Valvulopatías. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53(9): 1209-1278.
3. Marso PS, Griffin PB, Topol JE. *Cardiología*. España: Marbán Libros; 2004.
4. Fauci SA, Braunwald E, Kasper LD, Hauser SL, Longo DL, Larry JJ, Loscalzo J y cols. *Harrison principios de medicina interna*. 17^a. México: McGraw-Hill; 2006.
5. Guadalajara JF. *Cardiología*. 4^a ed. México: Méndez Editores S.A de C.V; 1996.
6. Galván MO, Huerta HD. Programa de Actualización Continua. *Evaluación diagnóstica y pronóstica de las valvulopatías del corazón izquierdo*. México: Intersistemas 1997.
7. Vargas BJ y cols. *Tratado de Cardiología*. México: Intersistemas 2006.
8. Martínez SCR, Martínez RJO, González PH. Urgencias cardiovasculares. *Tópicos selectos*. México: Intersistemas, S.A de C.V; 2008.
9. Vahanian A. Guía de la Sociedad Europea de Cardiología Revista Española Cardiología. [En línea] 2007 [Consultado ene-

- ro 2009]; 60 (6): 625. e1-e50. Disponible en: <http://esternal.doyma.es/pdf/25/25v60n06a13107119pdf001.pdf>.
10. Ruesga ZE, Jáuregui AR. *Cardiología*. México: Manual Moderno; 2005.
11. ACC/AHA. Guidelines for the Management of patients with valvular heart disease. *Circulation* 2006; 114: e84-e231.

BIBLIOGRAFÍA

- Santibáñez EF. Tratamiento quirúrgico de la estenosis valvular aórtica con anillo aórtico pequeño. *Arch Cardiol Méx* [En línea] 2006 [Consultado febrero 2009]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000600014&lng=es&nrm=iso.
- Ruiz RJ, González CJ, Zalba EB, León CC, Sánchez MJ. Estenosis aórtica asintomática y muerte súbita. *An Med Interna* (Madrid) [En línea] 2003 [Consultado enero 2009]; 20(10): 37-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003001000007&lng=es.
- Parra BA, Heredia GEN. Proceso atención enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. *Rev Mex Enf Cardiol* 2003; 11(2): 66-71.
- Mantik LS, McLean HM, Ruff DS, Bucher L. Enfermería médico quirúrgica. *Valoración y cuidados de problemas clínicos*. España: Elsevier; 2004.
- García GRM. Cuidados de enfermería del paciente con disnea. [En línea] 2006 [Consultado febrero 2009]. Disponible en: http://www.paliativoscanarias.org/cuidados_enfermeria/disnea/enfer-disnea.pdf.
- Pérez PR, López SI, Fajardo PM. Insuficiencia cardíaca congestiva por estenosis aórtica tratada con éxito en el hogar. [En línea] 2003 [Consultado febrero 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi03603.htm.
- Kertai MD, Bountiokos M, Boersma E et al. Aortic stenosis: An underestimated risk factor for perioperative complications in patients undergoing noncardiac surgery. *Am J Med* [En línea] 2004 [Consultado febrero 2009]; 116(1):8-13. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=517813.
- Mahy IR et al. Routine hospital based follow up for patients with mechanical valve prostheses: Is it worthwhile? *Heart* 1999; 82(4): 520-522.
- Bentz B. A practical approach to evaluating the patient with syncope. *Critical Care Nursing Quarterly* 2008; 31(2): 173-177.
- Yacoub MH, Cohn LH. Novel approaches to cardiac valve repair: From structure to function: Part II. *Circulation* 2004; 109(9): 1064-1072.
- DiSabatino A. Syncope: a common clinical concern. *Nursing* 2008; 38(4):9-12.
- Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Caballero-Borrego J, Gómez-Doblas JJ, Valencia-Serrano FM, Cabrera-Bueno F, Rodríguez-Bailón I, Sánchez-Espín G et al. Influencia del sexo en el pronóstico perioperatorio de pacientes sometidos a sustitución valvular por estenosis aórtica severa. *Rev Esp Cardiol* [En línea] 2009 [Consultado febrero 2009]; 62(1): 31-8. Disponible en: http://www.revspcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13131357.
- Lauck S, Mackay M, Galte C, Wilson M. A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical care nurse* [En línea] 2008 [Consultado febrero 2009]; 28:40-51. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/28/3/40>.
- Caballero BA. Aortic stenosis. *NEMJ* 2002; 346(9): 677-682.
- Quinn DW, Spinler SA. Efficacy of statins in preventing progression of aortic stenosis. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 979-981.
- Le Gal G, Bertault V, Bezon E, Cornily JC, Barra JA, Blanc JJ. Heterogeneous geographic distribution of patients with aortic valve stenosis: arguments for new aetiological hypothesis. *Heart* 2005; 91: 247-249.
- Potts K. Aortic stenosis part one: history, presentation, pathophysiology, examination. *British Journal of Cardiac Nursing* 2006; 2(6): 277-277.
- Palta S, Pai MA, Gill KS, Pai RG. New insights into the progression of aortic stenosis. *Circulation* 2000; 101: 2497.
- Monin JL, Monchi M, Gest V et al. Aortic stenosis with severe left ventricular dysfunction and low transvalvular pressure gradients. *J Am Coll Cardiol* [En línea] 2001 [Consultado febrero 2009]; 37: 2101-2107. Disponible en: http://content.onlinejacc.org/cgi/content/abstract/37/8/2101?ijkey=759bbb92053e7884ebea9ee2b201b11f570e0c12&keytype=tf_ipsecsha.
- Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP et al. ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart disease: Focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52(8): 676-85.
- Nagle Beth McMahan. Getting to the heart of aortic valvular disease. *Nursing* [En línea] [Consultado febrero 2009]. Disponible en: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_199805/ai_n8802049/.
- Careaga GR, Martínez CG, Anza CLM, Ávila FA. Euroscore para predecir morbilidad y mortalidad en cirugía cardíaca valvular. *Cir Ciruj* [En línea] 2008 [Consultado: Noviembre 2008]; 76:497-505. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/cir-cir/cc-2008/cc086h.pdf.
- Pazos SV, González AC, Paz IMI, Losada RT. Valvuloplastia aórtica y pulmonar. *Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica*. Protocolos unificados. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. [En línea] 2007 [Consultado noviembre 2008]. Disponible: http://www.enfermeriaencardiologia.com/aeec/documentos/manuales/hemo/hemo_23.pdf.
- Martínez QAA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Evidencia* [En línea] 2007 [Consultado enero 2009]; 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidencia/n13/304articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Gálvez TA. El paciente inteligente. El usuario responsable. *Evidencia* [En línea] 2006 [Consultado: noviembre 2008]; 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidencia/n12/279articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. *Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians*. *Ann Intern Med* 1997; 127: 76-86.
- Warren KL, William GK, Noordergraaf A. Valvular and systemic arterial hemodynamics in aortic valve stenosis. *Circulation* [En línea] 1995 [Consultado enero 2009]; 92:1473-1478. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/92/6/1473>.

- Catherine MO, Burwash IG, Legget ME, Munt BI, Fujioka M, Healy NL et al. Prospective Study of Asymptomatic Valvular Aortic Stenosis [En línea] 1997 [consultado febrero 2009]; 95:2262-2270. Disponible en: <http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/95/9/2262>.
- Peidro R, Brión G, Angelino A. Exercise Testing in Asymptomatic Aortic Stenosis. *Cardiology* [En línea] 2007 [Consultado febrero 2009]; 108: 258-264. Disponible en: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?typ=fulltext&file=CRD2007108004258>.
- Van Pelt NC, Stewart RA, Legget ME, Whalley GA, Wong SP, Zeng I et al. Longitudinal left ventricular contractile dysfunction after exercise in aortic stenosis. *Heart* [En línea] 2006 [Consultado enero 2009]; 93 (6): 732-8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17090563?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum.