

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 13
Volume

Número 1-2
Number

Enero-Agosto 2005
January-August

Artículo:

Factores relacionados para diagnósticos de enfermería en pacientes con infarto agudo del miocardio ingresados en unidad intensiva

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Trabajo de investigación

Factores relacionados para diagnósticos de enfermería en pacientes con infarto agudo del miocardio ingresados en unidad intensiva

Da Silva Paiva Glaziane,* De Oliveira Lopes Marcos Venícios*

* Departamento de Enfermería, Universidad Federal de Ceará, Brasil.

RESUMEN

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un local hospitalario de asistencia a pacientes graves, en el cual se hace necesaria la aplicación del proceso de enfermería para dirigir mejor los cuidados con intervenciones eficaces, holísticas e individuales. La propuesta de este estudio fue identificar los factores relacionados presentados por los pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM) ingresados en la UTI que contribuyeron para establecer los diagnósticos de enfermería. Se trata de investigación descriptiva, desarrollada con pacientes con IAM ingresados en dos UTI, de un hospital público, localizado en la ciudad de Fortaleza - Brasil. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista, del examen físico y de la consulta al expediente clínico. Los resultados, elaborados en acuerdo con la taxonomía II de la NANDA, muestran una gran variedad de factores relacionados en el establecimiento de diagnósticos de enfermería, originados por problemas de origen biopsicosocial. Se puede concluir que el paciente con IAM ingresado en un ambiente de tratamiento intensivo, está expuesto a una cantidad excesiva de fuentes de desequilibrio, identificadas a través de la valoración y elaboración de diagnósticos de enfermería, las cuales ameritan intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Infarto agudo del miocardio, enfermería, unidad de terapia intensiva.

ABSTRACT

The Unit of Intensive Therapy (UTI) is a hospital local of attendance to serious patients, becoming necessary the application of the Nursing Process steps better to direct the cares effective, holistic and singular interventions. The proposal of this study was to lift the related factors presented by the patients with Myocardial Acute Infarction (IAM) entered in Unit of Intensive Therapy that contributed for the occurrence of nursing diagnoses. It is descriptive investigation; developed with patient with IAM entered in two UTI, of a public hospital, located in the city of Fortaleza - Brazil. The data were picked up through an interview, a physical exam and a consultation to the patient's dossier. The results, elaborated in agreement with the NANDA taxonomy II, show a great variety of responsible factors for nursing diagnoses, consequent of problems biopsychosocials. You can conclude that the patient with IAM, entered in the environment of intensive treatment, is exposed to an excessive quantity of sources of imbalances, identified through the evaluation and elaboration of nursing diagnoses, needing interventions that improve the quality of life of this clientele.

Key words: Myocardial acute infarction, nursing, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

Las ciencias, en los últimos tiempos, se han desarrollado de manera acelerada y la enfermería está inserta en este contexto por su avance científico, realizando y participando cada vez más de investigaciones, ampliando su cuerpo de conocimiento y sus acciones.¹ La consolidación de la enfermería como ciencia en Brasil, inició

Recibido para publicación: mayo 2005.
Aceptado para publicación: septiembre 2005.

Dirección para correspondencia:
Da Silva Paiva Glaziane
Calle 83, Núm. 550, 3A. etapa, Conj. Prefeito José Walter,
Fortaleza - Ceará - Brasil. 60751-050.
Tel/Fax: 55 85 3291-7859.

en la década de 60, con Wanda de Aguiar Horta, que propuso, en 1979, el proceso de enfermería con una nueva visión, posibilitando al profesional de enfermería a utilizar la metodología científica para orientar sus acciones.² El proceso de enfermería incluye acciones sistematizadas que visualizan la asistencia al ser humano; se caracteriza por la interrelación y dinamismo de sus fases o pasos.³ La autora distingue seis fases: la valoración, el diagnóstico de enfermería, el plan asistencial, las prescripciones de enfermería, la evaluación y el pronóstico.

El diagnóstico de enfermería, relaciona las necesidades básicas del paciente comprometidas con su grado de dependencia.² En su 9ª conferencia, en 1990, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)⁴ define al diagnóstico de enfermería, como “un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales; el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería, para alcanzar resultados por los cuales la enfermera es responsable”; define también, que un diagnóstico de enfermería es determinado por la interacción de las respuestas humanas con los factores relacionados, los cuales se originan por factores biopsicosociales y son identificados por el enfermero, estos factores son capaces de causar o influenciar el estado de salud o propiciar la aparición de procesos patológicos. La fase de diagnosticar en el proceso de enfermería no es tarea fácil, exige habilidades y conocimientos teórico-prácticos profundos, para garantizar una asistencia al paciente, familia o comunidad en nivel elevado. Imaginemos tal sistematización de la asistencia en una UTI, en donde los pacientes son críticos, graves y de alto riesgo, con una asistencia continuada y cuidados intensivos las veinticuatro horas del día.

Una de las causas más frecuentes que llevan a un adulto a ingresar a una UTI son las enfermedades cardiovasculares,⁵ es por esta razón que en este estudio se buscó identificar los factores relacionados en los pacientes con IAM ingresados en la UTI, que contribuyeron para establecer los diagnósticos de enfermería. El IAM es definido como muerte o necrosis de la célula del músculo cardíaco debido a la isquemia que resultó de la oclusión total de la arteria coronaria.⁶ Es el evento más importante que en presencia de cardiopatía isquémica se desarrolla en las naciones industrializadas, y constituye la principal causa de mortalidad en EUA, en donde 500,000 personas son hospitalizadas,⁷ al igual que en otros países, en los cuales cerca de 1.5 millón de personas cada año

sufren un IAM. Aunque la mortalidad asociada a los problemas cardíacos y vasculares ha reducido 25% desde la década de los 70, la enfermedad cardiovascular continúa siendo la amenaza más grave a la vida y a la salud.

La importancia de conocer los factores relacionados responsables del establecimiento de desarrollo de diagnósticos de enfermería, es que se puede intervenir en las fuentes causales a través de la elaboración de un plan de cuidados dirigido al paciente con IAM adecuado a su condición física y emocional.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es descriptivo-exploratorio, cuantitativo. La población del estudio fue de 20 pacientes ingresados en dos UTI cardiovasculares, en dos instituciones públicas de la ciudad de Fortaleza – Brasil, los cuales cumplieron con los criterios de selección: haber sido diagnosticado con IAM, ser capaz de establecer diálogo coherente y haber aceptado participar del estudio previa aclaración. No se tomó en cuenta el tiempo de internación ni la edad y sexo. El instrumento constó de un formulario estructurado, que contenía preguntas, abordando los dominios y clases propuestos por la NANDA, a través de una entrevista, del examen físico y de la consulta al expediente clínico del paciente; se comentó al paciente sobre la investigación, garantizando sigilo y anonimato y observación de los preceptos contenidos en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil. Los datos se organizaron para establecer un perfil del paciente que permitió identificar los factores relacionados involucrados. En una segunda etapa, los diagnósticos de enfermería fueron elaborados de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA versión 2001-2002. Para análisis, interpretación y discusión de los datos, se utilizó la literatura referente al tema en estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los pacientes valorados, 12 (60%) eran del sexo masculino y 8 (40%) del femenino. La edad, fue predominante en el intervalo de 44 a 54 años con 6 pacientes (30%), aunque, si aumentamos el intervalo hasta 79 años, encontramos 9 pacientes (45%). En lo que atañe al estado civil, 60% eran casados y 25% viudos. En cuanto a la actividad profesional, 10 (50%) eran jubilados, siendo que 5 de éstos aún están en fase activa de trabajo, ejerciendo funciones como conductor, carpintero, profesor, costurera y

Cuadro I. Factores relacionados identificados en pacientes con IAM en la UTI. Fortaleza/Brasil, 2004.

Factores relacionados	Frecuencia
1. Debilidad	31
2. Recepción, transmisión sensorial alterada	24
3. Procedimientos invasivos	19
4. Exposición ambiental a patógenos aumentada	19
5. Uso crónico del tabaco	15
6. Dolor	13
7. Desequilibrio entre oferta y demanda de oxígeno	11
8. Inmovilización física	11
9. Actividad física insuficiente	10
10. Dentición o higiene inadecuados	10
11. Estado de movilidad disminuida	10
12. Debilidad neuromuscular	10
13. Falta de conocimiento respecto de la salud dental	10
14. Agentes lesivos	10
15. Condición física debilitada	9
16. Falta de exposición	9
17. Falta de privacidad	8
18. Ritmo y frecuencia cardíaca alterados	8
19. Debilidad generalizada	8
20. Circulación alterada	8
21. Uso de diuréticos	7
22. Higiene oral ineficaz	7
23. Uso de antilipémicos	6

vendedor. Destacan 4 pacientes (20%) con actividades domésticas, 2 manicuras (10%) y 3 con otros tipos de actividades como: agricultor, zapatero y colector de chatarra.

En el análisis de los factores relacionados se encontraron 93 factores responsables del establecimiento de varios diagnósticos de enfermería, los cuales fueron divididos por percentiles, en el *cuadro I* observamos aquellos que estuvieron arriba del percentil 75. El factor con más frecuencia fue la *debilidad*, surgiendo 31 veces, como causa de los diagnósticos de déficit en el autocuidado. Este factor puede estar asociado al propio compromiso físico y a la condición debilitada, en la cual se encuentra el paciente como consecuencia de la injuria sufrida por la bomba cardíaca, la cual repercutió en varios sistemas orgá-

nicos. Estados emocionales comprometidos pueden acarrear altos niveles de ansiedad y depresión en el cardiópata, ocasionando interés disminuido, fatiga, pérdida de energía, sentimiento de desvalorización o culpa produciendo una sensación de debilidad constante.⁸

En segundo lugar, aparece el factor relacionado *recepción o transmisión sensorial alterada*, en 24 ocasiones, estando presente en el diagnóstico "*percepción sensorial visual perturbada*" en 18 pacientes. La recepción, transmisión y reacción componen cualquier impresión sensorial, relacionado a los sentidos de la visión, gustación, táctil, olfato y paladar. Si un paciente sufre más de una alteración sensorial, su habilidad de actuar y de relacionarse en el ambiente se ve seriamente perjudicada.⁹ Un estudio hecho con pacientes ingresados en UTI, reveló que éstos consideraron el ambiente de la unidad un local aislado, habiendo una desorientación cronológica y el ser cerrado, provocó angustia y sentimiento de aislamiento.¹⁰ Los *procedimientos invasivos* aparecen en varios diagnósticos de enfermería, son causa de incomodidad para el paciente, variando con el procedimiento y el tipo de intervención a ser realizada;¹¹ debido a su agresión física y emocional, pueden producir alto nivel de ansiedad en los pacientes, siendo primordial que los profesionales expliquen qué tipo de intervenciones serán realizadas y su indicación, ayudando a disminuir tal sentimiento.¹²

La *exposición ambiental a patógenos aumentada*, estuvo asociada a los procedimientos invasivos, constituye una fuente de preocupación por el riesgo del paciente a desarrollar procesos infecciosos en la UTI; la infección intrahospitalaria es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes de UTI, con índices entre 10 y 50%, este riesgo elevado de infección es consecuente de la gravedad del paciente, su tiempo de permanencia, el compromiso inmunológico, la terapéutica medicamentosa y de los procedimientos invasivos, entre otros.¹³ El *uso crónico del tabaco*, fue identificado 15 ocasiones. El humo es reconocido mundialmente como uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad coronaria y es fuente de continuo agravio al aparato cardiovascular.¹⁴ En este estudio, aparece como factor causal de diagnóstico, *deterioro de la dentición* aunado al factor relacionado, *falta de conocimiento con respecto de la salud dental*. Existe relación entre el humo y enfermedades periodontales, siendo directamente proporcionales, es decir, a mayor tiempo y número de cigarrillos, mayor será la pérdida ósea y consecuentemente el efecto deletéreo

en los dientes. Asociado a mala higiene bucal están factores como autodescuido, privación de utensilios de limpieza dental o falta de información sobre la higiene bucal.¹⁵ En este contexto aparecen dos factores relacionados: *dentición o higiene inadecuadas e higiene oral deficiente*, en 10 y 7 ocasiones respectivamente; tales datos hacen pensar sobre la higiene bucal ofrecida y las orientaciones recibidas, puesto que se pudo constatar que los pacientes poseen alto índice de déficit en el autocuidado bucal, necesitando del equipo de enfermería para ser atendido.

El dolor fue otro factor relacionado significativo, ocurriendo 13 veces. La sensación de dolor sentido por los pacientes es un hecho real y debe ser considerado por los profesionales, teniendo carácter subjetivo, individual y emocional.^{16,17} En estudios realizados con pacientes ingresados en la UTI, revelaron que el dolor es causa de incomodidad, ocasionando ansiedad ante los procedimientos realizados o por realizar.¹⁸ Otro estudio realizado con pacientes post-infartados en sus domicilios, reveló que la experiencia de sufrir el infarto fue algo doloroso no sólo para el paciente que sufrió las alteraciones físico-psicológicas, sino también, para los familiares de éste. Uno de los pacientes, en su declaración, enfatiza la paradoja de la tecnología donde, aunque ésta proporcione soporte para revertir el cuadro de enfermedad, es causa de dolor y sufrimiento.¹⁹

La *inmovilización física* surgió como factor relacionado, así como el *estado de movilidad disminuida* y la *debilidad neuromuscular*. Hay un número considerable de pacientes con estos factores relacionados que permanecen en el ambiente de la UTI, debido a la terapéutica intensiva y aparatos instalados que restringen sus funciones motoras.²⁰ El mantener a un paciente encamado puede producir complicaciones a nivel pulmonar, cardiocirculatorio y lesiones de la piel.²¹ El factor *actividad física insuficiente* y la *condición física debilitada* colaboran también en la aparición de úlceras por presión; en nuestro estudio, el primer factor fue uno de los responsables del diagnóstico de enfermería "*constipación y riesgo de constipación*" y el segundo para "*fatiga*". La *actividad física insuficiente* es impuesta por la terapéutica de la UTI que restringe al paciente al lecho, pero también por la condición física debilitada en la cual se encuentra como consecuencia de problemas cardíacos consecuentes de la injuria al tejido por el IAM.

El factor *desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno* se relacionó con el diagnóstico, "*intolerancia a la actividad*", este desequilibrio muchas veces se manifiesta por un cuadro de disnea asociado a una

sensación de angustia, donde hay acumulación de un exceso de dióxido de carbono acompañado de hipovenilación. Este desequilibrio en el cambio de gases puede acontecer en el diagnóstico "*débito cardíaco disminuido*" y puede empeorar el cuadro isquémico instalado por el IAM. El cuidado de enfermería ante este cuadro es disminuir las actividades del paciente, colocándolo en reposo absoluto con la intención de reducir el esfuerzo de la bomba cardíaca.²² Ante este cuadro, se instalan otros dos factores relacionados: *el ritmo y frecuencia cardíaca alterados*, y la *circulación alterada*, quienes comprometen aún más la hemodinámica del paciente; éstos pueden desarrollar un cuadro de letargo, porque a medida que la sangre circulante disminuye, ocasiona una incapacidad de transportar oxígeno al cuerpo, en especial al cerebro, determinando un estado de pérdida de conciencia y coma si la hipoxemia no es revertida rápidamente.²²

La falta de información fue registrada en el diagnóstico, "*conocimiento deficiente*". Se comprende este término como la falta de información necesaria al paciente, donde los principales informantes deben ser los profesionales de la salud; la intención fue detectar si ellos sabían el motivo patológico que los llevó a ser ingresados y se verificó que 9 pacientes no sabían la causa real; cuando en la entrevista, se relataba que el paciente había sufrido un infarto, las respuestas de los pacientes fueron de sorpresa, otros preguntaron qué era tal enfermedad y a otros no les interesó la información; poco fue explorado si los pacientes sabían lo que era infarto, quiénes tenían conciencia de su diagnóstico médico o las causas que llevan a un individuo al infarto. Aun cuando el paciente no demuestre curiosidad, como aconteció en este estudio, es necesario mantenerlo informado sobre las diferentes etapas que se va a vivir; eso hace que sienta qué posee algún control de la situación, ayudando a disminuir su nivel de ansiedad.¹² Rosenthal desarrolló un trabajo sobre las percepciones de pacientes con IAM e identificó que a éstos les gustaría ser enterados siempre, en lenguaje accesible sobre su enfermedad y el tratamiento al cual están sometidos,⁷ permitiendo que éste exprese sus sentimientos, miedos y angustias, pasa a confiar en el equipo de salud de la UTI enfrentando mejor la situación estresante en que se encuentra.^{11,23}

La *falta de privacidad* fue otro factor relacionado que se presentó en diagnóstico "*riesgo para constipación*" y "*calidad de sueño perturbado*". Cuando en la UTI impera el cuidado técnico, el paciente se encuentra expuesto a la pérdida de identidad y a la falta de privacidad a pesar de que los profesionales tie-

nen conciencia de la necesidad de un cuidado humano.²⁴ La estructura física de este ambiente colabora a la falta de privacidad del paciente; muchas veces, las camas son separadas solamente por divisiones que no sirven como barreras para la visión o audición de los pacientes conscientes y orientados, teniendo noción de todo lo que pasa con los otros pacientes, lo que puede exacerbar el estado de angustia, tensión y sufrimiento.¹⁸ Un estudio demostró la contrariedad de los pacientes ingresados en la UTI porque se encuentren desnudos, tal conducta es justificada debido a la rutina, a facilidad de manipulación del paciente durante situaciones de emergencia, en virtud de los electrodos, sondas o drenajes y a la facilidad de punción de venas profundas. Para los pacientes, estar desnudos es causa adicional de estrés y sufrimiento, expresado en sentimientos de incomodidad y como consecuencia de la falta de privacidad, principalmente durante el baño en cama y en la realización de sus necesidades fisiológicas.²⁵

El uso de determinadas medicaciones surgió como factor relacionado para algunos diagnósticos como consecuencia de sus efectos adversos. El uso de *diurético* aparece en los diagnósticos: “*riesgo para constipación*”, “*constipación y riesgo para volumen de líquidos deficiente*”. Los diuréticos son medicamentos que ocasionan pérdida global de sodio y agua a través de una acción renal franca sobre las células del riñón modificando indirectamente el contenido del filtrado; los de asa, en especial la furosemida, es capaz de acarrear la excreción de 15-25% del sodio existente en el filtrado.²⁶

El uso de *antilipémicos* aparece 6 veces, 2 en el diagnóstico “*constipación*” y 4 en el “*riesgo para constipación*”. Estos medicamentos son utilizados para reducir el colesterol LDL plasmático. Es válido resaltar que los efectos indeseables en el uso de éstos están relacionados con el sistema gastrointestinal ocasionando náuseas, plenitud abdominal, constipación o diarrea, dependiendo de la dosificación administrada, confirmando con el encontrado en nuestro estudio.²⁶ El reposo en cama por 3 ó 5 días, asociado al uso de narcóticos, casi siempre lleva a un paciente a desarrollar constipación intestinal.²⁷

Otros 69 factores relacionados aparecieron en el estudio, pero están abajo del percentil 75, por lo que no son comentados en detalle.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser un estudio-piloto debido al número limitado de pacientes estudiados, éste favoreció la

identificación de las necesidades de cuidados con los pacientes con IAM ingresados en la UTI, proporcionando oportunidad para el desarrollo de habilidad diagnóstica. Resaltamos que en esta investigación, recorremos apenas dos etapas del Proceso de enfermería: Valoración y diagnóstico de enfermería. El análisis de las entrevistas y de los datos del examen físico llevó ahondar en la especificidad del enfermo crítico con base en los diagnósticos de enfermería de la NANDA, conforme a la taxonomía de la NANDA II, sin embargo, comprendemos que este estudio es el inicio de una propuesta para sistematizar la asistencia de enfermería al paciente portador de IAM ingresado en UTI, como diseño de que proporcionemos cuidados de enfermería individualizados y fundamentados en un conocimiento técnico-científico.

REFERENCIAS

1. Watanabe E, Tavares CMA, Silva A, Santo LCR, Gatto MAF, Silva VEF. Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem. *Rev. Pau. Enf* 1985; 5(2): 54-9.
2. Thomaz VA, Guidardello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelo enfermeiro. *Rev Nursing* 2002; 5(54): 28-34.
3. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
4. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação*. São Paulo: Artmed; 2002.
5. Pedreira LC, Lopes RM, Oliveira C. Importância da capacitação de recursos humanos para o cuidado ao idoso na UTI. *Rev Nursing* 2004; 7(70): 21-24.
6. Tranchesi JB, Soares PR. *Infarto Agudo do miocárdio*. In: Félix VN et al. *Terapia Intensiva Adulto-Pediatria/RN*. São Paulo: Sarvier; 1997: 294-306.
7. Cotran RS, Kumar VS, Robbins SL. *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
8. Novaes MAFP, Romano BW, Lage SG. Internação em UTI. Variáveis que interferem na resposta emocional. *Arq Bras Cardiol* 1996; 67(2): 99-102.
9. Potter PA, Perry AG. *Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar*. São Paulo: Tempo; 1998.
10. Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Nursing* 2003; 6(60): 37-42.
11. Teixeira MEM, Barbosa MA, Silva LF. Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgias de grande porte. *Rev Bras Enf* 1994; 47(3): 250-7.
12. Oliveira MFP. Manifestações emocionais no paciente coronariano. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1995; 5(1): 1-4, supl A.
13. Galarza EA, Mansillas MTD, López JMG, Ferrer RG. Cuidados de enfermería en el paciente crítico con infección por *acinetobacter baumannii*. *Rev Enf Integral* 2003; (64): 8-12.
14. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para Infarto do Miocárdio no Brasil- Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(5): 667-75.
15. Linden MSS, Flôres MMDZ, Trentin MS, Linden LAS. Fumo: fator de risco no periodonto e na implantodontia? *RFO-UFP* 1999; 4(1): 33-8.

16. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5): 630-7.
17. Guirardello EB, Gabriel CAAR, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enf USP* 1999; 33(2): 123-9.
18. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Rev Nursing* 2003; 6(57): 12-17.
19. Galvan J, Portella MR. O impacto do infarto na percepção do paciente. *Rev Médica HSVP* 2002; 14(31): 35-9.
20. Reis EK, Costa GV, Cruz I. Como eu cuido de mobilidade física na UTI: estudo de caso. Disponible en: <<http://www.uff.br/nepae/mobilidadefisicaprejudicada.doc>>. Consultado el 05/03/2004.
21. Car MR. Identificação de problemas de enfermagem da esfera física em pacientes de Unidade de Tratamento Intensivo. *Rev Esc Enf USP* 1987; 21(1): 23-36.
22. Barbosa PMK, Pontelli LRO, Maurício MM, Nunes RC. Débito cardíaco diminuído: diagnóstico e intervenções de enfermagem a pacientes internados em Terapia Intensiva. *Rev Nursing* 2003; 6(59): 21-27.
23. Nascimento ERP, Martins JJ. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Rev Nursing* 2000; 3(29): 26-30.
24. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-am Enf* 2003; 10(2): 137-44.
25. Silveira MFA. Estar despido na Unidade de Terapia Intensiva: duas percepções, um encontro. *Rev Enf UERJ* 1997; 5(2): 449-59.
26. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1997.
27. Silva JW, Stuchi RAG. Sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 1995; 5(2): 12-21.