OM EDITORIAL

MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA APLICADOS AL CUIDADO CLÍNICO

PAE Y ALGORITMOS DE ATENCIÓN EN ENFERMEDADES PREVALENTES

Autores:

Copara-Chancusi, Oswaldo Bladimir; Minda-Vinueza, Mauricio Xavier; Jimbo-García, Jonathan Fabricio; Jimbo-García, Yacila del Pilar; Torres-Criollo, Eduardo Israel; Avendaño-Lema, Evelyn Micaela; Chávez-Molina, Oscar Omar; Andrade-Mongon, Jhon Jairo; Cochea-Tomalá, Roger Bryan.

Modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado clínico: PAE y algoritmos de atención en enfermedades prevalentes.

Autor/es:

Copara-Chancusi, Oswaldo Bladimir

Investigador independiente

Minda-Vinueza, Mauricio Xavier

Universidad de Las Américas

Jimbo-García, Jonathan Fabricio

Omni Hospital

Jimbo-García, Yacila del Pilar

Omni Hospital

Torres-Criollo, Eduardo Israel

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Avendaño-Lema, Evelyn Micaela

Investigadora independiente

Chávez-Molina, Oscar Omar

Investigador independiente

Andrade-Mongon, Jhon Jairo

Universidad de Las Américas

Cochea-Tomalá, Roger Bryan

Universidad Internacional de Ecuador

Datos de Catalogación Bibliográfica

Copara-Chancusi, O. B.
Minda-Vinueza, M. X.
Jimbo-García, J. F.
Jimbo-García, Y. P.
Torres-Criollo, E. I.
Avendaño-Lema, E. M.
Chávez-Molina, O. O.
Andrade-Mongon, J. J.
Cochea-Tomalá, R. B.

Modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado clínico: PAE y algoritmos de atención en enfermedades prevalentes.
Oriente-Manabi Editorial, Ecuador, 2026
ISBN: 978-9907-9567-7-1
Formato: 210 mm X 270 mm 69 págs.

Publicado por Oriente-Manabí Editorial
Ecuador, Manabi, Cod. Post. 130101.
Contacto: +593 959 723 343
Email: info@omeditorial.com
www.books.omeditorial.com

Director General:	*Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique*
Editor en Jefe:	*Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique*
Editor Académico:	*Lcdo. Oltramonti Roberto, Mg*
Supervisor de Producción:	*Ing. Barragán Monrroy Roberto Johan, Mg.*
Diseño:	*OM Editorial*
Consejo Editorial	*OM Editorial*

© Octubre, 2026
Libro Digital, Primera Edición, 2026
Editado, Diseñado, Diagramado y Publicado por Comité OM Editorial
Manabi, Ecuador, 2026
D.R. © 2026 por Autores y OM Editorial Ecuador.
Cámara Ecuatoriana del Libro con Radicación editorial 182865

Disponible para su descarga gratuita en www.books.omeditorial.com

Los contenidos de este libro pueden ser descargados, reproducidos, difundidos e impresos con fines de estudio, investigación y docencia o para su utilización en productos o servicios no comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente a los autores como fuente y titulares de los derechos de propiedad intelectual, sin que ello implique en modo alguno que aprueban las opiniones, productos o servicios resultantes. En el caso de contenidos que indiquen expresamente que proceden de terceros, deberán dirigirse a la fuente original indicada para gestionar los permisos.

Título del libro:
Modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado clínico: PAE y algoritmos de atención en enfermedades prevalentes.

© Copara-Chancusi, Oswaldo Bladimir; Minda-Vinueza, Mauricio Xavier; Jimbo-García, Jonathan Fabricio; Jimbo-García, Yacila del Pilar; Torres-Criollo, Eduardo Israel; Avendaño-Lema, Evelyn Micaela; Chávez-Molina, Oscar Omar; Andrade-Mongon, Jhon Jairo; Cochea-Tomalá, Roger Bryan.

ISBN: 978-9907-9567-7-1

https://doi.org/10.63618/omeditorial/l36

Como citar (APA 7ma Edición):
Copara-Chancusi, O. B., Minda-Vinueza, M. X., Jimbo-García, J. F., Jimbo-García, Y. del P., Torres-Criollo, E. I., Avendaño-Lema, E. M., Chávez-Molina, O. O., Andrade-Mongon, J. J., & Cochea-Tomalá, R. B. (2026). *Modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado clínico: PAE y algoritmos de atención en enfermedades prevalentes*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l36

Cada uno de los textos de OM Editorial han sido sometido a un proceso de evaluación por pares doble ciego externos (double-blind paper review) con base en la normativa del editorial.

Revisores:

Lic. Marvi Alexander Viteri Ruiz Mgs.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador– Ecuador
Lcda. Mónica Stephania Landy Maldonado, Mg	Universidad Metropolitana Sede Machala – Ecuador

Aviso Legal:

La información presentada, así como el contenido, fotografías, gráficos, cuadros, tablas y referencias de este manuscrito es de exclusiva responsabilidad del/los autores/es y no necesariamente reflejan el pensamiento de la OM Editorial.

Derechos de autor ©

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

El “copyright” y todos los derechos de propiedad intelectual y/o industrial sobre el contenido de esta edición son propiedad de la OM Editorial y sus Autores. Se prohíbe rigurosamente, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total y/o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma de ninguna forma o por cualquier medio, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright, salvo cuando se realice con fines académicos o científicos y estrictamente no comerciales y gratuitos, debiendo citar en todo caso a la editorial. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores.

Reseña de Autores

Copara-Chancusi, Oswaldo Bladimir

Investigador independiente

bladymircopara@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-6092-5556



Licenciado en Enfermería y Magíster en Gestión del Cuidado, con más de tres años de experiencia profesional asistencial y más de tres años de experiencia en docencia de educación superior. Actualmente me desempeño como docente de Enfermería, participando en la formación de estudiantes, proyectos de investigación y actividades de vinculación con la sociedad. Mi experiencia profesional comprende atención hospitalaria, cuidados críticos, atención primaria y salud comunitaria, incluyendo mi participación en estrategias nacionales de inmunización. Cuento con formación complementaria en docencia universitaria, educación inclusiva, inteligencia artificial aplicada a la educación y soporte vital avanzado. He participado como autor y coautor en publicaciones científicas y como ponente en eventos académicos. Actualmente curso un Doctorado en Ciencias de la Salud, fortaleciendo mi formación académica e investigativa.

Minda-Vinueza, Mauricio Xavier

Universidad de Las Américas

mauricio.minda@udla.edu.ec

https://orcid.org/0009-0000-7584-7060



Actualmente me desempeño como Coordinador de Enfermería en el Hospital Comunitario San José Obrero y cuento con más de cinco años de experiencia en el ámbito de la salud. Soy Auxiliar de Enfermería, Tecnólogo en Laboratorio Clínico y Enfermero asistencial, con experiencia en atención directa al paciente, gestión del cuidado y coordinación de equipos y procesos asistenciales. A lo largo de mi trayectoria profesional he desarrollado experiencia en diferentes áreas clínicas, incluyendo quirófano, emergencia y hospitalización, participando en la atención integral de pacientes, preparación y asistencia en procedimientos, vigilancia clínica y cumplimiento de protocolos de seguridad y calidad. Asimismo, me he desempeñado como tutor de prácticas preprofesionales, acompañando y orientando a estudiantes de enfermería durante su formación práctica y fortaleciendo sus competencias en escenarios reales de atención. He complementado mi formación mediante cursos de actualización y formación continua en áreas relacionadas con la salud, enfermería y atención al paciente. Además, cuento con experiencia en investigación y participación como autor en publicaciones científicas relacionadas con la rehabilitación funcional y la salud pública. Mi perfil integra experiencia asistencial, gestión del cuidado y formación de futuros profesionales de enfermería, con un enfoque orientado a la calidad, seguridad del paciente y atención humanizada.

Jimbo-García, Jonathan Fabricio

Omni Hospital

fabriciojimbogarcia@gmail.com

https://orcid.org/0009-0007-5990-3203



Licenciado en Enfermería y Magíster en Cuidados críticos, con experiencia en el ámbito asistencial y hospitalario, orientado al cuidado integral y seguro del paciente en diferentes niveles de complejidad. Cuento con experiencia en la atención de pacientes críticos, manteniendo una actuación responsable, organizada y fundamentada en las necesidades individuales de cada paciente. He fortalecido mis competencias en el área de cuidados críticos y soporte vital extracorpóreo, incluyendo la atención de pacientes bajo ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea). Esta experiencia comprende el cuidado integral del paciente crítico, vigilancia continua de parámetros clínicos y del circuito, identificación de posibles complicaciones y coordinación permanente con el equipo multidisciplinario, dentro de un entorno que requiere precisión, capacidad de respuesta y estricto cumplimiento de medidas de seguridad. Actualmente me desempeño en OMNI Hospital, en el área de cuidados críticos y unidad coronaria, donde participo en la atención integral de pacientes de alta complejidad. Anteriormente, desarrollé funciones profesionales en el Hospital General Monte Sinaí, en la Unidad de Cuidados Intensivos, adquiriendo experiencia que ha contribuido significativamente al desarrollo de mis competencias profesionales. Me caracterizo por la responsabilidad, liderazgo, trabajo en equipo, capacidad para la toma de decisiones y desempeño bajo presión, manteniendo un compromiso permanente con la actualización profesional y con brindar una atención de enfermería humanizada, segura y de calidad.

Jimbo-García, Yacila del Pilar

Omni Hospital

yacilasamy@gmail.com

https://orcid.org/0009-0000-2569-2355



Soy Licenciada en Enfermería y Magíster con mención en Cuidados Críticos, con 20 años de experiencia profesional en el área de atención al paciente crítico. A lo largo de mi trayectoria he desarrollado experiencia clínica en cuidados intensivos, cuidados coronarios, ECMO y cuidados neonatales, además de desempeñarme en funciones de gestión, liderazgo y coordinación de equipos de enfermería. Desde el año 2019 formo parte de Omni Hospital, donde he ejercido como coordinadora de Cuidados Intensivos y áreas críticas, liderando equipos y contribuyendo al fortalecimiento de la calidad y seguridad de la atención. Actualmente me desempeño como jefa de Enfermería, función desde la cual gestiono y lidero los diferentes servicios de enfermería. Anteriormente desarrollé siete años de experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Vozandes de Quito, etapa que fortaleció significativamente mi formación y experiencia en el manejo integral del paciente crítico. En el ámbito académico, he participado como expositora en jornadas médicas en tres ocasiones, además de desarrollar actividades de docencia, capacitación y formación de profesionales de enfermería, compartiendo los conocimientos y experiencias adquiridos durante mi trayectoria Mi experiencia profesional integra el cuidado especializado, liderazgo, gestión y docencia en enfermería, con un firme compromiso con la calidad, seguridad y humanización del cuidado del paciente.

Torres-Criollo, Eduardo Israel

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

eduardo.torres@cu.ucsg.edu.ec

https://orcid.org/0000-0002-0461-9252



Soy Licenciado en Enfermería y Magíster en Gestión del Cuidado, con experiencia clínica en cuidados intensivos, medicina interna, cirugía y obstetricia. Actualmente me desempeño en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos del IESS, donde desarrollo actividades asistenciales orientadas al cuidado integral y seguro del paciente. Desde 2023 soy docente a tiempo completo en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, donde participo en la formación de estudiantes de Enfermería, además de supervisar el internado rotativo y coordinar actividades de vinculación con la colectividad. También he ejercido la docencia en la Universidad Estatal de Milagro. Mi experiencia académica se enfoca en la educación en enfermería, simulación clínica y preparación para el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional (EHEP) del CACES. Asimismo, he participado como autor en publicaciones científicas relacionadas con el cuidado del paciente crítico y la movilización temprana en pacientes con ventilación mecánica, integrando la práctica clínica, la docencia y la investigación.

Avendaño-Lema, Evelyn Micaela

Investigador independiente

avendanoevelyn427@gmail.com

https://orcid.org/0009-0000-3483-1628



Técnica Superior en Enfermería, con experiencia en los ámbitos hospitalario y comunitario, adquirida mediante prácticas preprofesionales y actividades de atención directa al paciente. Cuento con experiencia en el cuidado de pacientes adultos y pediátricos, cuidados básicos de enfermería, toma y monitorización de signos vitales, administración de medicamentos bajo supervisión, toma de muestras de laboratorio, cuidados paliativos y apoyo en diferentes procedimientos clínicos. En el ámbito comunitario, he participado en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria y atención integral de las personas y familias, fortaleciendo mis habilidades para el trabajo con diferentes grupos y contextos sociales. Asimismo, cuento con experiencia adicional en el área farmacéutica y formación en el idioma inglés con un nivel avanzado. Me caracterizo por ser una persona responsable, comprometida, empática y orientada al aprendizaje continuo. Tengo especial interés en los cuidados de enfermería, la investigación en salud y la atención integral y humanizada del paciente, procurando brindar una atención segura, ética y de calidad.

Chávez-Molina, Oscar Omar

Investigador independiente

oscarchavezmolin@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-8479-9726



Enfermero con más de diez años de trayectoria clínica en unidades de cuidados críticos especialización en cuidado cardiovascular pediátrico y experiencia consolidada en gestión, docencia e investigación. Inicié mi vocación a los 18 años como socorrista en la Cruz Roja Ecuatoriana; esa práctica prehospitalaria temprana definió mi enfoque técnico y humanista del cuidado. Formación académica grado de Enfermero Profesional (2014) por la Universidad de Guayaquil. Magíster en Gestión del Cuidado mención Unidades de Emergencia y Cuidados Intensivos y Magíster en Gestión de Educación Superior mención Liderazgo y Planificación por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2021 y 2025), respectivamente. Especialista en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales Universidad Técnica de Ambato (2025). Doctorando en Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Tumbes (actualidad). Docente de pregrado en la universidad donde me formé y en instituciones como la Universidad Espíritu Santo, Universidad Bolivariana del Ecuador, el Instituto Superior Bolivariano de Tecnología; Docente de posgrado en Universidad Estatal de Milagro, Universidad Iberoamericana del Ecuador, participación como autor de artículos científicos orientados a la mejora del cuidado crítico y la gestión clínica.

Andrade-Mongon, Jhon Jairo

Universidad de Las Américas

andradejhon985@gmail.com

https://orcid.org/0009-0008-9830-3988



Técnico en Enfermería y estudiante de quinto semestre de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Las Américas (UDLA). Cuenta con experiencia práctica en el área hospitalaria, adquirida durante sus prácticas formativas en instituciones de salud como el Hospital Carlos Andrade Marín, Hospital San Francisco y Hospital Inglés. También ha participado en actividades de vinculación y participación comunitaria, contribuyendo en acciones de promoción de la salud, educación y prevención. Posee habilidades en atención integral al paciente, procedimientos de enfermería, trabajo en equipo y seguridad del paciente. Se caracteriza por ser responsable, comprometido, innovador y con vocación de servicio, manteniendo una actitud de aprendizaje continuo para brindar cuidados humanizados, seguros y de calidad.

Cochea-Tomalá, Roger Bryan

Universidad Internacional del Ecuador

roger.cochea97@hotmail.com

https://orcid.org/0000-0002-0529-3207



Soy Licenciado en Enfermería, Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud, Diplomado en Nefrología: Manejo de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, y actualmente doctorando (Ph.D.) en Ciencias de la Salud. Cuento con experiencia en los ámbitos asistencial, docente, administrativo, ocupacional e investigativo, con especial trayectoria en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica y terapias de reemplazo renal, particularmente hemodiálisis y diálisis peritoneal. También he desarrollado actividades en atención primaria, hospitalaria y salud ocupacional. En el ámbito académico, me desempeño como docente de Enfermería en diferentes instituciones de educación superior, participando en la formación de futuros profesionales, prácticas clínicas, evaluación por competencias e investigación. Mi experiencia profesional incluye instituciones como el Instituto Tecnológico Universitario Cordillera, Universidad Internacional del Ecuador, Instituto Tecnológico Superior Cenestur, Instituto Tecnológico Superior Japón e Instituto Tecnológico San Antonio. Asimismo, cuento con experiencia asistencial en servicios de hemodiálisis y atención hospitalaria, además de participación en proyectos y publicaciones de investigación científica. Mis principales áreas de interés comprenden la nefrología, seguridad del paciente, salud pública, educación en enfermería, gestión de servicios de salud y enfermedades crónicas.

Índice

Reseña de Autores vi

Índice xv

Índice de Tablas xviii

Índice de Figuras xix

Introducción xx

Capítulo I: Intervención de enfermería en pacientes con fibrilación auricular mediante PAE y algoritmo de prevención tromboembólica basado en Imogene King. 1

1.1. Fibrilación auricular 2

1.1.1. Etiología 2

1.1.2. Fisiopatología 3

1.1.3. Manifestaciones clínicas 3

1.1.4. Métodos diagnósticos 3

1.1.5. Tratamiento 4

1.1.6. Complicaciones 4

1.2. Imogene M. King 5

Capítulo II: Intervención de enfermería en pacientes con psoriasis mediante algoritmo de cuidado de la piel basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale 10

2.1. Psoriasis 11

2.1.1. Fisiopatología 11

2.1.2. Clasificación 11

2.1.3. Factores de riesgo 12

2.1.4. Síntomas 12

2.1.5. Método de diagnóstico 12

2.1.6. Tratamiento 12

2.1.7. Complicaciones 12
2.2. Florence Nightingale 13
Capítulo III: Cuidado enfermero en pacientes con síndrome de Cushing mediante algoritmo de monitoreo clínico fundamentado en Callista Roy 18
3.1. Síndrome de Cushing 19
3.1.1. Etiología 19
3.1.2. Fisiopatología 19
3.1.3. Manifestaciones clínicas 20
3.1.4. Métodos de diagnóstico 20
3.1.5. Tratamiento 21
3.2. Callista Roy 22
Capítulo IV: Manejo enfermero en pacientes con enfermedad de Addison mediante PAE y algoritmo de adaptación fisiológica basado en Jean Watson 27
4.1. Enfermedad de Addison 28
4.1.1. Etiología 28
4.1.2. Fisiopatología 28
4.1.3. Manifestaciones clínicas 29
4.1.4. Métodos diagnósticos 29
4.1.5. Tratamiento 30
4.1.6. Complicaciones 31
4.2. Jean Watson 32
Capítulo V: Intervención de enfermería en pacientes con dislipidemia mediante algoritmo educativo fundamentado en Dorothea Orem 37
5.1. Dislipidemia 38
5.1.1. Etiología 38
5.1.2. Fisiopatología 38
5.1.3. Métodos diagnósticos 39
5.1.4. Manifestaciones clínicas 39

5.1.5. Tratamiento 39
5.1.6. Complicaciones 40
Capítulo VI: Intervención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva mediante algoritmo de monitoreo hemodinámico fundamentado en Callista Roy 45
6.1. Insuficiencia cardiaca congestiva 46
6.1.1. Etiología 46
6.1.2. Fisiopatología 46
6.1.3. Manifestaciones clínicas 47
6.1.4. Métodos diagnósticos 47
6.1.5. Tratamiento 48
6.1.6. Complicaciones 48
6.2. Callista Roy 49
Capítulo VII: Cuidado enfermero en gestantes con placenta previa mediante PAE y algoritmo de vigilancia materno-fetal fundamentado en Jean Watson 53
7.1. Placenta previa 54
7.1.1. Etiología 54
7.1.2. Fisiopatología 54
7.1.3. Manifestaciones clínicas 55
7.1.4. Método diagnóstico 55
7.1.5. Tratamiento 56
7.2. Jean Watson 56
Referencias Bibliográficas 61

Índice de Tablas

Tabla 1. Proceso de atención de enfermería en fibrilación auricular 6
Tabla 2. Proceso de atención de enfermería en pacientes con psoriasis 15
Tabla 3. Proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedad de Cushing..... 23
Tabla 4. Proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedad de Addison..... 33
Tabla 5. Proceso de atención de enfermería en pacientes con dislipidemia.... 41
Tabla 6. Proceso de atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva 50
Tabla 7. Proceso de atención de enfermería en pacientes con placenta previa 57

Índice de Figuras

Figura 1. Algoritmo de atención enfermero de fibrilación auricular 9
Figura 2. Algoritmo de atención enfermero de psoriasis..... 17
Figura 3. Algoritmo de atención enfermero en síndrome de Cushing 26
Figura 4. Algoritmo de atención enfermero en enfermedad de Addison 36
Figura 5. Algoritmo de atención enfermero en pacientes con dislipidemia 44
Figura 6. Algoritmo de atención enfermero en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva 52
Figura 7. Algoritmo de atención enfermero en pacientes con placenta previa . 60

Introducción

Las enfermedades prevalentes de origen cardiovascular, endocrino, dermatológico, metabólico y obstétrico constituyen uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud contemporáneos, tanto por su carga de morbimortalidad como por la complejidad de su abordaje. Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019), y a ellas se suman trastornos crónicos como la dislipidemia, la psoriasis y las alteraciones suprarrenales, así como condiciones obstétricas de riesgo como la placenta previa. En todos estos escenarios, el cuidado de enfermería resulta determinante para la detección temprana de complicaciones, la estabilidad clínica y la adherencia terapéutica.

Pese a su relevancia, la práctica asistencial suele centrarse en el cumplimiento de tareas técnicas, con una articulación limitada entre el fundamento teórico y la intervención clínica. Los modelos y teorías de enfermería aportan una base conceptual que orienta la valoración, da sentido al juicio clínico y sitúa a la persona en el centro del cuidado. Su integración con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), apoyado en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, permite estructurar un cuidado sistemático, individualizado y sustentado en evidencia científica. Los algoritmos de atención, por su parte, traducen ese razonamiento en rutas de decisión claras y reproducibles, útiles tanto para la práctica como para la formación profesional.

Esta obra reúne siete capítulos que aplican de forma articulada estos tres componentes a patologías de alta prevalencia. El Capítulo I aborda la fibrilación auricular desde la teoría de la consecución de metas de Imogene King, con un algoritmo de prevención tromboembólica. El Capítulo II trata la psoriasis con base en la teoría del entorno de Florence Nightingale y un algoritmo de cuidado de la piel. El Capítulo III se dedica al síndrome de Cushing mediante un algoritmo de monitoreo clínico fundamentado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. El Capítulo IV presenta la enfermedad de Addison desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, con un algoritmo de adaptación fisiológica. El Capítulo V desarrolla la dislipidemia con un algoritmo educativo basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem. El Capítulo VI analiza la insuficiencia cardíaca

congestiva mediante un algoritmo de monitoreo hemodinámico sustentado en Callista Roy. Finalmente, el Capítulo VII se centra en la placenta previa con un algoritmo de vigilancia materno-fetal fundamentado en Jean Watson.

Cada capítulo sigue una estructura homogénea: una revisión de la etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la patología; el análisis del referente teórico de enfermería seleccionado; un PAE con diagnóstico NANDA-I, resultados NOC, intervenciones NIC y fundamentos científicos; y un algoritmo de atención que sintetiza la ruta de cuidado.

El propósito de esta obra es ofrecer a estudiantes, docentes y profesionales de enfermería una herramienta que fortalezca la coherencia entre teoría, proceso y práctica clínica. Se espera que contribuya a la toma de decisiones fundamentada, a la estandarización del cuidado y a la mejora de la seguridad y la calidad de la atención.

Capítulo I: Intervención de enfermería en pacientes con fibrilación auricular mediante PAE y algoritmo de prevención tromboembólica basado en Imogene King.

Intervención de enfermería en pacientes con fibrilación auricular mediante PAE y algoritmo de prevención tromboembólica basado en Imogene King

1.1. Fibrilación auricular

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia supraventricular que se caracteriza por una actividad eléctrica auricular rápida, irregular y desorganizada, lo que provoca la pérdida de una contracción auricular eficaz. Como consecuencia, el vaciamiento de la sangre desde las aurículas hacia los ventrículos se vuelve ineficiente, favoreciendo el estancamiento sanguíneo, especialmente en la aurícula izquierda y su orejuela. Esta situación incrementa el riesgo de formación de trombos y de eventos tromboembólicos (Apolo & Alemán, 2022).

1.1.1. Etiología

Es una arritmia supraventricular de origen multifactorial cuya etiología comprende la interacción de factores estructurales, eléctricos, genéticos y sistémicos que favorecen el desarrollo y la perpetuación de la arritmia. La evidencia científica señala que la FA no suele ser consecuencia de una única causa, sino del remodelado progresivo del tejido auricular ocasionado por enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo modificables y no modificables. Entre los principales factores predisponentes se encuentran la edad avanzada, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad valvular, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, la obesidad y la apnea obstructiva del sueño, los cuales alteran la estructura y la conducción eléctrica de las aurículas (Hindricks et al., 2021). La FA está estrechamente relacionada con el remodelado auricular producido por el envejecimiento y por diversas enfermedades cardiovasculares. Se destaca que factores como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la obesidad, la diabetes mellitus y el consumo excesivo de alcohol aumentan significativamente la susceptibilidad para desarrollar FA.

1.1.2.Fisiopatología

Se caracteriza por una alteración en la generación y propagación del impulso eléctrico dentro de las aurículas, lo que provoca una actividad eléctrica rápida, desorganizada e ineficaz. Este proceso se inicia generalmente por la presencia de focos ectópicos localizados en las venas pulmonares y por circuitos de reentrada que alteran el ritmo sinusal normal. Como consecuencia, las aurículas pierden su capacidad de contraerse de forma coordinada, disminuyendo el llenado ventricular y favoreciendo la estasis sanguínea, especialmente en la orejuela auricular izquierda, lo que incrementa significativamente el riesgo de formación de trombos y de eventos tromboembólicos como el accidente cerebrovascular.

Está asociada con un proceso continuo de remodelado auricular que incluye cambios estructurales, eléctricos y moleculares. La inflamación crónica, el estrés oxidativo y la activación de mecanismos profibróticos favorecen la acumulación de tejido fibrótico, alterando la comunicación entre los miocitos y facilitando la perpetuación de la arritmia (Hindricks et al., 2021).

1.1.3.Manifestaciones clínicas

Suele ser asintomática, pero muchos pacientes experimentan palpitaciones, molestias torácicas o síntomas de insuficiencia cardíaca (p. ej., debilidad, mareos, disnea), en particular cuando la frecuencia ventricular es muy rápida (140 y 160 lpm). Los pacientes también podrían presentar signos y síntomas de accidente cerebrovascular agudo o de lesión de otros órganos debido al desarrollo de embolias sistémicas. El pulso es irregular con pérdida de las ondas a en el pulso venoso yugular. Podría hallarse una deficiencia en el pulso (la frecuencia ventricular apical es más rápida que la frecuencia palpada en la muñeca) porque el volumen sistólico del ventrículo izquierdo no siempre es suficiente para producir una onda de presión periférica en un latido estrechamente acoplado al latido previo.

1.1.4.Métodos diagnósticos

Se establece principalmente mediante el electrocardiograma (ECG), considerado la prueba de referencia para confirmar esta arritmia. En el registro

electrocardiográfico se identifica la ausencia de ondas P, la presencia de ondas de fibrilación (ondas f) de morfología y amplitud variables, así como intervalos R-R irregularmente irregulares, hallazgos característicos que permiten diferenciar esta alteración de otras arritmias supraventriculares. Además del ECG, la evaluación diagnóstica debe complementarse con un ecocardiograma, el cual permite detectar alteraciones estructurales del corazón, como dilatación de la aurícula izquierda, valvulopatías o miocardiopatías, y valorar la presencia de trombos intracardíacos, especialmente mediante la ecocardiografía transesofágica.

1.1.5. Tratamiento

El manejo terapéutico debe individualizarse según el estado clínico, la estabilidad hemodinámica, la duración de la arritmia y las comorbilidades asociadas. El control de la frecuencia ventricular suele realizarse mediante betabloqueantes, como el metoprolol, administrado por vía oral en dosis de 25 a 100 mg cada 12 horas o por vía IV en dosis iniciales de 2,5 a 5 mg, repetidas cada cinco minutos hasta un máximo de 15 mg en pacientes hemodinámicamente estables. antagonistas de los canales de calcio no dihidropiridínicos o digoxina, mientras que el control del ritmo puede lograrse mediante cardioversión eléctrica sincronizada, fármacos antiarrítmicos o ablación con catéter en pacientes seleccionados. Asimismo, la prevención del accidente cerebrovascular constituye un componente esencial del tratamiento y se basa en la administración de terapia anticoagulante de acuerdo con la estratificación del riesgo tromboembólico mediante escalas validadas, con el fin de reducir la incidencia de eventos embólicos y mejorar el pronóstico clínico (Hindricks et al., 2021).

1.1.6. Complicaciones

La fibrilación auricular constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares graves. La más frecuente es la insuficiencia cardíaca, con un riesgo de por vida cercano al 42%, ya que la pérdida de la contracción auricular coordinada y la frecuencia ventricular irregular reducen progresivamente la eficiencia del bombeo cardíaco. Asimismo, esta arritmia puede derivar en la formación de coágulos sanguíneos dentro del

corazón, lo que constituye el mecanismo central de sus complicaciones tromboembólicas. El riesgo de accidente cerebrovascular por fibrilación auricular aumenta con la edad y se incrementa aún más en presencia de condiciones como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca y ciertas enfermedades valvulares, siendo el accidente cerebrovascular embólico una de las consecuencias más temidas por su elevada morbimortalidad.

Además del ictus y la insuficiencia cardíaca, la evidencia reciente señala que la fibrilación auricular también se asocia con un mayor riesgo de infarto de miocardio, lo que refleja el impacto sistémico de esta arritmia sobre la función cardiovascular global (Hindricks et al., 2021).

1.2. Imogene M. King

Desarrolló un planteamiento conceptual que se ha convertido en una referencia clave para guiar la práctica de enfermería centrada en la interacción entre el profesional y la persona cuidada. Su propuesta apareció por primera vez en *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* (1971) y fue ampliada años después en *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process* (1981). En estas obras, King plantea que el cuidado de enfermería surge de un vínculo activo entre enfermera y paciente, orientado a construir metas compartidas que contribuyan a mantener la salud, evitar complicaciones y favorecer el bienestar general de la persona.

Para King, el ser humano funciona como un sistema abierto, es decir, un individuo que se relaciona permanentemente con su entorno y que tiene la capacidad de percibir, razonar, sentir y decidir sobre los aspectos que atañen a su propia salud. A partir de esta idea, la autora organiza su teoría en tres niveles que se entrelazan entre sí. El primero corresponde al individuo mismo, con sus procesos internos de percepción, autoimagen y desarrollo personal. El segundo hace referencia al encuentro entre dos o más personas, en el cual intervienen la comunicación, los roles asumidos y las tensiones propias de dicha relación. El tercero se ubica en un plano más amplio, vinculado a las estructuras organizativas, las relaciones de poder y los procesos de decisión dentro de un grupo social.

El punto central de todo el modelo es lo que King denomina interacción-transacción, un proceso en el que la enfermera y el paciente comparten información, se observan e interpretan mutuamente la situación de salud, y acuerdan de manera conjunta objetivos que resulten realmente alcanzables. Este intercambio solo funciona si existe una comunicación clara, una comprensión recíproca de la realidad del otro y una verdadera disposición a trabajar en equipo, condiciones que la propia autora señala como esenciales para que el cuidado tenga resultados positivos.

Una de las contribuciones más relevantes de esta teoría es que sitúa al paciente como protagonista de su propio proceso de cuidado, dejando atrás la idea de un receptor pasivo de indicaciones. Esta perspectiva encaja de forma natural con la estructura del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ya que sus distintas fases valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar se organizan precisamente alrededor de la construcción conjunta de metas entre enfermera y paciente.

La razón por la que este modelo sigue siendo utilizado hoy en día radica en su capacidad de adaptarse a personas con padecimientos crónicos y cardiovasculares, como ocurre en la fibrilación auricular. En estos casos, factores como el compromiso del paciente con su tratamiento, la educación recibida sobre su condición y su participación activa en el control de los riesgos resultan determinantes para prevenir desenlaces graves, entre ellos el evento tromboembólico o el accidente cerebrovascular.

Tabla 1.

Proceso de atención de enfermería en fibrilación auricular

Patrón Funcional Alterado	Actividad Ejercicio
NANDA	**Dominio:** Actividad/ Reposo **Clase:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares **Código:** 00029 **Definición:** Cantidad insuficiente de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del organismo. **Etiqueta NANDA:** Disminución del gasto cardíaco

	R/C: Alteración de la contractilidad miocárdica **M/P:** Taquicardia
NOC	**Dominio (II):** Salud fisiológica **Clase (E):** Función cardiopulmonar **Código:** 0401 Estado circulatorio **Indicadores:** • 040101 frecuencia cardíaca. • 040106 pulsos periféricos
NIC	**Intervención 1:** Monitorización cardiovascular (4160) **Actividades** 1. Vigilar presión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno 2. Observar signos de disminución de la perfusión tisular (piel fría, llenado capilar lento). 3. Monitorizar el ritmo cardíaco mediante monitor electrocardiográfico e identificar alteraciones del ritmo. **Intervención 2:** Monitorización de los signos vitales (6680) **Actividades** 4. Controlar y registrar periódicamente los signos vitales. 5. Comparar los valores obtenidos con los registros previos para identificar tendencias clínicas. 6. Informar inmediatamente al médico sobre alteraciones significativas de los signos vitales. **Intervención 3:** Manejo de líquidos (4120) **Actividades** 7. Controlar estrictamente el balance hídrico, registrando ingresos y egresos. 8. Valorar la presencia de edema, ingurgitación yugular y otros signos de sobrecarga de líquidos. 9. Administrar líquidos intravenosos o restringir la ingesta hídrica según prescripción médica y respuesta clínica.
Fundamentos Científicos	1. La vigilancia de estos parámetros permite valorar el estado hemodinámico y detectar oportunamente cambios en el gasto cardíaco para prevenir complicaciones. 2. La identificación temprana de signos de hipoperfusión permite reconocer un gasto cardíaco ineficaz e iniciar intervenciones oportunas para evitar el deterioro del paciente. 3. La monitorización cardiovascular continua permite valorar oportunamente el estado hemodinámico del paciente e identificar alteraciones que indiquen deterioro de la función cardíaca,

favoreciendo intervenciones tempranas y disminuyendo el riesgo de complicaciones.

4. Los signos vitales constituyen indicadores objetivos del estado fisiológico del paciente y permiten valorar la respuesta cardiovascular frente al tratamiento instaurado. Su monitorización continua favorece la detección temprana del deterioro clínico.

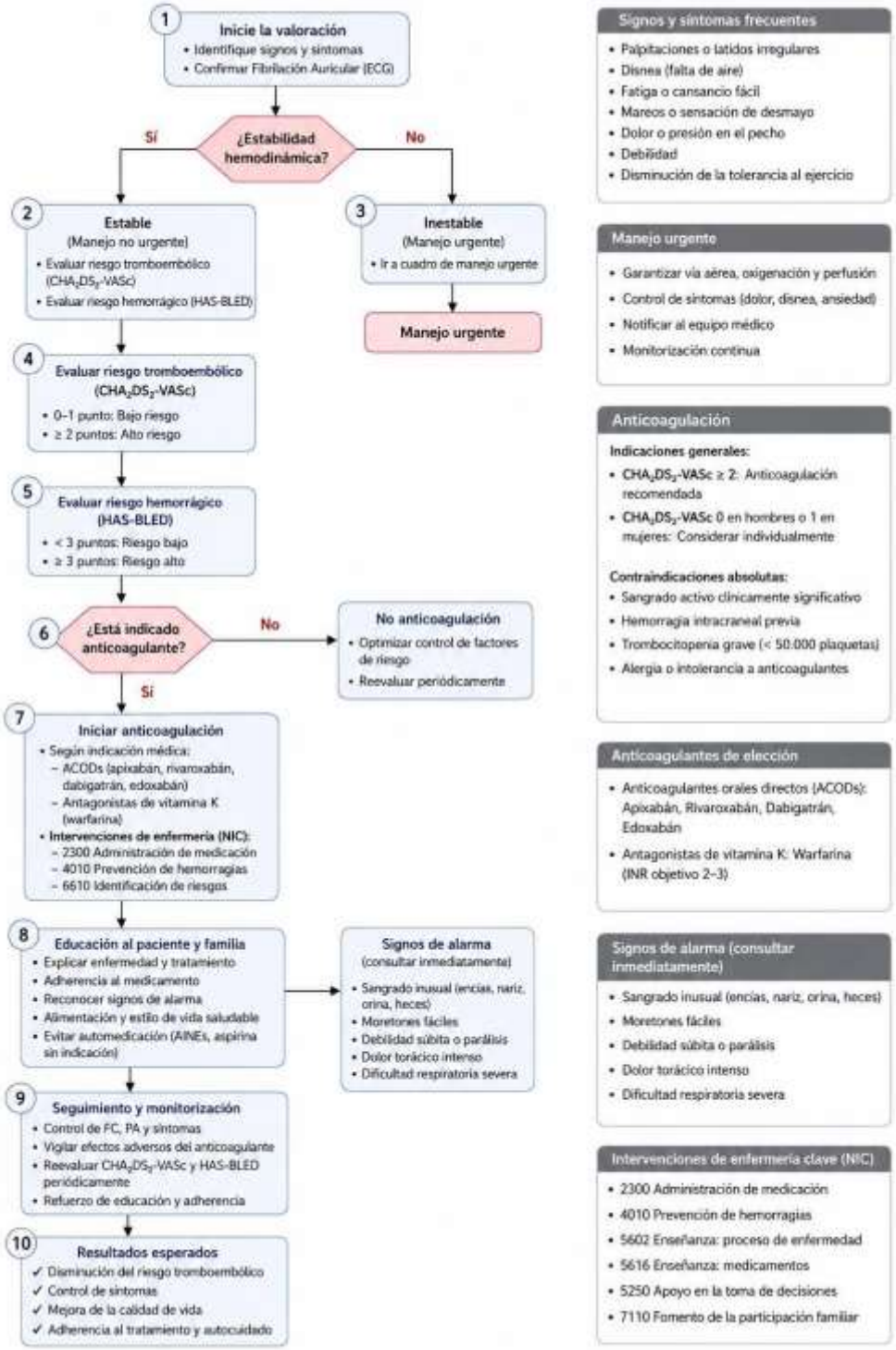
   El análisis evolutivo de los signos vitales permite identificar cambios progresivos en la condición clínica del paciente, favoreciendo la toma de decisiones basada en la evolución hemodinámica y no únicamente en mediciones aisladas.

6. La comunicación oportuna de las alteraciones hemodinámicas facilita la instauración precoz de medidas terapéuticas, disminuyendo el riesgo de complicaciones derivadas del bajo gasto cardíaco y mejorando la seguridad del paciente.
7. El balance hídrico permite valorar el estado de volemia del paciente y detectar precozmente retención o déficit de líquidos, condiciones que pueden agravar la función cardíaca y alterar la perfusión tisular.
8. La acumulación de líquidos es una manifestación frecuente de la insuficiencia del bombeo cardíaco. La valoración clínica de estos signos contribuye a identificar congestión sistémica y orientar el tratamiento oportuno.
9. El manejo adecuado del volumen intravascular favorece el mantenimiento de una precarga óptima, optimizando el gasto cardíaco sin incrementar el riesgo de sobrecarga circulatoria. La administración o restricción de líquidos debe individualizarse según la condición clínica del paciente.

Nota: Proceso de atención de enfermería en pacientes con fibrilación auricular, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 1.

Algoritmo de atención enfermero de fibrilación auricular



Capítulo II: Intervención de enfermería en pacientes con psoriasis mediante algoritmo de cuidado de la piel basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale

Intervención de enfermería en pacientes con psoriasis mediante algoritmo de cuidado de la piel basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale

2.1. Psoriasis

Es una enfermedad cutánea crónica, de carácter inflamatorio, que no tiene cura definitiva, aunque dispone de tratamientos para controlar sus manifestaciones. Su forma más frecuente es la psoriasis en placas, caracterizada por lesiones eritematosas elevadas cubiertas por escamas plateadas, las cuales pueden ocasionar prurito o sensación de ardor. Estas lesiones suelen localizarse en brazos, piernas, tronco y cuero cabelludo, aunque pueden presentarse en cualquier zona de la superficie cutánea.

2.1.1.Fisiopatología

Es una enfermedad inflamatoria crónica en la que existe una respuesta anormal del sistema inmunológico. La activación de células inmunitarias libera sustancias inflamatorias que estimulan la proliferación acelerada de los queratinocitos, provocando el engrosamiento de la piel y la formación de las placas rojas y descamativas características. La combinación de factores genéticos y alteraciones inmunológicas favorece la aparición y persistencia de las lesiones (Barboza Hernández, 2021).

2.1.2.Clasificación

Se presenta en diferentes tipos. La psoriasis en placas es la más común y produce placas rojas con escamas plateadas, principalmente en codos, rodillas, cuero cabelludo y espalda baja. La psoriasis inversa causa lesiones rojas y lisas en los pliegues de la piel, como axilas e ingle. La psoriasis guttata se caracteriza por pequeñas lesiones en forma de gotas que suelen aparecer después de infecciones. La psoriasis pustulosa produce pústulas sobre piel enrojecida y puede afectar zonas específicas o extenderse por gran parte del cuerpo (Hidalgo Solís et al., 2021).

2.1.3.Factores de riesgo

Aspectos modificables incluyen el estrés, tabaquismo, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión y lesiones en la piel. Los no modificables comprenden la predisposición genética, antecedentes familiares, alteraciones genéticas y antecedentes de artritis psoriásica.

2.1.4.Síntomas

Presenta síntomas que pueden variar según la persona, aunque generalmente se caracteriza por manchas rojas cubiertas de escamas plateadas, piel seca y agrietada, picor, ardor y dolor. También puede causar alteraciones en las uñas, como engrosamiento y pequeñas depresiones, además de inflamación y rigidez en las articulaciones en los niños pueden aparecer pequeñas lesiones escamadas.

2.1.5.Método de diagnóstico

La identificación se realiza principalmente mediante la valoración clínica de las lesiones, observando placas rojizas, bien delimitadas y con descamación. En casos dudosos, puede utilizarse la dermatoscopia o una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico y diferenciarla de otras enfermedades cutáneas (Solís, 2021).

2.1.6.Tratamiento

El manejo depende de la gravedad de la enfermedad, en casos leves se utilizan tratamientos tópicos, como corticoides, análogos de la vitamina D y queratolíticos, para reducir la inflamación y descamación. En casos moderados puede emplearse fototerapia, mientras que en enfermedades extensas o resistentes se utilizan tratamientos sistémicos y terapias biológicas para controlar la inflamación (Gudiño Villarreal et al., 2022).

2.1.7.Complicaciones

Las más frecuente y mejor documentada de la psoriasis es la artritis psoriásica, que puede presentarse en su forma oligoarticular (afectando hasta cuatro articulaciones) o poliarticular (más de cuatro articulaciones, considerada de

mayor gravedad), así como en forma de espondilitis psoriásica, con compromiso de la columna vertebral. Esta comorbilidad articular suele tener un curso crónico y progresivo, por lo que el diagnóstico y tratamiento tempranos resultan fundamentales para prevenir la destrucción articular y la consecuente pérdida de función.

En el plano metabólico y cardiovascular, la psoriasis se asocia de manera consistente con diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, conformando lo que se conoce como síndrome metabólico, considerado la comorbilidad más relevante de esta enfermedad. A esto se suman otras complicaciones de tipo cardiovascular como la ateromatosis y la cardiopatía isquémica, así como enfermedad hepática (incluido el hígado graso no alcohólico), osteoporosis y enfermedad de Crohn, entidades que en conjunto pueden reducir la esperanza de vida de los pacientes si no se detectan y manejan oportunamente (Gudiño Villarreal et al., 2022).

2.2. Florence Nightingale

entendió el ejercicio de la enfermería como un llamado profundamente humano, orientado al cuidado de quienes se encontraban en situación de mayor fragilidad. Gracias a su trabajo, la disciplina logró afianzarse tanto en el entorno hospitalario como en el cuidado brindado dentro del hogar, impulsando una visión de atención completa que abarcara no solo lo físico, sino también lo emocional y lo propiamente humano del paciente. En el año 1860 estableció la Escuela de Enfermería del Hospital St. Thomas, en Londres, marcando un hito en la profesionalización del oficio al integrar bases científicas, principios humanitarios y prácticas centradas en la higiene y el cuidado. La influencia de su pensamiento se extendió más allá de Inglaterra, llegando a naciones como Brasil y España, donde impulsó avances en la formación de profesionales y en la mejora de las prácticas de salud. A esto se suma su defensa de la dignidad femenina y su aporte al reconocimiento social de la enfermería, razones por las cuales se le atribuye el título de fundadora de la enfermería moderna y una de las figuras más influyentes en la construcción del cuidado integral de la salud.

Su teoría ambientalista parte de la premisa de que las condiciones del entorno tienen un efecto directo sobre la evolución y el bienestar del enfermo. Bajo esta

lógica, corresponde a la enfermera velar por un ambiente propicio para la recuperación, cuidando aspectos como la ventilación y la calidad del aire, elementos que aseguran comodidad y una oxigenación adecuada; la limpieza como medida preventiva frente a infecciones; y una alimentación e hidratación que sostengan un buen estado nutricional. A esto se añade la necesidad de una observación constante de la condición física y emocional del paciente, que permita reconocer cualquier variación a tiempo y responder con un cuidado humano, integral y respetuoso de su dignidad.

Al aplicar estos principios al paciente con psoriasis, se observan manifestaciones cutáneas propias de la enfermedad placas enrojecidas, descamación, sequedad de la piel y picazón marcada que repercuten en su bienestar general y en la calidad de su descanso. Siguiendo el enfoque ambientalista de Nightingale, se vuelve prioritario mantener condiciones de limpieza, ventilación y confort en el entorno del paciente, junto con estrategias de hidratación cutánea que prevengan complicaciones y contribuyan a su recuperación.

Respecto a la dimensión emocional, la visibilidad de las lesiones propias de la psoriasis suele impactar la forma en que el paciente se percibe a sí mismo, pudiendo desencadenar sentimientos de inseguridad, ansiedad y una autoestima debilitada. Ante este panorama, la labor de enfermería debe enfocarse en ofrecer contención emocional, educar al paciente sobre su condición y propiciar un entorno sereno que facilite la confianza y una adaptación positiva frente a su situación de salud.

Por otro lado, el malestar físico y psicológico asociado a esta enfermedad puede limitar la participación del paciente en sus rutinas familiares, sociales y laborales. Frente a esto, resulta esencial que enfermería impulse su autonomía, brinde acompañamiento educativo y estimule el respaldo de la familia, factores que refuerzan su capacidad de afrontamiento y favorecen su reincorporación progresiva a la vida cotidiana.

Tabla 2.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con psoriasis

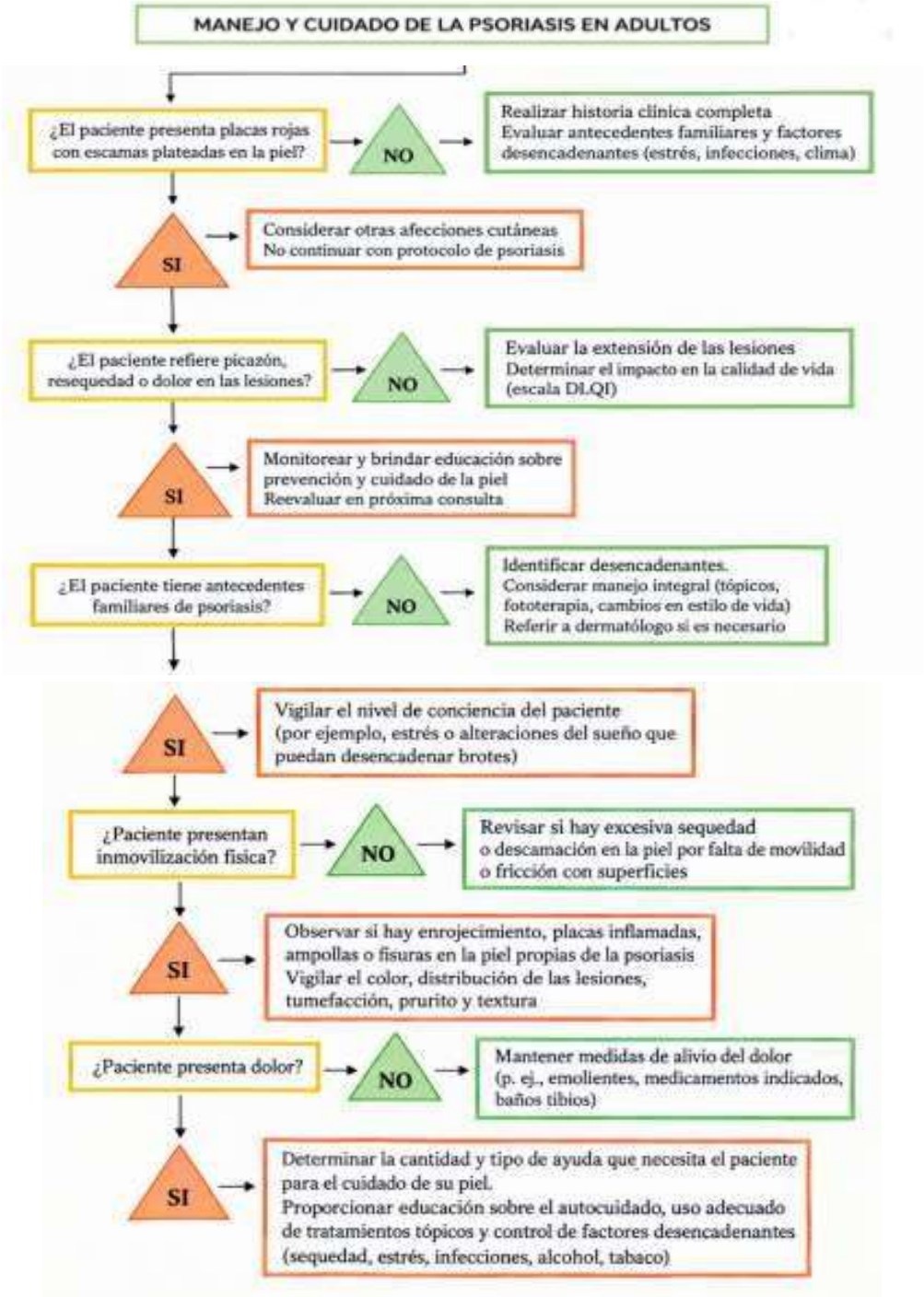
Patrón Funcional Alterado	Nutricional-metabólico
NANDA	**Dominio 11:** Seguridad/Protección **Clase 2:** Lesión física **Código:** 00046 **Definición:** Alteración de la epidermis y/o de la dermis. **Etiqueta NANDA:** Deterioro de la integridad cutánea **R/C:** Alteración de la epidermis y de la función de barrera de la piel **M/P:** Lesiones eritematosas, placas descamativas, sequedad y prurito.
NOC	**Dominio (II):** Salud fisiológica **Clase (L):** Integridad tisular **Código:** (1101) **Resultado NOC:** Integridad tisular: piel y membranas mucosas **Definición:** Estado de la piel y las membranas mucosas. **Indicadores:** • 110113 integridad de la piel • 110104 hidratación de la piel • 110101 perfusión tisular
NIC	**Intervención 1:** Vigilancia de la piel (3590) **Actividades** 1. Inspeccionar la piel en busca de enrojecimiento, lesiones o cambios. 2. Valorar color, temperatura, humedad e hidratación. 3. Registrar cambios y comunicar alteraciones relevantes. **Intervención 2:** Cuidados de la piel (3584) **Actividades** 4. Valorar diariamente el estado de la piel y las lesiones. 5. Mantener la piel limpia y seca. 6. Aplicar emolientes o hidratantes según indicación. **Intervención 3:** Cuidados de las heridas (3660) **Actividades** 7. Valorar el tamaño y características de las lesiones cutáneas. 8. Limpiar las zonas afectadas según protocolo. 9. Proteger las áreas lesionadas de traumatismos y fricción.

Fundamentos Científicos	1. La valoración frecuente permite identificar precozmente alteraciones de la piel y prevenir complicaciones. 2. La humedad, presión, fricción y alteraciones de la perfusión pueden retrasar la reparación tisular. 3. El seguimiento continuo permite evaluar la evolución y eficacia de las intervenciones de enfermería. 4. La valoración diaria y sistemática de la piel permite documentar la evolución del eritema, la descamación y la extensión de las lesiones, lo cual resulta fundamental para ajustar oportunamente las estrategias terapéuticas y evaluar la eficacia de las intervenciones aplicadas. 5. Mantener la piel limpia y seca favorece la higiene cutánea y disminuye la irritación, evitando factores que pueden empeorar las lesiones psoriásicas (American Academy of Dermatology, 2026). 6. Aplicar emolientes o hidratantes según indicación. Ayuda a mantener la barrera cutánea, reducir la sequedad, descamación y prurito (Mrowietz et al., 2014). 7. Valorar el tamaño y características de las lesiones cutáneas permite detectar cambios en el eritema, descamación y extensión de las lesiones, facilitando el seguimiento de la enfermedad. (Mrowietz et al., 2014). 8. Limpiar las zonas afectadas según protocolo una limpieza suave elimina irritantes y escamas sin causar traumatismos que puedan exacerbar las lesiones. 9. Proteger las áreas lesionadas de traumatismos y fricción. Disminuye el riesgo de nuevas lesiones, ya que el traumatismo puede desencadenar el fenómeno de Koebner en pacientes con psoriasis.

Nota: Proceso enfermero en pacientes con psoriasis, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 2.

Algoritmo de atención enfermero de psoriasis



Capítulo III: Cuidado enfermero en pacientes con síndrome de Cushing mediante algoritmo de monitoreo clínico fundamentado en Callista Roy

Cuidado enfermero en pacientes con síndrome de Cushing mediante algoritmo de monitoreo clínico fundamentado en Callista Roy

3.1. Síndrome de Cushing

Es un trastorno potencialmente mortal asociado con un exceso de cortisol endógeno, que puede ser difícil de detectar, especialmente en casos leves donde los síntomas son comunes en la población en general (Valenzuela Astudillo et al., 2024).

3.1.1.Etiología

Las etiologías del síndrome de Cushing pueden variar según la causa subyacente del hipercortisolismo. En la enfermedad de Cushing, los adenomas hipofisarios secretores de ACTH son responsables de la mayoría de los casos, aunque otros tumores secretores de ACTH o la producción ectópica de ACTH por tumores malignos pueden ser causas menos comunes.

En los casos de hipercortisolismo adrenal, los adenomas adrenales benignos o los carcinomas adrenales malignos pueden ser responsables de la producción excesiva de cortisol. Los factores de riesgo para el síndrome de Cushing incluyen el sexo femenino, la obesidad, la historia familiar de la enfermedad y el uso crónico de corticosteroides exógenos (Sierra Aparicio et al., 2024).

3.1.2.Fisiopatología

El síndrome de Cushing se desarrolla como consecuencia de una exposición crónica a niveles elevados de cortisol en el organismo. Este exceso hormonal puede tener dos orígenes distintos: uno endógeno, cuando el propio cuerpo produce cortisol en exceso, y otro exógeno, relacionado con el uso prolongado de medicamentos corticosteroides.

El principal factor que contribuye al desarrollo del síndrome de Cushing es un aumento crónico en los niveles de cortisol en el cuerpo, el cual puede ser el resultado de diferentes mecanismos dependiendo de si la fuente del cortisol es endógena o exógena (Sierra Aparicio et al., 2024). En el caso del

hipercortisolismo endógeno, este aumento suele originarse por un tumor en la hipófisis que produce ACTH en exceso (dando lugar a la enfermedad de Cushing) o por tumores en las glándulas suprarrenales que producen cortisol de forma autónoma.

3.1.3. Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas del síndrome de Cushing son variados y resultan del exceso de cortisol:

Obesidad centrípeta (abdomen, cara y cuello). Piel fina con equimosis fáciles, estrías violáceas y retraso en la cicatrización. Hirsutismo, acné y trastornos menstruales en mujeres. Debilidad muscular proximal y fatiga. Hipertensión arterial y alteración de la tolerancia a la glucosa o diabetes mellitus II. Trastornos psiquiátricos (depresión, irritabilidad).

3.1.4. Métodos de diagnóstico

El diagnóstico suele sospecharse en pacientes con signos y síntomas característicos. La confirmación (y la determinación de la causa) suele requerir estudios hormonales.

3.1.4.1. Medición de cortisol libre urinario

Es una de las pruebas iniciales para el diagnóstico. Se mide en orina de 24 horas, y valores mayores a 120 mcg/24h sugieren síndrome de Cushing en la mayoría de los casos. Sin embargo, cifras entre 100-150 mcg/24h pueden aparecer también en pacientes con obesidad, depresión u ovarios poliquísticos, sin que tengan realmente el síndrome, por eso no son concluyentes por sí solas.

Si el valor es muy elevado (más de 4 veces el límite normal), el diagnóstico prácticamente se confirma. En cambio, 2 a 3 muestras con resultados normales suelen descartarlo (Grossman, 2024).

3.1.4.2. Mediciones de cortisol a la medianoche

Consiste en administrar 1 mg de dexametasona oral a las 23:00 h y medir el cortisol sérico a las 8:00 h del día siguiente. En personas sanas, el cortisol debe suprimirse por debajo de 1.8 µg/dL; si no ocurre, se confirma la pérdida de la

retroalimentación negativa del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Hay que descartar el uso de fármacos como fenitoína o rifampicina, que pueden generar falsos positivos.

Antes también se usaba la prueba de dosis alta (2 mg cada 6 horas por 48 horas) para diferenciar la enfermedad de Cushing de otras causas: si el cortisol se suprimía, sugería origen hipofisario; si no, sugería tumor suprarrenal o secreción ectópica de ACTH. Sin embargo, actualmente ya casi no se utiliza por su baja sensibilidad y especificidad (Grossman, 2024).

3.1.4.3. Medición de ACTH plasmática

Se mide para identificar la causa del síndrome: niveles indetectables sugieren origen suprarrenal; niveles elevados sugieren origen hipofisario o ectópico. Cuando la ACTH es detectable, se usan pruebas de provocación para diferenciar entre enfermedad de Cushing y síndrome de ACTH ectópico (este último menos común).

Para casos más difíciles de localizar, existe una técnica más invasiva: cateterizar ambas venas petrosas y medir la ACTH tras aplicar desmopresina. Un índice ACTH central/periférica mayor a 3 prácticamente descarta el origen ectópico; si es menor a 3, se debe seguir buscando la fuente (Grossman, 2024).

3.1.5. Tratamiento

Depende principalmente de su causa subyacente, es decir, si el exceso de cortisol es de origen hipofisario, suprarrenal, ectópico o exógeno (por uso prolongado de corticosteroides). En los casos de enfermedad de Cushing causada por un adenoma hipofisario, la cirugía transesfenoidal para extirpar el tumor suele ser el tratamiento de elección, mientras que en los casos de hipercortisolismo adrenal, la cirugía para extirpar el tumor adrenal es la opción preferida cuando es posible (Sierra Aparicio et al., 2024).

3.1.5.1. Cirugía de hipófisis (Primera línea en enfermedad de Cushing)

Es el tratamiento inicial recomendado. Busca extirpar el tumor hipofisario, restaurar el eje hormonal normal y revertir los efectos del exceso de cortisol. Las

tasas de remisión reportadas van del 50 al 80%, siendo mayores en tumores pequeños (microadenomas) que en los grandes (macroadenomas).

3.1.5.2. Suprarrenalectomía bilateral

Es una opción reservada para casos graves y persistentes, cuando ninguna otra alternativa ha funcionado. Logra controlar el hipercortisolismo en el 80-100% de los casos, pero obliga al paciente a tomar hormonas de reemplazo de por vida.

3.2. Callista Roy

A partir de 1970, Callista Roy desarrolló el Modelo de Adaptación, una de las teorías de enfermería más influyentes del siglo pasado. Concibe a la persona como un sistema biopsicosocial que interactúa con su entorno y responde a estímulos internos y externos mediante mecanismos de afrontamiento orientados a mantener la homeostasis y el bienestar; la enfermería, para Roy, es la disciplina encargada de favorecer esa adaptación, actuando la enfermera como colaboradora que ayuda a la persona a responder eficazmente a esos estímulos.

El modelo se apoya en tres elementos: el sistema humano, como sistema abierto con capacidad de respuesta; los estímulos, clasificados en focales, contextuales o residuales; y los modos adaptativos, canales por los cuales el individuo responde a dichos estímulos. De ahí se derivan cuatro modos: el fisiológico (necesidades básicas como oxigenación, nutrición y protección), el de autoconcepto (percepción de sí mismo e imagen corporal), el de función de rol (tareas y responsabilidades sociales) y el de interdependencia (relaciones de apoyo y afecto).

El modelo también se ha aplicado a grupos, no solo a individuos. En un estudio con adultos mayores con enfermedad crónica en Cundinamarca, Colombia, se valoró el comportamiento grupal a través de los cuatro modos adaptativos, lo que permitió identificar los estímulos que originaban problemas de adaptación y diseñar estrategias como visitas domiciliarias y educación en salud (Alvarado García et al., 2023). Asimismo, se ha usado para estudiar al propio personal de enfermería, entendido como seres holísticos cuyas partes funcionan de manera integrada; su aplicación sistemática evidenció una alta capacidad de adaptación

frente a los procesos de afrontamiento en enfermeras, con mejoras en la calidad y seguridad de la atención (Cusme Torres et al., 2023).

Roy define el proceso de enfermería como un enfoque de resolución de problemas que integra la recolección de datos, la identificación de necesidades, el establecimiento de objetivos, la selección de intervenciones y la evaluación de resultados (Rivera Hernández et al., 2024), lo que permite a la enfermera valorar la capacidad adaptativa del individuo y diagnosticar respuestas adaptadas o inadaptadas, dándole al modelo amplia aplicabilidad clínica, incluidos pacientes con enfermedades crónicas y endocrinas.

Tabla 3.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedad de Cushing

Patrón Funcional Alterado	**Nutricional-metabólico**
NANDA	**Dominio 2:** Nutrición **Clase 5:** Hidratación, la ingestión y absorción de líquidos y electrolitos **Código:** 00026 **Definición:** Retención excesiva de líquidos intracelulares y/o extracelulares, sin incluir sangre. **Etiqueta NANDA:** Volumen excesivo de líquido **R/C:** Ingesta excesiva de líquidos, ingesta excesiva de sodio **M/P:** Edema, Aumento de peso en un corto período de tiempo, Presión arterial alterada, Ansiedad.
NOC	**Dominio II:** salud fisiológica **Clase G:** Líquidos y electrólitos **Código:** 0601 Equilibrio hídrico **Indicadores:** • 060107 balance de entradas y salidas en 24 horas • 060109 peso corporal estable • 060101 presión arterial
NIC	**Intervención 1:** Manejo de líquidos (4120) **Actividades** 1. Pesar al paciente diariamente y valorar su evolución

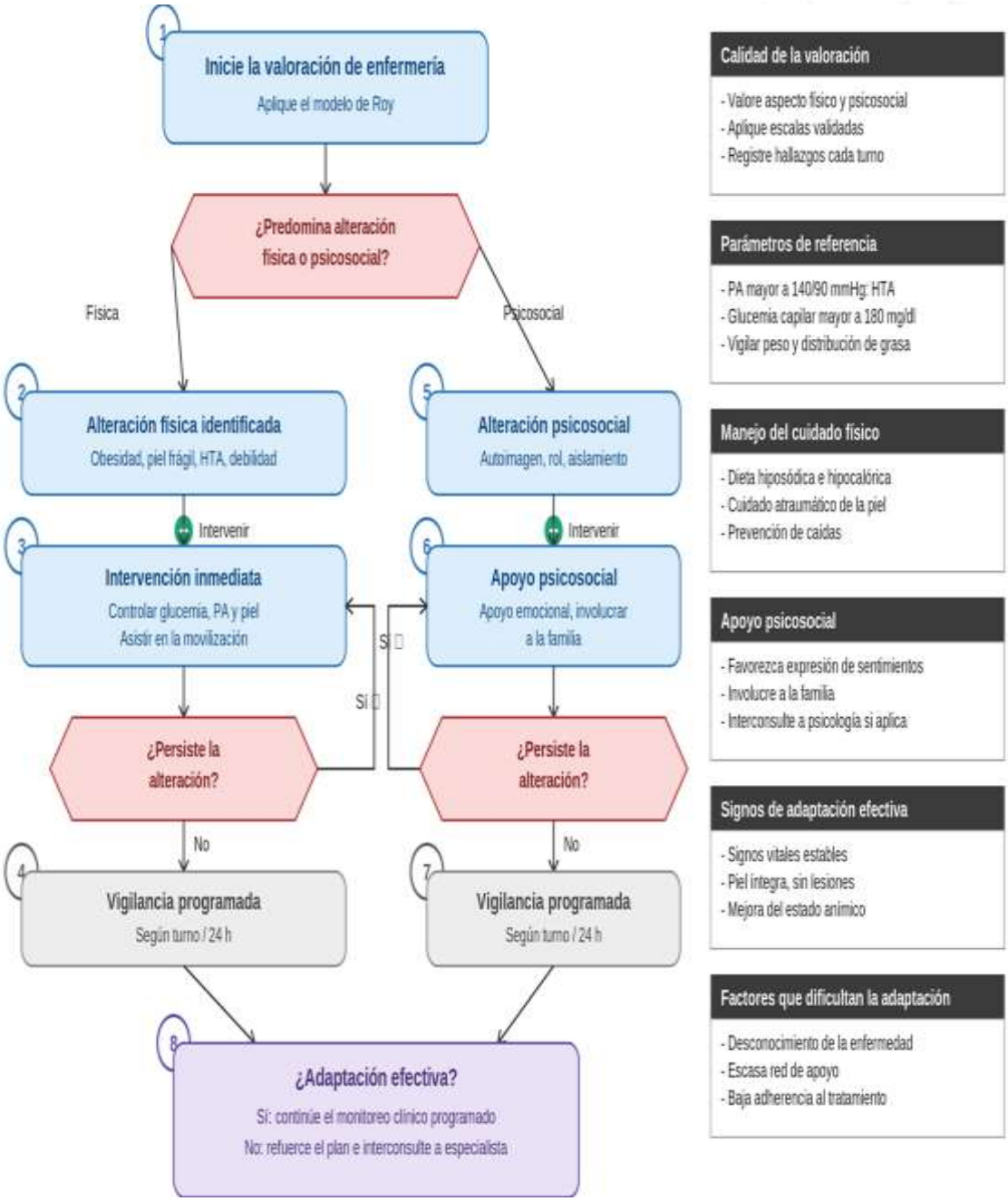
	2. Llevar un registro preciso de las entradas y salidas de líquidos 3. Vigilar el estado de hidratación (mucosas, pulso, presión arterial ortostática) **Intervención 2:** Manejo de líquidos/electrólitos (2080) **Actividades** 4. Observar si existen niveles anormales de electrólitos en suero 5. Vigilar signos y síntomas de empeoramiento de la sobrehidratación o de la deshidratación 6. Pesar al paciente diariamente y valorar su evolución **Intervención 3:** Monitorización de líquidos (4130) **Actividades** 7. Determinar la cantidad y el tipo de ingesta de líquidos y los hábitos de evacuación 8. Monitorizar el peso corporal y las entradas y salidas de líquidos 9. Monitorizar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el estado respiratorio
Fundamentos Científicos	1. Los cambios de peso corporal en 24 horas aportan pistas importantes sobre el balance de líquidos del paciente, siempre que se pese en condiciones estandarizadas. 2. Un registro exacto de entradas y salidas permite predecir un déficit o un exceso de volumen antes de que aparezcan manifestaciones clínicas evidentes. 3. Los signos vitales posturales y el estado de piel y mucosas son datos objetivos que reflejan el grado de compromiso del volumen circulante. 4. La exactitud de los métodos de vigilancia hídrica incluyendo parámetros de laboratorio sigue siendo un reto clínico, por lo que su monitorización sistemática es clave para detectar alteraciones a tiempo. 5. Dado que el balance de líquidos por sí solo tiene una correlación débil con el estado real de volumen, es necesario vigilar también signos clínicos de forma complementaria.

6. Aunque el peso diario es una herramienta no invasiva ampliamente usada, su fiabilidad mejora cuando se registra de forma consistente y se interpreta junto con otros datos clínicos.
7. La valoración de los patrones habituales de ingesta y eliminación ayuda a identificar el patrón normal del paciente y sus factores de riesgo de desequilibrio.
8. La combinación de ambos métodos peso y balance hídrico ofrece una estimación más confiable del estado de volumen que cualquiera de los dos por separado.
9. Estos signos vitales son datos objetivos esenciales, ya que el grado de compensación cardiovascular determina cómo se alteran ante un desequilibrio de volumen.

Nota: Proceso enfermero en pacientes con enfermedad de Cushing, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 3.

Algoritmo de atención enfermero en síndrome de Cushing



Capítulo IV: Manejo enfermero en pacientes con enfermedad de Addison mediante PAE y algoritmo de adaptación fisiológica basado en Jean Watson

Manejo enfermero en pacientes con enfermedad de Addison mediante PAE y algoritmo de adaptación fisiológica basado en Jean Watson

4.1. Enfermedad de Addison

También conocida como insuficiencia suprarrenal primaria (PAI), es un trastorno endocrino poco frecuente pero potencialmente mortal que resulta de la disgenesia o destrucción de la corteza suprarrenal, lo que conlleva a una producción deficiente de glucocorticoides, mineralocorticoides y andrógenos suprarrenales (Surani & Carroll, 2025).

4.1.1. Etiología

La etiología de la enfermedad de Addison ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Mientras que la tuberculosis fue la causa principal en el pasado, hoy en día la causa más común en países desarrollados es de naturaleza autoinmune.

Se produce por un ataque del sistema inmunitario mediado por células T (CD8 y CD4) que destruye las células de la corteza suprarrenal, afectando las tres capas corticales con relativo respeto de la médula suprarrenal (Surani & Carroll, 2025).

4.1.2. Fisiopatología

La fisiopatología de la enfermedad de Addison se centra en la destrucción progresiva de la corteza suprarrenal, que impide la producción de hormonas vitales. Se estima que es necesario que se destruya aproximadamente el 90% del tejido cortical para que la enfermedad se manifieste clínicamente.

Mecanismo Autoinmune: La destrucción autoinmune se caracteriza por una infiltración linfocitaria (con células plasmáticas y macrófagos) de las tres capas de la corteza suprarrenal, lo que conduce a una atrofia extensa y fibrosis. Este daño afecta tanto a la zona fasciculada (productora de cortisol) como a la zona glomerulosa (productora de aldosterona), con relativo respeto de la médula suprarrenal (Surani & Carroll, 2025).

Deficiencia de Mineralocorticoides: La falta de aldosterona provoca una pérdida renal de sodio y agua, junto con retención de potasio, resultando en hiponatremia, hiperpotasemia, deshidratación, disminución del volumen circulatorio, hipotensión y, eventualmente, colapso circulatorio (Grossman, 2026, Merck Manual). Esta deficiencia contribuye a la severidad de los síntomas en la insuficiencia primaria en comparación con la secundaria (Magklis et al., 2025).

Deficiencia de Glucocorticoides: La falta de cortisol conlleva una pérdida de la retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, provocando un aumento compensatorio de ACTH. Esta elevación crónica estimula la producción de melanina y es responsable de la hiperpigmentación cutáneo-mucosa característica de la enfermedad (Grossman, 2026).

4.1.3.Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Addison suelen ser insidiosas e inespecíficas, lo que contribuye al retraso diagnóstico (Surani & Carroll, 2025, DOI: 10.1016/j.eprac.2025.04.008). En un estudio, el 40% de los pacientes fueron diagnosticados más de 6 meses después del inicio de los síntomas.

Síntomas Generales: La fatiga, debilidad e hipotensión ortostática son síntomas y signos tempranos.

Síntomas Gastrointestinales y Metabólicos: Anorexia, náuseas, vómitos y diarrea son frecuentes. Puede observarse disminución de la tolerancia al frío, mareos y síncope. En etapas tardías, se presentan pérdida de peso, deshidratación e hipotensión (Grossman, 2026).

4.1.4.Métodos diagnósticos

El diagnóstico de la enfermedad de Addison se confirma mediante una combinación de sospecha clínica y pruebas de laboratorio específicas.

Sospecha Inicial y Laboratorio General: Ante síntomas sugestivos, las pruebas de laboratorio suelen mostrar la tríada característica: hiponatremia, hiperpotasemia e hipoglucemia. Otros hallazgos incluyen eosinofilia, linfocitosis, acidosis metabólica y aumento de creatinina.

Pruebas Hormonales de Primera Línea: Se recomienda la medición simultánea de cortisol plasmático matutino (8-9 am) y ACTH. Un nivel de cortisol matutino bajo (< 5 mcg/dL o < 138 nmol/L) junto con una ACTH elevada (≥ 50 pg/mL o ≥ 11 pmol/L) es diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria, particularmente en pacientes con estrés severo o en shock (Brutvan et al., 2025).

4.1.5. Tratamiento

La enfermedad de Addison se basa en la terapia de reemplazo hormonal de por vida para suplir las hormonas que el organismo ya no puede producir.

Reemplazo de Glucocorticoides: El fármaco de elección es la hidrocortisona, administrada por vía oral en dosis divididas (generalmente 15-25 mg/día) para intentar mimetizar el ritmo circadiano del cortisol, con una dosis más alta por la mañana.

La producción diaria normal de cortisol es de aproximadamente 9.9 mg/día, aunque la dosis de sustitución habitual varía entre 15-30 mg/día. En situaciones de estrés físico o emocional (infecciones, cirugías, traumatismos), se recomienda duplicar o triplicar la dosis habitual.

En casos de crisis aguda, la hidrocortisona se administra por vía intravenosa (100 mg cada 6-8 horas durante las primeras 24 horas).

Reemplazo de Mineralocorticoides: Todos los pacientes con enfermedad de Addison requieren reemplazo de aldosterona con fludrocortisona, ya que no se produce de forma endógena. La dosis inicial suele ser de 0.05 a 0.2 mg al día, ajustada según los niveles séricos de sodio, potasio y actividad de renina plasmática.

Manejo de la Crisis Addisoniana: Es una emergencia médica que requiere:

1) Fluidoterapia agresiva con solución salina normal para corregir la hipotensión y deshidratación;
2) Administración inmediata de hidrocortisona intravenosa (100 mg) o dexametasona si el diagnóstico no está confirmado;

3) Monitorización continua de signos vitales, estado hemodinámico y parámetros bioquímicos, y tratamiento de la causa subyacente precipitante (Naranjo Jiménez et al., 2024).

4.1.6.Complicaciones

Las más grave y temida de la enfermedad de Addison es la crisis suprarrenal aguda (crisis addisoniana), un fallo súbito y global de la corteza suprarrenal que constituye una verdadera emergencia médica con riesgo vital. Suele desencadenarse ante situaciones de estrés fisiológico como infecciones (especialmente cuadros sépticos), traumatismos, cirugías o pérdida excesiva de sodio por sudoración intensa La crisis suprarrenal puede precipitarse ante una infección aguda, siendo esta una causa común, en especial cuando hay septicemia; otras causas incluyen traumatismos, cirugía y pérdida de sodio debido a sudoración excesiva. Clínicamente se manifiesta con dolor abdominal intenso, vómitos, diarrea, deshidratación, hipotensión severa, pérdida de conciencia y, en los casos más graves, shock y coma, requiriendo tratamiento inmediato con corticosteroides intravenosos y reposición de líquidos.

Otra complicación relevante es la hipoglucemia, ya que la deficiencia de cortisol altera la capacidad del organismo para regular adecuadamente los niveles de glucosa en sangre, pudiendo generar mareos, debilidad, temblores, confusión y, en casos severos, convulsiones. A esto se suma la hiponatremia, un desequilibrio electrolítico frecuente en estos pacientes que contribuye al cuadro de hipotensión y deshidratación característico de la enfermedad, especialmente en sus estadios más avanzados.

Además de estas complicaciones agudas, la enfermedad de Addison suele coexistir con otras enfermedades autoinmunes (como tiroiditis, diabetes tipo 1, vitíligo o hipoparatiroidismo), dado que comparte un origen autoinmune común en muchos casos. Cabe destacar que, incluso con tratamiento adecuado, la enfermedad de Addison puede causar un ligero aumento en la mortalidad, sin que esté del todo claro si esto se debe a crisis suprarrenales tratadas de forma inadecuada o a complicaciones a largo plazo derivadas de un exceso inadvertido de reposición hormonal, lo que subraya la importancia del seguimiento médico

continuo y del ajuste individualizado de la dosis de corticosteroides ante situaciones de estrés (Naranjo Jiménez et al., 2024).

4.2. Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano (también conocida como Ciencia del Cuidado Unitario o Human Caring Science) entre los años 1975 y 1979, con el propósito de transformar el paradigma técnico y biomédico dominante en la enfermería de la época hacia un modelo centrado genuinamente en la persona y en la dimensión humana del cuidado Esta teoría creada entre los años 1975 y 1979 surgió con el objetivo de cambiar de un paradigma técnico a otro centrado en el cuidado a la persona. Watson estructura su propuesta alrededor de tres conceptos centrales: persona, salud y entorno, considerando que el cuidado debe integrar cuerpo, mente y alma como una unidad indivisible.

El elemento distintivo de su teoría son los conocidos como 10 Factores Caritativos, posteriormente reformulados como Procesos de Caritas Clínica (Clinical Caritas Process), y en desarrollos más recientes ampliados hacia los Elementos del Proceso Clínico Caritas-Veritas reflejando la evolución de la Teoría del Cuidado Humano para la Ciencia del Cuidado Unitario, pasando de Factores Caritativos a Elementos del Proceso Clínico Caritas y, más recientemente, a Elementos del Proceso Clínico Caritas-Veritas. Estos factores sirven como guía disciplinar y ética para la práctica profesional de enfermería.

Watson introduce el concepto de cuidado transpersonal, entendido como una conexión que trasciende el ego y que se establece entre quien cuida (la enfermera) y quien recibe el cuidado (la persona), basado en el Proceso Caritas como un proceso determinado por la conexión más allá del ego. Cuando este tipo de cuidado se ofrece de manera auténtica, se genera una conexión intersubjetiva entre enfermera y paciente que favorece la armonía entre cuerpo, mente y espíritu, de la cual depende en gran medida la recuperación y el bienestar del paciente.

En contextos de sobrecarga laboral y desgaste profesional, la teoría de Watson cobra especial relevancia porque ofrece un marco para restablecer la relación enfermero-paciente, promoviendo compasión, autenticidad y presencia consciente, lo que mejora la experiencia del paciente y el sentido vocacional del

enfermero. De este modo, Watson redefine el cuidado como una experiencia humana, moral y espiritual, fundamentada en la confianza, la empatía y el respeto.

Tabla 4.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedad de Addison

Patrón Funcional Alterado	**Nutricional-metabólico**
NANDA	**Dominio:** Nutrición **Clase:** Hidratación **Código:** 00027 **Definición:** Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida de agua corporal sin cambios significativos en sodio. **Etiqueta NANDA:** Déficit de volumen de líquidos **R/C:** Pérdida activa de líquidos corporales secundaria a la disminución de aldosterona por insuficiencia suprarrenal. **M/P:** Disminución de la presión arterial, sequedad de mucosas, aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la diuresis.
NOC	**Dominio (II):** Salud Fisiológica **Clase (G):** Líquidos y electrolitos **Código:** 0602 Hidratación **Indicadores:** • 060202 — Membranas mucosas húmedas • 060211 — Diuresis • 060212 — Disminución de la presión arterial
NIC	**Intervención 1:** Manejo de líquidos (4120) **Actividades** 1. Controlar estrictamente los ingresos y egresos (balance hídrico). 2. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, turgencia cutánea y presión arterial ortostática). 3. Administrar líquidos intravenosos según prescripción médica. **Intervención 2:** Manejo de electrolitos (2000) **Actividades** 4. Monitorizar los niveles séricos de sodio y potasio según indicación médica. 5. Observar signos y síntomas de hiponatremia e hiperpotasemia (debilidad, confusión, alteraciones del ritmo cardíaco).

6. Administrar corticoides y/o suplementos electrolíticos según prescripción médica.

Intervención 3: Monitorización de los signos vitales (6680)

Actividades

7. Controlar la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria de forma periódica.
8. Vigilar signos de hipoperfusión tisular (llenado capilar, coloración de la piel, nivel de conciencia).
9. Registrar e informar oportunamente al médico sobre alteraciones hemodinámicas significativas.

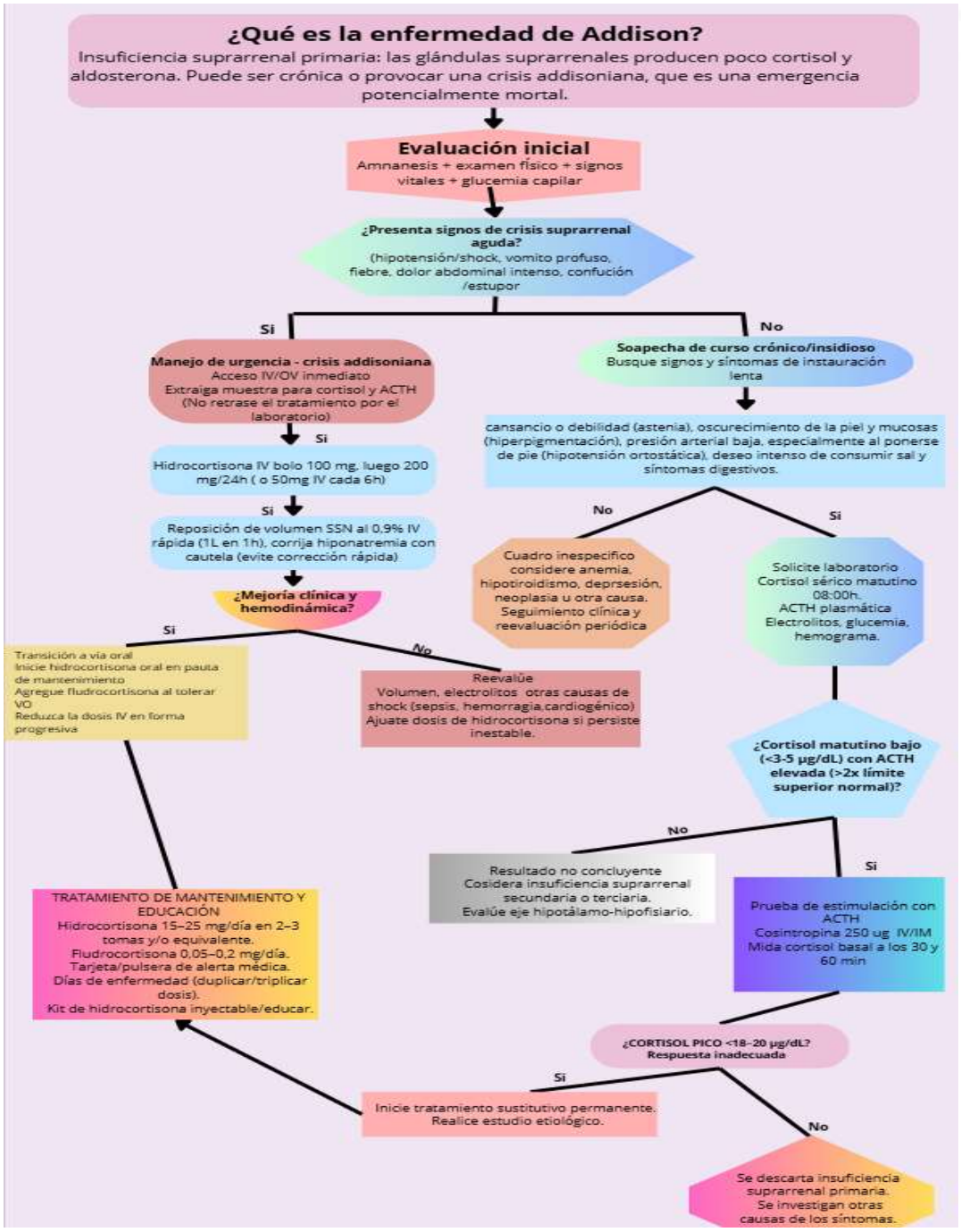
Fundamentos Científicos	1. El control estricto del balance hídrico permite detectar precozmente las pérdidas de sodio y agua secundarias a la deficiencia de aldosterona, disminuyendo el riesgo de progresión hacia una crisis addisoniana (Naranjo Jiménez et al., 2024). 2. La valoración de los signos de deshidratación e hipotensión ortostática posibilita identificar tempranamente el déficit del volumen circulante característico de la insuficiencia suprarrenal primaria (Grossman, 2026). 3. La administración oportuna de líquidos intravenosos corrige la hipovolemia y mejora la perfusión tisular, previniendo el colapso circulatorio propio de la enfermedad de Addison (Bornstein et al., 2016). 4. La deficiencia de aldosterona provoca pérdida renal de sodio y retención de potasio, por lo que el monitoreo electrolítico permite anticipar complicaciones hemodinámicas y cardíacas derivadas del desequilibrio (Grossman, 2026). 5. El reconocimiento oportuno de signos de hiponatremia e hiperpotasemia facilita una intervención inmediata que previene arritmias y deterioro neurológico en el paciente con insuficiencia suprarrenal (Magklis et al., 2025). 6. La administración de fludrocortisona restituye la acción mineralocorticoide ausente, favoreciendo la reabsorción de sodio y la excreción de potasio, y restableciendo el equilibrio hidroelectrolítico (Naranjo Jiménez et al., 2024). 7. La vigilancia continua de los signos vitales permite valorar el estado hemodinámico del paciente y detectar precozmente el deterioro clínico derivado del déficit de volumen de líquidos (Bornstein et al., 2016). 8. La identificación temprana de signos de hipoperfusión tisular

	favorece intervenciones oportunas que evitan la progresión hacia un choque hipovolémico (Grossman, 2026).
	9. El registro y la comunicación oportuna de las alteraciones hemodinámicas al equipo médico facilita la toma de decisiones clínicas y mejora la seguridad del paciente con enfermedad de Addison (Naranjo Jiménez et al., 2024).

Nota: Proceso enfermero en pacientes con enfermedad de Addison, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 4.

Algoritmo de atención enfermero en enfermedad de Addison



Capítulo V: Intervención de enfermería en pacientes con dislipidemia mediante algoritmo educativo fundamentado en Dorothea Orem

Intervención de enfermería en pacientes con dislipidemia mediante algoritmo educativo fundamentado en Dorothea Orem

5.1. Dislipidemia

La dislipidemia se define como un trastorno subclínico que implica alteraciones específicas en el metabolismo de los lípidos y lipoproteínas en el plasma sanguíneo. Este trastorno se caracteriza por niveles elevados de colesterol total (≥ 200 mg/dL), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (≥ 130 mg/dL), triglicéridos (≥ 150 mg/dL) o colesterol de lipoproteínas de alta densidad (< 40 mg/dL en hombres o < 50 mg/dL en mujeres). La dislipidemia se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo modificables, capaz de contribuir significativamente al desarrollo y progresión de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares a nivel mundial.

5.1.1. Etiología

Las dislipidemias se dividen en dos grandes categorías: primarias y secundarias. Las dislipidemias primarias son aquellas que se originan a partir de mutaciones genéticas, ya sean monogénicas o poligénicas, que afectan la síntesis, el transporte o la eliminación de las lipoproteínas en el plasma, como es el caso del hipercolesterolemia familiar. En contraste, las dislipidemias secundarias surgen de la interacción entre factores ambientales, un estilo de vida poco saludable y enfermedades subyacentes. Entre las causas más frecuentes de dislipidemias secundarias se encuentran dietas excesivamente ricas en grasas saturadas y altos niveles de carbohidratos refinados, junto con el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, así como diversas enfermedades metabólicas, como la diabetes mellitus tipo 2, el hipotiroidismo, la enfermedad renal crónica y el síndrome metabólico (Butnariu et al., 2023).

5.1.2. Fisiopatología

Se basa en la alteración del equilibrio homeostático de las lipoproteínas, principalmente debido a un aumento en su producción o una reducción en su eliminación, especialmente de las lipoproteínas ricas en triglicéridos. Las

partículas en exceso se infiltran en la capa íntima del endotelio vascular, donde son oxidadas, lo que provoca un reclutamiento de monocitos y una inflamación crónica en la zona. Los macrófagos fagocitan las partículas de LDL oxidadas, transformándose en lo que se conoce como células espumosas, las cuales inician la formación de estrías grasas y, eventualmente, de placas de ateroma. La acumulación progresiva de estas placas ateroscleróticas resulta en el estrechamiento y la rigidez de los vasos sanguíneos, así como en la disminución de la perfusión de órganos vitales (Raja et al., 2023).

5.1.3. Métodos diagnósticos

Se establece mediante la evaluación del perfil lipídico, que incluye la medición de colesterol total, triglicéridos, HDL-C y LDL-C en una muestra de sangre. Generalmente, se recomienda realizar la determinación después de un ayuno de 8 a 12 horas. El LDL-C puede calcularse mediante la fórmula de Friedewald, especialmente cuando los triglicéridos son inferiores a 400 mg/dL, aunque también existen métodos alternativos como la fórmula de Sampson-NIH y la medición directa. La evaluación del perfil lipídico permite identificar alteraciones en los niveles de lípidos, estimar el riesgo cardiovascular y establecer la necesidad de tratamiento (Strandberg, 2024).

5.1.4. Manifestaciones clínicas

Es una alteración del metabolismo lipídico caracterizada por niveles anormales de colesterol, triglicéridos o lipoproteínas en plasma. Puede permanecer asintomática durante años o manifestarse con signos clínicos y complicaciones sistémicas. Sus principales manifestaciones bioquímicas son el hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia y la hiperlipidemia mixta, mientras que las manifestaciones clínicas más reconocidas incluyen los xantomas, xantelasmas y el arcus cornealis (Strandberg, 2024).

5.1.5. Tratamiento

5.1.5.1. Farmacológica

Se basa principalmente en el uso de estatinas de alta intensidad, como atorvastatina de 40–80 mg/día y rosuvastatina de 20–40 mg/día, pueden reducir

el colesterol LDL en ≥50 %, mientras que las dosis de intensidad moderada, como atorvastatina de 10–20 mg/día y rosuvastatina de 5–10 mg/día, producen una reducción aproximada del 30–49 %. Cuando no se alcanzan los objetivos de LDL con la estatina tolerada, puede añadirse ezetimiba, habitualmente a una dosis de 10 mg/día, que proporciona una reducción adicional del LDL., que disminuyen la producción de colesterol y los niveles de LDL. Su intensidad depende del riesgo cardiovascular del paciente. Cuando no se alcanzan los objetivos o existe intolerancia, pueden utilizarse tratamientos complementarios como ezetimiba, inhibidores de PCSK9, fibratos y omega-3, según las necesidades de cada paciente (Strandberg, 2024).

5.1.5.2. No Farmacológica

La nutrición es una intervención fundamental, se recomienda reducir las grasas saturadas y trans, y aumentar el consumo de frutas, verduras, granos integrales, pescado y grasas insaturadas. Dietas como la mediterránea, DASH, basada en plantas y rica en fibra pueden mejorar el perfil lipídico gracias a componentes como fibra, omega-3, polifenoles y fitosteroles, que ayudan a regular los lípidos y disminuir la inflamación (Kirkpatrick, 2023).

5.1.6.Complicaciones

La principal complicación de la dislipidemia es el desarrollo de aterosclerosis, proceso que se inicia con la formación de placas compuestas por colesterol LDL, calcio y fibrina que se depositan en las arterias de mediano y gran calibre. El colesterol LDL elevado favorece la disfunción endotelial caracterizada por una menor producción de óxido nítrico y mayor permeabilidad vascular permitiendo que este colesterol sea captado por los macrófagos, dando origen a las células espumosas que constituyen la lesión inicial conocida como línea grasa La aterosclerosis es la principal causa de enfermedad cardiovascular y de mortalidad relacionada, proceso que se inicia con la formación de placa constituida por colesterol LDL, calcio y fibrina en las arterias grandes y medianas.

A partir de este proceso aterosclerótico se derivan las complicaciones cardiovasculares más graves: la cardiopatía isquémica (incluyendo el infarto de miocardio) y la enfermedad vascular cerebral (ictus), consideradas las

principales causas de mortalidad en la población con dislipidemia no controlada Las complicaciones derivadas del proceso de aterosclerosis, como la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral, representan las principales causas de muerte. La dislipidemia también se asocia con arteriopatía periférica, ya que el compromiso vascular no se limita a las arterias coronarias o cerebrales, sino que puede afectar la circulación de miembros inferiores.

Otra complicación relevante, particularmente asociada a la hipertrigliceridemia, es la pancreatitis aguda, cuando los niveles de triglicéridos alcanzan cifras muy elevadas Una de las dislipidemias, la hipertrigliceridemia, es una causa frecuente de pancreatitis. Además, cuando la dislipidemia coexiste con otros factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad conformando lo que se conoce como síndrome metabólico o dislipidemia aterogénica, el riesgo cardiovascular global se incrementa de manera significativa, siendo esta combinación particularmente común en pacientes con diabetes tipo 2.

Cabe destacar que la dislipidemia suele cursar de forma asintomática durante años, lo que retrasa su detección y favorece que estas complicaciones se manifiesten de forma tardía, subrayando la importancia del tamizaje mediante perfil lipídico y del control temprano de los factores de riesgo cardiovascular asociados (Strandberg, 2024).

Tabla 5.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con dislipidemia

Patrón Funcional Alterado	Actividad-ejercicio
NANDA	**Dominio 1:** Promoción de la salud **Clase 2:** Gestión de la salud identificar, controlar, ejecutar e integrando actividades para mantener la salud general y bienestar. **Código:** 00276 **Definición:** Manejo insatisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento y los cambios en el estilo de vida asociados con vivir con una enfermedad crónica. **Etiqueta NANDA:** Autogestión ineficaz de la salud **R/C** dificultad para incorporar cambios en el estilo de vida **M/P**

alimentación inadecuada.

NOC	**Dominio (IV):** Conocimiento y conducta de salud **Clase (Q):** Conducta de salud **Código:** 1622 **Resultado NOC:** Conducta de adherencia: dieta prescrita **Definición:** Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico. **Indicadores:** • 162201 participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario • 162202 selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita • 162204 selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita
NIC	**Intervención 1:** Asesoramiento nutricional (5246) **Actividades** 1. Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc. 2. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. 3. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. **Intervención 2:** Ayuda a perder peso (1280) **Actividades** 4. Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen. 5. Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda. 6. Promover una alimentación rica en fibra y grasas saludables para proteger el corazón y reducir de forma natural los niveles de lípidos y colesterol en sangre. **Intervención 3:** Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) **Actividades** 7. Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento. 8. Instruir acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

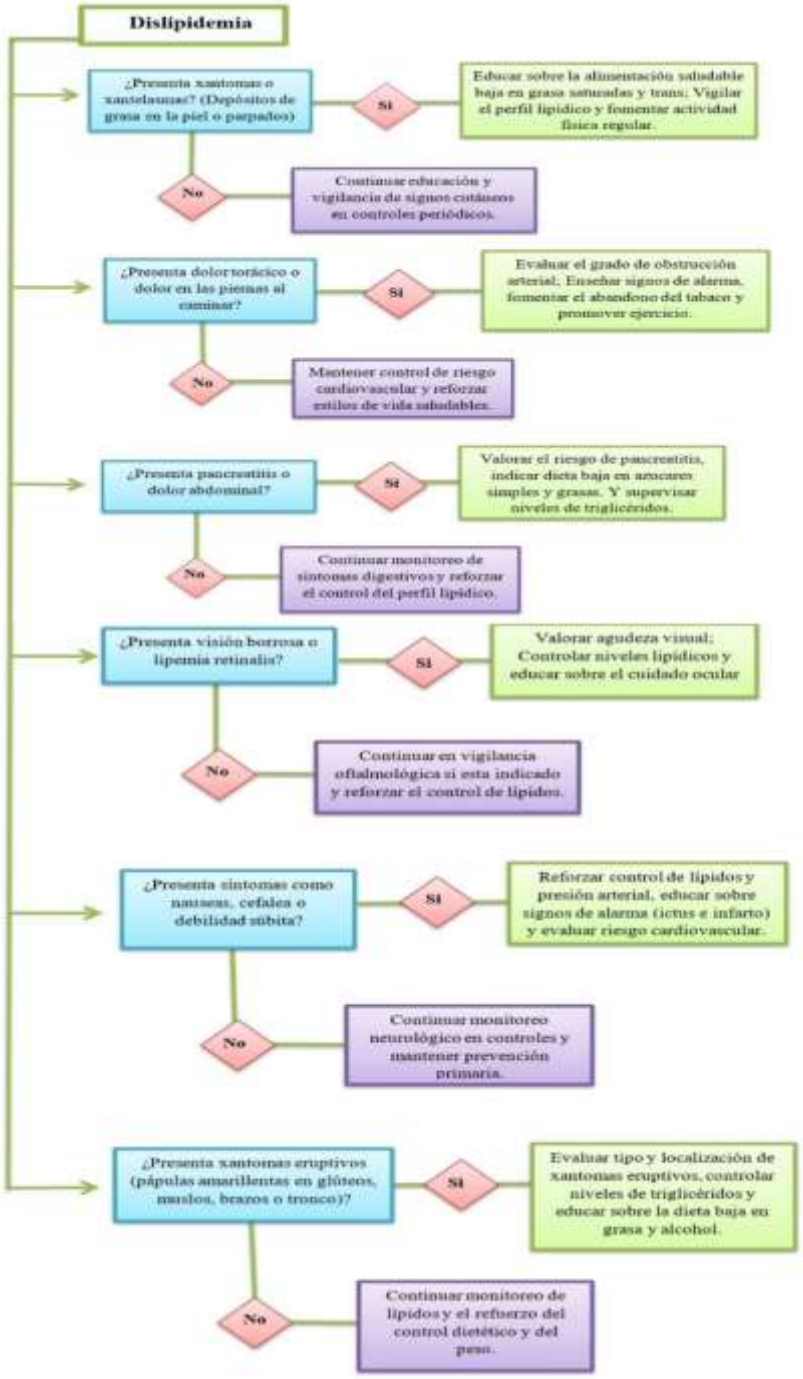
	9. Informar sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.
Fundamentos Científicos	1. Una dieta baja en grasas saturadas y trans y rica en frutas, verduras, legumbres y fibra ayuda a disminuir el colesterol LDL y el riesgo cardiovascular (Mach et al., 2019). 2. Evaluar la alimentación permite identificar hábitos que favorecen la alteración del perfil lipídico y adaptar las recomendaciones nutricionales a las necesidades del paciente (Mach et al., 2019). 3. Identificar el consumo excesivo de grasas, frituras, ultraprocesados y azúcares permite establecer cambios que favorezcan el control de colesterol y triglicéridos (Arnett et al., 2019). 4. La lectura de etiquetas permite identificar y elegir alimentos con menor cantidad de grasas saturadas, grasas trans y azúcares, favoreciendo el control del colesterol y el riesgo cardiovascular (American Heart Association, 2025). 5. Una alimentación equilibrada, ajustada a las necesidades energéticas y con predominio de grasas insaturadas en lugar de grasas saturadas, contribuye al control del peso y a una mejor salud cardiovascular (Lichtenstein et al., 2026). 6. La fibra dietética puede ayudar a reducir el colesterol, mientras que las grasas insaturadas, presentes en alimentos como frutos secos, semillas y aceites vegetales, favorecen una alimentación cardioprotectora (American Heart Association, 2025; Lichtenstein et al., 2026). 7. Explicar al paciente la función de los medicamentos hipolipemiantes favorece la comprensión del tratamiento y la adherencia, contribuyendo al control de los niveles de colesterol y triglicéridos (Blumenthal et al., 2026). 8. Conocer la dosis, vía y forma correcta de administración ayuda a mejorar la adherencia y favorece una respuesta adecuada al tratamiento para reducir los lípidos sanguíneos (Grundy et al., 2018). 9. Educar sobre las interacciones permite prevenir alteraciones en el efecto de los medicamentos; por ejemplo, la toronja/pomelo puede aumentar la concentración de algunas estatinas, como

atorvastatina y simvastatina (FDA, 2024).

Nota: Proceso enfermero en pacientes con dislipidemia, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 5.

Algoritmo de atención enfermero en pacientes con dislipidemia



Capítulo VI: Intervención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva mediante algoritmo de monitoreo hemodinámico fundamentado en Callista Roy

Intervención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva mediante algoritmo de monitoreo hemodinámico fundamentado en Callista Roy

6.1. Insuficiencia cardiaca congestiva

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es una afección crónica en la que el corazón no puede bombear sangre de manera eficiente, lo que provoca una mala oxigenación de los tejidos y acumulación de líquidos en pulmones, piernas y otros órganos. Esta condición puede ser consecuencia de diversas enfermedades, como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, infarto de miocardio o problemas en las válvulas cardíacas (Sorostinean, 2025).

6.1.1. Etiología

La insuficiencia cardíaca congestiva es un síndrome clínico originado por alteraciones estructurales o funcionales del corazón que comprometen su capacidad para bombear sangre o llenarse adecuadamente, lo que provoca un aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Entre las principales causas se encuentran la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y las valvulopatías, las cuales generan cambios progresivos en la estructura y función del miocardio, favoreciendo el desarrollo de insuficiencia cardíaca (McDonagh et al., 2021).

Asimismo, otras enfermedades como las miocardiopatías, la diabetes mellitus, la obesidad, la enfermedad renal crónica, las arritmias y algunas cardiopatías congénitas también contribuyen al desarrollo de esta patología (Heidenreich et al., 2022).

6.1.2. Fisiopatología

Es compleja e involucra una serie de mecanismos compensatorios y descompensatorios que contribuyen al deterioro de la función cardíaca y a la progresión de la enfermedad (González, 2023).

Puede ser el resultado de una disfunción sistólica (incapacidad del corazón para bombear suficiente sangre a los órganos y tejidos), diastólica (incapacidad del corazón para llenarse adecuadamente durante la diástole) o una combinación de ambas (Andrea Estefania., 2023).

A menudo se asocia con cambios estructurales y funcionales en el corazón, conocidos como remodelado cardíaco. Estos cambios pueden incluir hipertrofia ventricular, dilatación de las cámaras cardíacas y cambios en la matriz extracelular. El remodelado cardíaco puede ser una respuesta adaptativa inicial, pero con el tiempo, puede contribuir al empeoramiento de la función cardíaca y la progresión de la ICC (González, 2023).

6.1.3.Manifestaciones clínicas

La insuficiencia cardíaca congestiva se caracteriza por la presencia de signos y síntomas ocasionados por la disminución del gasto cardíaco y la retención de líquidos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen disnea durante el esfuerzo, ortopnea y disnea paroxística nocturna; fatiga y debilidad debido a la reducción de la perfusión tisular; edema en miembros inferiores y abdomen por acumulación de líquidos; congestión pulmonar con tos y expectoración; aumento rápido de peso secundario a la retención hídrica; y alteraciones del ritmo cardíaco, como taquicardia o fibrilación auricular. En estadios más avanzados también pueden presentarse confusión, disminución del apetito, náuseas y cambios en el patrón urinario, como oliguria o nocturia, como consecuencia de la hipoperfusión y la congestión sistémica (McDonagh et al., 2021).

6.1.4.Métodos diagnósticos

Combina la evaluación clínica, la determinación de biomarcadores como el péptido natriurético tipo B (BNP) o el propéptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) y los estudios de imagen, siendo el ecocardiograma la herramienta fundamental para confirmar el diagnóstico y valorar la función cardíaca (Moses et al., 2023).

6.1.5.Tratamiento

6.1.5.1. Tratamiento farmacológico

de la insuficiencia cardíaca congestiva incluye el uso de diuréticos, como la furosemida, orientados a reducir la sobrecarga de volumen; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), como el enalapril, o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), como el losartán; betabloqueadores, como carvedilol, bisoprolol o metoprolol succinato; antagonistas de los receptores de mineralocorticoides, como espironolactona o eplerenona; e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), como dapagliflozina y empagliflozina. En conjunto, estos fármacos están dirigidos a mejorar la función cardíaca, controlar los síntomas y reducir el riesgo de hospitalización y mortalidad en los pacientes con esta patología (McDonagh et al., 2021).

6.1.5.2. Tratamiento no farmacológico

Constituye un complemento esencial del manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva, ya que contribuye a controlar los síntomas, prevenir las descompensaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Entre las principales medidas se encuentran la restricción moderada del consumo de sodio para disminuir la retención de líquidos y la formación de edema, así como el control de la ingesta de líquidos en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada o hiponatremia, de acuerdo con la indicación médica. Además, el control diario del peso corporal permite detectar de manera temprana la retención de líquidos y prevenir episodios de descompensación (American Heart Association, 2024).

6.1.6.Complicaciones

Las más frecuentes de la insuficiencia cardíaca congestiva son las arritmias, la trombosis y la enfermedad renal, que empeoran el pronóstico porque se suman al deterioro de la función cardíaca. Entre las arritmias, la fibrilación auricular es la más común y se asocia a eventos trombóticos como el accidente cerebrovascular. También pueden presentarse taquicardia y fibrilación ventricular, que aumentan el riesgo de muerte súbita. La fibrilación auricular

puede incluso manifestarse de forma silente, lo que hace necesario vigilar el ritmo cardíaco de manera continua.

La congestión pulmonar puede progresar a edema agudo de pulmón, una emergencia con disnea intensa que se relaciona con el número de ingresos previos por insuficiencia cardíaca. La disminución del gasto cardíaco también compromete la perfusión de los órganos: se describe fracaso renal agudo, pues los estudios sugieren que entre el 20 y el 30 % de las personas con insuficiencia cardíaca aguda presentan problemas renales. En los casos más graves, el cuadro puede evolucionar a shock cardiogénico, la presentación menos común, pero de peor pronóstico, con hipotensión, oliguria, alteración del estado mental y signos de mala perfusión de los órganos (American Heart Association, 2024).

6.2. Callista Roy

Enfermera y teórica estadounidense, es reconocida por haber desarrollado el Modelo de Adaptación, una propuesta que concibe a la persona como un sistema biopsicosocial que interactúa de forma constante con su entorno. Desde esta perspectiva, el individuo responde a los distintos estímulos que recibe mediante mecanismos de afrontamiento cuyo fin es conservar su equilibrio y adaptarse a los cambios. Por ello, el papel de la enfermería consiste en promover respuestas adaptativas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de quien recibe el cuidado.

El modelo se sostiene sobre cuatro conceptos centrales. La persona ocupa el centro y se entiende como un ser único y complejo, en interacción continua con lo que le rodea. El entorno abarca todo el conjunto de factores físicos y psicológicos que rodean al paciente y que pueden influir tanto en su salud como en su capacidad para adaptarse a las situaciones. La salud se concibe como un estado de equilibrio entre la persona y su entorno. Finalmente, la enfermería se define como el proceso que facilita la adaptación del paciente a ese entorno.

En la práctica, el modelo orienta las etapas del proceso de atención de enfermería, en especial la valoración, el diagnóstico y la planificación de los cuidados. La valoración examina cómo interactúa el paciente con su entorno, considerando sus modos de adaptación, sus procesos de adaptación y su nivel de adaptación. El diagnóstico, por su parte, identifica las necesidades del

paciente en relación con su entorno, reconociendo los patrones de conducta que utiliza para adaptarse y las barreras que pueden dificultar esa adaptación. A partir de ello, la enfermera puede planificar cuidados dirigidos a fortalecer las respuestas adaptativas en los cuatro modos que propone la autora: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.

Tabla 6.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva

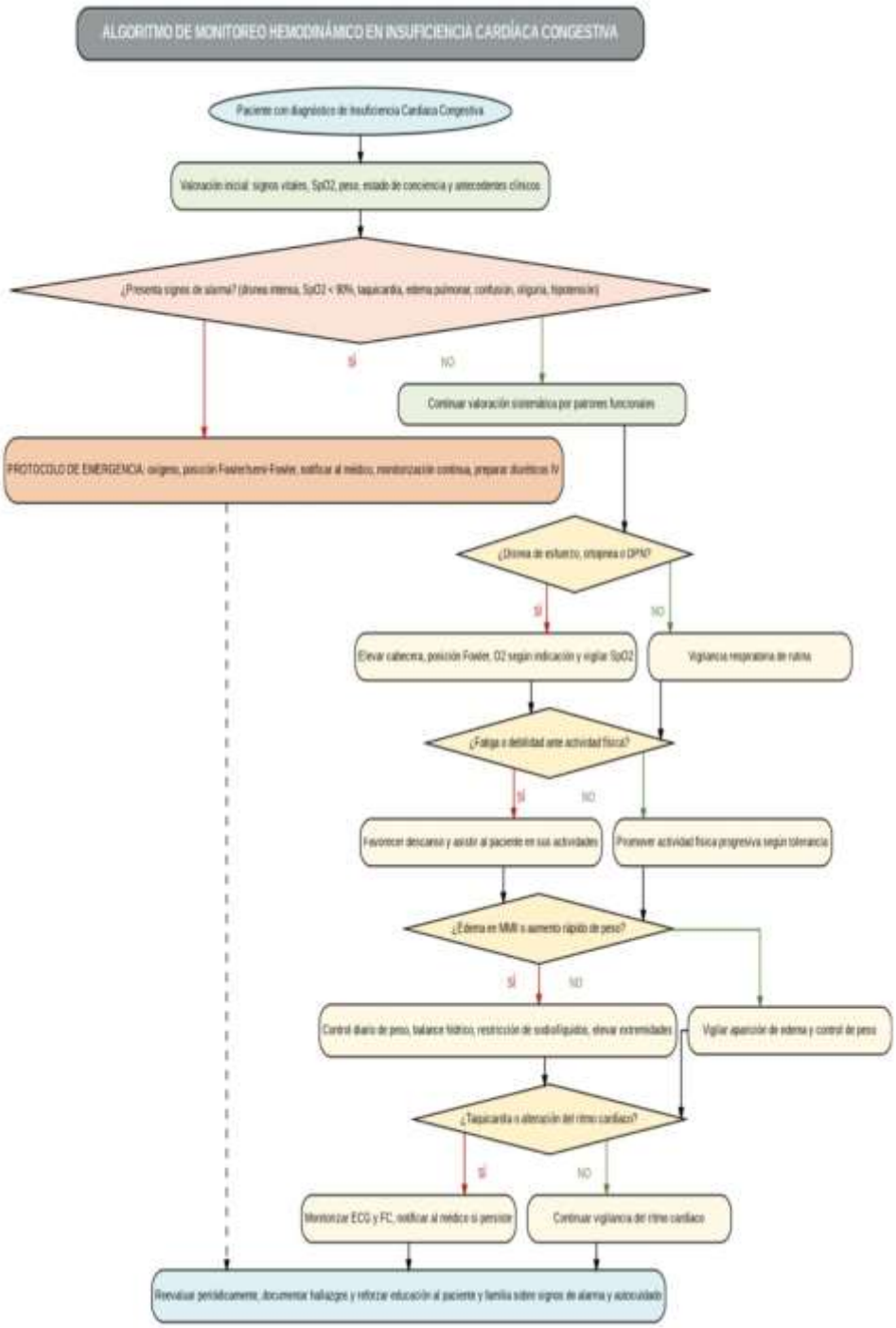
Patrón Funcional Alterado	Nutricional-metabólico
NANDA	**Dominio:** Actividad/Ejercicio **Clase:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares **Código:** 00029 **Definición:** Cantidad insuficiente de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del organismo. **Etiqueta NANDA:** Disminución del gasto cardíaco **R/C:** Alteración de la contractilidad miocárdica. **M/P:** Taquicardia, alteración de la presión arterial.
NOC	**Dominio (II):** Salud Fisiológica **Clase (E):** Función cardiopulmonar **Código**: 0401 Estado circulatorio **Indicadores:** • 040201 presión arterial dentro de límites normales • 040203 frecuencia cardíaca estable.
NIC	**Intervención 1:** Monitorización cardiovascular (4160) **Actividades** 1. Vigilar presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. 2. Administrar oxígeno según prescripción médica. 3. Controlar diariamente el peso corporal y valorar signos de retención hídrica. **Intervención 2:** Manejo de la medicación (2380) **Actividades** 4. Administrar diuréticos, vasodilatadores, verificando dosis y horario.

	5. Vigilar la respuesta terapéutica y la aparición de efectos adversos, como hipotensión o alteraciones electrolíticas. 6. Educar al paciente y la familia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico **Intervención 3:** Cuidados cardíacos (4040) **Actividades** 7. Controlar de forma continua el ritmo y la frecuencia cardíaca, registrando la aparición de arritmias. 8. Evaluar la tolerancia del paciente a la actividad física y ajustar el reposo según su condición hemodinámica. 9. Brindar apoyo emocional al paciente y fomentar técnicas de manejo del estrés.
Fundamentos Científicos	1. La monitorización continua de los signos vitales permite identificar precozmente alteraciones hemodinámicas y detectar el deterioro clínico (McDonagh., 2021). 2. La valoración clínica de los signos y síntomas permite reconocer oportunamente la progresión de la ICC (Heidenreich., 2022). 3. El control diario del peso corporal permite detectar tempranamente la sobrecarga de volumen y prevenir episodios de descompensación (American Heart Association, 2024). 4. La administración correcta del tratamiento farmacológico mejora el gasto cardíaco, disminuye la congestión y reduce la progresión de la insuficiencia cardíaca (Heidenreich., 2022). 5. El seguimiento de la respuesta al tratamiento permite detectar complicaciones asociadas a los medicamentos (McDonagh., 2021). 6. La educación sobre la adherencia terapéutica favorece el control de los síntomas y reduce el riesgo de reingresos hospitalarios (McDonagh et al., 2021). 7. El control continuo del ritmo y la frecuencia cardíaca permite identificar precozmente arritmias que agravan la disminución del gasto cardíaco (Heidenreich et al., 2022). 8. Equilibrar el reposo y la actividad física evita el deterioro funcional y favorece la recuperación progresiva del paciente (McDonagh et al., 2021). 9. El apoyo emocional y el manejo del estrés contribuyen a fortalecer las respuestas adaptativas del paciente en concordancia con el Modelo de Adaptación de Callista Roy (Callista Roy, 2018).

Nota: Proceso enfermero en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 6.

Algoritmo de atención enfermero en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva



Capítulo VII: Cuidado enfermero en gestantes con placenta previa mediante PAE y algoritmo de vigilancia materno-fetal fundamentado en Jean Watson

Cuidado enfermero en gestantes con placenta previa mediante PAE y algoritmo de vigilancia materno-fetal fundamentado en Jean Watson

7.1. Placenta previa

La placenta previa (PP) es una afección la cual se caracteriza por la implantación anormal de la placenta de manera parcial o total en el orificio cervical interno (OCI), esto puede coaccionar complicaciones durante el embarazo o el parto, provocando una inadecuada perfusión útero-placentaria, ya que esta zona es poco vascularizada. trayendo consigo consecuencias negativas en la oxigenación fetal y en su crecimiento (Chueca et al., 2024).

7.1.1.Etiología

Etiológicamente la placenta previa no tiene una causa específica, sin embargo, se relaciona principalmente con factores de riesgo los cuales alteran la implantación normal de la placenta, factores favorecedores como, por ejemplo, multiparidad ya que, repetidos embarazos tienden a cambian la arquitectura endometrial y vascular, por ende, la placenta se implanta en las zonas inferiores del fondo uterino (Muacevic & Adler, 2024).

Los antecedentes de cesárea o cirugía uterina previa dejan cicatrices que alteran la vascularización y receptividad del endometrio, favoreciendo que el blastocisto se implante en zonas más bajas con mejor irrigación. La edad materna avanzada también aumenta el riesgo, pues el endometrio pierde capacidad de regeneración y vascularización, lo que explica la mayor incidencia en mujeres mayores de 35 años. El tabaquismo es otro factor predisponente, ya que genera hipoxia crónica y vasoconstricción uterina, llevando al embrión a implantarse en áreas con mejor oxigenación, aunque estén ubicadas más abajo (Bermúdez, 2021).

7.1.2.Fisiopatología

La placenta previa se caracteriza por una implantación anómala en el segmento uterino inferior, zona menos vascularizada y con un miometrio más delgado, con

menos fibras musculares que el fondo uterino, lo que limita su capacidad contráctil y de sostén. Esto favorece una perfusión uteroplacentaria deficiente y sangrados maternos indoloros, la PP suele coexistir con placenta acreta, cuando la placenta se adhiere a tejido cicatricial en lugar de al endometrio sano. El cuadro inicia cuando el blastocisto se implanta fuera del fondo uterino. En el tercer trimestre, al formarse y expandirse el segmento uterino inferior y comenzar el borramiento y dilatación cervical, la placenta no logra adaptarse a estos cambios, lo que provoca un desprendimiento parcial de las vellosidades coriales y la ruptura de senos venosos y arterias maternas de la decidua basal, originando un sangrado rojo brillante y recurrente.

Según su relación con el orificio cervical interno (OCI), se clasifica en placenta de inserción baja, cuando el borde placentario está a menos de 2 cm del OCI sin cubrirlo; marginal, cuando llega justo hasta el OCI sin sobrepasarlo; oclusiva parcial, cuando cubre el OCI parcialmente; y oclusiva total, cuando lo cubre por completo (Health, 2025).

7.1.3.Manifestaciones clínicas

Los síntomas tienen inicio durante la parte final del segundo trimestre o durante el tercer trimestre a menudo es asintomática, se presenta un sangrado vaginal repentino e indoloro, este suele ser rojo brillante y abundante lo que a veces produce choque hemorrágico, en algunos casos hay contracciones uterinas con el sangrado (Bermúdez, 2021).

7.1.4.Método diagnóstico

Se realiza mediante ecografía. La transabdominal se utiliza como primera aproximación, aunque es menos precisa. La ecografía transvaginal (TV) es el método confirmatorio, ya que permite observar la implantación placentaria y medir la distancia entre el borde placentario y el OCI. Si la distancia es menor a 2 cm se considera placenta de inserción baja, y si existe cobertura parcial o total se clasifica como placenta previa (Minhazur et al., 2025).

7.1.5.Tratamiento

El manejo de la placenta previa, una vez confirmado el diagnóstico, se basa en reposo relativo, evitando relaciones sexuales y tactos vaginales, junto con la monitorización continua de la madre y del feto. El plan obstétrico incluye la preparación de una cesárea electiva entre las 36 y 37 semanas, siempre que la paciente se mantenga estable. Si el sangrado es abundante, se recomienda la transfusión de 2 a 4 paquetes globulares para estabilizar a la madre (Frances et al, 2023).

Así pues, el tratamiento farmacológico de la PP depende de múltiples factores el estado de la madre, la edad gestacional y la presencia de sangrado o contracciones, se debe administrar corticoides para la maduración pulmonar fetal como por ejemplo la betametasona se administra dos dosis de 12 mg IM cada 24 horas, la dexametasona se administran cuatro dosis de 6mg cada 12 horas. Por otra parte, si la paciente la paciente presenta contracciones y la hemorragia está controlada se administra tocoliticos para de esta manera retasar el parto, se administra nifedipino una dosis inicial de 20 mg VO, seguida de una dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas (Jansen et al., 2020).

7.2. Jean Watson

La Dra. Jean Watson es una teórica de enfermería la cual desarrollo la Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal o Ciencia del Cuidado, esta se centra en la promoción de salud y el tratamiento de enfermedades (González, 2026).

Según Watson el principal objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a alcanzar una mayor armonía entre la mente, cuerpo y alma, promoviendo el autoconocimiento, la autosanación y el autocuidado (Limeira et al., 2020).

La Teoría del Cuidado Humano valora al paciente de manera integral y holística , ya que no solo considera el estado físico , si no aspectos emocionales , psicológicos , social , cultural , espiritual y ambiental, esta valoración se lleva a cabo mediante la interacción terapéutica en la cual la enfermera observa , escucha y dialoga con el paciente para de esta manera identificar las necesidades , además se fundamenta en los 10 Procesos Caritas , esto orientan el cuidado humanizado a través de compasión , la promoción de la expresión de

emociones , la enseñanza , la creación de un entorno seguro y la satisfacción de las necesidades humanas básicas , respetando la dignidad , la individualidad y el crecimiento personal del paciente con esto la valoración de Watson busca brindar un cuidado científico , promoviendo un bienestar integral (Limeira et al ., 2020).

Tabla 7.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con placenta previa

Patrón Funcional Alterado	**Nutricional-ejercicio**
NANDA	**Dominio (4):** Actividad/reposo **Clase (4):** Respuestas cardiovasculares/pulmonares **Código:** 00204 **Definición:** Disminución de la circulación sanguínea en las extremidades. **Etiqueta NANDA:** Perfusión tisular periférica ineficaz **R/C** hipotensión y pérdida sanguínea por hemorragia secundaria a placenta previa **M/P** disminución de los pulsos periféricos.
NOC	**Dominio:** Salud fisiológica (II) **Clase:** Cardiopulmonar (E) **Codigo:**0413 Severidad de la pérdida de sangre **Indicadores** • 041307 sangrado vaginal. • 041313 palidez de piel y mucosas • 041311 aumento de la frecuencia cardíaca apical
NIC	**Intervención 1:** Disminución de la hemorragia: útero anteparto (4021) **Actividades** 1. Monitorizar electrónicamente el ritmo cardíaco fetal. 2. Administrar hemoderivados, según corresponda. 3. Monitorizar los signos vitales de la madre, si es necesario, en función de la cantidad de pérdida de sangre. **Intervención 2:** Monitorización de líquidos (4130) **Actividades** 4. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. 5. Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al

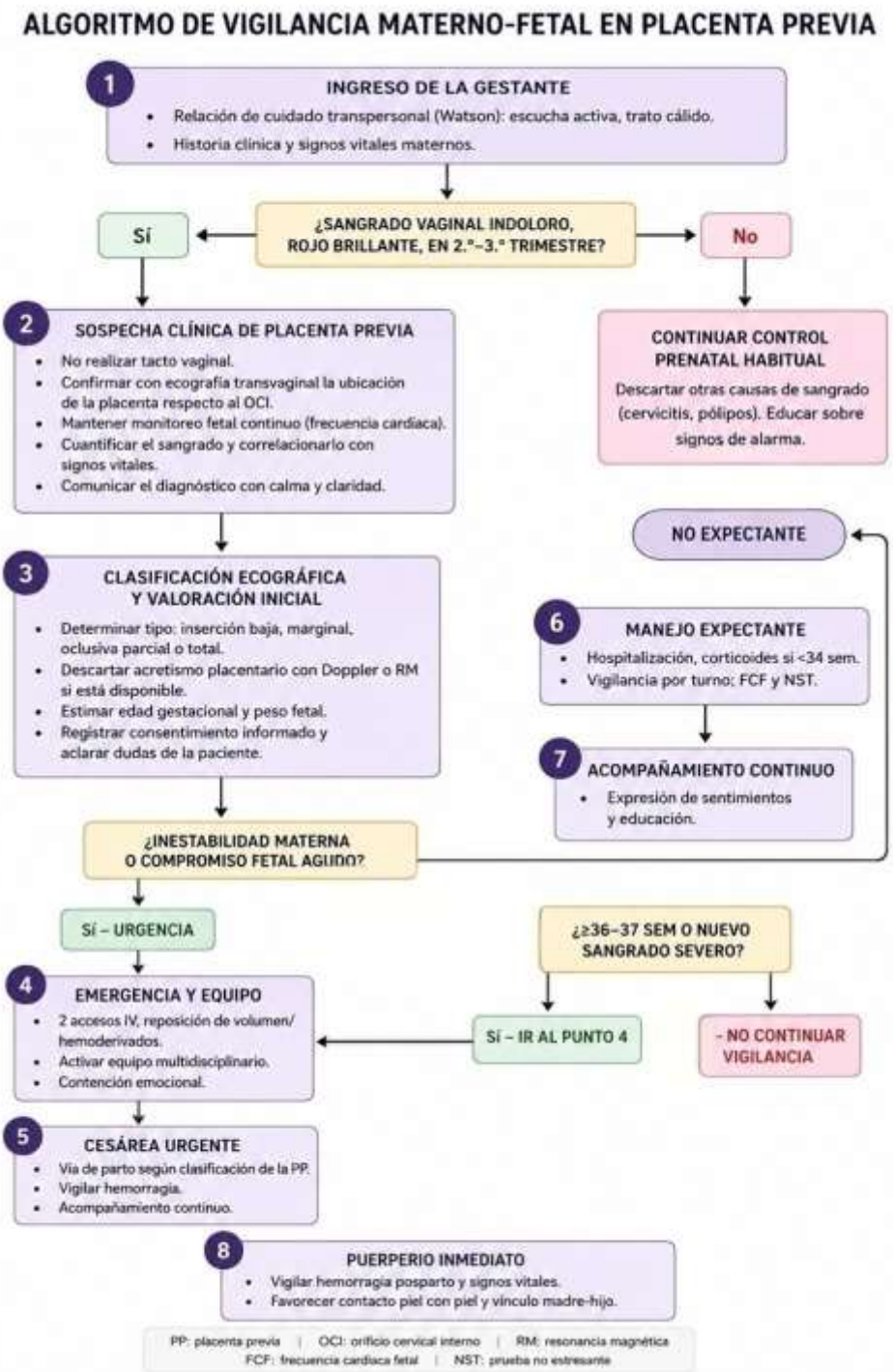
	mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos). 6. Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración. **Intervención 3:** Prevención del shock (4260) **Actividades** 7. Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda. 8. Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda. 9. Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).
Fundamentos Científicos	1. La monitorización fetal continua permite detectar de forma temprana signos de sufrimiento fetal causados por la disminución de la perfusión útero-placentaria debido a la hemorragia (ACOG, 2023). 2. La administración de hemoderivados contribuye a restaurar el volumen circulante, mejorar el transporte de oxígeno y corregir la pérdida sanguínea significativa, reduciendo el riesgo de choque hipovolémico materno y compromiso fetal (Rodríguez, 2026). 3. El control frecuente de la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno permite detectar tempranamente signos de inestabilidad hemodinámica derivados de la hemorragia y orientar la respuesta terapéutica inmediata (OMS, 2023). 4. La valoración clínica de mucosas, turgencia cutánea y sensación de sed permite identificar signos tempranos de hipovolemia y deshidratación, indicadores clave en la detección precoz del shock (Hall.J,2021). 5. El tiempo de relleno capilar es un parámetro clínico sencillo que refleja la perfusión periférica y el estado circulatorio. Un retraso mayor a 2 segundos sugiere hipoperfusión tisular asociada a shock (Marino.P,2020). 6. La vigilancia de signos vitales permite detectar respuestas

	compensatorias iniciales del shock (taquicardia, taquipnea, hipotensión progresiva), facilitando la intervención temprana (Vincent.J,2022).
	7. La reposición de volumen mediante líquidos i.v. es la primera línea de tratamiento en shock hipovolémico, restaurando la precarga y mejorando la perfusión tisular (Cecconi, 2020)
	8. El aporte de oxígeno suplementario optimiza la entrega tisular y previene hipoxemia en estados de shock, mientras que la ventilación mecánica se indica en insuficiencia respiratoria (Singer, 2024).
	9. La identificación de signos compensatorios (taquicardia, hipotensión ortostática leve, piel fría/pálida, taquipnea) permite reconocer el shock en fases iniciales y prevenir su progresión (Kumar, 2023).

Nota: Proceso enfermero en paciente con placenta previa, elaborado con base en NANDA-I (NANDA International, 2024), NOC (Moorhead et al., 2024) y NIC (Butcher et al., 2024).

Figura 7.

Algoritmo de atención enfermero en pacientes con placenta previa



Referencias Bibliográficas

Alvarado García, A. M., Venegas Bustos, B. C., & Salazar Maya, Á. M. (2023). Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario. *Revista Cuidarte, 14*(3), e3016. https://doi.org/10.15649/cuidarte.3016

American Heart Association. (2024). *Heart failure*. https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure

Anderson-Bagga, F. M., & Sze, A. (2023). Placenta previa. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/

Apolo, J., & Alemán, A. (2022). Fibrilación auricular: De arritmia infradiagnosticada a epidemia cardiológica. *Indexia*. https://doi.org/10.65183/revind.e4.05

Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., Souza, E. N., Lucena, A. F., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research, 26*(4), 239–244. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.003

Barboza Hernández, W. M., & Sobrado Esquivel, F. L. (2021). Psoriasis: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos, 5*(3), 52–59. https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i3.305

Basurto, M. de L., Abdo-Francis, M., Aguilar-Salinas, C. A., Balcázar-Hernández, L. J., Borrayo-Sánchez, G., Castro-Narro, G. E., Chávez-Negrete, A., Díaz-Aragón, A., Enciso-Muñoz, J. M., Fernández-Barros, C., Ferreira-Hermosillo, A., González-Chávez, A., et al. (2024). Dislipidemia: Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de contacto médico. *Gaceta Médica de México, 160*(4). https://doi.org/10.24875/gmm.24000095

Bornstein, S. R., Allolio, B., Arlt, W., Barthel, A., Don-Wauchope, A., Hammer, G. D., Husebye, E. S., Merke, D. P., Murad, M. H., Stratakis, C. A., & Torpy, D. J. (2016). Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical*

Endocrinology & Metabolism, 101(2), 364–389. https://doi.org/10.1210/jc.2015-1710

Brutvan, T., Jezkova, J., Kotasova, M., & Krsek, M. (2025). Adrenal insufficiency: Causes and laboratory diagnosis. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czech Republic, 169*(2), 73–81. https://doi.org/10.5507/bp.2024.033

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier.

Castro-Ayarza, J. R., Casadiego, E. J., & Medina, D. C. (2017). Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. *Dermatología Revista Mexicana, 61*(4), 283–291. https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/descripcion-de-los-pacientes-con-diagnostico-de-psoriasis-en-un-centro-dermatologico-de-referencia-de-bogota-colombia/

Chueca Omella, E., Aced Castillero, A., Nieto García, A., Buil Tejero, B., & Toro Segovia, M. (2024). Placenta previa en gestante durante el tercer trimestre: A propósito de un caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación, 5*(6). https://revistasanitariadeinvestigacion.com/placenta-previa-en-gestante-durante-el-tercer-trimestre-a-proposito-de-un-caso-clinico/

Cusme Torres, N. A., Cantuñi Carpio, V. del P., Chasillacta Amores, F. B., & Rojas Conde, L. G. (2023). Proceso de afrontamiento y adaptación en enfermeras según teoría Callista Roy. *Medwave, 23*(S1), eUTA109. https://doi.org/10.5867/medwave.2023.S1.UTA109

González-Naranjo, D. E., Chapi-Chandi, M. M., Zurita-Desiderio, M. J., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Miguez-Quincha, M. de L., Encalada-Falconi, J. A., Chávez-Molina, O. O., Vega-Tandazo, K. A., Díaz-Grefa, W. P., & Lombeida-Lincango, R. A. (2026). *Modelos avanzados de gestión del cuidado centrado en la persona: Humanización, calidad y seguridad en enfermería*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l28

Gonzalo, A. (2024, 30 de abril). *Jean Watson's philosophy and theory of transpersonal caring*. Nurseslabs. https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/

Grossman, A. B. (2024, 7 de febrero). *Síndrome de Cushing*. Manual MSD, versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-suprarrenales/s%C3%ADndrome-de-cushing

Grossman, A. B. (2026). *Primary adrenal insufficiency (Addison disease)*. Merck Manual Professional Edition. https://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/adrenal-disorders/primary-adrenal-insufficiency-addison-disease

Gudiño Villarreal, N. A., García Vélez, Y. T., Estévez Angulo, B. A., & Díaz Recalde, E. X. (2022). Psoriasis, diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC, 6*(1), 311–318. https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.311-318

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. *Circulation, 145*(18), e895–e1032. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024–2026* (13.ª ed.). Elsevier.

Hidalgo Solís, M. J., Víquez Redondo, K. F., & Meneses Carvajal, M. (2021). Psoriasis: Visión general. *Revista Médica Sinergia, 6*(11), e732. https://doi.org/10.31434/rms.v6i11.732

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G.-A., Dilaveris, P. E.,

Fauchier, L., Kalman, J. M., Lane, D. A., Lebeau, J.-P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., Thomas, G. N., Valgimigli, M., ... Watkins, C. L. (2021). 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal, 42*(5), 373–498. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612

Jansen, C. H. J. R., Kastelein, A. W., Kleinrouweler, C. E., van Leeuwen, E., de Jong, K. H., Pajkrt, E., & van Noorden, C. J. F. (2020). Development of placental abnormalities in location and anatomy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 99*(8), 983–993. https://doi.org/10.1111/aogs.13834

Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M., Deswal, A., Eckhardt, L. L., Goldberger, Z. D., Gopinathannair, R., Gorenek, B., Hess, P. L., Hlatky, M., Hogan, G., Ibeh, C., Indik, J. H., Kido, K., Kusumoto, F. M., Link, M. S., ... Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation, 149*(1), e1–e156. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193

Limeira Lopes, M. E., Evangelista, C. B., Nóbrega, M. M. L., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2021). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(8), e20045. https://doi.org/10.12707/RV20045

Magklis, M. S. K., Nicolaides, N. C., & Chrousos, G. P. (2025). Adrenal insufficiency. En K. R. Feingold et al. (Eds.), *Endotext*. MDText.com. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279083/

Markides, V., & Schilling, R. J. (2003). Atrial fibrillation: Classification, pathophysiology, mechanisms and drug treatment. *Heart, 89*(8), 939–943. https://doi.org/10.1136/heart.89.8.939

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ... Skibelund, A. K. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal, 42*(36), 3599–3726. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368

Meza-Miranda, E. R., Romero-Espínola, N. R., & Báez-Ortiz, E. A. (2021). Factores de riesgo modificables de enfermedad cerebrovascular en pacientes que han sufrido un ictus. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 4*(4), 24–31. https://doi.org/10.35454/rncm.v4n4.317

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud* (7.ª ed.). Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (2019, 11 de junio). *Enfermedades cardiovasculares*. https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

Orem, D. E. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing, 10*(3), 33–36. https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x

Parveen, S., Quamri, M. A., Ahmed, K., & Shahid, A. (2022). Diagnostic criteria of dyslipidemia with lipid fractions & its association with the risk of coronary heart disease: A review. *International Journal of Advanced Biochemistry Research, 6*(2), 159–164. https://doi.org/10.33545/26174693.2022.v6.i2c.151

Raja, V., Aguiar, C., Alsayed, N., Chibber, Y. S., ElBadawi, H., Ezhov, M., Hermans, M. P., Pandey, R. C., Ray, K. K., Tokgözoglu, L., Zambon, A., Berrou, J.-P., & Farnier, M. (2023). Non-HDL-cholesterol in dyslipidemia: Review of the state-of-the-art literature and outlook. *Atherosclerosis, 383*, 117312. https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117312

Rodríguez-Lindao, J. J., Castro-Barzola, L. J., Segura-Osorio, M. B., Mackliff-Jaramillo, C. G., Bravo-Moran, S. A., Rodríguez-González, D. F., Tutillo-

Zambrano, D. O., Carvajal-Zuñiga, W. I., Santos-Manzaba, M. F., & Gende-Alvear, K. P. (2026). *Salud Digital 4.0. Aplicación de la Inteligencia Artificial y Big Data en la prevención, diagnóstico y gestión sanitaria*. Oriente-Manabí Editorial. https://doi.org/10.63618/omeditorial/l20

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.

Sahu, S. A., & Shrivastava, D. (2024). Maternal and perinatal outcomes in placenta previa: A comprehensive review of evidence. *Cureus, 16*(5), e59737. https://doi.org/10.7759/cureus.59737

Sierra Aparicio, A. C., Val Ubieto, A., Larrode Berni, D., Güiz Mateo, J., Ainsa Ortega, S., & Lopez Milia, A. (2024). Síndrome de Cushing: Mecanismos fisiopatológicos y abordaje terapéutico. *Revista Ocronos, 7*(4), 456. https://revistamedica.com/sindrome-cushing-abordaje-terapeutico/

Surani, A., & Carroll, T. B. (2025). Autoimmune primary adrenal insufficiency: Understanding the past, present, and future. *Endocrine Practice, 31*(6), 813–820. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2025.04.008

Valenzuela Astudillo, V. O., Chavarrea Cadena, M. B., Tumbaco Fernández, Ó. E., López Sevilla, J. D. P., Rojas Romero, A. R., Rosales Carvajal, C. B., Estévez Yépez, J. S., & Cuasapás Luna, A. D. C. (2024). Epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico del síndrome de Cushing: Revisión de la literatura. *Florence: Interdisciplinary Journal of Health and Sustainability, 2*(2), e24009.

Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. National League for Nursing.

World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Zambrano-Alarcón, H. E., Bermúdez-Rojas, A. K., Valdivieso-Álava, F. C., & Zarate-Reyes, K. D. (2021). Causas y factores de riesgo en gestantes con

placenta previa. *Dominio de las Ciencias,* *7*(4), 1587–1599. https://doi.org/10.23857/dc.v7i4

Resumen

El cuidado de enfermería en enfermedades prevalentes exige articular el conocimiento fisiopatológico con marcos conceptuales que orienten la práctica y con herramientas que permitan estandarizarla. Este libro presenta la aplicación integrada de modelos y teorías de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y algoritmos de atención en siete patologías: fibrilación auricular, psoriasis, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, dislipidemia, insuficiencia cardíaca congestiva y placenta previa. Cada capítulo aborda la etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad, y analiza el referente teórico seleccionado: Imogene King, Florence Nightingale, Callista Roy, Jean Watson y Dorothea Orem. Posteriormente desarrolla un PAE con diagnósticos NANDA-I, resultados NOC e intervenciones NIC, respaldado por fundamentos científicos, y culmina con un algoritmo de atención que sintetiza la ruta de decisión clínica. El enfoque propuesto favorece un cuidado sistemático, individualizado y basado en evidencia, fortalece la coherencia entre teoría y práctica, y ofrece un recurso de consulta para la formación y el ejercicio profesional de enfermería.

Palabras Clave: proceso de atención de enfermería, teorías de enfermería, algoritmos de atención, enfermedades prevalentes, cuidado clínico.

Abstract

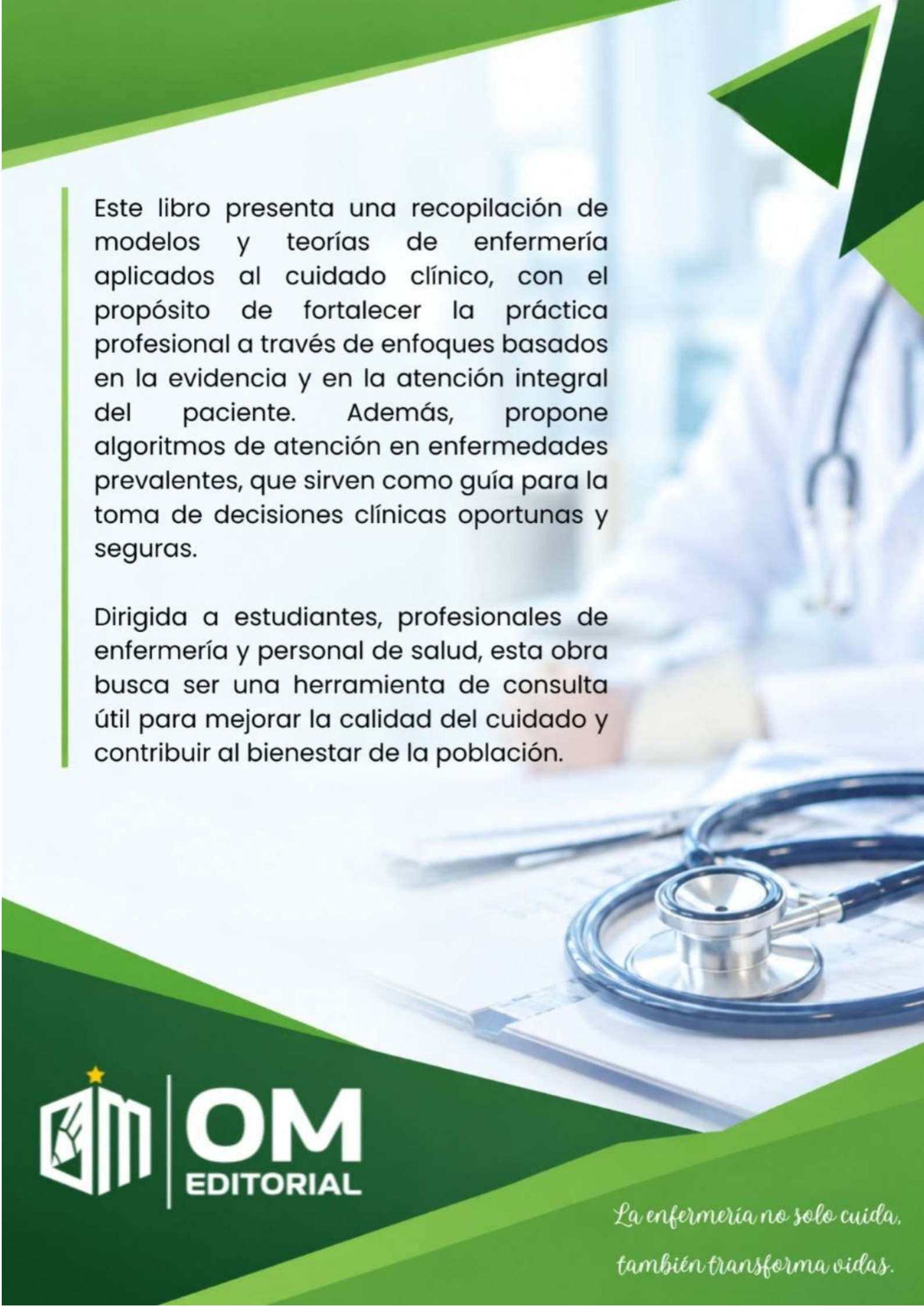
Nursing care for prevalent diseases requires linking pathophysiological knowledge with conceptual frameworks that guide practice and with tools that allow it to be standardized. This book presents the integrated application of nursing models and theories, the Nursing Care Process (NCP), and care algorithms in seven conditions: atrial fibrillation, psoriasis, Cushing's syndrome, Addison's disease, dyslipidemia, congestive heart failure, and placenta previa. Each chapter addresses the etiology, pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis, treatment, and complications of the disease, and analyzes the selected theoretical framework: Imogene King, Florence Nightingale, Callista Roy, Jean Watson, and Dorothea Orem. It then develops a nursing care process with NANDA-I diagnoses, NOC outcomes, and NIC interventions, supported by scientific rationales, and concludes with a care algorithm that summarizes the clinical decision pathway. The proposed approach promotes systematic, individualized, evidence-based care, strengthens the coherence between theory and practice, and offers a reference resource for nursing education and professional practice.

Keywords: nursing care process, nursing theories, care algorithms, prevalent diseases, clinical care.



Este libro presenta una recopilación de modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado clínico, con el propósito de fortalecer la práctica profesional a través de enfoques basados en la evidencia y en la atención integral del paciente. Además, propone algoritmos de atención en enfermedades prevalentes, que sirven como guía para la toma de decisiones clínicas oportunas y seguras.

Dirigida a estudiantes, profesionales de enfermería y personal de salud, esta obra busca ser una herramienta de consulta útil para mejorar la calidad del cuidado y contribuir al bienestar de la población.



OM EDITORIAL

La enfermería no solo cuida, también transforma vidas.