

# RESPUESTAS HUMANAS IDENTIFICADAS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

## Autores

Da Silva Paiva G\*, De Oliveira Lopes MV\*\*.

## Resumen

El diagnóstico de enfermería es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud o patrón de interacción real o potencialmente alterado) de un individuo o grupo, que el enfermero puede identificar legalmente para lo cual realiza una intervención definitiva, para mantener el estado de salud, reduciendo, eliminando o previniendo las alteraciones. El presente estudio identificó las respuestas humanas presentadas por pacientes con Infarto Agudo del Miocardio ingresados en Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Es un estudio descriptivo-exploratorio, realizado en pacientes infartados ingresados en dos unidades de terapia intensiva cardíacas, de un hospital público en la ciudad de Fortaleza - Ceará (Brasil). Los datos fueron recogidos en el período de junio a julio de 2004 a través de una entrevista, del examen físico y de la consulta al prontuario. Los resultados, elaborados según la taxonomía II de la NANDA, muestran una gran variedad de respuestas humanas afectadas, de origen biopsicosocial, con predominio de los *Déficits en el autocuidado*, *Riesgo de infección* y *Deterioro de la movilidad física*, entre otras. Se puede concluir que el paciente infartado, ingresado en el ambiente de la terapia intensiva, es susceptible de presentar problemas reales y potenciales que necesitan ser identificados por el enfermero para planificar un perfil de las necesidades de cuidados individualizados y proponer intervenciones enfermeras que repercutan en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras claves:** Infarto del miocardio, unidades de terapia intensiva, diagnóstico de enfermería.

## HUMAN RESPONSES IDENTIFIED IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION INTERNED IN UNIT OF INTENSIVE THERAPY

### Abstract

The nursing diagnosis is an affirmative one that describes the human response (state health or pattern of real interaction or altered potential) of an individual or group that nurse can identify legally for that which orders the definitive intervention, approving to maintain the state of health, to reduce, eliminate or prevent the alterations. The present studies aims to identify the human responses presented for patient with Acute Myocardial Infarction entered in Units of Intensive Therapy. It was a descriptive-exploratory study, carried out with infarcted patients entered in two cardiologic units of intensive therapy, of a public hospital in the city of Fortaleza – Ceará (Brazil). The collection data were in the period of June to July of 2004 through an interview, physical exam and consultation to the record. The results, elaborated according to the taxonomy II of NANDA, show a great variety of affected human responses, of biopsichosocials origin, with it highlights in the *Self-Care Deficit*, *Risk for Infection* and *Impaired Mobility Physical* and others. We concluded that the patient infarcted, interned in the atmosphere of intensive treatment, is carrier of several real and potentials problems that need to be identified by nurse to trace a profile of the necessities of peculiar cares, and propose interventions that rebound in the improvement of the quality of life gives patient.

**Key words:** Myocardial infarction, intensive care units, nursing diagnosis.

Enferm Cardiol. 2005; Año XII: (36): 22-27

\*Alumna del curso de Master en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

\*\*Doctor en Enfermería, profesor adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

## Introducción

El proceso de enfermería surgió, primeramente, de la propuesta de organizar un plan de cuidados que funcionara como un instrumento elaborado por el enfermero con la intención de recoger y transmitir las informaciones del paciente a los demás componentes del equipo de enfermería. Durante la década de los años 50 y hasta la primera mitad de los 60, autores de diversos países definieron planes de cuidados de enfermería, hasta que los enfermeros optaron por implementar tal idea. Inicialmente, ese plan fue elaborado para un conjunto de pacientes con diagnósticos semejantes. Sin embargo, éste no proporcionaba individualidad a los mismos. En consecuencia, ocurrieron distorsiones y los profesionales elaboraron trabajos y estudios con la finalidad de modificar la metodología propuesta<sup>1</sup>.

En Brasil, el proceso de enfermería surgió con Wanda de Aguiar Horta, en 1979, donde introduce una nueva visión de enfermería, posibilitando al enfermero utilizar una metodología científica para orientar su práctica<sup>1</sup>.

El proceso de enfermería es la dinámica de las acciones sistematizadas e interrelacionadas, cuidando de la asistencia al ser humano y que se caracteriza por la interrelación y el dinamismo de sus distintas fases<sup>2</sup>.

Esta sistematización está compuesta por cinco etapas que incluyen: la valoración inicial, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la ejecución o intervenciones y la evaluación, con la posterior evolución del paciente<sup>2</sup>. Sin embargo, en nuestra práctica diaria, las etapas utilizadas se limitan a la valoración inicial, al diagnóstico, a las intervenciones y a la evolución de enfermería.

La práctica muestra también, que a veces el enfermero carece de una serie de conocimientos específicos relacionados con el cuidado de enfermería que le permitan, conocer y desarrollar mejores métodos para solucionar problemas y, consecuentemente, lograr mejores resultados con la implementación del proceso de enfermería<sup>3</sup>.

En un estudio realizado en 2002 con enfermeros<sup>1</sup>, se intentó identificar las dificultades presentadas por éstos en cuanto a implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), revelando que todos apuntaban que el PAE es importante para la planificación de la asistencia, pero, contradictoriamente, el 9,6% de los enfermeros no lo realizaban. Las fases del PAE en la que los enfermeros encontraron mayor dificultad fueron: los diagnósticos de enfermería (43,1%), la valoración inicial (19,6%) y en las demás fases no encontraron ninguna dificultad (23,5%). Los motivos encontrados fueron la falta de preparación educacional y técnica del equipo de enfermería (35,3%), la falta de concienciación sobre la importancia de la implementación del proceso enfermero (29,5%), la

falta de entrenamiento (11,8%) y la falta de tiempo, apuntada por el 8,9% de los participantes.

En el día a día, tal realidad no es diferente. La fase de diagnosticar en el proceso de enfermería es percibida como una tarea difícil por exigir, del enfermero, habilidades y conocimientos teórico-prácticos profundos, para garantizar unos cuidados de calidad, centralizados en el paciente, la familia o en la comunidad.

El término 'Diagnóstico enfermero' se comenzó a utilizar en los años 50 en los Estados Unidos<sup>4</sup>. Este término realmente surgió en la literatura en 1950 con Mac Manus y, en 1960, pasó a ser un componente más del proceso de enfermería. La expresión diagnóstico, en enfermería, surge con el advenimiento de la enfermería moderna, cuando Florence Nightingale y sus colegas diagnosticaron, en los soldados de la Guerra de Crimea, problemas de salud<sup>5</sup>.

El diagnóstico de enfermería es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud o patrón de interacción real o potencial alterado) de un individuo o grupo, que enfermería puede identificar y para la que realiza intervenciones enfermeras, tratando de mantener el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir las alteraciones<sup>6</sup>.

En el estudio que presentamos hemos tratado de identificar las respuestas humanas manifestadas por pacientes con Infarto Agudo del Miocardio (IAM) ingresados en la UTI de nuestro hospital, en la unidad cardiológica. Los pacientes estudiados fueron los infartados, por ser esta patología la más importante cardiopatía isquémica en países industrializados, constituyendo el IAM la principal causa de mortalidad en varios países del mundo<sup>7</sup>. Además, 1.500.000 personas sufren un IAM con, aproximadamente, 540.400 muertes. Dos tercios de todas las muertes cardiovasculares están asociadas a arteriosclerosis, y la mitad de los fallecimientos ocurren en las dos primeras horas del inicio de los síntomas y antes de poder hospitalizar al paciente<sup>8</sup>.

En este contexto, se infiere la importancia de este estudio con la necesidad de elaborar diagnósticos enfermeros dirigidos a estos pacientes para implementar acciones futuras adecuadas a las condiciones biosociales y culturales del paciente infartado.

## Material y métodos

El presente trabajo es un estudio de carácter descriptivo-exploratorio. La población estudiada constó de 20 pacientes que tenían, como uno de los diagnósticos médicos principales, el de IAM, ingresados entre los meses de junio y julio de 2004 en dos Unidades de Terapia Intensiva, con especialidad cardíaca, de una institución gubernamental de la ciudad de Fortaleza - Ceará (Brasil).

Los criterios de selección de los pacientes fueron: haber sido diagnosticados de IAM, ser capaces de establecer un diálogo coherente y haber aceptado participar en el estudio después de ser previamente informados. No se consideró el tiempo de ingreso y no se tuvieron en cuenta los límites de edad y sexo.

Para la realización de la recogida de datos se remitió, primeramente, un escrito al Comité de Ética e Investigación de la institución hospitalaria, con un duplicado del proyecto, solicitando la autorización para el inicio de la investigación. Después de recibir la autorización escrita del mismo, se empezó con la recogida de los datos.

El instrumento utilizado en la recogida de datos constó de un formulario estructurado, que contenía preguntas abiertas y cerradas, abordando los dominios y clases propuestas por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), rellenado a través de una entrevista y del examen físico realizado en el propio lecho de la UTI, y de la consulta al paciente. El formulario fue rellenado en la primera visita al paciente para detectar las necesidades alteradas. Con anterioridad, se realizó un pre-test con dos pacientes y el instrumento fue modificado, llegándose a una forma de validación intermedia, posibilitando identificar tales necesidades.

Con anterioridad a la recogida de datos, se realizó un primer contacto con el paciente exponiéndole las propuestas y objetivos concernientes al estudio, solicitándole su colaboración con la observancia del sigilo y anonimato de su identidad, y su adhesión voluntaria a la investigación a través del consentimiento libre e informado. También se les informó de la libertad de que podían desistir del estudio si así lo deseaban y al acceso a los datos, en base a los preceptos contenidos en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil.

Tras la recogida de los datos, los mismos fueron organizados de modo a poder establecer un perfil del paciente que nos permitiera identificar las respuestas humanas de los pacientes, siguiendo la Taxonomía II de la NANDA, versión 2001-2002. Para el análisis, interpretación y discusión de los datos, se utilizó la literatura especializada referente al tema en estudio como contrastación, las respuestas detectadas en estos pacientes se han plasmado en la Tabla I.

### Resultados y discusión

Del total de pacientes analizados, 12 (60%) eran hombres y 8 (40%) mujeres. En relación a la edad, predominaban los pacientes con un intervalo de edad entre los 44 y 54 años con un total de 6 pacientes (30%), aunque, si aumentamos el intervalo de edad de 64 a 79 años, caracterizando la edad adulta-anciana, vemos que ésta incluye a un total de 9 pacientes (45%). En lo que atañe

al estado civil, el 60% eran casados, el 25% eran viudos y el 15% solteros.

En cuanto a la actividad profesional, 10 pacientes (50%) estaban jubilados, aunque cinco (5) de éstos jubilados optaron por desarrollar otras actividades complementarias para incrementar su renta familiar, ejerciendo oficios como conductor, carpintero, profesor, costurera y vendedor de raíces. Se destaca también, que 4 pacientes (20%) realizan actividades domésticas, 2 labores de manicuras (10%) y 4 (20%) otros tipos de actividades como agricultor, zapatero y chatarrero.

En cuanto a las respuestas halladas, encontramos catorce diagnósticos (Tabla 1) que están por encima del percentil 75, significando que éstos estaban por encima de 75% del total de necesidades humanas identificadas y que por tanto tenían una marcada presencia. Y es en este perfil en donde nos situaremos para el análisis y la discusión de los mismos.

Las respuestas humanas de mayor prevalencia en los pacientes infartados fueron: *Déficit en el autocuidado para el baño/higiene (00108)*, apareciendo en todos los pacientes, seguido de: *Déficit en el autocuidado para la higiene íntima (00110)*, en diecinueve pacientes. En el ambiente de una unidad de terapia intensiva, debido a las restricciones físicas y, por problemas emocionales y/o psíquicos en el que el paciente se ve inmerso, éste no consigue realizar su autocuidado de manera eficaz y sin esfuerzo perjudicial para su salud. Durante el período de permanencia en la UTI, generalmente el paciente presenta un estado de gran dependencia, confiando sus cuidados de higiene y alimentación a los profesionales, pudiendo darse una sensación de angustia, abandono y constreñimiento debido a sus limitaciones físicas<sup>9, 10</sup>.

En los casos de los pacientes con IAM, es necesario el reposo absoluto con la finalidad de reducir el esfuerzo cardíaco que puede producir una disminución de la oxigenación (hipoxemia) circulante<sup>11</sup>. Es importante la elaboración de un plan de cuidados para facilitarle actividades que conlleven un menor consumo de oxígeno evitando, al máximo, actividades tenidas como no esenciales. En nuestro estudio, apareció también el *Déficit en el autocuidado para vestirse/arreglo personal (00109)* en 11 pacientes, también el *Déficit de autocuidado para la alimentación* en una proporción menor, en 5 infartados. Es importante resaltar que 7 pacientes tuvieron *Déficit en el autocuidado* sin factores relacionados identificables a la situación del enfermo, ello nos alentó a la necesidad de ampliar los diagnósticos propuestos por la NANDA, de modo que se adecuen mejor a nuestra vivencia actual.

La disminución del oxígeno circulante, antes mencionada, será más significativa si el paciente

infartado presenta una respuesta de *Disminución del gasto cardíaco (00029)*, precisando de una asistencia más intensiva. Tal respuesta la identificamos en 10 pacientes, la mitad del grupo en estudio, lo que justifica que hayamos encontrado un alto índice de deficiencia para el autocuidado, principalmente en actividades que exijan esfuerzo, como en el caso de la higiene. El débito cardíaco es la cantidad de sangre lanzada por la bomba cardíaca, a través de la aorta, en un minuto, constituyéndose en el factor más importante a ser considerado en relación a la circulación. El bajo débito cardíaco es consecuencia de dos factores: los cardíacos, incluyendo el IAM y la miocarditis; y los factores periféricos, a través de la disminución del retorno venoso<sup>12</sup>.

El paciente con un IAM, como ya se habló, necesita estar encamado durante algún tiempo por la restricción impuesta por la propia patología. Tal sensación de inmovilidad puede ocasionarle una sensación de desaliento e impotencia en relación a la manutención de su independencia para el autocuidado<sup>13</sup>. En esta condición de restricción motora, surge la respuesta humana *Deterioro de la movilidad física (00085)* que, en nuestro estudio, incluyó a un total de 13 pacientes, aunque todos estuviesen constreñidos al lecho. A pesar de ser grande el número de pacientes que pasan por una UTI, con este tipo de respuesta, hay pocos estudios abarcando esta temática<sup>14</sup>.

Estos hallazgos nuestros coinciden con un estudio de un caso<sup>14</sup> realizado en una paciente diagnosticada de Accidente Vascular Cerebral (AVC), en la que se verificó que por no poderse movilizar como consecuencia de la propia enfermedad y por la conducta terapéutica, había desarrollado *Deterioro de la movilidad física*. E igualmente, encontramos esta respuesta en otro estudio<sup>15</sup>, con una incidencia del 17,85% en relación a los 28 diagnósticos elaborados en pacientes ingresados con alteraciones neurológicas, relacionadas con la falta de movilidad parcial (hemiplegía, paraplejías, etc.) o inmovilidad generalizada debido al estado de coma.

Importante destacar también que de esos 13 pacientes de nuestro estudio que desarrollaron *Deterioro de la movilidad física (00085)*, 10 también presentaron *Deterioro de la movilidad en la cama (00091)*. En nuestro estudio, esto fue como consecuencia de problemas musculares, intolerancia a la actividad y, principalmente, por la limitación impuesta por la permanencia del introductor en femoral debido al cateterismo cardíaco con angioplastia, hasta unas seis horas después de la realización de este procedimiento<sup>16</sup>. La angioplastia de rescate es uno de los métodos preferentes de reperfusión cardíaca, realizada sin el uso previo de antitrombóticos y que ofrece cifras elevadas de perfusión arterial inmediata<sup>17</sup>,

siendo progresivamente utilizada como método eficaz de reperfusión en las primeras 24 horas después del inicio del IAM<sup>18</sup>. En nuestra práctica, a muchos pacientes que son sometidos a cateterismo cardíaco, se les realiza una angioplastia asociada. Los cuidados básicos de enfermería pos-cateterismo son: decirle al paciente que no debe movilizar el miembro cateterizado, manteniéndolo extendido e igualmente después de la retirada del introductor, permaneciendo en esa posición durante más de seis horas, observando siempre cualquier posible hemorragia o anomalía a nivel local<sup>19</sup>.

Aún relacionado con la inmovilidad en el lecho, en estudios realizados<sup>13</sup> sobre la percepción del paciente ingresado en la UTI, los entrevistados mostraron su insatisfacción en esta Unidad por la incomodidad de permanecer en la cama, sin poder moverse, ni aun para satisfacer sus eliminaciones fisiológicas.

El *Deterioro de la deambulación (00088)*, fue otra respuesta humana apuntada en 11 pacientes, tuvo como principal factor causal la limitación impuesta por el introductor en el vaso femoral, anteriormente comentado. Aunque, como ya se ha mencionado, todos los pacientes quedan limitados a la cama, en el caso de ser incentivados su deambulación en sus límites físicos tolerados, estos pacientes no podrían andar debido a presencia de los introductores, contribuyendo a la aparición del mencionado diagnóstico.

La *Intolerancia a la actividad (00092)* aparece presente en 12 pacientes. Uno de los factores de mayor responsabilidad para la aparición de esta respuesta es la variable inmovilidad o reposo en la cama. En un estudio realizado en 1996, en pacientes ingresados en UTI<sup>20</sup> contrastó que el 43,5% poseían *Intolerancia a la actividad* y que el 81,2% tenían *Deterioro de la movilidad física*. En este estudio, la inmovilidad es un factor de riesgo importante para el diagnóstico *Riesgo de infección (00004)*, donde afectó al 96,8% de los pacientes estudiados, asociado al de *Deterioro de la integridad cutánea (00046)*. De igual modo, nuestro estudio también reveló un alto índice para la respuesta humana *Riesgo de infección (00004)*, estando presente en 19 pacientes infartados, no alcanzando a la totalidad, pues una paciente ya se encontraba con infección instalada y con alteraciones de la integridad de la piel. En nuestro estudio encontramos 11 pacientes con el diagnóstico *Deterioro de la integridad cutánea (00046)*, relacionado, principalmente, con la inmovilización física.

Debido a la alta vulnerabilidad del paciente infartado ingresado en una UTI relacionado con el número de procedimientos a los cuales es sometido y por el propio ambiente cargado de agentes patógenos, es necesario un cuidado en la manipulación de éstos y en el control del ambiente para que la respuesta *Riesgo de infección* sea la

menor posible, para evitar contraer algún proceso infeccioso, como le ocurrió a una de nuestras entrevistadas.

Otra respuesta humana bastante significativa que apareció en 19 pacientes infartados fue el *Deterioro de la dentición (00048)*, definido como la alteración en los patrones de desarrollo de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura de un individuo<sup>21</sup>. Los factores relacionados con el uso crónico del tabaco (tabaquismo) junto a la falta de conocimientos respecto a la salud dental, en nuestro estudio, aparecieron como factores causales de tal diagnóstico. Algunos estudios<sup>22</sup> muestran que existe una relación entre el humo del tabaco y las enfermedades periodontales donde éstas son directamente proporcionales, es decir, cuanto mayor es el tiempo y el número de cigarrillos inhalados, mayor es el efecto perjudicial en los dientes. Asociado a esto, está la mala higiene bucal como consecuencia de varios factores como la desidia, la falta de utensilios de limpieza, o la falta de información sobre la higiene bucal, entre otros.

Otro diagnóstico que merece destacarse es el *Deterioro de la percepción visual (00122)* que se presentó en 18 pacientes con IAM. Sin embargo, analizando los datos de los pacientes, confirmamos que ninguno se presentó o fue desencadenado en el periodo de hospitalización como consecuencia secundaria del IAM, dado que todos los pacientes ya presentaban cierta dificultad o alteración visual antes del evento coronario.

El Patrón de *Disposición para mejorar el sueño (00165)*, diagnóstico muy frecuente en los pacientes hospitalizados, fue identificado en 16 infartados en nuestro estudio. En un estudio realizado con pacientes de postoperatorio de cirugía cardíaca<sup>23</sup>, reveló que éstos percibieron el ambiente como negativo dado que les impedía el sueño y el reposo, además de estar viendo a otros pacientes graves. Este trabajo incide en que el ruido constante de los monitores y respiradores, la iluminación y la aeración superficial son factores que dificultan o impiden, el sueño y el reposo necesario en la recuperación del enfermo. Otro estudio realizado con pacientes hospitalizados<sup>10</sup>, mostró que el 40,8% de las respuestas desfavorables estaban relacionadas con alteraciones en el reposo de los pacientes. Las dificultades señaladas fueron la

funda plástica que reviste el colchón y la almohada, ocasionando calor y sudor; y la flexibilidad del colchón y el número de almohadas.

### Conclusiones

Los resultados encontrados se refieren a una muestra de 20 pacientes infartados ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva. De éstos, el 60% eran hombres con una edad predominante entre los 44 a 54 años. Del total, el 50% estaban jubilados y el 60% estaban casados.

Relacionado a las respuestas humanas, fueron identificadas un total de 48 diagnósticos en los pacientes infartados. Las que se encontraban por encima del percentil 75 fueron: *Déficit en el autocuidado para baño/higiene (00108)*, *Déficit en el autocuidado para la higiene íntima (00110)*, *Riesgo de infección (00004)*, *Deterioro de la dentición (00048)*, *Deterioro de la percepción visual (00122)*, *Disposición para mejorar el sueño (00165)*, *Deterioro de la movilidad física (00085)*, *Intolerancia a la actividad (00092)*, *Deterioro de la deambulación (00088)*, *Déficit en el autocuidado para vestirse/arreglarse (00109)*, *Deterioro de la integridad cutánea (00046)* y *Disminución del gasto cardíaco (00029)*.

A pesar de ser un estudio-piloto debido al número limitado de pacientes estudiados, el estudio nos ha permitido identificar las necesidades de cuidados en los pacientes infartados ingresados en la UTI, al tiempo que nos ha proporcionando también, una oportunidad para el desarrollo de la habilidad diagnóstica de enfermería.

Constatamos también, que en esta investigación, apenas recorremos dos etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). En este proceso de investigación, el análisis de las entrevistas y de los datos del examen físico contribuyó a un conocimiento más profundo de la especificidad del enfermo crítico en base a los diagnósticos de enfermería de la NANDA, conforme a la Taxonomía II.

Sin embargo, comprendemos que este estudio está todavía en los inicios de poder facilitar una propuesta para sistematizar en su totalidad la atención de enfermería al paciente infartado ingresado en una UTI, con la única finalidad de proporcionarle cuidados de enfermería individualizados y fundamentados en un conocimiento técnico-científico.

Respostas Humanas	Nº
1. Déficit em el autocuidado para banho/higiene	20
2. Déficit em el autocuidado para la higiene íntima	19
3. Riesgo de infección	19
4. Deterioro de la dentición	19
5. Deterioro de la percepción visual	18
6. Disposición para mejorar el sueño	16
7. Deterioro de la movilidad física	13
8. Intolerancia a la actividad	12
9. Deterioro de la deambulaci3n	11
10. Déficit em el autocuidado para vestirse/arreglarse	11
11. Deterioro de la integridad cutánea	11
12. Disminuci3n del gasto cardíaco	10
13. Deterioro de la movilidad em la cama	10
14. Dolor agudo	10

Tabla 1. Respostas humanas más frecuentemente identificadas em infartados ingresados em la Unidad de Terapia Intensiva. Fortaleza (Brasil, 2004).

#### Dirección para correspondencia

Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Doctor em Enfermeria, Profesor adjunto del Departamento de Enfermeria de la Universidad Federal de Ceará. Brasil.

Correo electrónico: marcos@ufc.br

#### Referencias

- Thomaz VA, Guidardello EB. Sistematizaci3n da assisténcia de enfermagem: problemas identificados pelo enfermeiro. *Nursing*. 2002; 54(5):28-34.
- Horta WA. *Proceso de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
- Sampaio LAB, Pellizzetti N. Método científico-instrumento básico da enfermeira. En: Cianciarullo T I. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assisténcia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- Takitane MT, Veiga EV, Ferraz AEP. Instrumento de coleta de dados para o diagnóstico Proteção alterada relacionada a perfis sangüíneos alterados (leucopenia). *Nursing*. 2003; 58(6):27-34.
- Nakatani AYK, Carvalho EC, Bachion MM. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematizaci3n [en línea] *Rev Electr3n Enferm*. 2000; 2(1). Disponible em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. [Fecha de acceso: 3 de agosto de 2005.]
- Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: aplicaci3n à prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Cotran RS, Kumar VS, Robbins SL. *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- Hudak CM, Gallo BM. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Guirardello EB, Romero-Gabriel CA, Pereira IC, Miranda AF. A percepç3n do paciente sobre sua permanéncia em la Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm. USP* 1999; 33(2):123-9.
- Takito C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. *Rev Esc Enferm. USP* 1985; 19(3):263-80.
- Barbosa PM, Pontelli LR, Maurício MM, Nunes RC. Débito cardíaco diminuído: diagnóstico e intervenç3es de enfermagem a pacientes internados em Terapia Intensiva. *Nursing*. 2003; 6(59):21-27.
- Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepç3n do paciente sobre sua permanéncia em la Unidade de Terapia Intensiva. *Nursing*. 2003; 6(60):37-42.
- Cruz ICF. A utilizaci3n dos diagnósticos de enfermagem: a experiéncia da pesquisa, [en línea]. Disponible em <http://www.uff.br/nepae/pesquisadiagnostico.doc> [Fecha de acceso: el 2 de febrero de 2005.]
- Robazzi MLCC, Carvalho EC, Mendes MMR, Veiga EV. Diagnósticos de enfermagem: atribuiç3n feita por alunos de graduaci3n de enfermagem a pacientes internados com alteraç3es neurológicas. *Rev Latin-Am Enfermagem*. 1998; 6(2):37-46.
- Viana SM, Nogueira EA. Assisténcia de enfermagem ao paciente submetido a cateterismo cardíaco e angioplastia. En: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Assisténcia de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Duda NT, Tumelero RT, Pretto JL, Carnieletto Júnior A, Tognon AP, Thiesen M. Angioplastia coronária primária em el tratamento do infarto do miocárdio. *Rev Medica HSPV*. 2004; 11(26):31-4.
- Mattos LA, Sousa AGMR, Pinto IMF, Campos Neto CM, Labrunie A, Alves CR, Saad J. Evoluç3n temporal com a utilizaci3n da angioplastia coronariana primária em el infarto agudo do miocárdio em el Brasil: análise dos preditores de sucesso e dos eventos adversos hospitalares em 9.434 pacientes. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79(4):405-11.
- Cunha AIG. O implante do "stent" de Palmaz-Schatz e a assisténcia de enfermagem. *RSCESP* 1992; 2(3):3-6.
- Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm. USP* 1996; 30(3):501-18.
- Nanda (North American Nursing Diagnosis Association). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definiç3es e classificaci3n*. São Paulo: Artmed; 2002.
- Linden MSS, Flóres MMDZ, Trentin MS, Linden LAS. Fumo: fator de risco em el periodonto e em el implantodontia? *RFO-UFU* 1999; 4(1):33-8.
- Padilha KG. O coronariopata e o ambiente em la Unidade de Terapia Intensiva: Estudo em el influéncia dos procedimentos invasivos. *Rev Esc Enferm. USP* 1987; 21(1):37-46.