

00941



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE POSGRADO**

**ESTUDIO DE CASO
DEFICIT DE AUTOCAUIDADO EN PACIENTE
ADULTA-JOVEN CON DISFUNCION
VALVULAR.**

292348

TRABAJO RECEPCIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA CARDIOVASCULAR**

P R E S E N T A :

LIC. ENF. MARIA DE JESUS PEREZ HERNANDEZ

ASESORA: LIC. ENF. MARIA CAROLINA ORTEGA VARGAS



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darme la oportunidad de sentir el dolor y la dicha de la vida.

A MI PADRE Y HERMANO: Por estar brillando dentro de mi a pesar de su ausencia física.

A MI MADRE Y HERMANAS: Por estar aquí y aceptar mis desafíos.

A EDGAR: Por ser mi apoyo, amigo, compañero y amor.

A MIS MAESTROS: Carolina Ortega, Teresa Salazar, Dr. Rafael Chávez, Dr. Juan Verdejo por enseñarme el inicio del camino al conocimiento de la especialidad.

A MIS COMPAÑEROS: Los “elementos” de la especialidad Benjamín, Erick y Querubin por formar parte de un gran equipo.

CUANDO ME EXAMINO A MI MISMO
Y MIS MÉTODOS DE PENSAMIENTO,
LLEGO A LA CONCLUSIÓN DE QUE
EL DON DE LA FANTASIA HA
SIGNIFICADO MÁS PARA MÍ QUE MI
TALENTO PARA ABSORBER EL
CONOCIMIENTO

ALBERT EINSTEIN

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Justificación	2
Selección y descripción del caso	4
Objetivo general del caso	6
Objetivos particulares	7
Fundamentación teórica del caso	
• Antecedentes	9
• Proceso de Atención de Enfermería	11
• Teoría del Déficit de Autocuidado:	16
- Teoría del Autocuidado	
- Teoría del Déficit de Autocuidado	
- Teoría de los Sistemas de Enfermería	
- Conceptos Principales de la Teoría	
- Propositiones sobre el Autocuidado	
- Requisitos Universales	
- Agencia de Autocuidado	
• Fisiopatología:	36
- Fiebre reumática	
- Insuficiencia y lesión mitral, aórtica y tricuspídea	
ESQUEMA METODOLÓGICO	
• Método para la recolección de datos.....	53
VALORACIONES DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS Y PLANES DE INTERVENCIONES EN:	
• Consulta Externa	62
• Pre, trans y poscateterismo cardíaco	133
• Hospitalización pre, trans y posoperatorio	147
• Egreso hospitalario	202
• EVALUACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO	206

CONCLUSIONES	207
SUGERENCIAS	208
• En lo conceptual	
• En lo metodológico	
• En lo técnico – instrumental	
BIBLIOGRAFÍA	210
ANEXOS:	213
1. Organización para la realización del estudio	
• Investigador responsable	
• Asesores (clínicos, metodológicos)	
2. Presupuesto	
3. Cronograma de valoraciones	
4. Aspectos éticos y legales	
• Autorización informada	
5. Formatos utilizados	
• Valoración clínica del Déficit de Autocuidado	
• Diagnóstico de enfermería	
• Plan de Intervención	

INTRODUCCIÓN

Actualmente la enfermería cuestiona el papel mecánico impuesto por la tendencia científica que siguen las ciencias exactas y que dan lugar a la corriente técnica, la cual investiga y actúa todo con métodos racionales, descuidando a aquello que involucra el área afectiva del ser humano, su desarrollo mental y las relaciones interpersonales que se establecen en la gestión y aplicación del cuidado.

El arte de la enfermería se práctica "haciendo algo" por la persona con incapacidad, ayudándola a hacerlo por sí misma y/o ayudándola a aprender a hacerlo. También ayudando a capacitar a una persona cercana (familiar, amigos de la paciente) a aprender a hacer algo por el paciente. El cuidado del paciente por tanto es un arte práctico y didáctico en el que la enfermera sigue siendo un elemento importante. Considerando lo anterior se presenta el estudio de caso de paciente con cardiopatía reumática inactiva (doble lesión mitral, aortica y tricuspídea), basado en la Teoría de Autocuidado realizando las valoraciones para determinar el déficit, estableciendo los diagnósticos de enfermería, objetivos del plan de intervenciones, plan de intervenciones y el progreso y/o evolución de la paciente en: Consulta externa, fase preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria.

En este marco se pretende enfatizar en una enfermería comprometida con el autocuidado de la salud, prevención de daños y riesgos de la enfermedad, cuya tendencia es la adopción de una nueva cultura de la salud que haga posible estrategias de atención y la adquisición de nuevos modelos de atención tanto domiciliaria como hospitalaria; a través del establecimiento de intervenciones especializadas tendientes a mejorar la calidad de vida y la responsabilidad del propio individuo con alteración en su estado de salud.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen en México un problema importante de salud con un incremento continuo, en el año 2000, ocupó el primero lugar en morbilidad. En este mismo año hasta la semana 22 se notificaron 486 nuevos casos de fiebre reumática, la cual según las estadísticas tiende a disminuir pero no a desaparecer siendo un problema real y potencial para nuestra época¹. Así también, el desequilibrio económico del país y la ineficiente detección y tratamiento de la fiebre reumática en el primer nivel de atención dan como resultado una insuficiente capacidad de hospitales del tercer nivel para atender las valvulopatías causadas por ésta enfermedad.

Por todo esto, hoy en día es necesario que los profesionales en Enfermería cardiovascular proporcionen cuidados con un enfoque tal que promueva la comunicación, cooperación y participación en coordinación de aquellos que reciben dichos cuidados.

Para tal logro de los objetivos fijados por Enfermería, para los pacientes y con los pacientes, se requiere utilizar un modelo de atención que fundamente teóricamente su quehacer.

El presente estudio de caso se trata de una paciente adulta-jóven, iniciando la cuarta década de la vida; con fiebre reumática inactiva doble lesión mitral, aórtica y estenosis tricuspídea.

Se sustenta conceptualmente este caso en la teoría del Autocuidado, propuesta por Dorothea Orem seleccionada por contar con los elementos teóricos que son: 8 requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud, necesarios para que mediante la valoración de estos identificar los problemas de salud (déficit de autocuidado), establecer los diagnósticos, planear, ejecutar y evaluar las intervenciones especializadas de Enfermería, en interacción con el paciente

seleccionado, a través de apoyo/educación, asistencia parcial o total con el propósito de que el paciente logre aprender a cuidar, conservar y restaurar un estado de salud óptimo por sí mismo, es decir, aumentar al máximo el autocuidado.

1

¹ Fuente: Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica proceso: DGE.

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Lucy a quien se realiza el siguiente estudio de caso, es una paciente adulta joven, iniciando la cuarta década de la vida, introvertida y tímida, es la tercera de seis hermanas, proviene de familia de nivel educativo y socioeconómico bajo, sus familiares residen en Actopan Hidalgo. Mediante una valoración inicial en el servicio de consulta externa, se detecta déficit de autocuidado, proponiendosele trabajar conjuntamente sobre su autocuidado, explicándole en que consistía éste, Lucy manifestó gran interés aceptando el plan de trabajo.

Acude al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", desde hace 12 años aproximadamente, después de ser canalizada por un médico particular del estado de Hidalgo de donde es originaria.

Ella cursa con una cardiopatía reumática con doble lesión mitral, aórtica y estenosis tricuspídea. Está bajo tratamiento basándose en benzetacil desde hace 12 años, por razones económicas deja de tomarlo por medio año; así mismo, también toma lasilactón desde hace 3 años, administrándose una tableta diaria, alitroilina media tableta diaria (antidepresivo), y tafil, estos dos últimos dice que casi no los toma.

Lucy trabaja como doméstica desde hace 4 años, las actividades que realiza consisten en lavar, planchar, cocinar y el aseo general de la casa, también cuida de dos niños de 9 y 11 años de edad respectivamente, quienes son hijos de la dueña de la casa.

Lucy refiere padecer períodos de amigdalitis, artralgias con duración variable, así como también, períodos de agitación y fatiga cuando tiene que realizar actividades que requieren de medianos esfuerzos. Se define como una persona que no le gusta hablar con los demás de lo que le sucede y cursa con períodos de depresión a causa de saberse enferma.

Actualmente se le ha dado la orden de internamiento para que le sean colocadas prótesis valvulares (supliendo las válvulas afectadas), por lo cual está en espera de que haya lugar para su hospitalización y que pueda ser intervenida quirúrgicamente.

OBJETIVO GENERAL

Realizar intervenciones especializadas de Enfermería Cardiovascular en paciente con disfunción valvular, usando de referencia el modelo de Dorothea Orem, logrando con ello mejoramiento en el estado de salud y estilo de vida mediante el autocuidado.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Establecer estrategia metodológica favoreciendo el desarrollo de hábitos de autocuidado.
- Identificar las demandas de autocuidado.
- Identificar las capacidades para el logro del autocuidado.
- Mejorar el estado de salud y estilo de vida con el autocuidado.
- Establecer las intervenciones del especialista en Enfermería Cardiovascular.

**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA
DEL ESTUDIO DEL CASO**

ANTECEDENTES

LA ENFERMERA Y LA DEMANDA DEL CUIDADO

Al examinar las perspectivas históricas acerca de los propósitos de enfermería, parecen existir temas claves en común, la promoción de la salud y el fomento del cuidado individualizado (Harmer, 1922; Roper, 1976; Orem, 1985).

Estudios realizados sobre como perciben los pacientes a las enfermeras que están pendientes de sus necesidades, proporcionan apoyo emocional y se muestran amables (Coser, 1962; Brietung, 1980). Se reconoce que la naturaleza de la necesidad puede tomar distintas formas, por ejemplo necesidades funcionales (Maslow, 1970; Roper et al, 1985; Faulkner, 1985), necesidades de adaptación (Roy, 1984), necesidades de información y relación interpersonal (Peplau, 1952).

El cuidado es una cualidad especial esencial de la práctica. El concepto de cuidado posee implicaciones iniciadas hace mucho tiempo. Griffin (1983), el cuidado como "un concepto fundamental en la filosofía de la naturaleza humana y en las interrelaciones personales con los demás". Por ello al intentar comprender el cuidado es necesario reconocer los posibles significados asociados a ella, y relacionarlos a marcos de referencia de las profesiones de cuidados. Griffin identifica "el interés, la preocupación, el consejo, la protección y el servicio" como un continuo con "inclinación o simpatía hacia la persona, apego o déficit de estar cerca de alguien".

McFarlane (1976) identificó dos aspectos del cuidado, el aspecto de las actividades y el aspecto de los sentimientos. Sugiere que, en el fondo de la enfermería, yace una disposición afectiva relacionada con la forma en que la enfermera atiende al individuo.

Los aspectos del cuidado presentados por Schrock (1981), menciona que decir la verdad y respetar la intimidad emocional y física, son conceptos que sostienen la calidad de una relación entre los profesionales del cuidado y los pacientes.

El utilizar un modelo de enfermería basado en las necesidades identificadas del paciente y en los objetivos del cuidado que reflejan las prioridades de la intervención, desde la perspectiva del paciente y de la enfermera pueden estimular la participación del mismo. Ello es resaltado por Dicken (1978), quien identificó la fijación de objetivos mutuos como factor motivacional clave para que los pacientes participen en sus propios cuidados. Sugiere la necesidad de:

“implicar al paciente... fijar objetivos alcanzables... explicar de forma detallada el método... describir los resultados esperados... y... fijar una fecha tope”.

(Dicken, 1978)

La enfermería es, en esencial, una disciplina práctica, aunque la calidad de la misma depende de las actitudes, los conocimientos y las capacidades para un cuidado efectivo. La forma en que el personal de enfermería utiliza los conocimientos y aplica la teoría influye en su enfoque. Una buena toma de decisión depende de una experta utilización de los conocimientos.

El Proceso de atención de Enfermería

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud (R. Alfaro). Identifica las necesidades de salud, establece planes para resolver las necesidades identificadas y actuar en forma específica (Kozier)

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Antes de que se desarrollara el proceso de las enfermeras tenían la tendencia a proporcionar sus atenciones con base en órdenes médicas escritas y enfocadas hacia condiciones de una enfermedad específica en lugar de proporcionar cuidado a la persona. La práctica de la enfermería que se proporcionaba en forma independiente de la del médico, a menudo era guiada por la intuición en lugar de llevar un orden como método científico.

Evolución de Proceso de Enfermería.

- Hall (1955)** Describió el proceso de 5 fases coherentes con la naturaleza en desarrollo de la profesión
- Johnson (1959)** Desarrollan un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso de 5 fases.
- Orlando (1961)**
- Wiedenbach (1963)**
- Yuria y Walsh (1967)** Crearon el primer texto describiendo un proceso con cuatro fases.
- Bloch (1974)** Añaden la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases, (Valoración, Dx, Planeación, Ejecución y Evaluación) siendo legitimizado como marco de la práctica de enfermería.

Roy (1975)

Mundinger y Jauros (1976)

La American Nurse's Association (1976) Utiliza el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas de la práctica de enfermería.

El proceso de atención de enfermería va a estar fundamentado en un marco teórico-científico y nos conduce a los principios de Enfermería.

Proceso para proporcionar cuidados de enfermería se organiza en cinco fases distintas: valoración, diagnóstico, planeación, implantación y evaluación que tienen por objetivo: promover atención de la mejor calidad y facilitar: 1) atención individualizada, 2) la continuidad de la atención, 3) la comunicación y 4) la evaluación (Bower, 1982).

A continuación se describen las fases del proceso:

Valoración. Es la primera fase del proceso de enfermería. Su objetivo es obtener la información con respecto al paciente, de éste y su familia, o la comunidad, con el fin de identificar sus necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. La información se obtiene de manera sistemática, utilizando la entrevista o los antecedentes de enfermería, el examen físico, los resultados de laboratorio y otras fuentes.

Diagnóstico. Durante esa fase, se analiza en forma crítica la información obtenida durante la valoración y se interpreta. Se sacan conclusiones con respecto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Los diagnósticos de enfermería se identifican y sirven como objetivo central para las fases restantes. Aprovechándose en éstos, el plan de cuidados se diseña, se implanta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería constituyen un método eficaz para comunicar los problemas del paciente. Deben basarse en datos objetivos y subjetivos obtenidos y validados en

cooperación con el paciente y otras personas significativas; existen algunas variaciones en la forma de escribir el diagnóstico. Las tres variaciones más comunes al emitir el diagnóstico son las que incluyen diversos factores relacionados, las que se escriben como un solo bloque y en las que se indica etiología desconocida.

En el diagnóstico de enfermería se identifican las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente. Esto implica que es necesario que se produzcan respuestas alternas. Se desean alcanzar ciertos objetivos como parte del proceso de planeación y también constituye un esquema para la evaluación. Los objetivos concisos y medibles que sean razonables permiten que tanto la enfermera como el paciente evalúen el logro de éste hacia el objetivo deseado, como también la eficacia de las intervenciones de enfermería.

ORIENTACIÓN PARA DESCRIBIR LOS OBJETIVOS

Las reglas que permiten formular objetivos se basan en que éstos deben comprenderse con facilidad. Cuando el objetivo está bien redactado permite una mejor comunicación y continuidad de cuidados.

El objetivo ayuda también a definir comportamientos específicos que demuestran que el problema ha sido corregido, minimizado o evitado.

Planeación. En la fase de planeación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La fase de planeación consta de varios pasos:

1. Establecer prioridades entre los problemas diagnosticados.
2. Indicar objetivos al paciente y a la familia para corregir, minimizar o prevenir problemas.
3. Describir intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los objetivos propuestos.

4. Registrar diagnósticos, resultados, e intervenciones de enfermería de manera organizada en el plan de cuidados.

Implantación. La implantación consiste en iniciar y llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la etapa de planeación. Para ello se requiere comunicar el plan a todos los que toman parte en el cuidado del paciente. Las intervenciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo al cuidado de la salud, por el paciente o por su familia. El plan de cuidados se usa como guía. La enfermera continúa obteniendo datos con respecto al estado del paciente y su interacción con el medio. La implantación también incluye registrar los cuidados que se proporcionan al paciente en los documentos correctos; mediante esta documentación se verifica que el plan de cuidados se lleve a cabo y pueda ser empleada como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería proporcionan al equipo de cuidado de la salud un esquema para alcanzar los objetivos propuestos y eliminar las respuestas no saludables. Para que sean eficaces, las intervenciones de enfermería se describirán con tanta claridad como sea posible y en forma concisa.

- ✓ Las intervenciones de enfermería son métodos específicos diseñados para ayudar al paciente a lograr sus objetivos. Se basan en: 1) el componente etiológico del diagnóstico de enfermería, 2) la información que se obtiene durante la entrevista de valoración y 3) las interacciones subsecuentes de la enfermera con el paciente y la familia.

ORIENTACIÓN PARA FORMULAR LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Las intervenciones de enfermería estarán fechadas

La fecha indica cuándo se inicia la intervención de enfermería específica y permite que la enfermera evalúe el progreso del paciente para lograr el objetivo

2. Las intervenciones de enfermería incluirán verbos que describan acciones precisas.

3. Estarán basadas en principios científicos.

4. Concordarán con el plan de cuidados.

6. Se individualizarán para cada paciente.

EVALUACIÓN

La utilización de sistemas de evaluación que reúnan información acerca de la calidad del proceso de cuidados, y el resultado de sus acciones, contribuyen a una mayor comprensión de la eficacia de enfermería (Kitson, 1987).

Un plan de cuidados bien descrito constituye el fundamento para su evaluación, ya que los objetivos definidos con claridad permiten identificar el comportamiento que se espera que el paciente lleve a cabo. La revisión constante de los objetivos en el plan de cuidados permitirá que la enfermera evalúe el proceso del paciente y lleve a cabo con rapidez los cambios necesarios.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea E. Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

A) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- ◆ Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ◆ Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ◆ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

B) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a

causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

C) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ❖ **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo.
- ❖ **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ❖ **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismos acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por

cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar ala persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a

Perspectiva general del proceso de enfermería de enfermería usando el modelo de enfermería de Orem.

Proceso de enfermería es un término usado por las enfermeras para referirse a las operaciones profesionales-tecnológicas de la práctica de la enfermería y a las operaciones asociadas de planificación y evaluación. Estas operaciones son conceptualizadas y denominadas de diversas maneras en los trabajos que desarrollan la idea del proceso de enfermería (D. Orem).

Diagnóstico de enfermería (valoración).

- » Obtener información del paciente.
- » Analizar los datos / la información.
- » Emitir juicios sobre el paciente / familia.
- » Formular / explicar la naturaleza y causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
- » Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia de autocuidado del paciente.
- » Determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente

Prescripción de enfermería (planificación).

- » Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden / deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente.
- » Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente

Tratamiento / regulación de enfermería (intervención).

- » .Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente afín de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludables.
- » Asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolle al máximo.
- » Asegurar que se instituye la retroalimentación y evaluación.

Control de los casos (evaluación / auditoría).

- » Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería
- » Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería.
- » Asegurar que el proceso de enfermería es electivo y dinámico.

AUTOCUIDADO

Definición de autocuidado. En el término *autocuidado*, la palabra *auto* se utiliza en el sentido del *ser humano completo*. El autocuidado comporta la connotación dual de "*para uno mismo*" y "*realizado por uno mismo*". El proveedor del autocuidado se denomina *agente de autocuidado*. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

La teoría del autocuidado.

Idea central. Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas, para contribuir así a la continuación de la vida, al automantenimiento y a la salud y bienestar personal. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos, de desarrollo y desviación de la salud.

Premisas. En 1965 Nursing Development Conference Group revisó y aceptó en 1969:

1. El autocuidado es una conducta. Es ego-procesado. Es una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación.
2. Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud: pueden tener tal responsabilidad con otras personas.

Proposiciones sobre el autocuidado

Factores condicionantes:

1. La conducta de autocuidado se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
2. La falta de conocimientos científicamente derivados sobre el autocuidado, los trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades de autocuidado, y los hábitos inadecuados de autocuidado limitan lo que una persona puede hacer respecto a su propio autocuidado, o al ayudar a otra persona en este tema.

Autocuidado en la salud y la enfermedad:

1. El autocuidado contribuye y es necesario para la integridad de la persona como organismo psicofisiológico con una vida racional. Si la salud tiene que mantenerse y mejorarse, debe realizar actividades adicionales. En caso de enfermedad, lesión o disfunción física o mental, debe realizar otras actividades para mantener la vida o mejorar la salud.
2. La enfermedad, lesión o disfunción física o mental pueden limitar lo que una persona puede hacer por sí misma, puesto que tales estados pueden limitar su capacidad para razonar, tomar decisiones y ocuparse en una actividad para alcanzar objetivos de autocuidado. La enfermedad, la lesión y la disfunción pueden implicar cambios estructurales, así como funcionales, que pueden necesitar el uso de medidas especializadas de autocuidado.

Demandas comportamentales y de recursos del autocuidado:

1. La adquisición de conocimiento específico implica hacer observaciones y juicios y conduce a la comprensión de los requerimientos de autocuidado presentes, así como del déficit de autocuidado.
2. El autocuidado requiere el uso de recursos que pueden incluir el vivir en un entorno físico y social saludable o terapéutico: el consumo de agua, alimentos y fármacos: la aplicación de agentes físicos y medicamentos.

Los requisitos de autocuidado formulados identifican dos elementos. Un elemento es el factor a controlar o dirigido de alguna manera para mantener ciertos aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos de los individuos dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. El segundo elemento es la especificación de la naturaleza de la acción a realizar.

Los requisitos de autocuidado son comprendidos como expresiones de la acción a desarrollar por o para los individuos a fin de controlar los factores humanos y ambientales que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud.

1. Los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales (aire, agua, alimento) y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y

mantenimiento de la integridad estructural y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.

2. El desarrollo humano de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo en cada período del ciclo vital.
3. Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de la integridad estructural, funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para: 1) su prevención y 2) acciones reguladoras para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos.

Se sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal. *Normalidad* usa el sentido de lo que es esencialmente humano, lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.

Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humano, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración.

El mantenimiento de aporte suficiente de agua, aire y alimentos. La interacción social también es esencial para mantener los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo.

La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar contribuyen al mantenimiento de la integridad humana y, por tanto, la promoción afectiva del funcionamiento y desarrollo humano.

Requisitos de autocuidado del desarrollo

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización y maduración.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos e incapacidades, y que están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Las desviaciones de la salud pueden provocar sentimientos de enfermedad o de no ser capaz de funcionar normalmente.

La enfermedad o lesión afecta no sólo a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano integrado.

Factores básicos condicionantes

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidados terapéuticos. Algunos como la edad, el sexo y el estado de desarrollo, como los factores del entorno físico, afectan al grado en el que debería satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo.

Los factores básicos condicionantes de los patrones de vida, orientaciones socioculturales, y factores del entorno social afectan a las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos.

Demanda de autocuidado terapéutico

Los términos *demanda de acción* y *demanda de autocuidado* para referirse a la cantidad de autocuidado que las personas deberían realizar o han realizado para sí mismas dentro de un marco temporal. El componente de requisito de autocuidado del concepto son los propósitos u objetivos a lograr.

La demanda de autocuidado terapéutico significa una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinados y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Cuidados de regulación. Los sistemas de enfermería reguladores se producen cuando las enfermeras interactúan con los pacientes y emprenden acciones consistentes para satisfacer sus demandas de autocuidado

terapéutico prescritos y para regular el ejercicio o desarrollo de sus capacidades para el autocuidado.

Limitaciones del autocuidado.

Limitaciones del autocuidado se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases de restricciones: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

Las *limitaciones del conocimiento* sobre el propio funcionamiento sobre la necesidad de autocuidado y de las operaciones mediante las cuales se consigue el autocuidado, están asociadas con las experiencias anteriores de los individuos y con lo que está experimentando en el presente. Algunas de las condiciones y factores asociados con las limitaciones del conocimiento.

Los tres grupos de limitaciones del conocimiento son de distinta clase; por tanto, las personas con tales limitaciones requieren diferentes tipos de ayuda con respecto al autocuidado. El grupo que indica ausencia o falta del conocimiento de las limitaciones ambientales y para el conocimiento de uno mismo y del entorno. El grupo que indica limitaciones psíquicas y cognitivas para el desarrollo de reflexiones sobre las situaciones, para la búsqueda para adquirir nuevos conocimientos de lo que es básico realizar en las conductas de búsqueda de resultados.

Cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico

Se comprende como un proceso investigador con elementos de razonamiento hipotético-deductivo, una unidad de demanda de autocuidado terapéutico, se conoce a través de las siguientes operaciones:

1. **Identificación**, formulación y expresión de un único requisito de autocuidado en su relación con algún aspecto, o aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos. Esto incluye la particularización de los valores y la frecuencia con la que debería satisfacerse.
2. **Identificación** de la presencia de condiciones humanas y ambientales que: 1) permiten satisfacer el requisito: ó 2) no lo permiten y constituyen obstáculos o interferencias para ello.

Los datos de referencia o las bases de la/s demanda/s de autocuidado terapéutico de la persona están constituidos por los requisitos de autocuidado universal y los requisitos de autocuidado del desarrollo particularizados para la persona por su edad, sexo, estado de desarrollo, patrón de vida, y condiciones y circunstancias ambientales.

Al delimitar las características estructurales de componentes específicos de las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, las enfermeras se ocupan primero de identificar y formalizar los requisitos que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales, antes que de los que previenen los daños o lesiones personales o el desarrollo de la salud; los que mantienen la salud o promueven el paso a un nivel más alto de funcionamiento humano: los que contribuyen a un estado de bienestar humano en las condiciones y circunstancias existentes.

La práctica de autocuidado o un sistema completo de autocuidado es terapéutico hasta el grado en que contribuye realmente al logro de los

siguientes resultados: 1) soporte de los procesos de la vida y promoción del funcionamiento normal; 2) mantenimiento del crecimiento, desarrollo y maduración normales; 3) prevención, control o curación de los procesos de enfermedad y lesiones; 4) prevención de la incapacidad o compensación de la misma; y 5) promoción del bienestar.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El término *déficit de autocuidado* se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes que forman la demanda de autocuidado terapéutico y con el número y variedad de las limitaciones de autocuidado.

Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales. Un déficit de autocuidado completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

Los déficit parciales en el autocuidado pueden ser extensos o pueden limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico. El conocimiento de las enfermeras sobre las características distintivas de los déficit de autocuidado en individuos en situaciones concretas de la práctica de la enfermería es un resultado de las actividades diagnósticas de enfermería realizadas para determinar las habilidades y limitaciones de autocuidado de los individuos y de la identificación y particularización de sus requisitos de autocuidado.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

A partir del principio según el cual las enfermeras pueden actuar para satisfacer los requisitos de autocuidado de los pacientes, se reconocen tres variaciones básicas en los sistemas de enfermería: 1) sistema de enfermería totalmente compensatorio; 2) sistema de enfermería parcialmente compensadores y 3) sistema de enfermería de apoyo y educación.

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: El factor paciente, que es la medida de criterio para identificar un sistema de enfermería totalmente compensador es la capacidad para ocuparse de aquellas acciones de autocuidado que requieren autogobierno y ambulación y movimientos de manipulación controlados o la prescripción médica de evitar tales actividades (requisito de autocuidado de desviación de la salud). Se reconocen tres subtipos de sistemas de enfermería totalmente compensadores. Cada subtipo está basado en un conjunto de limitaciones para la acción intencionada que se interfieren con los movimientos controlados necesarios para las acciones intencionadas, incluyendo el autocuidado. Las personas con estas limitaciones son socialmente dependientes de otras para su existencia y bienestar continuados.

Sistemas parcialmente compensadores. El segundo sistema es para las situaciones en las que los pacientes y las enfermeras realizan medidas de cuidados u otras acciones que implican tareas de manipulación o deambulación. La distribución de la responsabilidad de la enfermera y el paciente en la realización de las medidas de cuidados varía con: 1) las

limitaciones reales o médicamente prescritas del paciente para las actividades de deambulaci3n y manipulaci3n; 2) el conocimiento cient3fico y t3cnico, y las habilidades requeridas, y 3) la disponibilidad psicol3gica del paciente para realizar o aprender a realizar actividades espec3ficas. El rol principal en la ejecuci3n de las medidas de cuidados puede ser del paciente o de la enfermera. Un sistema de enfermer3a parcialmente compensador puede adoptar numerosas formas. En una de ellas, los pacientes realizan las medidas de autocuidado universal y las enfermeras realizan las medidas m3dicas prescritas y algunas otras de autocuidado universal. Una segunda forma son aquellas situaciones en que los pacientes est3n aprendiendo a realizar algunas nuevas medidas de autocuidado.

Sistemas de apoyo-educaci3n. El tercer sistema es para las situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y deber3a aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terap3utico interna o externamente orientado, pero no puede hacerlo sin ayuda. Entre las t3cnicas de ayuda v3lidas en estas situaciones se incluyen combinaciones de las de apoyo, gu3a, provisi3n de un entorno favorecedor del desarrollo y ensefianza. Este es un sistema de *apoyo-desarrollo*. Es el 3nico sistema en que los requerimientos de ayuda del paciente est3n limitados a la toma de decisiones, control de la conducta y adquisici3n de conocimientos y habilidades. Hay diversas variaciones de este sistema. En la primera, el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita gu3a y soporte. La ensefianza es requerida en la segunda variaci3n. En la tercera, proporcionar un entorno favorecedor del desarrollo es el m3todo de ayuda preferido. La cuarta variaci3n se da en las situaciones en que el paciente es competente para el autocuidado, pero requiere una gu3a peri3dica que es

capaz de buscar: en esta variación, el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE

Los términos agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente se refieren a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros. Las enfermeras deben comprender las acciones que constituyen autocuidado y cuidado dependiente, así como las capacidades que permiten realizar este tipo de acciones.

La agencia de autocuidado es la *compleja capacidad adquirida* de satisfacer los requerimientos continuos de *cuidado* de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar.

Conceptualización de la agencia de autocuidado

La formalización del concepto de agencia de autocuidado se produjo entre 1958 y 1970. Las reflexiones iniciales sobre la propiedad humana llamada agencia de autocuidado fueron expresadas como las capacidades y limitaciones de los individuos para ocuparse en su autocuidado.

Agencia de cuidado dependiente

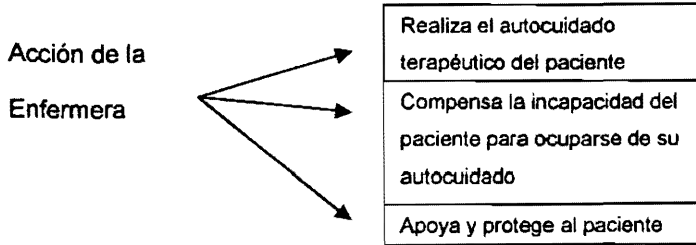
Los términos cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente fueron introducidos en el marco de la teoría

de enfermería sobre el déficit de autocuidado cuando la necesidad de los mismos se hizo evidente durante la década de 1970.

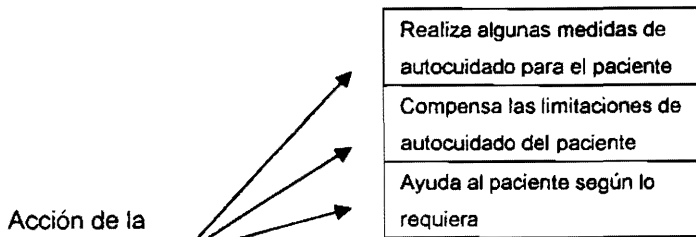
Agencia de cuidado dependiente es la habilidad completa, adquirida de personas maduras o en proceso de maduración, para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud.

SISTEMAS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

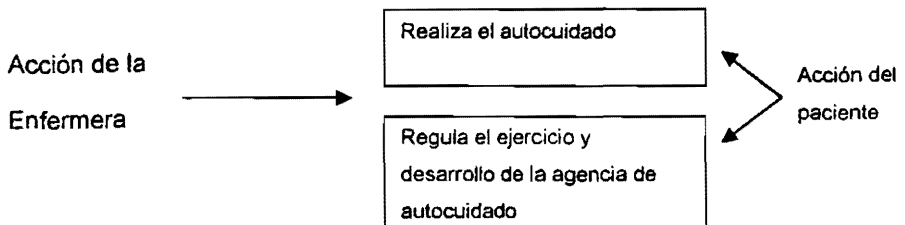
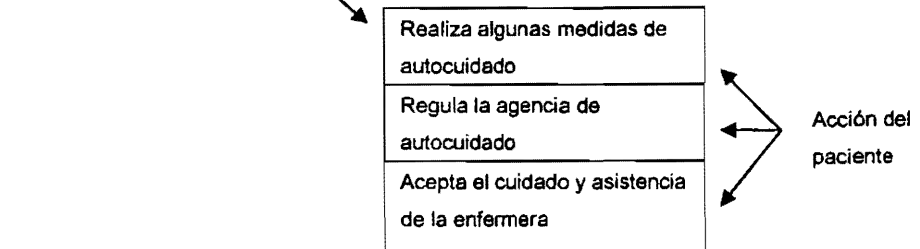
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR



SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR



SISTEMA DE APOYO – EDUCACIÓN (AE)



FISIOPATOLOGÍA

FIEBRE REUMÁTICA

La fiebre reumática continua siendo en las zonas rurales un problema de salud, especialmente en niños. Con frecuencia se consulta en servicios de urgencia por un cuadro febril agudo con artritis concomitante. Es el saber reconocer y tratar una fiebre reumática en sus estados iniciales lo que evita la secuelas cardíacas posteriores.

DEFINICIÓN

Es una enfermedad inflamatoria sistémica del tejido conectivo, aguda o subaguda, que aparece como una secuela retardada de una infección faríngea de estreptococos del grupo "A" en personas con predisposición genética a la enfermedad. Compromete principalmente el corazón, las articulaciones y el sistema nervioso central (SNC).

ETIOLOGÍA

Hasta el momento la evidencia de la relación entre la infección estreptocócica faríngea y la fiebre reumática es indirecta y proviene de tres fuentes:

1. Clínica: La aparición de la enfermedad después de la faringitis estreptocócica.

2. Epidemiológica: Las epidemias de infección faríngeas estreptocócica son seguidas de un aumento en la incidencia de la enfermedad.
3. Inmunológica: La aparición de los anticuerpos contra los estreptococos.

De los diversos mecanismos antes mencionados, el de mayor importancia es el inmunológico, por auto-anticuerpos contra componentes cardíacos específicos. Estos anticuerpos son gamaglobulinas con especificidad para los componentes cardíacos, que reaccionan especialmente con el sarcolema y producen el depósito de C3. Además están los factores de susceptibilidad individual como el marcador genético, la mayor frecuencia de la estenosis mitral se presenta en el sexo femenino y de la estenosis aórtica en el sexo masculino.

EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de la fiebre reumática ha venido decreciendo en los países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos y en Europa. Este fenómeno comenzó a producirse aún antes del uso de la penicilina como profiláctico y se le ha atribuido a la mejoría de las condiciones de vida, por ejemplo la eliminación del hacinamiento.

PATOLOGÍA

La lesión patológica principal es una reacción inflamatoria difusa exudativa, proliferativa y no supurativa del tejido conectivo, que se localiza principalmente en el corazón, articulaciones y piel.

Aunque el compromiso cardiaco, puede aseverar que la lesión encontrada en el corazón es la única que se considera prácticamente patognomónica y consiste en el nódulo de Aschoff, que puede persistir por varios años.

Este nódulo se caracteriza por una lesión focal granulomatosa en la vecindad de vasos sanguíneos, compuesta por un núcleo central de materia fibrinoide rodeado por células grandes basófilas por lo general multinucleadas; los núcleos son grandes, vacuolados y tienen nucleicos notorios. La endocarditis consiste en una valvulitis verrugosa que deforma las valvas y que al cicatrizar puede conducir a daño permanente con regurgitación o estenosis, sobre todo de las válvulas mitral y aórtica, con menor frecuencia la tricúspide y con rareza la pulmonar. La patología del nódulo subcutáneo es muy similar a la del nódulo de Aschoff.

DIAGNÓSTICO

Dado que la fiebre reumática es un padecimiento pleomórfico, su diagnóstico se establece conjugando manifestaciones clínicas con hallazgos de laboratorio. Desde hace mucho tiempo se han establecido los criterios de Jones, los cuales han sido modificados en varias ocasiones en el intento de lograr con mayor precisión el diagnóstico de la fiebre reumática. Esos criterios conjuntan manifestaciones que con mayor seguridad fundamentan el diagnóstico (signos mayores), con aquellas otras que sin ser específicas del padecimiento (signos menores), ayudan al diagnóstico.

Así cuando podemos conocer la presencia de un signo mayor que coexiste con dos signos menores o bien, dos signos mayores pueden establecer con gran probabilidad el diagnóstico de fiebre reumática activa.

Criterios mayores	Criterios menores	Laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> - Carditis - Corea - Eritema marginado 	Clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - fiebre - Astralgias - Malestar general - Epistaxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Eritrosedimentación elevada - Proteína C reactiva + - Leucocitosis - Evidencia de infección estreptocócica - Aumento de anticuerpos contra estreptococo: Anti-estreptolisinas y otros - Cultivo faríngeo positivo para estreptococo del grupo A

El diagnóstico se hace cuando se presentan dos criterios mayores o un mayor y dos menores.

Es necesario enfatizar que a pesar del refinamiento de muchas técnicas de laboratorio, el diagnóstico de la fiebre reumática sigue siendo clínico. El cuadro clínico se caracteriza por apariciones de manifestaciones generales dos a cuatro semanas después de una faringitis; fiebre remitente sin grandes oscilaciones, epistaxis y en niños, dolor abdominal que puede conducir a diagnósticos erróneos.

Fiebre. De predominio vespertino que usualmente no es muy elevada, ya que no sobre pasa los 38.5°C.

Artritis. Inflamación de las articulaciones medianas que se manifiesta con dolor, enrojecimiento, tumefacción e impotencia funcional en las articulaciones afectadas que pueden ser rodillas, tobillos, codos y muñecas. Característicamente se presenta en las grandes articulaciones (caderas y articulaciones sacroiliacas), así como también, las pequeñas (interfalángeas, intervertebrales y temporomaxilares). La artritis de la fiebre reumática tiene su carácter saltón; esto es que pasa de una articulación en el curso del tiempo y no deja secuelas permanentes después de haber pasado el brote agudo, pero es usual que haya más de una articulación inflamada al mismo tiempo. La artritis se debe a una inflamación extravascular de la cavidad articular por la acción de los complejos inmunes y se acompañan de la activación y consumo de complemento in situ.

Carditis. Se diagnostica por la presencia de soplos, cardiomigalia, frote pericárdico, ritmo de galope, signo de insuficiencia cardíaca y taquicardia durante el sueño. También se puede encontrar un soplo mesodiastólico apical de estenosis mitral relativa que desaparece en el curso de la enfermedad. Menos frecuente son los de regurgitación aórtica en la base. El 40% de los casos se encuentran una prolongación del intervalo PR en el electrocardiograma .

Endocarditis. Se caracteriza fundamentalmente por el ataque de las válvulas cardíacas (valvulitis). La afección se lleva a cabo fundamentalmente a nivel de los aparatos valvulares tanto en el borde libre de las valvas como en las comisuras y aún en las estructuras subvalvulares. A ese nivel hay formación de vellosidades pequeñas de material fibrinoide y de gran infiltración de células mononucleares que se ha mostrado que son predominantes de los linfocitos T.

La válvula mitral es la más frecuente afectada y la inflamación condiciona la presencia de insuficiencia mitral la cual es caracterizada por un soplo sistólico regurgitante que se localiza en el ápex, grado II a III y con alta frecuencia se acompaña de un retumbo funcional por hiperflujo, el cual se le denomina retumbo de Carey-Coombs. Cuando pasa a la fase aguda la cicatrización paulatina a nivel de las comisuras valvulares van convirtiendo la insuficiencia en estenosis mitral, de tal manera que la secuela de la valvulitis a largo plazo produce estenosis mitral por la fusión de las comisuras valvulares y, esta fase, el retumbo es consecuencia de la estenosis anatómica de la válvula.

Corea. Aparece casi exclusivamente en niños mayores de tres años y antes de la pubertad. Es una afección del sistema nervioso central caracterizada por inestabilidad emocional, movimientos involuntarios sin objeto y debilidad muscular.

Nódulos subcutáneos. Son también raros en niños menores de tres años y en adultos, son más frecuentes cuando hay carditis; de menor tamaño y más fugaces que los de artritis reumatoide aunque su localización periolecraneana es similar.

Eritema marginado. Es una erupción erimatososa rosada de borde externo bien delimitado e interno difuso, no pruriginosa, fugaz, de corta duración. Su localización es en el tronco, las regiones glúteas y la región proximal de las extremidades. También es más común en los casos de carditis.

INDICACIONES PARA SUBSTITUIR UNA VÁLVULA

Antes de someterse a un paciente con insuficiencia mitral a cirugía, se debe considerar que la valvulopatía es crónica y a menudo con evolución lenta y por otro, los riesgos quirúrgicos inmediatos y la incertidumbre que aún existe acerca de los resultados quirúrgicos a largo plazo.

La estenosis y la insuficiencia mitral reumática desarrollan insuficiencia cardíaca de modo progresivo, sin la brusca caída característica de las etapas de las lesiones valvulares aórticas sin embargo, cuando han aparecido síntomas intensos el promedio de vida se reduce.

Los factores cruciales que determinan la indicación quirúrgica es el grado de estenosis, la presión veno capilar pulmonar y la presión arterial pulmonar con sus secuelas (insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia tricuspídea funcional). La presencia de insuficiencia cardíaca, embolismo sistémico, valvulopatías asociadas a endocarditis bacteriana, ensombrecen el pronóstico. La presencia de mixsoma o trombo en la "bola" en la aurícula izquierda es una clara indicación quirúrgica.

La insuficiencia mitral pura o muy predominante de origen reumático tiene una evolución más similar a las de las lesiones aórticas; cursa asintomático durante un largo período antes de parecer disnea y astenia, sobre todo si no es muy intensa. Pero tan pronto caen en insuficiencia cardíaca, su evolución desfavorable se precipita.

La insuficiencia mitral complicada con endocarditis bacteriana o de rápida aparición (aguda), por ruptura de cuerdas tendinosas, ruptura o disfunción del músculo papilar, por degeneración mucoide (Marfán), o reumática, lleva por lo general, muy rápidamente a la descompensación cardiaca, debiéndose operar sin mayores dilataciones, no rara vez como intervención de urgencia.

Casi siempre el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral consiste en sustitución valvular por prótesis u otra válvula de tejido.

En estos casos el cirujano puede practicar una intervención más conservadora (anuloplastia, de reconstrucción de cuerdas tendinosas rotas, de laceraciones o perforaciones, etc.), evitando el cambio valvular.

La elección del tipo de válvula tanto para sustituir la válvula aórtica como para la mitral, no es fácil. En parte se debe a que aún antes de que se tenga una experiencia suficiente sobre todo a largo plazo, con un modelo, ya se le ha modificado o se ha introducido otro.

DEFORMIDADES VALVULARES REUMÁTICAS

INSUFICIENCIA MITRAL. La incompetencia o insuficiencia puede ser resultado de acortamiento de una o de ambas valvas, de acortamiento y fusión de las cuerdas en músculos papilares, o de dilatación del anillo valvular. Sin embargo, la lesión más común de cardiopatía reumática clínicamente evidente es la insuficiencia mitral, y ese tipo de lesiones ocurre subclínicamente cuando no se observan síntomas extracardiacos de fiebre reumática activa. La dilatación del anillo valvular se presenta en carditis activa con mayor frecuencia como resultado de dilatación aguda del ventrículo izquierdo. Sin embargo, también hay insuficiencia mitral notable, sin dilatación aguda del ventrículo izquierdo, cuando las valvas y las estructuras musculotendinosas se hallan gravemente edematizadas y desorganizadas por el proceso reumático, sin miocarditis grave coexistente.

ESTENOSIS MITRAL. Esta lesión se presenta con grado diverso de insuficiencia mitral. Cuando la estenosis es grave, la insuficiencia puede ser poco importante y el mayor problema hemodinámico es la obstrucción del flujo de sangre durante la diástole. Los cambios macroscópicos en la válvula mitral son variables; las valvas se pueden fusionar dejando una abertura ovoide, aunque ellas mantienen su delgadez y elasticidad. En otras circunstancias, las valvas se engruesan, se vuelven rígidas o incluso se calcifican. Una "válvula en forma de embudo", con su abertura hacia la punta del corazón, puede ser resultado de la fusión de las valvas, lo que ocurre con acortamiento y engrosamiento de cuerdas tendinosas y músculos papilares.

DEFORMIDADES DE LA VÁLVULA AORTICA. La lesión aórtica más común es la combinación de estenosis e insuficiencia. La estenosis aórtica pura es muy poco frecuente, aunque un grado mínimo de insuficiencia aórtica se presenta en la afección reumática leve. En la mayoría de los casos de valvulopatía aórtica reumática sintomática hay estenosis e insuficiencia, pero predomina de manera funcional una o la otra. La deformidad de la válvula es resultado de la fusión en

las comisuras de las valvas, y rigidez y acortamiento, o una combinación de ambos procesos con calcificación agregada.

DEFORMIDADES DE LA VALVULA TRICÚSPIDE. Casi siempre se presenta en asociación con lesiones mitral y aórtica en 10% de enfermos con cardiopatía reumática crónica.

CAMBIOS PATOLÓGICOS PROGRESIVOS EN CARDIOPATÍA REUMÁTICA CICATRIZADA. Existen manifestaciones de cambios progresivos e inflamación persistente que parecen no estar relacionados con el proceso reumático original. La rotura de eritrocitos ("anemia hemolítica cardiaca") puede ser resultado de defectos valvulares; recambio y destrucción plaquetaria que recientemente se ha mostrado que son excesivos en la enfermedad reumática y puede haber fibrosis y trombosis junto con calcificación. La insuficiencia cardiaca congestiva recurrente causa modificaciones grasas en el miocardio y fibrosis progresiva. El endocardio, es especial el de la aurícula izquierda en la deformidad de la válvula mitral, muestra tendencia a desarrollar trombos organizados, distenderse y ampliarse en forma alternada, y provocar cambios inflamatorios crónicos que no son exudativos ni claramente reumáticos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD MULTIVALVULAR

El remplazo combinado de las válvulas aórtica y mitral se asocia por lo general con un riesgo más alto y una supervivencia menor que el remplazo de una sola de las dos válvulas. Kirklin informó de una supervivencia a cinco años de 70% después de un remplazo valvular doble, en comparación con 80% para el remplazo de una sola válvula. La supervivencia a largo plazo depende mucho del estado funcional preoperatorio.

La enfermedad hemodinámicamente significativa combinada de las válvulas mitral, aórtica y tricuspídea es poco frecuente, los pacientes con estas lesiones frecuentemente presentan insuficiencia cardíaca avanzada con cardiomegalia notable y es imperativa la corrección quirúrgica de las tres lesiones valvulares. Los intentos para acortar la duración de la operación al no operar una válvula severamente alterada después de un remplazo doble de válvulas son generalmente insatisfactorios.

Los pacientes que sobreviven al remplazo de tres válvulas muestran por lo general mejoría clínica importante en el posoperatorio temprano, y los estudios posoperatorios con cateterismo muestran reducciones notables en las presiones arterial pulmonar y capilar pulmonar. Sin embargo, algunos pacientes mueren por arritmias o por insuficiencia cardíaca congestiva en el posoperatorio tardío a pesar de que las prótesis funcionen normalmente. La causa de insuficiencia cardíaca en esta situación no se conoce pero puede estar relacionada con isquemia miocárdica transoperatoria, microémbolos derivados de las prótesis múltiples o episodios subclínicos persistentes de miocarditis reumática. Cuando se tienen que colocar múltiples válvulas protésicas, es lógico seleccionar dos (o tres) bioprótesis o prótesis mecánicas en el mismo paciente.

VÁLVULAS CARDIACAS ARTIFICIALES

Los primeros reemplazos con buenos resultados de las válvulas mitral y aórtica fueron realizados por Harken y cols. y Starr en 1960. Se disponen de dos grupos principales de válvulas artificiales (protésicas) en modelos diseñados para las posiciones auriculoventricular (mitral y tricúspide) y aórtica: las prótesis mecánicas y las bioprótesis (válvulas hísticas).

PRÓTESIS MECÁNICAS

Las válvulas protésicas mecánicas se dividen en dos grupos: válvulas de disco oscilante. La válvula de esfera encerrada en una estructura de Starr-Edwards, en la cual el anillo de sutura está recubierto de material plástico para reducir la incidencia de tromboembolia todavía tiene amplio uso. Tiene el récord más largo de funcionamiento de cualquiera de las válvulas artificiales. Su desventaja es el diseño muy voluminoso de su estructura. Por lo tanto no es adecuada para pacientes con cavidad pequeña del ventrículo izquierdo o con anillo aórtico pequeño ni en el injerto compuesto de válvula y cayado aórtico. En un pequeño número de pacientes provoca hemólisis que puede ser excesiva y se vuelve de importancia clínica si se presenta una fuga perivalvular.

Varios tipos de válvulas de disco móvil se emplean mucho; son válvulas menos voluminosas y de perfil más bajo que la válvula esférica encerrada. La válvula de *Björk-Shiley* esta formada de una aleación a base de cobalto de bajo perfil recubierta de tela de Teflón sobre el anillo de sutura, su diseño permite una relación excelente entre diámetro del orificio de la prótesis y el anillo tisular. Contiene un disco móvil suspendido capaz de cerrarse, fabricado de carbono pirolítico (Pyrolyte). Se ha informado de dos problemas graves por el uso de esta válvula en un número pequeño de pacientes: 1) trombosis súbita y 2) fractura de la estructura metálica. Se han realizado modificaciones para corregir estos problemas, el nuevo disco es convexo-cóncavo, su ángulo de apertura ha sido aumentado y el soporte de la estructura está fabricada como una parte

integral del anillo valvular. Estas modificaciones parecen haber reducido mucho los problemas mencionados, pero no se ha precisado hasta ahora si estos problemas se han eliminado por completo. La válvula de disco móvil de *Lillehei-Kaster* está formada de un soporte de titanio con un anillo recubierto de tejido de Teflón, en el cual está suspendido un disco de Pyrolyte. En la posición abierta, el disco se abre en un ángulo de 80 grados que proporciona un amplio orificio central. Esta válvula es completamente satisfactoria en la posición aórtica, pero la incidencia relativamente elevada de trombosis excluye su empleo en posición mitral. Se han introducido dos adaptaciones de la válvula de disco móvil de Lillehei-Kaster, la *Omniscience* y la *Omnicarbon* en un esfuerzo para mejorar la hemodinámica y disminuir la trombogenicidad que estos objetivos pueden haberse logrado, aunque existen todavía ciertas preocupaciones acerca de la trombogenicidad de la válvula *Omniscience* en posición mitral. Una válvula estrechamente relacionada es la válvula *Meditronic-Hall*. Su disco móvil tiene una perforación central que permite mejorar la hemodinámica; la trombogenicidad parece ser bastante baja, menos de 1 por 100 pacientes-años en posición aórtica y de 1.5 por 100 pacientes-años en posición mitral.

La válvula de *St. Jude* construida de carbono pirolítico, contiene dos discos semicirculares que pivotean entre las posiciones abierta y cerrada sin la necesidad de estructuras de soporte.

VÁLVULAS BIOLÓGICAS

Para evitar principalmente el riesgo de tromboembolia inherente a las prótesis valvulares mecánicas y los riesgos e inconveniencia del tratamiento anticoagulante permanente, se han hecho esfuerzos considerables para la creación de válvulas hícticas no trombogénicas. Las primeras de éstas de uso amplio fueron los homoinjertos químicamente esterilizados. Desafortunadamente presentaron una incidencia elevada de falla antes de tres años. Fueron desarrollados entonces homoinjertos frescos tratados con antimicrobianos, luego criopreservados, irradiados y congelados. Estos son más

durables y si bien tienen muchas propiedades deseables, ha habido restricción para su uso por los problemas inherentes a su obtención.

Heteroinjertos porcinos. Para evitar estos problemas se desarrollaron heteroinjertos porcinos que se han utilizado ampliamente desde 1965. En un principio, estas prótesis eran utilizadas con formol que disolvía los enlaces cruzados de colágena en las válvulas y daban por resultado una tasa elevada de fracaso. Posteriormente Carpentier y cols., diseñaron el proceso de fijación y esterilización de heteroinjertos porcinos utilizando una solución diluida de glutaraldehído, que parece facilitar la estabilidad de los enlaces cruzados de colágena. Después de su exposición a esta sustancia, las válvulas se convierten en tejido colágeno esencialmente inerte con escasas o nula antigenicidad. Estas válvulas se montan sobre estructuras semiflexibles.

En la actualidad se emplean bastante dos heteroinjertos porcinos: 1) La válvula *Hancock* está fijada con glutaraldehído al 0.2% y está montada en una estructura flexible de polipropileno recubierta con tejido de Dacrón.

Durante los primeros tres meses de posoperatorio, en que el anillo de la prótesis se cubre por endotelio, la tasa de tromboembolia es lo bastante alta de manera que se recomienda la anticoagulación. Después no se requieren anticoagulantes para las válvulas de origen porcino en posición aórtica y la tasa de tromboembolia es de aproximadamente de 1 a 2 por 100 pacientes/años sin anticoagulantes.

El problema principal con las bioprótesis porcinas es la durabilidad limitada. Los desgarros de las valvas, la degeneración, depósito de fibrina, disrupción de la estructura de fibrocolágena, perforación, fibrosis y calcificación son suficientemente graves para requerir nueva operación.

Hemodinámica de los reemplazos valvulares

Todos los reemplazos valvulares, sean prótesis mecánicas o hísticas tienen un tamaño del orificio *in vitro* efectivo que es más pequeño que el de la válvula

humana normal. Después de la implantación, el crecimiento tisular y la recubierta con endotelio reduce aún más el tamaño efectivo del orificio *in vivo*; por lo tanto, la mayoría de las válvulas de las que se dispone en la actualidad pueden ser consideradas como levemente estenóticas. Sin embargo, las mediciones hemodinámicas posoperatorias de las prótesis rígidas muestran una función razonablemente buena, con orificio efectivo de la válvula mitral de 1.7 a 2.0 cm² en promedio y gradiente de la válvula mitral de 4 a 8 torr en reposo.

SELECCIÓN DE UNA VÁLVULA ARTIFICIAL

Aunque existen diferencias significativas en las válvulas, las ventajas y desventajas globales de las válvulas hísticas y protésicas son casi equiparables y frecuentemente es difícil la selección entre las dos. La mayoría de las comparaciones proporciona resultados globales semejantes en términos de morbilidad temprana y tardía, de endocarditis de la válvula protésica y otras complicaciones, así como la necesidad de una nueva operación, al menos por los primeros cinco o seis años posoperatorio. Es importante que las ventajas y desventajas relativas de las diversas válvulas sean explicadas al paciente de manera tal que él participe en la decisión final. Parece no haber diferencias significativas en cuanto se refiere a la hemodinámica, excepto que en los pacientes con cavidad ventricular o anillo mitral muy pequeños, la válvula de perfil bajo (disco móvil) protésica de ST. Jude o la válvula hística puedan ser superiores a la válvula más voluminosa de esfera encerrada en una estructura. De manera semejante, en pacientes con anillo aórtico pequeño, la valva mecánica bivalva de St. Jude o la valva Duromedics (entre las prótesis mecánicas) y el xenoinjerto pericárdico de Ionescu-Shiley parecen ser las bioprótesis mejores.

Situaciones especiales

Embarazo. Las mujeres con válvulas artificiales pueden tolerar adecuadamente la carga hemodinámica de la gestación aunque el riesgo de tromboembolia

aumenta bastante en estas pacientes con válvulas protésicas cuando se interrumpe la anticoagulación y se eleva el riesgo de hemorragia fetal mortal al seguir la anticoagulación. También existe riesgo de malformación fetal causada por el probable efecto teratogénico de la warfarina. Estos problemas constituyen argumentos poderosos para el uso de válvulas hísticas en todas las mujeres en edad de procreación.

METODOLOGÍA

UNIVERSO: Para el estudio de caso se seleccionó por su trascendencia y magnitud epidemiológica, en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" a paciente adulta-joven, por cursar con fiebre reumática inactiva con disfunción valvular (doble lesión mitral, Aórtica y estenosis tricuspídea), además de habersele identificado déficit de autocuidado, determinado la necesidad de la interacción del profesional en enfermería cardiovascular, para favorecer el desarrollo de hábitos de autocuidado.

Tiempo: Mayo – septiembre de 1998

MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La metodología que se sigue en el presente estudio de caso, se basa en las etapas del proceso atención de enfermería.

Valoración. Para esta etapa se utilizó el instrumento de valoración de autocuidado el cual fue reestructurado y que contempla un enfoque teórico basado en el autocuidado constituido por: factores condicionales básicos, los ocho requisitos universales del autocuidado (aire, agua, alimentación, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social, peligros para la vida y normalidad), de desarrollo, desviación de la salud.

Este instrumento se aplicó utilizando la teoría de entrevistas planeadas y la observación (permitiendo con ello tener datos más precisos). Para complementar esta fase se realiza examen físico de forma cefalo-caudal, a través de las técnicas de inspección sistemática, la palpación, percusión y auscultación, contando el instrumento de valoración con este apartado así como para registrar información complementaria del expediente clínico (estudios de laboratorio y gabinete) y un espacio para las observaciones.

Las valoraciones se efectuaron de manera exhaustiva inicialmente para reunir datos sobre todos los aspectos de la paciente en relación a su autocuidado. Y también focalizadas realizadas específicamente sobre la demanda terapéutica, signos y síntoma, analizando esas capacidades, limitaciones, problema real o potencial. Detectando el déficit en esta forma y continuando periódicamente monotorizar su estado de salud.

Diagnóstico de Enfermería. Mediante el análisis de la información obtenida de manera exhaustiva y/o focalizada, se establecieron los diagnósticos guiados en su mayoría por el formato PES (problema + etiología + signos y síntomas); reales y potenciales. En donde se especificó los problemas detectados; para así; orientar y llevar a cabo el autocuidado de la paciente.

Planeación: Se establecieron prioridades en relación a los diagnósticos establecidos, para posteriormente fijar objetivos y planear las estrategias de los cuidados individualizados de enfermería orientados a solucionar los problemas de autocuidado.

Ejecución. Se determinaron las intervenciones y el sistema de enfermería, para el logro de objetivos planeados. Realizando actividades como: cuidar, comunicar, educar y asesorar el autocuidado. Asimismo las intervenciones están basadas en principios científicos, de igual manera se realizó intervenciones interdisciplinarias con el médico cirujano cardiólogo, psicólogo, nutrióloga e inhaloterapeuta.

Progreso y Evaluación. A manera de comentario se redactó la evolución y progresos en relación al estado de salud de la paciente, las modificaciones obtenidas, analizando el logro de objetivos del plan de intervenciones para su modificación y reestructuración posterior.

El proceso de enfermería, está organizado en 3 secciones. Primero, la valoración de enfermería, basándose en los datos obtenidos se describen las demandas, capacidades, limitaciones y déficit de autocuidado.

La segunda se establecen los diagnósticos de enfermería establecidos a través de la valoración y priorizados de acuerdo al grado de importancia para implementar las intervenciones y por último los planes de intervenciones de enfermería, que incluye el diagnóstico de enfermería, objetivos y período de trabajo para cubrir estos, ordenado por columnas se presentan las intervenciones clasificadas de acuerdo al sistema de enfermería utilizado, (AT= apoyo total, AP= apoyo parcial y AE= apoyo y educación), las actividades a realizar por parte del paciente y posteriormente el apartado de progreso y evaluación, donde se revisa y analiza el plan de intervención para la reestructuración posterior.

**ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR**



MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO

MARCO REFERENCIA – TEORÍA AUTOCUIDADO → PRINCIPIOS



MÉTODO CIENTÍFICO ←

MÉTODO →

DÉFICIT DETECTADO



**CALIDAD DE
LAS INTERVENCIONES**

DELIMITAR EL CUIDADO

**INTERVENCIÓN
ESPECIALIZADA**



**INDIVIDUO
Y/O FAMILIA**

SANO O ENFERMO

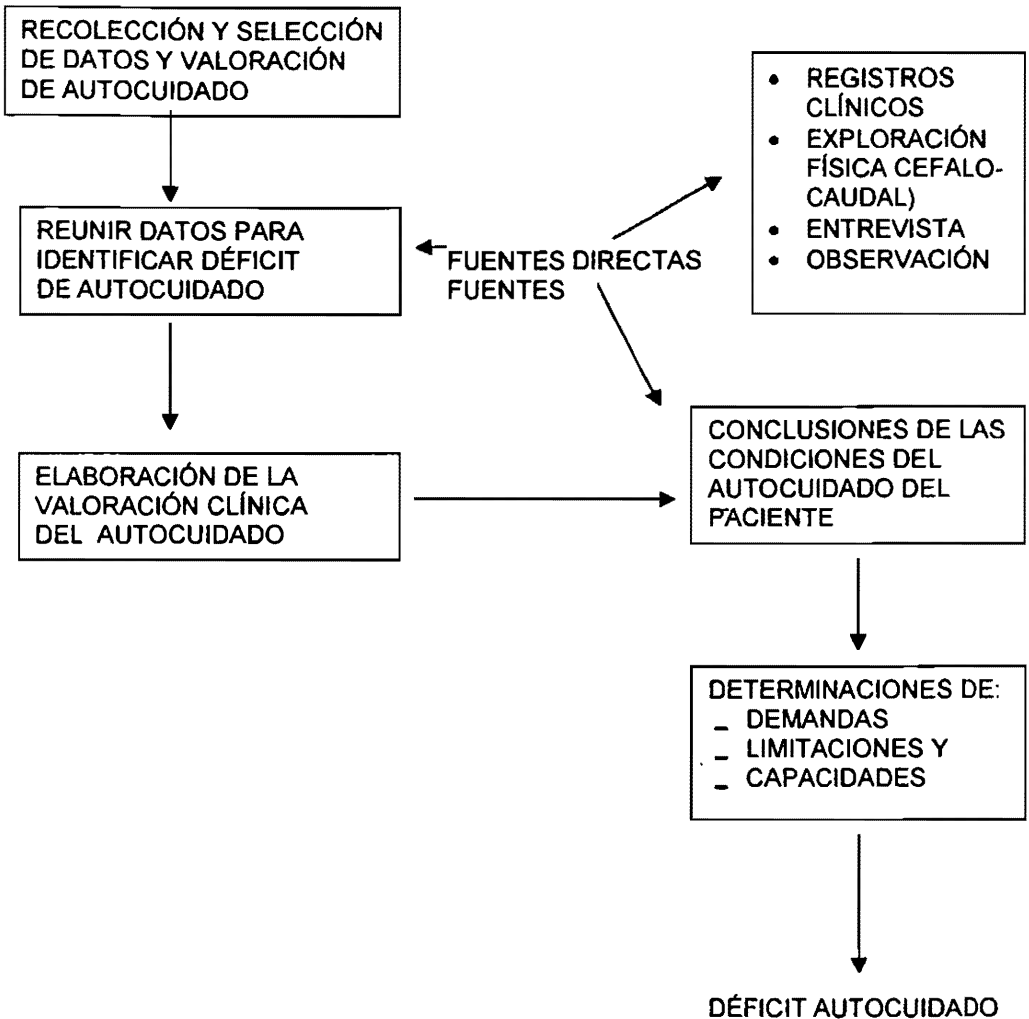


HOLÍSTICA



INDIVIDUALIZADA

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE VALORACIÓN



ENUNCIADO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Elaborado mediante el formato PES

Problema	Factores relacionados (ETIOLOGÍA)
Causa	Determinación de la respuesta humana (Manifestación: signos y síntomas).

Clasificados en:

Reales: Cuando el problema está presente o se puede comprobar

Potenciales: Las características que los definen no están presentes pero sí los factores etiológicos.

Diagnóstico de Enfermería en el estudio de Caso.

Conclusión de las condiciones
de autocuidado en el paciente

Diagnóstico de
Enfermería

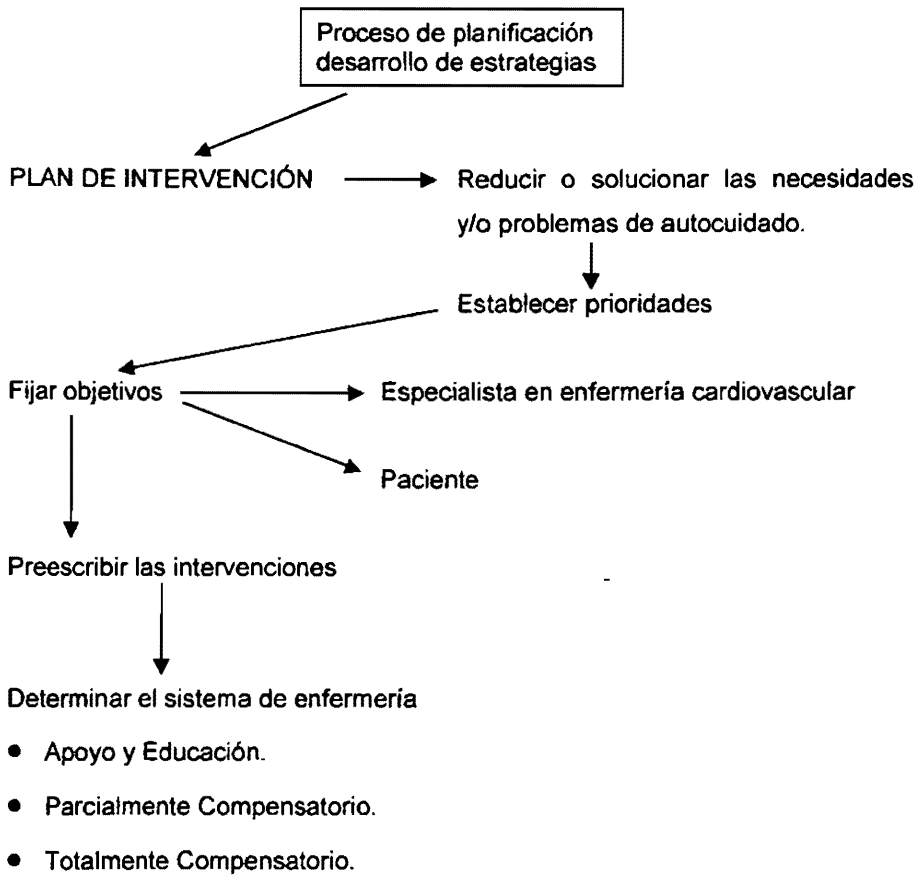
Clasificación de problemas reales y potenciales

Jerarquización de necesidades o problemas de
autocuidado

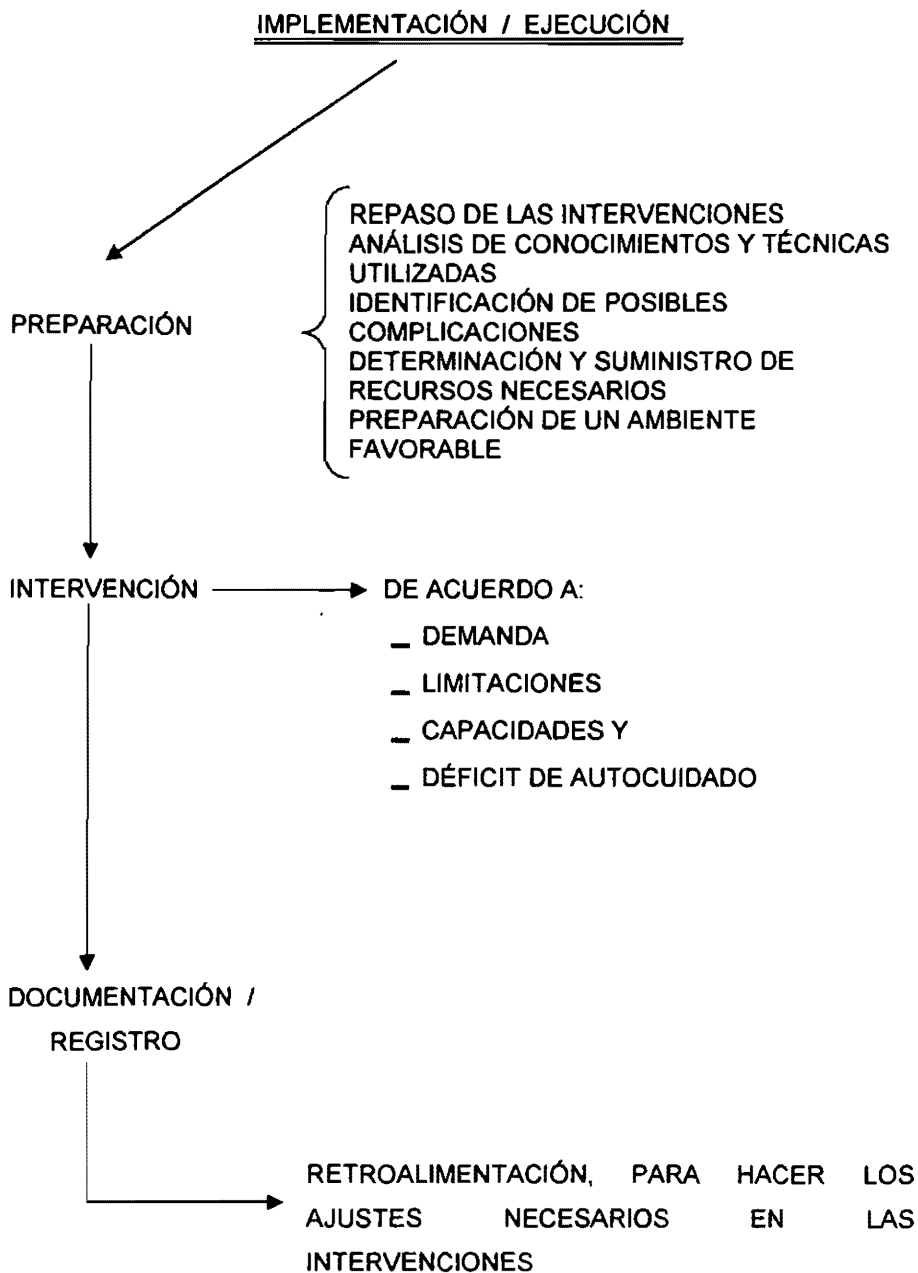
Enunciado del diagnóstico (formato PES)

Para planear intervenciones con bases
científicas y/o reajustar la atención
especializada de enfermería.

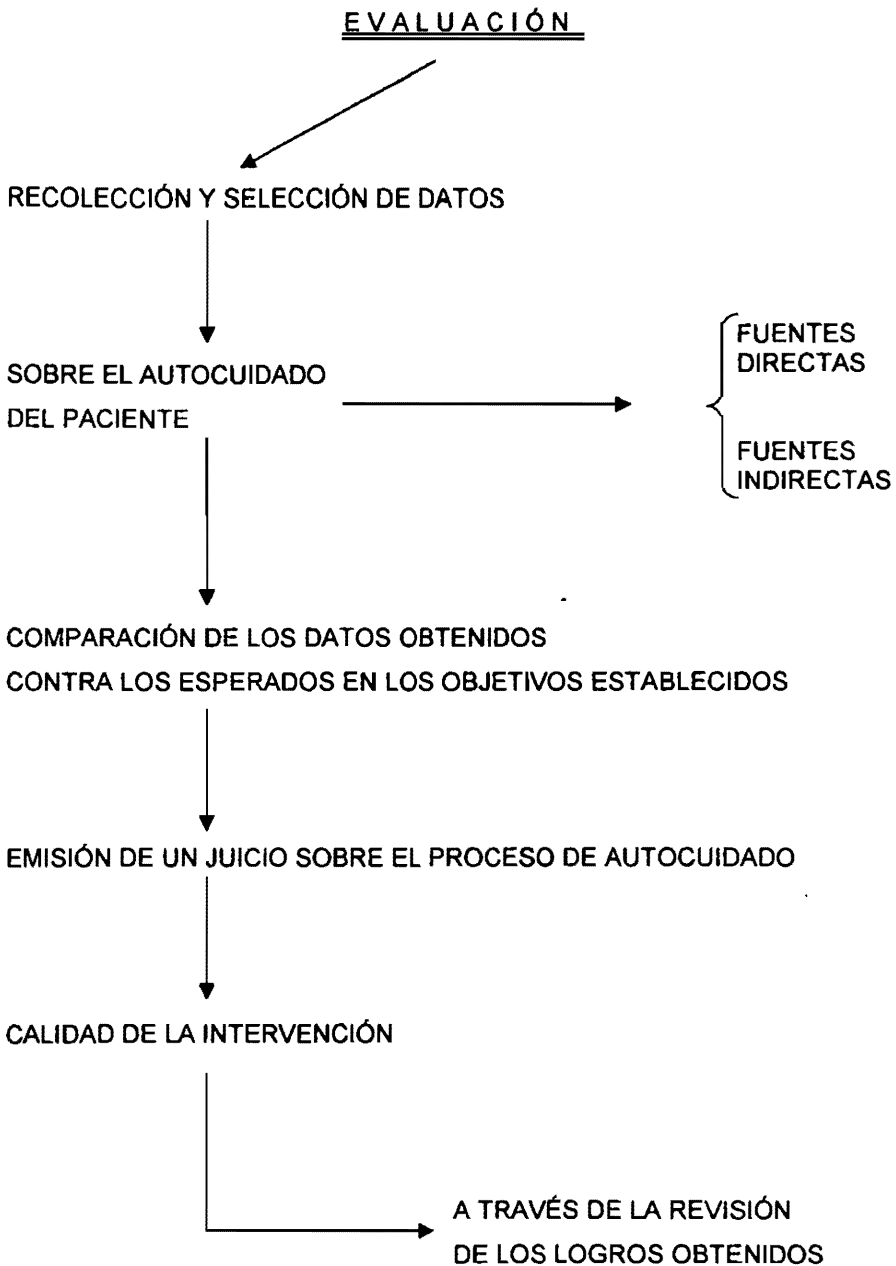
DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES



EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA



La Evaluación Realizada en el Estudio de Caso.



VALORACIONES DE ENFERMERÍA

EN

CONSULTA EXTERNA

8 DE MAYO AL 25 DE JULIO

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Institución: INCICH

Registro: 202052

Fecha: 08/05/98

Servicio: C.E. lado B

No. de consultorio o cama: 3

I. Factores condicionantes básicos

1. Características personales

Nombre : Hernández Hernández Lucia

Sexo: Femenino Edad: 34 años

Fecha de nacimiento. 8/02/64

Estado civil: Soltera

Lugar de procedencia. Actopan Hidalgo

Tel. 693 7928 (trabajo)

Años de estudio: 8 años

Trabajo y/o profesión: Doméstica

Salario: \$800

Actividades recientes (tipo y frecuencia): Aseo general, lavar, planchar, cocinar y cuidar a dos niños

Metas programadas para su salud: Recobrar un estado de salud favorable para desarrollar sus actividades sin problemas.

2. Características familiares:

2.1 Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico
Feliciano Hernández	Padre	63 a	Albañil	2	Sin aportación
Epifania Hernández	Madre	56 a	Hogar	0	Sin aportación
Juan Hernández	Hermano	36 a	Albañil	6	100 mensual

Natividad Hernández	Hermana	35 a	Doméstica	6	100 mensual
Joaquina Hernández	Hermana	31 a	Hogar	12	400 mensual
Hermelinda Hernández	Hermana	29 a	Empleada	12	350 mensual
Isabel Hernández	Hermana	25 a	Estudiante	10	Sin aportación

2.2 Estructura familiar

a) Estructura del rol.

- ¿En estos momentos que espera de su familia? (padre, cónyuge e hijos) apoyo emocional y económico por parte de ellos
- ¿Alguno de su familia ha adoptado el rol de jefe en ausencia de sus padres? No

b) Sistema de valores

- ¿En la familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela trabajo y del hogar? Sí ¿cuáles? La distribución de las tareas del hogar

c) Patrón de comunicación

- ¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? No
- ¿Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platica entre si la familia? No

d) Estructura del poder (afrentamiento familiar)

- ¿Cuáles eventos o situaciones han causado tensión en la familia? El estado de salud de su padre y la situación económica
- ¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares? Los hijos que trabajan
- ¿Quién se encarga de la disciplina y actividades de los hijos? Madre
- ¿Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia? Cada integrante decide su propio futuro

2.3 Función familiar

a) Función afectiva

- ¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? No se expresa frecuentemente
- ¿Con qué frecuencia se expresan afecto? Muy rara vez

b) Socialización y función social

- ¿Quién prepara los alimentos, y quién se encarga de que la familia los consuma? La madre pero la mayoría de las veces Lucy cocina
- ¿Cómo distribuye la familia las tareas del hogar? De acuerdo a las necesidades, Lucy realiza todas las tareas del hogar cuando se labora
- ¿Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? No
- ¿Han tenido algún problema con compañeros, maestros, amigos? No

c) Función reproductora

- ¿Utiliza algún método de planificación familiar? No
- ¿Existen planes para tener más hijos? Le gustaría ser madre más adelante
- ¿Existe algún problema para ejercer libremente su sexualidad? No

d) Función económica (provisión de las necesidades físicas)

- ¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares? Entre todas sus hermanas sin embargo, Lucy solventa sus gastos
- ¿Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud? Solo cuenta con lo necesario

e) Características ambientales (entorno físico y social)

- ¿La vivienda donde convive con la familia es propia? Si
- ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? Tres
- ¿Tienen cocina y baños independientes? Si
- ¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar? Si
Especifique: Cuenta con una ventana por cada cuarto
- ¿En su vecindario cuenta con seguridad pública? No
- ¿En su vecindario cuenta con suficientes medios de transporte? No, se tiene que caminar 20 minutos para llegar al centro de Actopan
- ¿En su vecindario existen factores nocivos para su salud? Si ¿Cuáles? Corrales de gallinas
- ¿La relación de su familia con los vecinos es satisfactoria? Si
- ¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos ó a asociaciones civiles? No

II. Requisitos de autocuidado universales

1. Aire

- ¿Regularmente asiste a lugares muy concurridos? Si
- ¿Existe contaminación ambiental en el lugar donde usted vive? Si

- ¿Qué hace para protegerse? Regularmente trata de evitar salir a la calle lo menos posible
- ¿Al respirar, mete aire por la boca o por la nariz? Cuando está agitada por la nariz
- ¿Tiene molestias para respirar? Sí
- ¿Qué factores lo desencadenan? Esfuerzo moderado al realizar alguna actividad
- ¿Qué hace que mejore su respiración? Reposar unos minutos

2. Agua

- ¿Cuántas veces a la semana le gusta bañarse? Diario
- ¿El cambio de ropa total con que frecuencia lo realiza? Diario
- ¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y el corte de uñas? Cuando es necesario
- ¿Cómo se cepilla usted los dientes? En forma circular
- ¿Con qué periodicidad lo hace? Dos veces al día
- ¿El agua que consume es potable? Sí
- ¿Utiliza alguna técnica para purificarla? Sí ¿Cuál? Hervirla
- ¿Cuántos vasos con agua ingiere al día? 5 vasos de 300 ml
- ¿Cómo prefiere ingerir el agua y como le desagrada? Simple y que esté fría
- ¿Ha notado hinchazón en sus pies? Sí ¿Cuándo? 8 días antes de menstruar
- ¿Qué hace para disminuirlo? Nada

3. Alimentos

- Somatometría: peso 50 Kg talla 1.57 m
- ¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho? Sí ¿Porqué? Los días que sí tiene hambre come hasta quedar satisfecha
- ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia? Pan, fruta
- ¿Qué alimentos le agradan? Pan, galletas y leche

- ¿Qué alimentos le desagradan? Los alimentos que tienen mucha azúcar, embutidos
- ¿Tiene un horario específico para consumir alimentos? No
- ¿Ha padecido algunas molestias al ingerir sus alimentos? Sí ¿Cuáles? Cuadros de diarrea
- ¿Qué ha hecho para disminuir sus molestias? Nada

4. Eliminación

- ¿Cuántas veces defeca al día? 1 ¿Tiene molestias al defecar? A veces
- ¿De qué tipo? Cuadros de diarrea
- ¿Qué hace para eliminar su malestar? Trata de no comer nada hasta que desaparezca el malestar
- ¿Cuántas veces orina al día? 7 ¿Tiene molestias al orinar? Sí
¿De qué tipo? Ardor, dolor renal
- ¿Qué hace para aliviar sus molestias? Tomar agua

5. Actividad y reposo

- ¿Qué actividades realiza en su hogar? Tareas del hogar
- ¿Qué actividades desempeña en su trabajo? Limpieza general del hogar, lavar, planchar, cocinar y cuidar de dos niños
- ¿Acostumbra a realizar algún tipo de trabajo? Sí ¿Cuál? Los antes descritos
- ¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso? A veces
- ¿Tienen algún problema para dormir? Sí ¿Cuál? A veces tiene insomnio
- ¿Cómo logra conciliar el sueño? Toma tafil
- ¿Cuántas horas duerme regularmente? 8 horas cuando no tiene insomnio

6. Soledad e interés social

a) Comunicación

- ¿Se comunica fácilmente con otras personas? No
- ¿Qué dificultad tiene para comunicarse? No le gusta hacer plática con los demás
- ¿Tiene parientes, amigos, o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita? Sí
- ¿Con quien recurre primero? Hermanas

b) Sexualidad

- ¿Con qué frecuencia comenta usted aspectos de sexualidad con sus padres pareja e hijos? Nunca se habla del tema con sus padres

7. Peligros para la vida humana

- ¿Su vista es lo suficiente buena para detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo? Sí
- ¿Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de cualquier peligro? Sí
- ¿Su olfato le permite percibir olores que pudieran indicar peligro para su salud? Sí
- ¿Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en mal estado? Sí
- ¿Por medio de su tacto puede detectar forma, textura, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto que puede significarle peligro? Sí
- ¿Está atento a cualquier peligro que pudiera surgir en su hogar, trabajo o escuela? Sí
- ¿Acostumbra ingerir bebidas alcohólicas? No

- ¿Consume bebidas gaseosas, refrescos de "cola" u otras? Sí ¿Con qué regularidad? Ocasionalmente
- ¿Consume café o té? Sí ¿Con qué regularidad? Diario por la mañana

8. Normalidad

a) Recursos de salud

- ¿Periódicamente acude al médico o dentista para el cuidado de su salud? Cuando lo considera necesario

b) Prácticas personales de salud

- ¿Es usted una persona tranquila? Sí
- ¿En su vida diaria regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía? Sí
- ¿Qué situaciones y como le afectan? El que los niños que cuida no se apuren en sus actividades le causan irritabilidad y angustia
- ¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud? No
- ¿Cuál o cuáles lleva a cabo? Ninguna

c) Autoconcepto/imagen

- ¿Se acepta usted tal como es? No ¿Porqué? Le gustaría ser más sociable

d) Salud mental

Observar durante la entrevista: actitud, humor, lógica y razonamiento de ideas

Manifiesta sus respuestas con orden y lógica

e) Espiritualidad

- ¿Cómo influye en usted la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana, y durante la aparición de alguna enfermedad? Es como un medio de desahogo

III. Requisitos de autocuidado del desarrollo

1. Etapa del ciclo vital: Adulto-joven
2. Condiciones en las que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico: Adulto joven con inmadurez emocional respecto a su edad

IV. Requisitos de desviación de salud

1. Desviación actual

a) Percepción de la desviación actual

- ¿Conoce su enfermedad? No
- ¿Le preocupa su enfermedad? Sí ¿Porqué? No sabe como va a evolucionar, y el aspecto económico ya que desconoce el costo del tratamiento

2. Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud

- ¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad? No comer mucha sal

b) Cambios en la desviación de los estilos de vida

- ¿Cómo a modificado la enfermedad a sus actividades de la vida diaria? No realizar actividades que requieran mucho esfuerzo físico

3. Historia de desviaciones de la salud

- ¿Qué enfermedades a padecido en la infancia, adolescencia o adultez?
Amigdalitis
- ¿Padece algún tipo de alergia, ya sea medicamentos, alimentos, animales u otros? No
- ¿Toma usted medicamentos que no sean recetados por algún médico? No
- ¿Actualmente está con tratamiento a base de anticoagulantes? No

4. Historia sanitaria familiar

- ¿Sus familiares han padecido algunas de las siguientes enfermedades?
 - Diabetes Mellitus:
 - Hipertensión Arterial: Padre
 - Enfermedades del Corazón:
 - Obesidad:

V. Exploración física

1. **Cabeza** (fascies, tono de la voz, postura, colocación, hidratación, zona de alopecia, pulsos temporales, fondo de ojo, conducto auditivo, dolor).
 - Tranquila, voz baja, adopta posición libre, coloración de tegumentos pálidas +++, conjuntivas rosadas, iris y pupilas iguales, normofléxicas, fondo ocular sin alteraciones, boca y mucosas húmedas, dientes en mal estado de conservación, varias piezas con caries dental, orofaringe sin hipertrofia de amígdalas, ni datos de inflamación, pulsos temporales presentes, conducto auditivo permeable.

2. **Cuello** (pulsos carotídeos, inspección yugular –plétora-, simetría y movilidad de tráquea, ganglios linfáticos, dolor).

- Cilíndrico simétrico, no hay plétora yugular, sin crecimiento ganglionar, pulsos carotídeos normales.

3. **Tórax**

a) **Inspección** (simetría, movimientos de amplexión y de amplexación, pulso apical, coloración, hidratación).

- Simétrico, movimientos respiratorios normales, con movimientos de amplexión y de amplexación, pulso apical presente, no se ve choque de apex palpando SEII, línea media clavicular

b) **Palpación** (delimitación de vértices y de bases para identificar posible dolor precordial, pulso apical, acumulo de secreciones en campos pulmonares).

- Pulso apical presente, sin auscultación, no se escuchan campos pulmonares limpios bien ventilados.

c) **Percusión** (percutir campos pulmonares en región anterior, posterior y lateral).

- Sin alteraciones a la percusión.

d) **Auscultación** (focos valvulares –aórtico, pulmonar, tricúspideo, mitral y accesorio-, campos pulmonares, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, temperatura axilar).

- F.C. 90, Temp. 36.5,

- Pulsos cardíacos rítmicos, foco mitral se ausculta un primer ruido discretamente aumentado en su tonalidad, soplo sistólico.

- 4. **Abdomen** (pulso aórtico abdominal, red venosa colateral, delimitación de órganos abdominales – hígado-bazo-, líquido abdominal – ascitis -, peristaltismo, turgencia, hidratación y dolor).

- Abdomen blando, no hay hematomegalia, peristalsis normal.

- 5. **Genito-urinario** (identificación de globo vesical, inspección de genitales, percusión renal, dolor – identificación de posibles infecciones -).

- Presenta dolor de moderada intensidad en región renal.

- 6. **Extremidades** (pulso braquial, radial, femoral, popliteo, dorsal pedio y tibial, llenado capilar, coloración, dedos en “palillo de tambor”, coiloniquia, edema, sensibilidad, turgencia, temperatura, hidratación, dolor, toma de la presión arterial en ambos brazos y frecuencia cardíaca).

- Pulsos presentes con buen llenado capilar, miembro superior forma y volumen normal sin alteración articular, miembros inferiores, no hay limitación en los movimientos inícuos ni pasivos, T/A 110/65 derecha y T/A 110/70 izquierda.

VI. Exámenes de laboratorio y de gabinete

1. Exámenes de laboratorio

Grupo sanguíneo O positivo

TIPO	CIFRAS		OBSERVACIONES
	NORMALES	USUARIO	
			No recientes

2. Exámenes de gabinete

TIPO	OBSERVACIONES
E.C.O 2/Abril/96	<ul style="list-style-type: none"> - Válvula mitral: las valvas engrosadas con apertura en domo, la valva posterior está fija y existe un engrosamiento mínimo en aparato subvalvular. - Se calculó gradiente máximo de 11 mmHg, medio 5mmHg y AVM de .8cm insuficiencia mitral ligera. - Válvula aórtica extravalvar con valvas engrosadas, gradiente máximo 72 mmHg insuficiencia mínima. - Válvula tricúspide normal, estructuralmente con insuficiencia moderada a severa, gradiente de 40 mmHg

Comentarios generales

Paciente que tiene orden de internamiento para que le sea colocada una válvula biológica en la válvula mitral, por lo que se encuentra desorientada y preocupada debido a la intervención quirúrgica que se le practicará. Es tímida y desconfiada para demostrar a los demás lo que está sintiendo. Refiere usar una sola almohada para dormir, así como, disnea a medianos esfuerzos y periodos de diarrea de 2 a 3 días por semana, presentándose después del desayuno o de la comida sin causa aparente. Presenta periodos de insomnio, depresión y amigdalitis.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CONSULTA EXTERNA

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
8 de mayo de 1998	- Nutrición alterada relacionada con deterioro de la absorción de nutrientes manifestada con períodos diarréicos y disminución del peso corporal. (R.U. Mantenimiento del Aporte de Alimentos Suficientes)	1
	- Modificación de la propia identidad relacionada con pérdida física (válvulas cardíacas) manifestada por expresiones de la percepción del yo. (R.U. Mantenimiento del Equilibrio entre Soledad e Interacción Social)	2
	- Alteración de la identidad personal relacionada por el alejamiento de los contactos sociales. (R.U. Mantenimiento del Equilibrio entre Soledad e Interacción Social)	4
	- Déficit de actividades recreativas (R.U. Mantenimiento del Equilibrio entre Soledad e Interacción Social)	5
	- Alteración del patrón de sueño relacionado a estrés manifestado por períodos de insomnio. (R.U. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo)	3

PLAN DE INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería: Nutrición alterada relacionada con deterioro de la absorción de nutrientes manifestada con periodos diarreicos y disminución del peso corporal.

Objetivo de Enfermería:

- El paciente alcanzará y mantendrá una ingesta adecuada, mediante una dieta balanceada.
- El paciente logre el peso corporal ideal de acuerdo a edad y estatura para estar en óptimas condiciones antes de la intervención quirúrgica.

Período de trabajo: 8 – Mayo – Agosto 1998.

Consulta Externa

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar periódicamente la pérdida de peso real y obtener un peso corporal ideal, determinando las necesidades calóricas en la paciente. • Instruir a la paciente a que mantenga horarios establecidos para cada alimento (desayuno, comida y cena) y evitar alterarlos. • Mantener la dieta establecida con alimentos de alto contenido calórico. 		✓		<ul style="list-style-type: none"> • Registrar los alimentos y horarios en que los consume. • Registrar características de las evacuaciones.

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una dieta con las preferencias que sean manifestadas por la paciente. 	✓			
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente sobre los beneficios y la importancia de una buena nutrición antes de una intervención quirúrgica y para el desarrollo de las actividades que realiza diariamente 			✓	

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

78

PROGRESO / EVALUACIÓN

Se realiza valoración y registro periódicamente el peso corporal, cual a mejorado parcialmente, Lucy ha aumentado 3,500 mgr, en 2 meses, mejora su apetito, reconoce la importancia del estado nutrición, sigue la dieta establecida así como horarios prescritos para cada alimento. Continúa con periodos diarreicos, por lo que se canaliza con especialista para determinar etiología.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Modificación de la propia identidad relacionada con la pérdida física (válvulas cardiacas) manifestada por expresiones de la percepción del yo.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Motivar a la paciente a valorar sus capacidades, habilidades ante la vida.

PERÍODO DE TRABAJO: 8 DE MAYO AL 9 DE JULIO DE 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a la paciente que identifique el problema. • Solicitar a la paciente que escriba como se percibe y cuales serían sus metas más próximas. • Recomendarle nuevas opciones de métodos eficaces de enfrentarse a la situación actual (nuevas formas de percibir las características de la persona, la situación entre los demás y la filosofía de la vida) • Resaltarle sus cualidades como individuo. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 		<ul style="list-style-type: none"> • Escribir sus percepciones de sí misma. • Analizar la película "La vida es bella" • Escribir y comentar sus apreciaciones sobre la temática de la película.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy expresa sus sentimientos abiertamente, sus puntos de vista sobre el significado de la vida, sus percepciones de ella como individuo único y planea sus metas a corto y largo plazo.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón de sueño relacionado a estados de estrés manifestado por períodos de insomnio.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mejorar hábitos de descanso y sueño.

PLAZO: CORTO/MEDIANO/LARGO

PERÍODO DE TRABAJO: 8 – MAYO A JUNIO – 98

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Proponer actividades y técnicas de relajación que pueda llevar, a cabo al irse a dormir. • Proponer lecturas para que elija las que le llamen la atención. • Orientación sobre las ansiolíticos. 			✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar líquidos calientes o tibios al ir a acostarse. • Realizar lecturas de literatura de su interés al estar acostada para dormir.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy realiza lectura de libros que le interesa su temática para conciliar el sueño, apoyada con la administración de ansiolíticos prescrita por el psiquiatra, los cuales a disminuido paulatinamente, mejorando su patrón de sueño con las actividades y técnicas de relajación sugeridas.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la identidad personal relacionada por el alejamiento de los contactos sociales.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mejorar los canales de comunicación con las personas que la rodean (familiares, amigos). Favorecer la interacción social.

PERÍODO DE TRABAJO: 8 DE MAYO AL 28 DE MAYO DE 1998.

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicación que ratifiquen los sentimientos positivos como negativos (reflexión) • Alentar a la familia y amigos cercanos a que expresen sus sentimientos de culpa, pérdida, alivio. • Procurar información sobre las rutinas, servicios y facilidades del hospital. • Alentar a los miembros de la familia para que soliciten ayuda profesional (psicólogo o psiquiatra) • Comprometer a los miembros de la familia en el programa de autocuidado. 			✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicará a sus amigos y familiares más cercanos sus expectativas a corto y largo plazo en relación a su autocuidado

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy comunica a sus amigos y familiares cercanos sus expectativas de autocuidado, logrando el interés en participar en ello, para beneficio del estado de salud de la paciente.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de actividades recreativas.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Identificar las fuerzas y limitaciones para realizar actividades recreativas.

PERÍODO DE TRABAJO: 8 – MAYO AL 28 – MAYO 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a describir el patrón habitual de actividades recreativas. • Obtener información sobre los cambios deseables debido a la alteración en el estado de salud. • Ayudar a la paciente a identificar las limitaciones en la realización de actividades recreativas. • Alentar a la paciente a que manifieste sobre su propia experiencia. • Informar a la paciente sobre las opciones de las actividades recreativas disponibles en el entorno (musicoterapia, terapia de lectura). <p>Procurar soporte emocional y animar a la paciente.</p>		✓		<ul style="list-style-type: none"> • Proponer alternativas para la realización de actividades recreativas. • Averiguar ubicación de centros recreativos cerca de su domicilio. • Enlistar las actividades recreativas que le gustaría realizar
		✓		
		✓		
		✓		
			✓	
		✓		

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy menciona las actividades recreativas que le gusta realizar. Se inscribió en una escuela donde realizan actividades de cerámica, esto le ha permitido conocer a personas que le agrada la cerámica, se mantiene ocupada por la tarde en sus clases, lo que favorece para mantener una actitud menos estresante por su padecimiento cardiovascular.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucia Hernández Hernández

Servicio: Consulta Externa

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 14-Mayo-1998

Nº. Cama:

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardiaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
Consumo alimentos balanceados	✓			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extrefimientto		✓	
	Cuadro diarréico		✓	
	Drenajes		✓	
			✓	
Actividad y reposo	Insomnio nocturno		✓	
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene periodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla			
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social	✓		
	Busca atención		✓	
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		
	Consume alimentos irritantes	✓		
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor	✓		
	Esta angustiado/a	✓		
	Presenta estado de depresión	✓		
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a	✓		
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual	✓		
	Comportamiento pasivo	✓		
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas	✓		
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculto o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social	✓		
	Influye la religión en su forma de ser		✓	
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.	✓		
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad	✓		
	Desconocimiento de sus cuidados	✓		
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su	✓		
	Tratamiento			

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento relacionado con el padecimiento cardiaco manifestado por preocupación y temor.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: La paciente conocerá: el funcionamiento cardiaco, causas y efectos de la fiebre reumática.

PERÍODO DE TRABAJO: 14 de Mayo al 20 de Mayo 98

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AD	AE	
Exposición didáctica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía y Fisiología general del corazón. - ¿Qué son las válvulas cardiacas y cual es su función?. - ¿Qué es la Fiebre Reumática y cuáles son sus complicaciones?. - ¿Cuál es el tratamiento de la Fiebre Reumática?. 			✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus dudas sobre el funcionamiento del corazón. • Dibujar las partes generales del corazón. • Localizar las válvulas cardiacas en el dibujo realizado. • Explicar lo expuesto.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy es capaz de comprender donde se localiza, cuales son las estructuras que lo conforman (cavidades, válvulas cardiacas) y las funciones que realizan. Así como la importancia de éstas para la preservación de la vida.

Conoce que es la fiebre reumática, que daños ocasiona y en que consiste el tratamiento profiláctico y quirúrgico.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de autoconcepto relacionado con la percepción de la disfunción valvular manifestado por desinterés personal.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener positiva la autoimagen de la paciente en todo momento.

PLAZO: CORTO/MEDIANO/LARGO

PERÍODO DE TRABAJO: 14 DE MAYO - 98

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarla a que identifique sus cualidades personales. • Motivarla para mejorar su aspecto físico. • Alabar todos sus esfuerzos que haga para conseguir el objetivo establecido. • Involucrarla en la planificación y puesta en marcha del programa de autocuidado. • Canalizarla con el psicólogo. 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Describir sus cualidades (destrezas, habilidades). • Mejorar su aspecto físico. • Plantearse metas a corto plazo.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy identifica y describe sus capacidades y habilidades, mejoró su aspecto físico, escribió sus metas a corto y largo plazo.

Acude a las citas establecidas por el psiquiatra, evolucionando favorablemente, su estado depresivo de mayor a menor grado.

VALORACIÓN
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

I Aire	SI	NO	Comentarios
1. ¿Realiza cuidados para evitar molestias en su respiración?	✓		
2. ¿Estos cuidados han sido efectivos?	✓		
3. ¿Ha asistido al médico por molestias para respirar?		✓	
II Agua			
1. ¿Conoce la cantidad de líquidos que debe ingerir?	✓		
2. ¿Lleva a cabo este cuidado?	✓		
3. ¿Se le han hinchado sus pies o tobillos?		✓	
III Alimentación			
1. ¿Conoce la alimentación que debe seguir?	✓		
2. ¿Cumple con la alimentación que se le indicó?	✓		
IV Eliminación			
1. ¿Ha tenido molestias para defecar u orinar?	✓		Periodos diarreicos
2. ¿Ha realizado medidas para evitar estas molestias?	✓		
3. ¿Se han quitado sus molestias?		✓	Por periodos

	SI	NO	Comentarios
V Actividad y Reposo			
1. ¿Sabe que hacer cuando se fatiga?	✓		
2. ¿Siente mejoría con las medidas que usted realiza?	✓		
3. ¿Considera usted que sus periodos de descanso son suficientes?		✓	
VI Soledad e Interacción Social			
1. ¿Acostumbra visitar lugares recreativos?		✓	
2. ¿Le gusta conocer personas?	✓		
VII Peligros para la Vida Humana			
1. ¿Conoce medidas para prevenir accidentes?	✓		
2. ¿Las lleva a cabo?	✓		
3. ¿Ha sufrido accidentes?		✓	
VIII Normalidad			
1. ¿Se acepta usted tal como es?		✓	Por problema cardiaco
2. ¿Es usted una persona tranquila?	✓		
3. ¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud?		✓	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CONSULTA EXTERNA (VALORACIÓN POR TELÉFONO)

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
28 de Mayo, 4 de Junio 1998	<ul style="list-style-type: none">- Déficit de conocimiento sobre la autoexploración física (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).- Déficit de autoestima relacionada a su problema cardiovascular. (R.U. mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social)- Alteración del proceso de eliminación relacionado con la presencia de períodos diarreicos. (R.U. Provisión de cuidados para el proceso de eliminación)	<p>2</p> <p>3</p> <p>1</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del proceso de eliminación relacionado con la presencia de periodos diarreicos.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mejorar el proceso de eliminación, disminuyendo la presencia de periodos diarreicos.

PERÍODO DE TRABAJO: 28 –MAYO AL 9 DE JULIO – 98

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una exposición didáctica sobre los hábitos higiénico- dietéticos. • Enseñar como realizar la codificación de evacuaciones • Analizar los alimentos que consume normalmente. • Analizar las situaciones de estrés que maneja cotidianamente. • Proporcionarle un recetario de comidas para paciente cardiovascular. 	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar los alimentos consumidos antes de presentar periodos diarreicos • Realizar hábitos higiénico- dietéticos adecuados. • No consumir alimentos fuera de casa. • Desinfectar verduras y frutas que se vayan a consumir. • Registrar el código de evacuaciones.

				<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y anotar cuales menús le agradan del recetario proporcionado
--	--	--	--	--

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto Parcialmente

Lucy conoce y expresa con sus palabras en que consiste los hábitos higiénico-diatéticos que debe realizar al preparar los alimentos que consume. Elige algunos menús sugeridos para personas con problemas cardiovasculares.

Se continuará valorando el déficit que presenta en el proceso de eliminación.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento sobre autoexploración física.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Enseñar a la paciente a realizarse la autoexploración física..

PERIODO DE TRABAJO: 28 – MAYO AL 18 – JUNIO - 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente cordial para la enseñanza de la autoexploración física. • Enseñar como realizar la exploración física de cada una de las partes del cuerpo humano. • Ejemplificar la autoexploración física. • Motivarla a que exprese sus dudas e inquietudes. 	✓			<ul style="list-style-type: none"> • Expresará sus dudas sobre la autoexploración. • Reconocerá la importancia de autoexplorarse. • Realiza la autoexploración de mamas.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy reconoce y expresa por qué es importante la autoexploración. Es capaz de autoexplorarse, lo que le hace sentirse con las habilidades y aptitudes para participar en su autocuidado

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autoestima relacionada a su problema cardiovascular.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener positiva la autoestima de la paciente.

PERÍODO DE TRABAJO: 28 – MAYO – 18 JUNIO – 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarla a reconocer sus fortalezas y debilidades como persona. • Animarla a que exprese sus sentimientos sobre su padecimiento. • Explicarle la importancia de mantener una actitud positiva hacia sí misma. • Pedir a la paciente que identifique la problemática. • Fomentar el reconocimiento de sus logros. • Motivar a analizar sus habilidades y capacidades. • Reconocer la importancia del tratamiento del psiquiatra. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Describe sus fortalezas y debilidades. • Expresa sus sentimientos. • Realiza anotaciones donde se describe. • Continúa con el tratamiento prescrito por el psiquiatra. • Busca alternativas para mejorar su autoestima. • Analizar sus habilidades y capacidades

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto Parcialmente

Lucy expresa y analiza sus fortalezas y debilidades como persona, reconoce sus logros y lo importante que es llevar a cabo las recomendaciones del psiquiatra.

Se continua trabajando con actividades que le permitan a Lucy mejorar su autoestima, en colaboración con el psiquiatra.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucia Hernández Hernández

Servicio: Consulta Externa

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 18-Junio-1998

Nº. Cama:

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos	✓		
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardíaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
	Consumo alimentos balanceados	✓		

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extrñfimiento		✓	
	Cuadro diarréico	✓		En algunas ocasiones
	Drenajes		✓	
Actividad y reposo	Insomnio nocturno		✓	
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado	✓		Presenta periodos de debilidad y fatiga
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene periodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla		✓	
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social	✓		
	Busca atención		✓	
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		
	Consume alimentos irritantes		✓	
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a		✓	
	Presenta estado de depresión		✓	
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a		✓	
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual	✓		
	Comportamiento pasivo	✓		
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculto o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
	Influye la religión en su forma de ser	✓		
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.	✓		
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	
	Desconocimiento de sus cuidados		✓	
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su		✓	
	Tratamiento			

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CONSULTA EXTERNA

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
18 de Junio de 1998	- Intolerancia a la actividad que requiere esfuerzo físico relacionada a la disminución del gasto cardiaco manifestada por debilidad y fatiga (R.U. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y el reposo)	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad que requiere esfuerzo físico relacionada a la disminución del gasto cardiaco manifestada por debilidad y fatiga.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Que la paciente aprenda a reconocer el esfuerzo físico que requiere cada una de las actividades que realiza.

PERÍODO DE TRABAJO: 18 – JULIO – 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicarle que es el gasto cardiaco, como se ve afectado al realizar trabajos que requieren un gran esfuerzo físico. • Clasificación de actividades de acuerdo al esfuerzo físico que se requiere para su realización. • Explicar la importancia de alternar periodos de descanso con periodos de actividad física moderada. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Describirá las actividades que realiza cotidianamente. • Clasificará las actividades que requieren menor y mayor esfuerzo físico. • Evita trabajos que requieren mayor esfuerzo físico y que la fatigan. • Alterna periodos de reposo con actividad

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy conoce la causa que genera la fatiga al realizar actividades que requieren mayor esfuerzo físico de las que tiene permitido realizar.

Lucy no realiza grandes esfuerzos que la fatiguen, alterna periodos de descanso para reestablecer su energía.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucía Hernández Hernández
 Fecha: 09-Julio-1998

Servicio: Consulta Externa
 N°. Cama:

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.
 Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES	
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓		
	Disnea de moderados esfuerzos		✓		
	Disnea de grandes esfuerzos		✓		
	Cianosis		✓		
	Cansancio al ingerir alimentos		✓		
	Respira por boca y nariz		✓		
	Respiración agitada		✓		
	Cambios del ritmo cardiaco		✓		
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓		
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓		
	Sed		✓		
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓			
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓		
	Edema		✓		
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓		
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓		
	Se duerme al comer		✓		
	Anorexia		✓		
	Nauseas		✓		
	Vómito		✓		
	Come con horario establecido	✓			
	Desagrado por los alimentos		✓		
	Queda insatisfecha al comer		✓		
Consumo alimentos balanceados	✓				

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extremimiento		✓	
	Cuadro diarréico		✓	
	Drenajes		✓	
Actividad y reposo	Insomnio nocturno	✓		
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene periodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa		✓	
Soledad e interacción social	Se aísla			
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		Con familiares cercanos (padres y hermanos) sobre tratamiento Qx.
	Pide ayuda si la necesita		✓	
	Desempeño del rol social		✓	
	Busca atención		✓	
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		
	Consume alimentos irritantes		✓	
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a	✓		
	Presenta estado de depresión	✓		
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a		✓	
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual	✓		
	Comportamiento pasivo	✓		
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculto o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
	Influye la religión en su forma de ser	✓		
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.		✓	
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad	✓		
	Desconocimiento de sus cuidados		✓	
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento		✓	

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con la falta de sistemas de apoyo manifestado por la falta de comunicación.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Involucrar a los familiares y amigos en el autocuidado de la paciente.

PERÍODO DE TRABAJO: 09 – JULIO – 1998

CONSULTA EXTERNA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Procurar una información adecuada y correcta al paciente y otros allegados (amigos y parientes cercanos). • Alentar a la familia a que tenga participación en el programa de autocuidado de la paciente. • Discutir las reacciones habituales a los retos de salud como: ansiedad, dependencia y depresión. • Alentar a la paciente y miembros de la familia a que discutan las esperanzas mutuas sobre la alteración de salud. • Ayudar a los miembros de la familia a reconocer los cambios de rol de la paciente 			✓ ✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Expresará la necesidad de contar con el apoyo de amigos y familiares.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy manifiesta sus deseos de contar con el apoyo emocional de sus familiares y amigos, les comparte sus conocimientos sobre el padecimiento cardiovascular y las acciones de autocuidado.

- Realizar actividades que la recreen.				
--	--	--	--	--

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy adopta una posición mas positiva al reconocer lo importante de llevar a cabo el tratamiento para la alteración cardiovascular que tiene. Reconoce sus fortalezas para mejorar su estado de salud actual, propone actividades recreativas que denoten sus habilidades manuales. Manifiesta su confianza para cuestionar sus dudas e identifica a las personas con las que sabe puede contar en todo momento.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucia Hernández Hernández
 Fecha: 25-Julio-1998

Servicio: Domicilio
 N°. Cama:

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.
 Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardiaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓		
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
Consumo alimentos balanceados	✓			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extremamiento		✓	
	Cuadro diarréico		✓	
	Drenajes		✓	
				✓
Actividad y reposo	Insomnio nocturno	✓		
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene períodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla		✓	
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social		✓	
	Busca atención		✓	
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		
	Consume alimentos irritantes		✓	
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a	✓		
	Presenta estado de depresión	✓		
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a	✓		
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual	✓		
	Comportamiento pasivo	✓		
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculto o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
	Influye la religión en su forma de ser	✓		
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.	✓		
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	
	Desconocimiento de sus cuidados	✓		
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento		✓	Conflicto por la toma de decisión del tipo de prótesis valvular

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CONSULTA EXTERNA (VISITA DOMICILIARIA)

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
25 de Julio de 1998	- Conflicto relacionado con decisiones sobre elección del tipo de prótesis manifestado por miedo de no tomar la decisión correcta. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos)	2
	- Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica manifestada por incertidumbre y nerviosismo. (R.V. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos)	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica manifestada por incertidumbre y nerviosismo.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Disminuir el estado de ansiedad de la paciente sobre la intervención quirúrgica.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 – JULIO – 1998

DOMICILIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente tranquilo y de confianza. • Estimular la expresión de sus inquietudes y sentimientos. • Proporcionar explicaciones de los procedimientos y tratamientos. • Orientar a los familiares a cerca de los cuidados que va a requerir antes y después de la intervención quirúrgica. • Capacitar a la paciente y familiares sobre la participación antes y después de la intervención quirúrgica. 	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus expectativas de la intervención quirúrgica. • Explicar con sus propias palabras a sus familiares sobre el programa de autocuidado. • Explicar a sus familiares sobre sus planes a futuro. • Comentar los cuidados en que participará antes y después de la intervención quirúrgica.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo Cubierto

Lucy expresó con sus propias palabras en que consiste el programa de autocuidado, mencionó las actividades que realizará antes y después de la intervención quirúrgica. Los familiares se mostraron interesados y se comprometieron a apoyarla para que su estado de salud se reestablezca prontamente.

Lucy se siente motivada por el afecto e interés manifestado por los integrantes de su familia.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conflicto relacionado con decisiones sobre elección del tipo de prótesis manifestado por miedo de tomar la decisión correcta.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Que la paciente conozca las ventajas y desventajas de prótesis biológicas y mecánicas, para que tome la decisión más apropiada sin temor a equivocarse

PERÍODO DE TRABAJO: 25 – AGOSTO - 1998

C. EXTERNA DOMICILIO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria. • Exposición sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades del sistema cardiovascular, en especial la fisiología valvular. - Características de las prótesis valvulares. • Fomentar la toma de decisión entre el paciente, padres y hermanos. • Escuchar sus opiniones sobre el tema. • Explicarle la importancia de mantener una actitud positiva. 			✓ ✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Exprese sus sentimientos. • Dar a conocer sus puntos de vista. • Llegar a un acuerdo con sus familiares más significativos.

<ul style="list-style-type: none"> • Examinar con la paciente sus fuerzas y recursos (para tomar una decisión). • Explicar a la familia que las personas deben ajustarse a su propio ritmo de vida. 			<p>✓</p> <p>✓</p>	
---	--	--	-------------------	--

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

131

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy conoce las ventajas y desventajas de las prótesis biológicas y mecánicas, ella y sus familiares deciden que le sean implantadas las válvulas mecánicas el día de la intervención quirúrgica.

VALORACIONES DE ENFERMERÍA

PRE, TRANS Y POSCATETERISMO CARDIACO

11 – AGOSTO – 13 AGOSTO

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucía Hernández Hernández

Servicio: Consulta Externa

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 11-Agosto-1998

N°. Cama:

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardiaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
	Consume alimentos balanceados	✓		

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos		✓	
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extreñimiento		✓	
	Cuadro diarréico		✓	
	Drenajes		✓	
				✓
Actividad y reposo	Insomnio nocturno	✓		
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene períodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla		✓	
	Tiene dificultad para comunicarse		✓	
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social		✓	
	Busca atención	✓		
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		Tiene miedo por la realización del
	Consumo de alimentos irritantes		✓	cateterismo cardiaco
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a	✓		
	Presenta estado de depresión		✓	
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a	✓		
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual		✓	
	Comportamiento pasivo		✓	
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculto o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
Influye la religión en su forma de ser	✓			
Falta de participación en sus cuidados		✓		

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.		✓	
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	En relación al cateterismo
	Desconocimiento de sus cuidados	✓		
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento		✓	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CONSULTA EXTERNA (PRECATETERISMO)

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
11 de agosto de 1998	- Miedo en relación con cateterismo, posible cirugía y sus resultados. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos)	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Miedo en relación con cateterismo, posible cirugía y sus resultados.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: La paciente experimenta incremento del bienestar emocional y del sentimiento de control.

PERÍODO DE TRABAJO: 11 – AGOSTO – 1998

PRECATETERISMO CARDIACO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza entre la paciente y la familia. • Animar a la paciente y familia a expresar sus sentimientos y preocupaciones. • Explicarle que es un cateterismo cardiaco y lo que se espera de él antes y después. • Animarla a que se hable con otro paciente al que le hayan hecho cirugía valvular. • Orientarla sobre los cuidados prioritarios después del cateterismo: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la inmovilización y comprensión en el sitio de punción. 		✓ ✓	✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizará las preocupaciones específicas. • Describirá el procedimiento del cateterismo y lo que espera de éste. • Explicará en que consistirán los cuidados después del cateterismo.

<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos. - Monitorización cardiaca. - Valoración del compromiso neuro - circulatorio distal de miembro afectado. 				
--	--	--	--	--

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Lucy Expresó sus preocupaciones.

Preguntó detalles sobre cateterismo y cirugía cardiaca.

Conoce los cuidados y actividades del autocuidado después del cateterismo.

POSTCATETERISMO

OBSERVACIONES

13 DE AGOSTO DE 1998

A Lucy se le realizó cateterismo cardiaco izquierdo, se le efectúa ventriculografía y aortografía por punción arterial y vena femoral izquierda.

Hallazgos:

1. Estenosis mitral pura, con gradiente máximo post esfuerzo y PCP de 14 mmHg.
2. Doble lesión Ao con gradiente sistólico pico a pico entre VI y Ao de 72 mmHg con insuficiencia mínima.
3. Onda v de trazo auricular de 14 mmHg (aurícula derecha)
4. HAP ligera con PSAP 34 mmHg.

PCP	14 – 20 mmHg	PSUI	6 mmHg
PDAP	18 mmHg	PMAP	24 mmHg
PSAo	108 mmHg	PMAD	9 mmHg
PSAF	108 mmHg	PDAo	80 mmHg
		PDAF	80 mmHg

Sat. VCS 71.9%

Sat. VI 94.9%

Gasto sistémico 3.53 ltr.

Lucy no presenta datos de sangrado MPI, con llenado capilar retardado 7", hipotermia MPI. Pulso poplíteo, tibial posterior y pedio presentes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

TRANS Y POSCATETERISMO CARDIACO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
13 de agosto de 1998	- Riesgo potencial de trastorno hemodinámico relacionado con la realización del cateterismo cardiaco. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1
	- Riesgo potencial de hemorragia en miembro pélvico izquierdo relacionado a punción de arteria femoral por la realización del cateterismo cardiaco. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	2

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de trastorno hemodinámico relacionado con la realización de cateterismo cardiaco.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Vigilar el estado hemodinámico de la paciente para actuar con prontitud ante cualquier eventualidad durante el procedimiento. (cateterismo).

PERÍODO DE TRABAJO: 13 – AGOSTO – 1998

TRANSCATETERISMO CARDIACO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el funcionamiento de los aparatos electromédicos de la sala de hemodinamia. • Verificar que el material y equipo esté listo para el procedimiento. • Disponer de equipo y medicamentos de emergencia para tratamiento de arritmias. • Colaborar en la instalación de la paciente en la mesa fluoroscópica. • Monitorización electrocardiaca gráfica y de signos vitales constantemente. • Vigilar cambios electrocardiográficos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 			<ul style="list-style-type: none"> • Tratará de mantenerse relajada y tranquila durante el procedimiento • Manifestará cualquier malestar físico que se le presente. • Colaborará en la realización de las indicaciones que se le especifiquen durante el procedimiento.

<ul style="list-style-type: none"> • Corroborar permeabilidad endovenosa. • Orientar a la paciente sobre lo que se le realiza. • Manejo de soluciones cristaloides. • Vigilar estado de conciencia. • Llevar a cabo control estricto de líquidos. • Valorar signos de reacción alérgica al medio de contraste. • Anotar lo realizado durante el procedimiento. • Registrar los hallazgos. • Fijación de catéteres. • Valorar datos de sangrado del sitio de punción. 	✓		✓	
--	---	--	---	--

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROCESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto.

Lucy cursa durante el periodo de realización del cateterismo cardiaco sin complicaciones hemodinámicas. Los hallazgos durante el procedimiento son: estenosis mitral pura, doble lesión aórtica, estenosis tricuspídea e hipertensión de la arteria pulmonar ligera.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de hemorragia en miembro pélvico izquierdo relacionado a punción de arteria femoral por la realización de cateterismo cardiaco.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener el MPI sin compromiso neurocirculatorio y con ausencia de hemorragia.

PERÍODO DE TRABAJO: 13 – AGOSTO - 1998

POST CATETERISMO CARDIACO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la paciente en reposo absoluto con inmovilización del miembro pélvico izquierdo. • Colocación de costal de arena en sitio de punción por 4 horas. • Vigilar datos de rash cutanea por reacción a medio de contraste y soluciones antisépticas. • Mantener la pierna izquierda por debajo del nivel cardiaco. • Valorar constantemente el pulso poplíteo, tibial posterior y pedio. • Valorar llenado capilar y temperatura del miembro afectado. 	✓			<ul style="list-style-type: none"> • Colabora en mantener la inmovilización de MPI. • Solicita ayuda cuando lo requiera. • Consume suficientes líquidos para eliminar el medio de contraste. • Consume la alimentación prescrita.

• Mantener pierna izquierda con calor local.	✓			
• Control de SU cada 2 horas.	✓			
• Orientar a la paciente sobre la ingesta de líquidos para eliminar el medio de contraste.		✓		
• Motivarla a que pida ayuda para colocación de cómodo.		✓		
• Asistencia en la alimentación.	✓	-		

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy no presenta hemorragia pierna izquierda.

Los pulso popliteo, tibial posterior y pedio mejoran su intensidad y frecuencia, la temperatura y llenado capilar evolucionan favorablemente, sin complicación alguna.

Lucy consume adecuadamente líquidos y sus alimentos. Colabora en sus cuidados.

**VALORACIONES DE ENFERMERÍA
EN HOSPITALIZACIÓN**

PRE, TRANS Y POSOPERATORIAS

20 – AGOSTO AL 15 - SEPTIEMBRE

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucía Hernández Hernández

Servicio: Cardiología Adultos

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 20-Agosto-1998

Nº. Cama:

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardiaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed	✓		
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
Consumo alimentos balanceados	✓			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Estreñimiento		✓	
	Cuadro diarreico		✓	
	Drenajes		✓	
				✓
Actividad y reposo	Insomnio nocturno	✓		
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias	✓		
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene periodos de descanso	✓		
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla		✓	
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social		✓	
	Busca atención		✓	
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		
	Consume alimentos irritantes		✓	
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a	✓		
	Presenta estado de depresión		✓	
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a		✓	
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual		✓	
	Comportamiento pasivo		✓	
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad		✓	
	Angustia por el cambio	✓		Angustia en relación a intervención Qx.
	Oculta o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
	Influye la religión en su forma de ser	✓	✓	
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.		✓	
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	
	Desconocimiento de sus cuidados	✓		En el PRF y pos-operatorio.
	Control de anticoagulantes		✓	
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento		✓	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN PREOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
20 de agosto de 1998	- Déficit de conocimiento relacionado con el tratamiento quirúrgico manifestado a través de preguntas. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1
	- Déficit de conocimientos sobre la preparación preoperatoria. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	2

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento relacionado con el tratamiento quirúrgico manifestado a través de preguntas.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- La paciente experimentará un despertar seguro y confortable de la cirugía.
- Conocerá medidas preventivas, de detección y tratamiento de posibles complicaciones

PERÍODO DE TRABAJO: 20 – AGOSTO – 1998

PREOPERATORIO

152

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición didáctica del cambio valvular (implicaciones metabólicas) • Facilitar interacción en la exposición. • Decir la duración aproximada de la recuperación. • Adiestramiento de la utilización del espirómetro incentivo. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes y después de la cirugía el paciente: - Explicará con sus propias palabras el tipo de cirugía a realizársele.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la movilización corporal después de la cirugía. • Descripción de los procedimientos que se le realizarán en sala de quirófano. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Describir el plan de autocuidado pre y postoperatorio y las razones del mismo. - Expresar sus preocupaciones, ansiedad y temores en relación a la cirugía

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy es capaz de expresar con sus palabras el tipo de cirugía que se le realizará, conoce el plan de autocuidado pre y posoperatorio, así como su participación en este por lo que disminuye su estado de ansiedad.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre la preparación preoperatoria.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Proporcionar enseñanza preoperatoria para la cirugía de cambio valvular.

PERÍODO DE TRABAJO: 20 AL 25 DE AGOSTO – 1998

PREOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente y familiares cercanos sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El propósito de la unidad de cuidados intensivos posoperatorios. - Tiempo que pueden permanecer los visitantes en la unidad de cuidados intensivos. - La preparación física inmediata que se realiza antes de que el paciente entre a quirófano. - La necesidad de que el paciente practique los ejercicios de respiración profunda y de tos que le serán necesarios después de la operación. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresará todas sus dudas. • Explicará con sus palabras el propósito de la unidad de terapia intensiva. • Utilizará adecuadamente el espirómetro incentivo. • Realiza ejercicios de respiración profunda y tos.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza sobre la utilización del espirómetro incentivo. - Se anticipa que el paciente necesitará administración de oxígeno por un aparato de respiración artificial intermitente, explicándole la forma en que trabaja. - Se le enseñan los ejercicios que tendrá que hacer antes y después de la cirugía; la situación del paciente permitirá solo ejercicios pasivos. - Asegurar al paciente que se le administrarán analgésicos para el control del dolor posoperatorio. - Explicación detallada del procedimiento quirúrgico, de lo que va a suceder en el periodo posoperatorio. - Descripción de las sondas, catéteres, bombas de infusión, monitores y alarmas. 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy reconoce cual es el propósito de la estancia en la unidad de cuidados intensivos, sabe de los aparatos electromédicos a los cuales estará conectada. Aprendió las técnicas de respiración profunda y tos, así como la adecuada utilización del espirometro incentivo que utilizará después de la operación quirúrgica. Se le aclaran todas sus dudas.

PERIODO TRANSOPERATORIO

OBSERVACIONES

25 DE AGOSTO DE 1998

Ingresa a la sala de quirófano consciente, angustiada, cooperadora en la realización de procedimientos iniciales. Se inicia monitoreo: E.C.G., Oxímetro de pulso, capnografo, se instala cateter de swan ganz, linea arterial y cateter central.

Se induce anestesia y se intuba con sonda orotraqueal del N° 8.

Se mantiene estable durante el procedimiento quirúrgico en donde se le realiza:

- Cambio de válvula Tricuspídea por prótesis INC biológica de .32 mm.
- Cambio de válvula Mitral por prótesis mecánica Metronic Hall de 25 mm.
- Cambio de válvula Aórtica por prótesis mecánica Metronic Hall de 20 mm.

Sale de Bomba de circulación extracorporea sin problema alguno y es egresada a la Unidad de Terapia Posquirúrgica con los siguientes parámetros:

T/A 130/96 FC 112 X¹ Temp. 35.5° C.

Co₂ 31 Sato₂100% (bajo ventilación asistida).

POSTOPERATORIO

OBSERVACIONES

25 DE AGOSTO DE 1998

HORA: 14:20

Ingres a la Unidad de Terapia Intensiva Posquirúrgica T/A 130/96 FC 112 Sato₂ 100%, taquicardia sinusal, con tendencia a hipertensión arterial manejada NTG a dosis respuesta. PCP - -12 mmHg manejo de volumen discretamente, datos gasométricos excelentes, diuresis con buen volumen, drenajes retroesternales con moderado sangrado, manejada con administración de plaquetas, plasma y concentrado eritrocitario.

Válvulas normofuncionantes, se ausculta frote pericardiaco continuo, pulmones bien ventilados, heridas quirúrgicas en buen estado, pulsos periféricos normales sin indicios de injurgitación yugular, abdomen sin anomalías.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN TRANS Y POSOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
25 de agosto de 1998	- Alteración del estado hemodinámico relacionado a intervención quirúrgica. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1
	- Riesgo potencia de la alteración de la integridad de la piel relacionado a la inmovilidad y estasis. (R.U. Mantenimiento del aporte de agua suficiente)	6
	- Riesgo potencial de arritmias cardíacas (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	2
	- Riesgo potencial de bajo gasto cardíaco. (R.U. Mantenimiento del aporte de agua suficiente)	3
	- Riesgo potencial de hemorragia relacionado (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	5
	- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con retención de secreciones manifestado por presencia de esteroides pulmonares. (R.U. Mantenimiento del aporte de agua suficiente)	4

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del estado hemodinámico relacionado a intervención quirúrgica.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- Vigilar y mantener un estado hemodinámico estable.
- Vigilar constantemente los parámetros hemodinámico con la finalidad de prevenir complicaciones posoperatorias.

PERÍODO DE TRABAJO: 25- AGOSTO- 1998

POSTOPERATORIO INMEDIATO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Instalar al paciente en su unidad. • Conectar el paciente al ventilador verificando los parámetros indicados por el médico. • Monitorización electrocardiográfica con límites de alarma. • Conectar la línea arterial con el transductor y verificar la permeabilidad de la línea y de la confiabilidad de las curvas de presión del monitor. • Fijar el catéter arterial. 	✓ ✓ ✓ ✓ ✓			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Conectar el pleurovac a succión y cuantificar el drenaje, inicialmente cada 5 minutos hasta estabilización. • Fijar el drenaje urinario y cuantificar diuresis. • Toma y registro signos vitales. • Toma de electrocardiograma. • Fijar cánula endotraqueal evitando obstrucción en las líneas. • Valoración: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Signos vitales con revisión de sistemas (neurológicos, pulmonar, cardiaco, circulatorio, gastrointestinal, genitourinario, integumentario). ➤ Hemodinámica (CIC, PCP, RVS). ➤ Control estricto de líquidos. 	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Balances parciales y totales. ➤ Aspecto de la herida quirúrgica. ➤ Color y cantidad de drenaje/ tipo de drenaje. ➤ Tratamiento farmacológico • Curación de catéteres. • Vigilar y reportar presencia de arritmias cardiacas. • Toma de muestra de laboratorio: Química sanguínea, electrolitos, biometría hemática, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y gasometría arterial y venosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Lucy se mantiene con parámetros hemodinámicos estables, no presenta complicaciones.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de arritmias cardíacas.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Prevenir la presencia de arritmias cardíacas que comprometan su estado de salud.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 – AGOSTO – 1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila la actividad eléctrica del corazón (E.C.G.) con monitor cardíaco. • Toma y valoración de electrolitos sericos (K, Na, Ca,) principalmente. • Toma y valoración de gasometrías arteriales. • Administración de medicamentos antiarrítmicos en caso necesario. • Hablarle a la paciente para que se sienta tranquila. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy ingresa UTI con taquicardia sinusal, la cual se resuelve sin presentar ninguna complicación en las primeras horas del posoperatorio. Se encuentra un poco inquieta sin embargo obedece las indicaciones y colabora en la medida de lo posible en los cuidados que se le proporcionan.

Recibe a familiares los cuales le demuestran su afecto y apoyo.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de bajo gasto cardiaco.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener un gasto cardiaco en condiciones adecuadas.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 – Agosto – 1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de la valoración hemodinámica (G.C, FC, T/A, PVC). • Valoración del estado neurológico cada 2 horas: nivel de conciencia, tamaño de las pupilas, simetría y reacción a la luz, movimientos de extremidades. • Determinación y registro de los ingresos intravenosos cada hora. • Determinación y registro de los egresos: gasto urinario cada hora, se revisa drenajes retroesternales, apósitos, sonda orogástrica. • Se vigila actividad eléctrica del corazón (E.C.G.) 	✓ ✓ ✓ ✓ ✓			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy cursa con valores de G.C. dentro de parámetros normales, no presentando en las primeras horas del periodo posoperatorio complicación que comprometa su estado hemodinámico.

Responde a estímulos verbales.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con retención de secreciones manifestado por presencia de estertores pulmonares.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

- Mantener limpia de secreciones la vía aérea.
- Mejorar el intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 – Agosto – 1998

POSOPERATORIO MEDIATO

167

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente sobre el procedimiento de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, naso y orofaringea. • Asegurar el funcionamiento del equipo de aspiración. • Mantener y seguir los principios de asepsia durante el procedimiento. • Hiperoxigenar a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	-		<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar el efecto tusígeno cuando se le indique. • Colaborar para la aspiración de secreciones. • Realizar respiraciones profundas cuando se le indique.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar aspiraciones por tubo endotraqueal, naso y orofaríngea. • Monitorización de estado cardíaco pulmonar durante y después de aspiración. • Reposición de la paciente. • Reevaluar el estado respiratorio de la paciente. • Poner cómoda a la paciente. 	✓			
	✓			
	✓			
	✓			
	✓			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy presenta reflejo tusígeno efectivo y colabora con lo indicado durante el procedimiento de aspiración de secreciones bronquiales. Se mantienen vías aéreas libres de secreciones, realizando procedimiento las veces que son necesarias.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de hemorragia.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Prevenir presencia de hemorragia que pueda ocasionar estado de choque.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 Agosto – 1998

POSOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de drenajes retroesternales. • Valoración cuantitativa y de características del drenaje. • Administración de elementos sanguíneos: plaquetas, plasma y concentrado eritrocitario. • Brindar los cuidados pre, trans y posadministración de los derivados sanguíneos (toma y registro de signos vitales, vigilancia de datos de reacción alérgica) • Vigilar datos de sobre carga cardíaca. • Valorar tiempos de coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 			<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar con señales si siente cualquier malestar durante y después de la administración de derivados sanguíneos.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy se mantiene las primeras horas con drenaje retroesternal con sangrado moderado, por lo cual le son administradas plaquetas, plasma y concentrado eritrocitario, no presentando ninguna alteración pre, trans y posadministración. Mejora sus tiempos de coagulación y se continúa con vigilancia estrecha.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de la alteración de la integridad de la piel relacionado a la inmovilidad y estasis.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener la integridad de la piel evitando así posibles complicaciones.

PERÍODO DE TRABAJO: 25 - AGOSTO -1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales frecuentes c/2 horas. • Masaje en las prominencias óseas, puntos de presión, si la piel esta pálida e íntegra. • Mantener la piel seca y limpia. • Realizar ejercicios activo-pasivos sobre todo en las extremidades superiores e inferiores. • Mantener un balance de líquidos adecuado y riguroso. • Vigilar presencia de edema. 	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓		Efectuar ejercicios activo-pasivos dentro de sus posibilidades

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy mejora y mantiene una circulación sanguínea adecuada. No presenta zonas de presión. Participa en la ejecución de ejercicios activo-pasivos.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucía Hernández Hernández

Servicio: UTI Posquirúrgica

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 26-Agosto-1998

Nº. Cama: 512

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	Nebulizaciones continuas
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardíaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		Apoyado con administración endovenosa
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos	✓		Dificultad para la deglución.
	Queda insatisfecha al comer		✓	
Consumo alimentos balanceados	✓			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos	✓		
	Uso de laxantes		✓	
	Incontinencia urinaria		✓	
	Disuria		✓	
	Extrefimiento		✓	
	Cuadro diarreico		✓	
	Drenajes		✓	
				✓
Actividad y reposo	Insomnio nocturno		✓	
	Pesadillas		✓	
	Sueño menor de 8 hr diarias		✓	
	Sueño mayor de 16 hr diarias		✓	
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado		✓	
	Se cansa fácilmente		✓	
	Tiene periodos de descanso	✓		Debilidad motriz fuera de la cama.
	Realiza actividad recreativa	✓		
Soledad e interacción social	Se aísla		✓	
	Tiene dificultad para comunicarse	✓		Disfonia por intubación endotraqueal
	Pide ayuda si la necesita	✓		
	Desempeño del rol social		✓	
	Busca atención	✓		
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno	✓		Dolor en herida Qx.
	Consumo de alimentos irritantes		✓	
	Tiene problemas con la vista		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos	✓		
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado	✓		Periodos de somnolencia.
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico	✓		
Normalidad	Cambios de estado de humor		✓	
	Esta angustiado/a		✓	
	Presenta estado de depresión		✓	
	Se irrita fácilmente		✓	
	Sensible a críticas		✓	
	Ansioso/a		✓	
	Apático/a		✓	
	Falta de contacto visual		✓	
	Comportamiento pasivo	✓		
	Cambio en el estilo de vida		✓	
	Temor al rechazo por otras personas		✓	
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo		✓	
	Sentimientos de incapacidad	✓		
	Angustia por el cambio	✓		
	Oculta o expone en exceso su cuerpo		✓	
	Cambios en la participación social		✓	
	Influye la religión en su forma de ser	✓		
	Falta de participación en sus cuidados		✓	

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.		✓	
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	
	Desconocimiento de sus cuidados		✓	
	Control de anticoagulantes	✓		
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento		✓	

POSTOPERATORIO

OBSERVACIONES

26 DE AGOSTO DE 1998

SEGUNDO DÍA

La paciente cursa periodos de somnolencia.

Signos vitales T/A 100/60, FC 72 x' FR 20 x'.

Continua con apoyo ventilatorio en modo SIMV, afebril, ruidos protésicos dentro de lo normal, sondas drenando líquido hemático escaso.

Este día a las 22:45 horas se extubo en forma exitosa, manteniendo buen intercambio gaseoso.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN UTI POSOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
26 de agosto de 1998	- Riesgo potencial de heridas y caídas asociadas con debilidad motriz. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	2
	- Riesgo potencial infección de vías urinarias debido a sondeo vesical (R.U. Provisión de cuidados para el proceso de eliminación)	4
	- Alteración del confort relacionado con el dolor de herida quirúrgica manifestada por facies de angustia. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1
	- Dificultad para la deglución relacionada a efectos de la intubación manifestada por edema y dolor a nivel de faringe. (R.U. Mantenimiento del aporte de alimentos suficientes)	3

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del confort relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestada por facies de angustia.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Disminuir el dolor y mejorar las condiciones de comodidad

PERÍODO DE TRABAJO: 26 -- AGOSTO - 1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Colocarla en posición cómoda. • Anotar localización, tipo e inicio del dolor. • Hacer medida subjetiva del dolor, en una escala del 1 al 10, siendo el 10 el más intenso. • Valorar FC y T/A. • Administración de analgésico previa autorización médica. • Hacer que el ambiente sea lo más tranquilo posible. • Conversar con la paciente para mitigar su angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una postura apropiada • Controlar el ritmo de la respiración. • Mantener relajada y lo más posible tranquila dentro de sus posibilidades.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy mejora su estado de confort, disminuye la intensidad del dolor de herida quirúrgica con la administración de analgésicos.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de heridas y caídas asociado con debilidad motriz.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Evitar el riesgo de heridas y caídas durante la deambulaci3n

PERÍODO DE TRABAJO: 26 AL 28 DE AGOSTO - 1998

POSTOPERATORIO TARDÍO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a la paciente para que realice periodos de descanso durante la deambulaci3n. • Enseñar técnicas de relajaci3n. • Colaborar en la incorporaci3n paulatina para iniciar la deambulaci3n temprana. 		✓		<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar para realizar deambulaci3n temprana. • Incorporarse paulatinamente, con precauci3n y vigilancia.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACI3N

PROGRESO / EVOLUCI3N

Objetivo cubierto

Lucy inicia la deambulaci3n temprana, utiliza técnicas de relajaci3n, realiza periodos de descanso para recuperar energa, su estado de salud se ve mejorado.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dificultad para la deglución relacionada a efectos de la intubación manifestada por edema y dolor a nivel de faringe.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mantener una ingesta adecuada de alimentos (dieta blanda y líquidos).

PERÍODO DE TRABAJO: 26 –Agosto – 1998

POSOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia en su alimentación en los horarios establecidos. • Vigilar y solicitar dieta blanda y líquida. • Partir en trozos pequeños los alimentos para evitar molestias al deglutirlos. • Insistir en una ingesta adecuada de líquidos orales. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 		<ul style="list-style-type: none"> • Consumir una cantidad adecuada de alimentos líquidos orales.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy consume en cantidad adecuada sus alimentos y líquidos orales, la dieta blanda dada en porciones pequeñas causan menos molestias al deglutirlos.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial infección de vías urinarias debido a sondeo vesical

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Prevenir la infección del tracto urinario.

PERÍODO DE TRABAJO: 26 AL 28 DE AGOSTO - 1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el sistema de drenaje cerrado. • Estimular la ingesta de líquidos. • Empezar ejercicios de entrenamiento vesical, pinzando la sonda para determinar si la paciente puede percibir el llenado de la vejiga. • Valorar la distensión vesical mientras se pinza la sonda. • Observar y valorar la distensión y la necesidad de despinzar. • Vigilar las características de diuresis (densidad, pH, color, olor) 	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos lo más pronto posible. • Manifestar cualquier malestar por pintamiento de la sonda vesical.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy no presenta datos de infección de vías urinarias, mantiene un drenaje urinario adecuado con características macroscópicas normales.

POSTOPERATORIO

OBSERVACIONES

27 DE AGOSTO DE 1998

HORA: 09:30

TERCER DÍA

Alerta con tendencia a la somnolencia, hemodinamicamente estable. Signos vitales T/A 100/80 FC 88 x' PUC 10cc, Temp. 36°, drenaje de sondas retroesternales de líquido serohemático escaso, por lo que se retiran los drenajes.

Es manejada con nebulizador 40%, herida quirúrgica limpia sin datos de infección o sangrado, no se palpa inestabilidad de esternón. Inicia anticoagulación con infusión de heparina.

Egresada de la Unidad de Terapia Intensiva Posquirúrgica a hospitalización a las 12:30 horas.

GLISEMIA 136 MG/DL

K 4.4 meg.

T/A 100/80 x' FR 14 x' Temp 36°

POSTOPERATORIO (HOSPITALIZACIÓN)

OBSERVACIONES

27 DE AGOSTO DE 1998

HORA: 12:30

TERCER DÍA

Exploración física

Ingresa consciente, cooperadora con tendencia a la somnolencia.

Cuello: con presencia de cateter central en cara lateral derecha, sin datos ingurgitación yugular.

Traquea: desplazable, con dolor ligero, pulsos carotideos sincrónicos, no fremitos, sin presencia de megalias.

Torax: Herida quirúrgica central esternal limpia presencia de exudados. Mamas simétricas turgentes. Electrodo epicardico sin presencia de secreción en sitio de implantación. Movimientos de amplexación y amplexión de frecuencia e intensidad normales, murmullo vesicular conservado.

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad. Válvula posición mitral con ligero retumbo, válvula Aórtica ligero soplo regurgitante con chasquido de apertura normal.

Abdomen: con peristaltismo normoactivo, no megalias.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo.

Extremidades: simétricas, sin edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar distal aprox. 4".

Signos vitales:

T/A 100/80 FC 85 x' FR 25 x'

Temp. 36°

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN POSOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
27 de agosto de 1998	- Riesgo potencial a proceso infeccioso de herida quirúrgica. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	3
	- Potencial alteración intestinal (estreñimiento) debido a la inactividad. (R.U. Provisión de cuidados para el proceso de eliminación).	2
	- Incapacidad para eliminar las secreciones de las vías aéreas bajas relacionado a congestión pulmonar manifestado por estertores. (R.U. Mantenimiento de aporte de aire suficiente)	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Incapacidad para eliminar las secreciones de las vías aéreas bajas relacionado a congestión pulmonar, manifestado por estertores.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Mejorar la ventilación a través de una buena higiene de las vías aéreas bajas.

PERÍODO DE TRABAJO: 27 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE 1998

POSOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Motivar y supervisar el uso apropiado y periódico del espirómetro incentivo. • Enseñarle como debe toser de manera efectiva sin lastimar su herida quirúrgica. • Realización de fisioterapia pulmonar cada 2 horas por quince minutos con palmopercusión. • Vigilar y orientar para mejorar la ingesta de líquidos orales. • Vigilar la administración de nebulizaciones continuas. 	✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del espirómetro incentivo adecuadamente y de forma periódica. • Utilizar un cojín de apoyo de tórax al toser.
	✓			
	✓			

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy mejora la efectividad de toser, la utilización del espirómetro incentivo, expectoración eficaz, vías aéreas bajas con ausencia de estertores pulmonares.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Potencial alteración intestinal (estreñimiento) debido a la inactividad.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Prevenir el estreñimiento intestinal.

PLAZO: CORTO/MEDIANO/LARGO

PERÍODO DE TRABAJO: 27 AL 28 DE AGOSTO - 1998

POSTOPERATORIO (HOSP)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una adecuada ingesta de líquidos. • Proporcionar dieta rica en fibra. • Fomentar la deambulación temprana. • Vigilar y registrar código de evacuaciones. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar y notificar los problemas intestinales. • Ingerir líquidos adecuadamente.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy mantiene una ingesta adecuada de alimentos y líquidos, ha mejorado su patrón intestinal con la deambulación temprana.

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial a proceso infeccioso de herida quirúrgica

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Prevenir cualquier proceso infeccioso de herida quirúrgica.

PERÍODO DE TRABAJO: 27 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE - 1998

POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Baño regadera asistido. • Curación de herida quirúrgica. • Vigilar el proceso de cicatrización de la herida. • Proporcionar ayuda para higiene personal. • Ayudar en el aseo y mantener la herida quirúrgica seca 	✓	✓ ✓ ✓		<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar datos de herida quirúrgica como: <ul style="list-style-type: none"> - Bordes enrojecidos. - Salida de material purulento y fétido. - Calor local.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy cursa con un proceso de cicatrización de herida quirúrgica sin datos de infección, realiza una continua vigilancia, así como el aseo de manera efectiva de esta.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN TRANS Y POSOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
28 de Agosto de 1998	- Modificación del nuevo rol, relacionada con una alteración de la forma de vida manifestada por sentimientos de frustración. (R.U. mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social)	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Modificación del papel (rol) relacionada con una alteración de la forma de vida manifestada por sentimientos de irritación.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Que la paciente sea capaz de identificar las habilidades y capacidades del nuevo rol.

PERÍODO DE TRABAJO: 28 – AGOSTO - 1998

HOSPITALIZACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizarla verbalmente (asegurándole que contará con ayuda siempre que sea posible) • Proporcionarle una atmósfera de aceptación. • Animarla a expresar sus sentimientos. • Escucharla con atención. • Dar respuesta a los sentimientos expresados por la paciente. • Fomentarle el reconocimiento de los diversos papeles de la persona a lo largo de su vida. 	✓		✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus sentimientos e inquietudes sobre su nuevo rol. • Analizar las alternativas para adaptarse al nuevo rol. • Identificar sus habilidades y capacidades.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de nuevas habilidades (apropiadas para su rol de vida como: actividades manuales que no impliquen demasiado esfuerzo físico). • Analizar las actividades que favorezcan su autonomía. • Fomentar los esfuerzos encaminados al logro de objetivos realistas. • No forzar la adaptación rápida de la persona al cambio, aceptando su modelo particular de ajuste. • Involucrar a la familia a reconocer habilidades y capacidades para adoptar el nuevo rol de la paciente. 		✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Proponerse nuevas actividades que favorezcan su desarrollo personal.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy expresa sus inquietudes y alternativas para desarrollar su nuevo rol. Una vez que ya ha sido intervenida quirúrgicamente, analiza sus habilidades y capacidades para mejorar su desarrollo personal.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente: Lucía Hernández Hernández

Servicio: Cardiología Adultos

Enfermera: Ma. De Jesús Pérez H.

Fecha: 02 – Septiembre -1998

N°. Cama: 715

Expediente: 202052

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos		✓	
	Disnea de moderados esfuerzos		✓	
	Disnea de grandes esfuerzos		✓	
	Cianosis		✓	
	Cansancio al ingerir alimentos		✓	
	Respira por boca y nariz		✓	
	Respiración agitada		✓	
	Cambios del ritmo cardiaco		✓	
Agua	Aumento de temperatura corporal		✓	
	Piel y mucosa reseca y deshidratada		✓	
	Sed		✓	
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml	✓		
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml		✓	
	Edema		✓	
	Higiene deficiente (Baño, aseos)		✓	
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer		✓	
	Se duerme al comer		✓	
	Anorexia		✓	
	Nauseas		✓	
	Vómito		✓	
	Come con horario establecido	✓		
	Desagrado por los alimentos		✓	
	Queda insatisfecha al comer		✓	
Consumo alimentos balanceados	✓			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos		✓	
	Tiene problemas con el tacto		✓	
	Tiene problemas con el olfato		✓	
	Estado de alerta alterado		✓	
	Hemorragias		✓	
	Presencia arritmias		✓	
	Infecciones		✓	
	Cateter central o periférico		✓	
Normalidad	Cambios de estado de humor			
	Esta angustiado/a			
	Presenta estado de depresión			
	Se irrita fácilmente			
	Sensible a críticas			
	Ansioso/a			
	Apático/a			
	Falta de contacto visual			
	Comportamiento pasivo			
	Cambio en el estilo de vida			
	Temor al rechazo por otras personas	✓		
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo			
	Sentimientos de incapacidad			
	Angustia por el cambio			
	Oculto o expone en exceso su cuerpo	✓		Trastorno de imagen corporal por cicatriz de herida quirúrgica.
	Cambios en la participación social			
	Influye la religión en su forma de ser			
	Falta de participación en sus cuidados			

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN POSOPERATORIO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
2 de septiem. de 1998	- Trastornos de la imagen corporal relacionado por cicatriz de herida quirúrgica y ruido de valvulas mecánicas manifestado por irritabilidad e inquietud (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastornos de la imagen corporal relacionado por cicatriz de herida quirúrgica y ruido de válvulas mecánicas manifestado por irritabilidad e inquietud.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Propiciar la aceptación en relación a su imagen corporal.

PERÍODO DE TRABAJO: 2 al 30 de Septiembre – 1998

POSOPERATORIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientarla sobre la importancia de la imagen corporal. • Ayudarla a establecer sus metas a corto y mediano plazo. • Hacer reuniones para dialogar con otras pacientes con prótesis valvular. • Motivarla a que exprese sus sentimientos en relación con su imagen corporal. • Se le realizan comentarios respecto a la problemática al psiquiatra. 	✓	✓ ✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades recreativas que le distraiga la atención del ruido valvular. • Considerar la planeación de actividades a corto y mediano plazo. • Buscar condiciones que favorezcan la imagen corporal.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVALUACIÓN

Objetivo cubierto

Lucy expresa sus deseos de mejorar su imagen corporal, realiza actividades recreativas que distraen su atención del ruido de las válvulas mecánicas. Comenta con otros pacientes en relación a la imagen corporal después de la cirugía valvular. Se siente más tranquila y acepta su nuevo rol de vida.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.		✓	
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad		✓	
	Desconocimiento de sus cuidados	✓		
	Control de anticoagulantes	✓		Hay desconocimiento del manejo de
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento	✓		anticoagulación al egreso hospitalario.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

HOSPITALIZACIÓN EGRESO

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD
15 de septiem. de 1998	- Incompetencia en la administración de anticoagulante relacionado a la falta de conocimientos sobre la dosis apropiada. (R.U. Prevención de peligros para la vida y bienestar humanos).	1

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Incompetencia de la administración de anticoagulante relacionado a la falta de conocimientos sobre las dosis apropiadas.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: Enseñar a la paciente a dosificar adecuadamente el anticoagulante. Dar a conocer el efecto y contraindicaciones del anticoagulante.

PERÍODO DE TRABAJO: 15 AL 30 DE SEPTIEMBRE - 1998

EGRESO HOSPITALARIO (CASA).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la anticoagulación. • Explicarle sobre la dosificación del medicamento y la importancia de esto. • Darle a conocer los alimentos que potencializan la acción del anticoagulante. • Explicarle la importancia de la auto exploración (sobre todo en busca de zonas con equimosis) • Revisión de la próxima cita a consulta de anticoagulantes. 			✓ ✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar sus dudas con respecto a las dosis prescritas. • Llevar un cuaderno donde registrará la dosis y fecha de la administración del anticoagulante. • Respetar el horario de la administración.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AP	AE	
				<ul style="list-style-type: none"> • Realizarse autoexploración durante el baño diario. • Anotar cualquier malestar, zona con equimosis que observe.

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN

PROGRESO / EVOLUCIÓN

Objetivo cubierto

Lucy conoce los cuidados pre, trans y posadministración del anticoagulante oral, se mantiene con tiempos de coagulación sin alteración al mes de inicio del tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO

INDICADOR	Antes		Después	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1.- Habilidad para mantener la atención y ejercitar la vigilancia como autocuidado sobre los factores internos y externos para el autocuidado.		✓	✓	
2.- Uso controlado de la energía física para el inicio y continuación de autocuidado		✓	✓	
3.- Habilidad para razonar el autocuidado.	✓		✓	
4.- Motivación (orientación del autocuidado para cubrir objetivos de vida, salud y bienestar).		✓	✓	
5.- Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y hacer operativas esas decisiones.		✓	✓	
6.- Posesión de habilidades cognitivas, perceptivas, de comunicación e interpersonales para el autocuidado.		✓	✓	
7.- Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado (personal, familiar y social)		✓	✓	
8.- Habilidad para ordenar acciones de autocuidado para el logro de objetivos reguladores de autocuidado.		✓	✓	
9.- Habilidad para adquirir conocimiento sobre autocuidado		✓	✓	

CONCLUSIONES

- Al término del presente estudio de caso se concluye con lo siguiente:
La teoría del autocuidado proporciona una estructura para la organización de las intervenciones de enfermería.
El impacto de las intervenciones planeadas para y con la paciente del estudio de caso fueron muy significativas, ya que los patrones de respuesta se manifestaron en la actitud demostrando mayor seguridad, confianza en sí misma, mejora de la autoestima, responsabilizándose de su cuidado en aspectos como hábitos higiénico-dietéticos, manejo de medicamentos, vigilancia de complicaciones inherentes al padecimiento, actitud física y recreativa favoreciente para su desarrollo emocional y físico. Todo esto con el objetivo primordial de mejorar el estilo de vida y calidad a través del Autocuidado.
- La suficiencia de la teoría de Autocuidado para el estudio de caso no es total por ello se debió incorporar elementos de otros métodos clínicos que la complementaran e hicieran más efectivas las intervenciones de enfermería y su seguimiento, en este caso el método que posibilitó la esquematización de instrumentos y su aplicación con base a los elementos de la Teoría fue el Proceso de Atención de Enfermería.
- Por último debemos reflexionar en que para justificar ¿qué hacemos?, ¿cómo y para qué lo hacemos? Y ¿por qué son necesarios los cuidados enfermeros?, implica que debemos describir, identificar, comparar y establecer relaciones entre los fenómenos que rodean al paciente así como el generar conocimientos en la práctica profesional e ir mejorando la calidad de vida en el individuo con o sin alteraciones en el estado de salud, mediante las intervenciones especializadas de enfermería cardio-vascular, las cuales deben guiarse por un modelo teórico, considerando al paciente como agente dinámico en este proceso. No olvidando desarrollar los componentes de la humanización en la atención de enfermería, propiciando el desarrollo de la persona y el profesionalismo de la enfermera.

SUGERENCIAS

En lo conceptual:

- » Es imperioso que la enfermera especialista en enfermería cardiovascular identifique, interprete y aplique los conceptos principales de la teoría de autocuidado, ya que esto permitirá introducir el significado de la cultura del autocuidado a todo individuo sano o enfermo, mejorando así su calidad de vida.

En lo Metodológico:

- » Promover más la elaboración de estudios de caso ya que con ello se facilita la sistematización de las actividades de aprendizaje del especialista, en la medida que selecciona la técnica de valoración, establece diagnósticos, planea y lleva a cabo las intervenciones idóneas para el paciente asignado. Así también permite incorporar, diseñar y mejorar técnicas e instrumentos para la práctica profesional, mediante el método científico y clínico
- » La enfermera de hoy requiere: sustentar el cuidado enfermero mediante la investigación a partir de modelos teóricos que permitan la transformación de la práctica e impulsar y promover una mejor intervención y con ello identificar el hacer específico del especialista.
- » Hacer de la práctica de la enfermera mucho más que cumplir múltiples tareas.
- » El cuidado debe ser personalizado adaptado a la experiencia personal, haciendo énfasis en las necesidades del paciente.
- » El cuidado debe implicar diversos procesos de reflexión, creencias y valores, juicio clínico, intuición y conocimiento, lo que permite dar sentido a las experiencias de salud y de la vida.

En lo técnico – instrumental

- » Es necesario la adecuación de instrumentos de valoración del autocuidado los cuales a través de la experiencia clínica profesional, se implementen, reestructuren para facilitar y mejorar su utilidad con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alspach, Joann Grif, Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto, Ed. McGraw Hill, 5^{ta} Edición, México 1995, pp 947
2. Beare, Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. I y II Ed. Mosby/Doyma, 2^a edición, España, 1996, p.p. 2521
3. Canobbio, Mary. Transformos Cardiovasculares Ed. Doyma, España, 1993, p.p. 310
4. Cavanagh Modelo de Orem, Aplicación Práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona, 1993.
5. Chávez, Ignacio. Cardiología. Ed. Interamericana. México, 1993, p.p. 784.
6. Colliere, F. Marie, Promover la Vida, Ed. MacGraw Hill, Interamericana, España 1993, p.p. 395
7. Guadalajara, José F. Cardiología. Ed. México, 1991, p.p. 1322.
8. Hartwelw, Donna L. Autocuidado de Promoción de la Salud dentro de la Teoría de Enfermería Orem. Journal of advances Nursing, 1990, p.p. 35-41.
9. Hurst, Willis. El corazón, Ed. Interamericana. Vol. I y II México, 1988, p.p. 1322.
10. Iyer, W. Patricia. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. 2^a Edición, España, 1994, p.p. 453
11. Kozier, Barbara, Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería, Ed. Interamericana, McGraw Hill, México 1992, p.p. 654
12. Krause, Mahan, L. Nutrición y Dietoterapia, Ed. Interamericana 8^a Edición, México, 1992, p.p. 947
13. Larson E.B. y Ramsey P.G. (Eds.) Terapéutica Médica. Manual Cecil. Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, México, 1993.

14. Leyva P.J.L., Saucedo M.J.F., Muniz G.A., Glaxiola L.E. y Najjar L.S.J. (Eds). Manual de Urgencias Cardiovasculares. Ed. MacGraw Hill/Interamericana. México, 1996.
15. LüllmannH., Mohr K., y Ziegler A. Atlas de Farmacología. Ed. Científicas y Técnicas. Masson/Salvat. España, 1992.
16. Muñoz-Martínez E.J. y García X. (Compiladores). Fisiología. Células, órganos y sistemas. Vol. II Aparato Cardiovascular. La sangre y sus funciones. SS/UNAS/CINVESTAV/IMSS/ Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas/FCE México, 1997.
17. Potter D. Estudio Clínico Integral. Interamericana. México, 1985.
18. Potter, Patricia, Perry, Anne, Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica, Ed. Mosby/Doyma libros, España 1996, p.p. 654.
19. Roll de Enfermería Año XIX N° 215 - 216. Julio-Agosto, México, 1996 p.p. 78-90
20. Rol de enfermería N° 207, México, Noviembre 1995, p.p. 57-62.
21. Schlant R.C. y Hurt J.W. Manual del Corazón. Ed. Interamericana 7ª Edición México, 1991.
22. Schmidt R.F. y Thews G. Fisiología Humana. Ed. Interamericana, 24ª Edición, México, 1993.
23. Scliwartz, et. Al, Principios de Cirugía. Vol. I y II, Ed. Interamericana, México, 1991, p.p. 3071.
24. Smith, Doll. Enfermería Básica y Clínica, Ed. Manual Moderno. 1996, p.p. 1009.
25. Smith, Their. Fisiopatología, Ed. Panamericana, 1990, p.p. 1236.
26. Still Well, Susan, B., Cuidados Cardiovasculares, Ed. Doyma, 2ª Edición, España 1995.
27. Tortora G.J. y Grabowski S.R. Principios de Anatomía y Fisiología, Ed. Harcourt Brace, 7ª Edición, España 1996.

28. Wilson, Susan. Transtornos Respiratorios, Ed. Doyma, España 1993,
p.p. 335.

ANEXOS

1. ORGANIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

LIC. ENF. MARÍA DE JESÚS PÉREZ HERNÁNDEZ

ASESOR CLÍNICO:

LIC. ENF. TERESA SALAZAR GÓMEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

LIC. ENF. MARÍA CAROLINA ORTEGA VARGAS.

2. PRESUPUESTO

LOS GASTOS EFECTUADOS PARA EL ESTUDIO DE CASO FUERON SOLVENTADOS ÍNTEGRAMENTE POR LA RESPONSABLE DEL TRABAJO

3. CRONOGRAMA

Estudio de Caso

Fechas de Valoraciones

Paciente: H. H. Lucia

Registro: 202052

Número de Valoración	Fecha de Valoración	Valoración Exhaustiva	Valoración Localizada	Lugar
1	08 – Mayo - 98	✓		Consulta Externa
2	14 – Mayo		✓	Consulta Externa
3	28 – Mayo		✓	Realizada por teléfono
4	18 – Junio		✓	Consulta Externa
5	09 – Julio		✓	Consulta Externa
6	25 – Julio		✓	Domicilio
7	11 – Agosto		✓	Consulta Externa (precateterismo)
8	13 – Agosto		✓	Hospitalización (trans CTT)
9	13 – Agosto		✓	Hospitalización (post CTT)

CRONOGRAMA

Estudio de Caso

Fechas de Valoraciones

Paciente: H. H. Lucia

Registro: 202052

Número de Valoración	Fecha de Valoración	Valoración Exhaustiva	Valoración Localizada	Lugar
10	20 – Agosto		✓	Hospitalización (preoperatorio)
11	25 – Agosto		✓	Quirófano (transoperatorio)
12	25 – Agosto		✓	Terapia intensiva (postoperatorio inmediato)
13	26 – Agosto		✓	Terapia intensiva (postoperatorio mediato)
14	27 – Agosto	✓		Hospitalización (posoperatorio)
15	28 – Agosto		✓	Hospitalización (posoperatorio)
16	02 – Septiemb.		✓	Hospitalización (posoperatorio)
17	15 – Septiemb.	✓		Domicilio (egreso)

4. ASPECTOS ÉTICO – LEGALES.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Por medio de este presente solicito a Usted me sea permitido realizarle un seguimiento durante su atención en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Cuya finalidad es la valoración, así como efectuar las intervenciones de Enfermería especializada en cardiovascular pertinentes a fomentar el mejoramiento en el estado de salud mediante la orientación y aplicación del Autocuidado. Siempre guardando respeto a la integridad física y emocional, no haciendo nada contrario a mi ética profesional que le perjudique.

Autorizo a la Lic. Enf. María de Jesús Pérez Hernández a que efectúe las acciones necesarias para guiar mi autocuidado, en la inteligencia de que conozco que nada se hará en perjuicio mío.

Firma del Paciente

5. FORMATOS UTILIZADOS

- VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.
- VALORACIÓN DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE REQUISITOS UNIVERSALES.
- CUADRO DE PERIORIZACIÓN DIAGNÓSTICA.
- FORMATO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.

VALORACIÓN
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

I Aire	SI	NO	Comentarios
1. ¿Realiza cuidados para evitar molestias en su respiración? 2. ¿Estos cuidados han sido efectivos? 3. ¿Ha asistido al médico por molestias para respirar?			
II Agua 1. ¿Conoce la cantidad de líquidos que debe ingerir? 2. ¿Lleva a cabo este cuidado? 3. ¿Se le han hinchado sus pies o tobillos?			
III Alimentación 1. ¿Conoce la alimentación que debe seguir? 2. ¿Cumple con la alimentación que se le indicó?			
IV Eliminación 1. ¿Ha tenido molestias para defecar u orinar? 2. ¿Ha realizado medidas para evitar estas molestias? 3. ¿Se han quitado sus molestias?			

	SI	NO	
<p>V Actividad y Reposo</p>			
<p>1. ¿Sabe que hacer cuando se fatiga?</p>			
<p>2. ¿Siente mejoría con las medidas que usted realiza?</p>			
<p>3. ¿Considera usted que sus periodos de descanso son suficientes?</p>			
<p>VI Soledad e Interacción Social</p>			
<p>1. ¿Acostumbra visitar lugares recreativos?</p>			
<p>2. ¿Le gusta conocer personas?</p>			
<p>VII Peligros para la Vida Humana</p>			
<p>1. ¿Conoce medidas para prevenir accidentes?</p>			
<p>2. ¿Las lleva a cabo?</p>			
<p>3. ¿Ha sufrido accidentes?</p>			
<p>VIII Normalidad</p>			
<p>1. ¿Se acepta usted tal como es?</p>			
<p>2. ¿Es usted una persona tranquila?</p>			
<p>3. ¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud?</p>			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Nombre del Paciente:

Servicio:

Enfermera:

Fecha:

Nº. Cama:

Expediente:

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Aire	Disnea de leves esfuerzos			
	Disnea de moderados esfuerzos			
	Disnea de grandes esfuerzos			
	Cianosis			
	Cansancio al ingerir alimentos			
	Respira por boca y nariz			
	Respiración agitada			
	Cambios del ritmo cardiaco			
Agua	Aumento de temperatura corporal			
	Piel y mucosa reseca y deshidratada			
	Sed			
	Aporte V.O en 24 hr > 400 ml			
	Aporte V.O en 24 hr < 300 ml			
	Edema			
	Higiene deficiente (Baño, aseos)			
Alimentos	Respiraciones rápidas al comer			
	Se duerme al comer			
	Anorexia			
	Nauseas			
	Vómito			
	Come con horario establecido			
	Desagrado por los alimentos			
	Queda insatisfecha al comer			
Consumo alimentos balanceados				

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Eliminación	Uso de diuréticos			
	Uso de laxantes			
	Incontinencia urinaria			
	Disuria			
	Estreñimiento			
	Cuadro diarréico			
	Drenajes			
Actividad y reposo	Insomnio nocturno			
	Pesadillas			
	Sueño menor de 8 hr diarias			
	Sueño mayor de 16 hr diarias			
	Realiza actividad que requiere esfuerzo mayor al acostumbrado			
	Se cansa fácilmente			
	Tiene períodos de descanso			
	Realiza actividad recreativa			
Soledad e interacción social	Se aísla			
	Tiene dificultad para comunicarse			
	Pide ayuda si la necesita			
	Desempeño del rol social			
	Busca atención			
Peligro para la vida	Detecta peligro en su entorno			
	Consumo de alimentos irritantes			
	Tiene problemas con la vista			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
	Tiene problemas gustativos			
	Tiene problemas con el tacto			
	Tiene problemas con el olfato			
	Estado de alerta alterado			
	Hemorragias			
	Presencia arritmias			
	Infecciones			
	Cateter central o periférico			
Normalidad	Cambios de estado de humor			
	Esta angustiado/a			
	Presenta estado de depresión			
	Se irita fácilmente			
	Sensible a críticas			
	Ansioso/a			
	Apático/a			
	Falta de contacto visual			
	Comportamiento pasivo			
	Cambio en el estilo de vida			
	Temor al rechazo por otras personas			
	Sentimientos negativos acerca del cuerpo			
	Sentimientos de incapacidad			
	Angustia por el cambio			
	Oculto o expone en exceso su cuerpo			
	Cambios en la participación social			
	Influye la religión en su forma de ser			
	Falta de participación en sus cuidados			

VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO UNIVERSAL	DÉFICIT	SI	NO	OBSERVACIONES
Requisito de desarrollo	Inmadurez emocional respecto a su edad.			
Requisito de desviación de la salud	Desconocimiento de su enfermedad			
	Desconocimiento de sus cuidados			
	Control de anticoagulantes			
	Desconocimiento sobre los medicamentos de su tratamiento			

VALORACIÓN

DÍA

MES

AÑO

I. DEMANDA DE AUTOCUIDADO:

II. CAPACIDADES

III. LIMITACIONES:

IV. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (CONOCIMIENTOS, ACTITUD Y HABILIDADES)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DÍA	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD

PLAN DE INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

OBJETIVO DE ENFERMERÍA:

PERÍODO DE TRABAJO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA			ACTIVIDADES DEL PACIENTE
	AT	AD	AE	

SISTEMA DE ENFERMERÍA: AT = ASISTENCIA TOTAL, AP = ASISTENCIA PARCIAL, AE = APOYO / EDUCACIÓN