

00941 1
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
"IGNACIO CHAVEZ"



DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN UNA PERSONA ADULTA CON
DISFUNCIÓN VALVULAR

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

PRESENTA:

LIC. ENF. Y OBST. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

ASESOR: LIC. / EEC. ERICK LANDEROS OLVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUNIO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

La vida

- La vida es una oportunidad, aprovéchala
- La vida es una belleza admírala
- La vida es un sueño realízalo
- La vida es un reto afróntalo
- La vida es un deber, cúmplolo
- La vida es un juego, disfrútalo
- La vida es preciosa, cuidala
- La vida es riqueza consérvala
- La vida es un amor, gózala
- La vida es un misterio descúbrela
- La vida es un himno cántalo
- La vida es combate, acéptalo
- La vida es un milagro, agradéclo
- La vida es una aventura, empréndela
- La vida es felicidad merécela
- La vida es vida, defiéndela

Madre Teresa de Calcuta.

Agradezco a Dios la oportunidad de esta experiencia, por todos los aprendizajes logrados, los obstáculos que en el camino se presentaron y sobre todo el crecimiento que en todos los sentidos he logrado.

LIC/E.E.C. Erick

Agradezco tú colaboración, el tiempo, dedicación y comprensión en la realización de este trabajo, que sin tu ayuda hubiera sido difícil. Por la experiencia mutua GRACIAS.

A mi familia.

Les dedico esté trabajo como fruto de un gran esfuerzo y dedicación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jesús.

Gracias por tú amor, comprensión y apoyo en todo el proceso.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capitulo I	
Introducción	
Descripción del caso	2
Objetivo	3
Antecedentes	4
Fundamentación Teórica	
El paradigma de Enfermería	4
Importancia del Desarrollo en las Teorías de Enfermería	7
El modelo teórico del autocuidado	8
La teoría del autocuidado	8
La teoría del déficit del autocuidado	9
La agencia de enfermería	9
Agencia de autocuidado	10
La teoría de sistemas de Enfermería	10
El Proceso de Enfermería	11
Fiebre Reumática	14
Endocarditis Bacteriana	15
Valvulopatía aórtica	17
Capitulo II	
Metodología de estudio de caso	19
Valoración General N°1	21
Valoración focalizada N°1	35
Valoración focalizada N° 2	37
Valoración focalizada N° 3	38
Diagnostico de enfermería en hospitalización	40
Cuidados e Intervenciones de Enfermería	42
Capitulo III	
Valoración general N° 2 en el Postoperatorio inmediato	49
Diagnósticos de Enfermería en el Postoperatorio Inmediato	51
Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio inmediato	53
Valoración focalizada N° 3 en el Postoperatorio mediato	61
Diagnósticos de Enfermería en el Postoperatorio mediato	63
Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato	65
Capitulo IV	
Valoración focalizada N° 4 en el postoperatorio tardío	74
Valoración focalizada N° 5 en el postoperatorio tardío	75
Diagnósticos de enfermería en el Postoperatorio Tardío	77
Cuidados e intervenciones de Enfermería en el Postoperatorio Tardío	78
Valoración focalizada N° 6 en el postoperatorio tardío	84
Valoración focalizada N° 7 en el postoperatorio tardío	85
Valoración general N° 3 en hospitalización	86
Valoración focalizada N° 8 en hospitalización	87
Diagnósticos de enfermería en hospitalización	90
Cuidados e intervenciones de Enfermería en hospitalización	91

Valoración focalizada N° 9 para el alta del paciente	97
Diagnósticos de enfermería para el plan de alta	98
Plan de Alta	99
Capítulo V	
Valoración general N° 4 durante la visita domiciliaria	102
Diagnósticos de la visita domiciliaria	104
Plan domiciliario	105
Resultados	109
Identificación del déficit de autocuidado	110
Graficas comparativas	111
Valoración de las capacidades de autocuidado	113
Conclusiones	116
Sugerencias	118
Bibliografía	119
Anexos	122

Capítulo I

Introducción.

El presente estudio de caso es una aproximación de la aplicación de los elementos teóricos del Modelo del Autocuidado de la Dra. Dorotea Orem. (1993), teniendo como marco fundamental el proceso de atención de enfermería.

De acuerdo con lo anterior, la pretensión es dejar sentado que este trabajo tiene un carácter de propuesta de aplicación, en un paciente con afección cardiológica, con la finalidad de desarrollar en el paciente sus propias capacidades de autocuidado y que él sea su agencia de autocuidado. Para este propósito, se seleccionó una persona con déficit de autocuidado en forma importante, que además estuviera con disposición de aceptar ayuda y tener un seguimiento de su caso en el hospital y fuera de este, con previo consentimiento informado y bajo consideraciones éticas.

Este trabajo se divide en tres apartados esenciales: 1) selección y descripción genérica del caso en el preoperatorio, así como revisión de la literatura. 2) el proceso de intervenciones de enfermería especializada en el postoperatorio inmediato y mediano que incluye: la valoración de enfermería, el proceso de diagnóstico y el plan de intervenciones 3) intervenciones en la visita domiciliar donde se valoró el autocuidado aprendido para el hogar.

En el presente trabajo se realizaron, 9 valoraciones focalizadas y 4 generales del 4 de febrero al 22 de agosto del 2002. En este sentido, se dan a conocer los resultados en forma gráfica desde el inicio del caso hasta el final del mismo, se valoró el déficit de autocuidado y las capacidades de autocuidado que alcanzó la persona seleccionada, se presentan conclusiones y sugerencias para la elaboración de posteriores seguimientos de caso.

Descripción del caso

Se trata de el Señor Hugo de 55 años, quien en 1960 le diagnosticaron fiebre reumática y en 1976 le realizaron cambio valvular aórtico, es residente del Distrito Federal, cuenta con casa propia con todos los servicios intradomiciliarios, vive con su madre de 88 años de edad, tiene hermanos que casi no lo frecuentan, así como tampoco los visita, estudio hasta la secundaria, se dedica al negocio propio de distribución y venta de artículos de limpieza del hogar, cuenta con una camioneta para el reparto que el mismo realiza.

Acude al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (S.S.) en sus citas de cada 6 meses, en esta ocasión se presentó al servicio de urgencias el 23 de enero del 2002, con fiebre de dos semanas de evolución, con caída de su propia altura que le ocasionó fisura del arco costal derecho y desorientación, motivo por el cual se ingresa, donde su estado de salud fue delicado. Una vez en el hospital se tomaron tres muestras de hemocultivo evidenciando streptococcus viridians en las mismas, por lo cual, se estableció el diagnóstico de endocarditis, ingresando a la unidad coronaria con permanencia de 6 días, hasta su estabilización, posteriormente se ingresó al servicio de hospitalización para protocolo de estudio y tratamiento, en donde se abordó para este estudio, la estancia en piso se prolongó 14 días durante los cuales fue presentado en sesión médica y quirúrgica en donde se resolvió, que para erradicar el foco infeccioso era necesario el recambio valvular con carácter de urgencia sin olvidar el riesgo quirúrgico que ello implicaba. El Sr. Hugo manifestó su preocupación y tristeza por la resolución, misma que al inicio no acepto, sin embargo, al otorgar educación y apoyo sobre el riesgo beneficio que recibiría, se logró una aceptación parcial.

Objetivo General.

Realizar intervenciones de Enfermería especializadas en una persona con afección cardiovascular, a través del Proceso de Atención de Enfermería, para desarrollar sus capacidades de autocuidado durante la hospitalización hasta su reintegración en el hogar, con el fin de favorecer en el paciente habilidades y acciones especializadas de autocuidado.

Antecedentes.

Existen hasta el momento dos estudios de caso realizados en la especialidad de Enfermería Cardiovascular, que se relacionan con el cuidado de pacientes con valvulopatías como complicación de fiebre reumática.

El primero es de la Licenciada Ortega Vargas C. (1997), quién realizó un proceso de atención de Enfermería titulado Intervenciones de Enfermería Basadas en la teoría del Déficit de Autocuidado en un caso de valvulopatía Mitral, mismo que refleja la mejoría en la calidad de vida del paciente a través de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem.

El segundo es del Licenciado Huerta Robles B. (2001), el cual trata sobre la aplicación del proceso atención enfermería en base a la teoría del déficit de autocuidado en un caso de estenosis aórtica, en donde hace mención de los beneficios para el paciente con este tipo de seguimientos.

Fundamentación Teórica

El Paradigma de Enfermería.

A manera de preámbulo es necesario aclarar algunos conceptos antes de abordar paradigma y la teoría del autocuidado.

Toda disciplina científica tiene sus bases en conceptos filosóficos, definiéndolos como las declaraciones que las personas asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para una disciplina y lo que creen, considerando el desarrollo del conocimiento acerca de ese fenómeno. Las filosofías abarcan demandas éticas acerca de lo que los miembros de una disciplina deben hacer, demandas ontológicas acerca de la naturaleza de los seres humanos y acerca de la meta de la disciplina, además de las demandas epistemológicas que tratan de cómo se desarrolla el conocimiento (Fawcet 1995).

Los conceptos son palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, son abstractos y generales que no son directamente observados ni limitados a un individuo particular, situación o evento.

De acuerdo a lo antes mencionado, el modelo conceptual es un conjunto de conceptos abstractos y generales, proporciona un esquema de referencia distintivo y una manera de pensar coherente, unificada internamente acerca de eventos y procesos, cada modelo presenta un foco único que tiene una influencia profunda en nuestras percepciones.

En este sentido, los modelos conceptuales han existido desde que las personas empezaron a pensar acerca de los mismos y de su entorno. El término modelo conceptual es sinónimo de esquema conceptual, sistema conceptual, paradigma y matriz disciplinaria.

Con la descripción anterior se puede decir que las demandas éticas acerca de la enfermería se resumen en la filosofía colectiva dominante del humanismo, que da énfasis a “los valores humanísticos (moral) de la atención y la promoción del bienestar y los derechos del individuo”. Las demandas ontológicas y epistemológicas acerca de la enfermería se resumen en tres contrastantes concepciones del mundo. Reacción, interacción recíproca y acción simultánea (Fawcet 1995).

Continuando con las conceptualizaciones el siguiente componente de la jerarquía estructural del conocimiento de enfermería es la teoría. Una teoría es menos abstracta que su pariente el modelo conceptual, pero es más abstracta que los indicadores empíricos. Una teoría se podría definir como un conjunto de conceptos y proposiciones específicas y concretas, que describen, explican y predicen los fenómenos de interés de una disciplina.

En este sentido, los indicadores empíricos están directamente relacionados con las teorías por medio de la definición operacional de cada concepto de la teoría de rango medio. Como se puede ver en la figura 1, no hay conexión directa entre los indicadores empíricos y los modelos conceptuales, filosofía o el paradigma.

Consecuentemente, estos componentes de la jerarquía estructural no pueden estar sujetos a comprobación empírica. La credibilidad de un modelo conceptual se determina indirectamente mediante la comprobación empírica de las teorías de rango medio que se derivan del modelo o se enlazan con él.

Dentro de este marco, la ciencia, la filosofía y la teoría son todos ellos elementos del dominio de cualquier disciplina científica. Por lo tanto, la palabra paradigma pone de manifiesto la relación, aceptada por una disciplina, que existe entre ciencia, filosofía y teoría. (Fawcett 1995).

El paradigma debe identificar un dominio que es distintivo de los dominios de otras disciplinas. El metaparadigma debe incorporar todos los fenómenos de interés de la disciplina de una manera parsimoniosa. (Marriner 1999).

El metaparadigma podría definirse por lo tanto, como un grupo de conceptos globales que identifican el fenómeno de interés de la disciplina y sus proposiciones globales, teniendo como función resumir las misiones intelectuales de una disciplina y establecer una frontera en el objeto de estudio.

En este sentido, el paradigma de enfermería está representado por cuatro conceptos principales: persona, ambiente, salud y enfermería. (Fawcett 1995). Entendiendo por persona al receptor de enfermería, que incluye individuos, familia, comunidades y otros grupos, al ambiente que se refiere a otras personas significativas y entornos físicos, así como al establecimiento en el que la enfermería ocurre, con rangos desde la casa, las personas, las agencias clínicas y a la sociedad como un todo. La salud, como el estado de bienestar de la persona que puede ir desde el alto nivel de bienestar hasta la enfermedad terminal. De este modo enfermería se establece como las acciones realizadas por la propia enfermería, sobre el bienestar o en conjunción con las persona, y los objetivos o resultados de las acciones de enfermería, donde las acciones son vistas como un proceso sistemático de asesoría, etiquetación, planeación, intervención y evaluación. (Figura 1).

Visto de esta manera el paradigma proporciona una perspectiva única de los conceptos que ayudan a distinguir la enfermería de otras disciplinas. Lo anterior puede quedar plasmado en la siguiente figura:

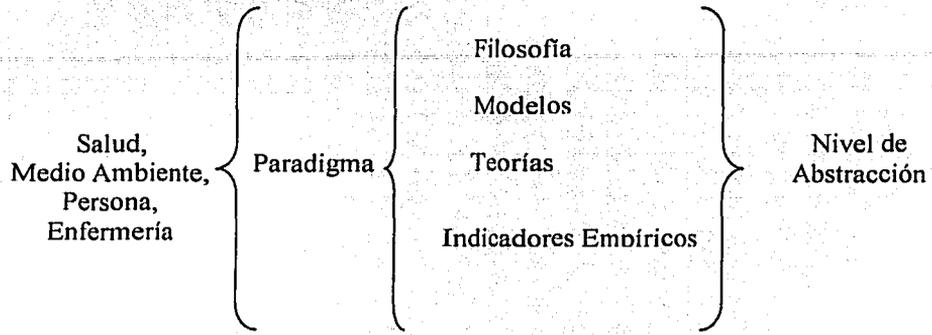


Figura 1. Paradigma de enfermería y niveles de abstracción. (Fawcett 1995).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Importancia del desarrollo de las Teorías de Enfermería.

Dado que una teoría sólo estudia un aspecto limitado de realidad, es necesario que muchas teorías estudien todos los fenómenos de interés de una disciplina.

Las teorías que desarrollaron Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson, Benner, se refieren a las filosofías definen el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Asimismo, los trabajos realizados por las grandes teoricas o pioneras en enfermería son Orem, Levine, Rogers, Johnson, Roy, Neuman, King, Roper, Logan y Tierney, abordan los modelos conceptuales que incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud. En esta línea, existen las llamadas teorías de nivel medio como son las de Peplau, Orlando, Travelbee, Riel-Sisca, Erickson, Tomlin y Swain, Mercer, Barnard, Leininger, Parse, Fitpatrick, Newman, Adam y Pender. Estas teorías se han obtenido a partir de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, desde las obras filosóficas más tempranas hasta las grandes teorías y modelos conceptuales. (Marriner, 1999)

El modelo teórico del Autocuidado.

Fue desarrollado por la Dra. Dorotea Orem en 1958, describe y explica el autocuidado definiéndolo como la capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, tales como físicas, psicológicas y espirituales. Al entender de este modo el autocuidado podría considerarse, a esté como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. (Savanagh G.A. (1993)

Este modelo se subdivide en tres teorías que son: a)Autocuidado, b)Déficit de Autocuidado y c)Sistemas de Enfermería.

a) La teoría del autocuidado, se considera como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

En donde, los requisitos de autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Estos requisitos se dividen en requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud.

Los requisitos universales de autocuidado, abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida, los cuales son: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo, se asocian con etapas específicas del desarrollo, en donde hay una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos a la promoción del desarrollo.

Estas etapas incluyen: la vida intrauterina y nacimiento, vida neonatal, lactancia, etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven, etapas de desarrollo de la edad adulta, embarazo ya sea en adolescencia o en la edad adulta.

Por último, los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud, existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o esta recibiendo cuidado médicos. Bajo estas circunstancias el individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud como: buscar y asegurar la ayuda médica apropiada; ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, aprender a vivir con ellos y sus medidas terapéuticas.

b) La teoría del déficit de autocuidado, menciona que es la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en si mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

Asimismo, se considera como la relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidados terapéuticos y la agencia de autocuidados terapéuticos, en donde los elementos de las capacidades de autocuidados desarrolladas dentro de la agencia de autocuidados no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos existentes o previstos. (Savanagh G.A. (1993).

La Agencia de Enfermería.

Es una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que las ejercitan y capacitan para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéuticos, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente. (Savannah, 1993)

Agencia de Autocuidado.

Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de cuidado y la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado se denomina Agencia de Autocuidado. (figura 2)

c) La teoría de sistemas de enfermería, se considera como el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y de la enfermera.

Por tanto, los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera
2. El paciente o grupo de personas
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos. (Stephen J. 1993)

Existen tres tipos de sistemas de enfermería: Totalmente Compensatorio, Parcialmente Compensatorio y de Apoyo-Educación.

El totalmente compensatorio, se considera cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.

En el parcialmente compensatorio, el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

Por último, el de Apoyo-Educación se utiliza cuando el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender y adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. (Savannah 1993).

Lo antes mencionado queda plasmado en el siguiente esquema que intenta conceptuar lo más importante de la teoría de Orem.

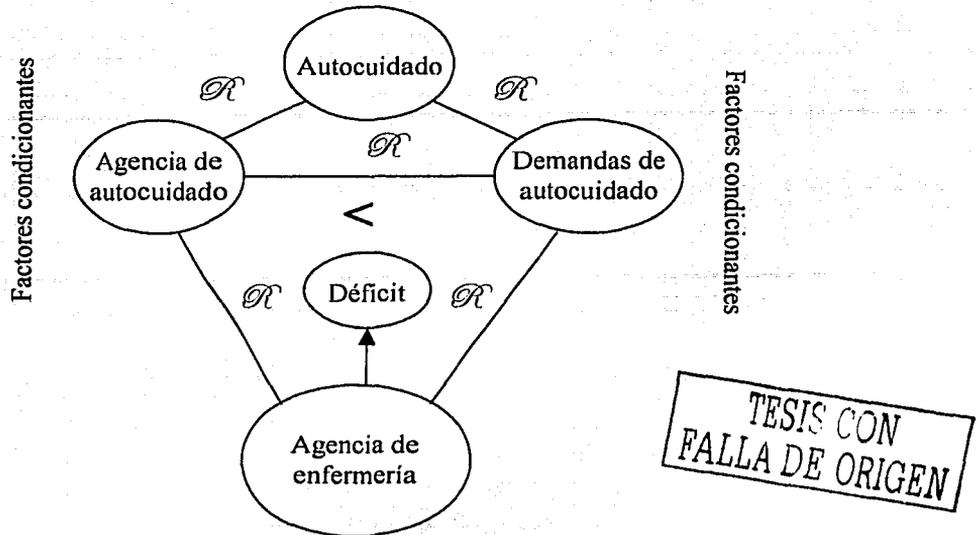


Figura 2 Marco conceptual de la teoría de enfermería de autocuidado. (Orem, 1993)

El proceso de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces orientados al logro de los objetivos. Consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: Valoración, Diagnóstico, Planificación, ejecución y evaluación, en donde se realizan acciones intencionadas. Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería, como son:

- Promover, mantener, o restaurar la salud o en el caso de enfermedades terminales lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

La primera etapa del proceso es la valoración, es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Las fuentes de información pueden ser directas o indirectas. Independientemente del

modelo empleado se utilizan tres técnicas principales para obtener información. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. (Kozier B. 1995)

Como segundo punto tenemos el diagnóstico, entendiéndolo como la fase final de la valoración, que nos da un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. El diagnóstico debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Un diagnóstico de enfermería puede redactarse en relación con un problema de enfermería real o de riesgo potencial. La estructura básica para la construcción del diagnóstico ha recibido el nombre de Formato P.E.S. (Gordon M. 1996), consta de tres partes esenciales:

P Problema

E Etiología o Factores relacionados

S Signos y síntomas, los cuales incluyen la respuesta humana para el problema.

Las palabras “relacionado con” conectan el problema y la etiología, mientras que se utiliza la frase “manifestado por” para conectar la etiología con los signos y síntomas.

Ejemplo de estructuración:

Problema + Relacionado con + Etiología + Manifestado por + Signos y síntomas

Planificación.

Consiste en elaborar las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente identificadas en el diagnóstico de enfermería. En esta fase se elaboran los objetivos, intervenciones de enfermería, para su elaboración debemos tener en cuenta un modelo teórico como el del autocuidado.

Ejecución.

Supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería, esta fase esta orientada hacia la intervención de enfermería.

Evaluación.

Es la última fase siempre va estar ligada con la respuesta del paciente a la acción planificada de enfermería. (Kozier B. 1995). Esta es la única etapa del proceso que siempre estará presente en las demás, ya que la evaluación es constante en cada una de las intervenciones de enfermería.

Fiebre Reumática.

Es un padecimiento inflamatorio que aparece en sujetos susceptibles a tener una respuesta autoinmune cuando se ponen en contacto con el estreptococo beta hemolítico; afecta principalmente las articulaciones, el tejido celular subcutáneo y el corazón. En este último, puede afectar el pericardio (pericarditis), el miocardio (miocarditis), o el endocardio (endocarditis) por lo que en la fase aguda produce una pancarditis que deja secuelas en las válvulas cardíacas (valvulopatía reumática) en la fase crónica. (Guadalajara B. F. 2001).

Epidemiología.

La frecuencia máxima del ataque agudo o de recurrencias ocurre en niños entre 5 y 15 años de edad. La incidencia de la fiebre reumática especialmente en países subdesarrollados llega a ser un problema de salud pública, ya que es la causa más común de cardiopatía en personas entre los 5 y 30 años de edad, siendo por lo mismo, la principal causa de muerte por enfermedades cardíacas en personas menores de 45 años. (Guadalajara B. F. 1999)

Diagnóstico de la fiebre reumática: En 1944, T. Duckett Jones propuso criterios a seguir basados en las combinaciones de manifestaciones clínicas. Los signos más útiles o que con mayor seguridad fundamentaban el diagnóstico los denominó signos mayores y los que no son específicos del padecimiento signos menores. El término "mayor" alude a la importancia diagnosticar y no a la frecuencia o gravedad de la manifestación en particular.

La presentación en la clínica de un signo mayor con dos menores al mismo tiempo o bien de dos signos mayores presentes, puede establecer con gran probabilidad el diagnóstico de fiebre reumática. (Hurst W. Schlant R. 1994)

Criterios de Jones	
Manifestaciones Mayores	Manifestaciones Menores
Carditis Poliartritis Corea (Sydenham) Nódulos subcutáneos Eritema marginado	Clínicas Artralgias Fiebre Antecedentes de brote reumático Laboratorio y Gabinete Prolongación del intervalo PR Evidencia de infección Estreptocócica (Grupo A): Antiestreptolisinas Exudado faríngeo

Cuadro 1 Criterios de Duckett Jones (1944)

En México la incidencia de fiebre reumática en el año 2002 fue de 353 casos prevaleciendo la enfermedad en las mujeres y en el año 2003 hasta el 15 de marzo fue de 187 casos, en el Distrito federal se reportan 9 casos prevaleciendo la incidencia en las mujeres. (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud [SS], 2003).

Endocarditis Bacteriana.

La endocarditis bacteriana es una infección de la superficie endocárdica del corazón, cuya lesión característica es la vegetación, compuesta por una colección de plaquetas, fibrina, microorganismos y células inflamatorias.

Generalmente afecta a las válvulas cardíacas, pero también pueden aparecer en las cuerdas tendinosas, en defectos septales o en el endocardio mural. (Myolonakis E, (Calderwood. 2001)

Epidemiología

La incidencia de la endocarditis de válvula protésica supone del 7%-25% de los casos de endocarditis. Aunque las prótesis mecánicas tienen mayor riesgo de infección que las biológicas durante los tres primeros meses después de la cirugía, los índices de infección son similares a los cinco años. Los hombres la padecen con más frecuencia que las mujeres con una proporción 2:1.

Factores de riesgo

Cardiopatía estructural: Aproximadamente tres de cada cuatro pacientes con endocarditis tienen una anomalía cardíaca preexistente. Son frecuentes otras lesiones valvulares, reumáticas, degenerativas o congénitas, como la aorta bicúspide.

Válvulas protésicas: Entre 1%-4% de los pacientes a los que se implanta una prótesis valvular desarrollan endocarditis durante el primer año y 1% al año después.

Microbiología

El staphylococcus, especialmente el staph. aureus, ha superado al streptococcus viridans como la causa más frecuente de endocarditis.

Manifestaciones clínicas

Historia

La fiebre inexplicada en un paciente portador de una prótesis valvular debe poner en marcha una evaluación por sospecha de endocarditis. Otros síntomas frecuentes son malestar general, anorexia, pérdida de peso y sudoración nocturna. (Firscke C, Schomig A. 2001)

Exploración física

La mayor parte de los pacientes con endocarditis tienen un soplo cardíaco, habitualmente preexistente. La aparición de un nuevo soplo de regurgitación, o el aumento de uno previo, son una clave importante.

Hemocultivos: Se deben obtener un mínimo de tres hemocultivos en un periodo de tiempo que depende de la severidad de la enfermedad. Si el paciente está agudamente enfermo se deben tomar las muestras en una hora (0, 30, 60 minutos) e inmediatamente después comenzar el tratamiento antibiótico empíricamente. Cada muestra de hemocultivo se debe tomar de un sitio diferente de venopunción. En los adultos se deben obtener al menos 10 ml de sangre, puesto que muchos pacientes con endocarditis tienen una bacteriemia de bajo grado (1-10 UFC/ml de sangre). El rendimiento de los hemocultivos aumenta aproximadamente un 3% por cada ml de

sangre cultivada. No todos los microorganismos tienen la misma propensión para causar endocarditis. *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus viridans* son agentes probables. La probabilidad de endocarditis en un paciente con infección estreptocócica depende de la especie, siendo alta en caso de bacteriemia por *S. sanguis*. (Myolonakis E, Calderwood. 2001)

Electrocardiograma: La detección de un bloqueo AV, fascicular o de rama debe hacer sospechar la extensión perivalvular de la infección con formación de abscesos.

Ecocardiografía: Se considera un hallazgo positivo para el diagnóstico la identificación de vegetaciones o abscesos. La ecocardiografía tiene una especificidad excelente (98%) para detectar vegetaciones, pero su calidad es inadecuada en un 20% de los casos por mala ventana acústica y la sensibilidad es de un 60-70%. La Ecocardiografía transesofágica es particularmente útil para evaluar válvulas protésicas, perforaciones valvulares e invasión miocárdica. (Scope 2003)

Diagnóstico:

El diagnóstico de endocarditis requiere la valoración de datos clínicos, ecocardiográficos y de laboratorio. Todos estos datos son llamados criterios de Duke, los cuales tienen una especificidad del 99%. Estos criterios constan de criterios mayores, entre los cuales se encuentran el microbiológico, para determinar agentes compatibles con endocarditis, como el estreptococo viridans, el ecocardiográfico que identifica vegetaciones, y criterios menores, entre los cuales se encuentran la fiebre, enfermedad cardíaca predisponente como la cardiopatía reumática.

Valvulopatía Aórtica.

Según tipo de lesión, se clasifican como: Estenosis aórtica e Insuficiencia aórtica. Insuficiencia aórtica, se considera cuando las valvas sigmoideas aórticas no coaptan

en el momento del cierre, la sangre regresa de la aorta al ventrículo izquierdo debido al gradiente de presión entre el vaso y la cavidad ventricular en la diástole.

Estenosis aórtica, a la obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo puede ser valvular, subvalvular fibrosa fija, supravalvular.

Etiología.

Cuando la insuficiencia aórtica se acompaña de valvulopatía mitral, sospechar de etiología reumática, si apareciera aislada en niños o jóvenes, podría pensarse que pudiese ser congénita, hereditaria o por prolapso valvular. Si se encontrase en sujetos mayores de 40 años se deberá investigar sífilis (forma terciaria). Se ha descrito aislada acompañando a la artritis reumatoide o espondilitis anquilosante y síndrome de Reiter. También se ha reportado como consecuencia de endocarditis o en hipertensión arterial.

En la estenosis aórtica puede ser congénita o adquirida.

Signos y síntomas de la insuficiencia aórtica, el paciente puede cursar sintomático por un largo tiempo, en etapas tardías puede haber signos centrales como son: soplo diastólico, retumbo de Austin-Flint, así como signos periféricos como: pulso saltón, pulso Bisferiens, que se percibe al palpar el pulso carotídeo y los periféricos.

Signos y síntomas de la estenosis aórtica, en la ligera y moderada generalmente no producen síntomas, sin embargo en la apretada podemos encontrar angor pectoris, lipotimias, síncope de esfuerzo o muerte súbita.

Tratamiento.

En ambas el tratamiento será de acuerdo a la clasificación que se tenga, ira encaminada tanto la ligera como la moderada a, la profilaxis periódica, profilaxis de focos sépticos por la posibilidad de endocarditis infecciosa y profilaxis de fiebre reumática, si la lesión tiene esa etiología.

En la grave, el tratamiento será quirúrgico de acuerdo a los criterios que se establezcan. (Guadalajara B.F. 2001)

Capítulo II

Metodología del estudio de Caso

El universo estuvo constituido por el Sr. Hugo quien presentó déficit de autocuidado con disfunción valvular, atendido en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” [SS], en el periodo que comprende del 4 de Febrero al 1º de Marzo del 2002, y posterior a esta fecha se realizó una visita domiciliar el 22 de Agosto del 2002.

En la realización de este estudio se utilizó la Teoría de Orem de Autocuidado, teniendo como variables los requisitos universales, los requisitos para el desarrollo y de desviación de la salud, propuestos por Dorothea Orem.

Se realizó el seguimiento en tres momentos específicos los cuales fueron en

1. Hospitalización, previa a la intervención quirúrgica.
2. Posterior a la cirugía de forma mediata, inmediata y tardía
3. Concluyendo el seguimiento en el domicilio del paciente.

El método que se utilizó fue de manera sistemática mediante el Proceso de Atención de Enfermería, utilizando formatos de valoración general y focalizada, ocupando como variables elementos teóricos de autocuidado.

Los instrumentos empleados fueron:

1. Instrumento de valoración inicial, el cual contiene los factores condicionantes básicos y la valoración de los requisitos universales. (ENEO-UNAM. 1997).
2. El Instrumento de Valoración de las Capacidades de Autocuidado, donde se muestra cuales son las fortalezas o debilidades del paciente para llevar a cabo su propio autocuidado. (Landeros E., 1998)
3. El formato de Identificación del Déficit de Autocuidado hospitalario en los requisitos universales. (Landeros E., 1998)

4. Como punto final se realiza una evaluación del grado de capacidades de autocuidado con el que inicia y al termino del seguimiento la capacidad que alcanza con la intervención de enfermería. (Evers, C., Isenberg, M., 1998)

Valoración General N° 1

Fecha: 4 Febrero 2002

Servicio: Hospitalización

a) Factores condicionantes básicos

1. Características personales

Nombre: Sr. Hugo, Sexo: Masculino, Edad: 55 Años, Fecha de Nacimiento: 4 Julio 1946, Estado Civil: Soltero, Lugar de Procedencia: D.F. Escolaridad: Secundaria, Ocupación: Comercio, Actividades recientes (tipo y frecuencia): Atender su negocio. Metas programadas para su salud: Esperar los resultados de estudios para saber que conducta se va a seguir con él.

2. Características familiares

2.1 Composición familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico
Adelina	Madre	81	Hogar	3ero primaria	Ninguno

2.2 Estructura familiar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a) Estructura del Rol

¿En estos momentos que espera de su familia? (padres, cónyuges e hijos).

El apoyo de uno de sus hermanos y que no descuiden a su madre

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

El paciente

¿Por qué?

Mencionó que a él le toca por ser él que vive con su madre

b) Sistema de Valores

¿En la familia qué tipo de normas y obligaciones existen en relación con la escuela, trabajo y hogar?

En el hogar aportar el dinero para mantener a su madre y que no falte nada, en el trabajo responsabilidad en los pagos de impuestos y en la provisión del negocio.

c) Patrón de comunicación

¿Cómo es la comunicación dentro de su familia?

No existen secretos entre ellos, por tanto la comunicación la considera abierta.

¿Existen dificultades o agresiones cuando platica entre sí la familia

No, generalmente están solos

d) Estructura del poder (Afrontamiento familiar)

¿Qué eventos o situaciones causa tensión en la familia?

La enfermedad del paciente causa tensión ya que hace varios años que se operó y no había tenido problemas

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

El paciente y en ocasiones un hermano

¿Quién se encarga de la disciplina y actividades de los hijos?

No tiene hijos

¿Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia?

Cada uno decide su futuro

2.3 Función familiar

a) Función afectiva

¿Cómo expresa la familia sus sentimientos?

Con abrazos

¿Con qué frecuencia se expresan afecto?

Cuando se festeja algo importante

b) Socialización y función social.

¿Quién prepara los alimentos y quién se encarga de que la familia los consuma?

Su mamá

¿Cómo distribuye la familia las tareas del hogar?

El paciente trabaja y contribuye con el dinero y la mamá se encarga del hogar

¿Alguna otra persona interviene en el cuidado de sus hijos o de su hogar?

No tiene hijos y no cuenta con empleada doméstica

¿Ha tenido algún problema con las personas que convive en el trabajo, escuela y hogar?

No

c) Función Reproductora

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

No

¿Existen planes para tener hijos?

No

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad?

No, el paciente refiere que en este momento no tiene pareja actualmente, sin embargo cuando ha tenido relaciones le han sido placenteras.

d) Función Económica (Provisión de las Necesidades Físicas)

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?

El paciente, pero en este momento que esta internado los hermanos ayudan a su madre y a él con algunos gastos de hospitalización.

¿Cuenta la familia con recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud?

En este momento solo para la comida y algunos gastos de hospitalización

e) Características ambientales (Entorno físico y social)

¿El lugar donde vive es propia, rentada, prestada u otra?

Es propia

¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios?

Dos

¿Tiene cocina y baños independientes?

Si

¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar?

Si

¿El lugar donde vive cuenta con seguridad pública?

Escasa

¿El lugar donde vive cuenta con suficientes medios de transporte?

Si

¿El lugar donde vive existen factores nocivos para la salud?

Si

¿Cuáles?

Contaminación ambiental

Requisitos de autocuidado universales

1. Aire.

¿Regularmente asiste a lugares muy concurridos?

No

¿Qué tipo de contaminación existe en el lugar donde vive?

Contaminación ambiental

¿Qué hace para protegerse?

Mantener cerradas las ventanas

¿Tiene molestias para respirar?

Dificultad para respirar (respira por la boca en ocasiones)

¿Qué factores lo desencadenan?

Estar completamente acostado

¿Qué hace para mejorar su respiración?

Dormir con dos almohadas

2. Agua.

¿Cuántas veces a la semana acostumbra bañarse?

Diario

¿Con qué frecuencia realiza el cambio de ropa total?

Diario

¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y el corte de uñas?

El lavado de manos antes de cada comida y después de ir al baño, el corte de uñas cada 15 días

¿Cómo se cepilla usted los dientes?

De arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba

¿Con que periodicidad lo hace?

Después de cada comida

¿El agua que consume es potable? Si

¿Utiliza alguna técnica para purificarla? Si

¿Cuál?

Le aplica un desinfectante

¿Cuántos vasos con agua ingiere al día?

4 a 5 vasos

¿Ha notado hinchazón en sus pies?

No

3. Alimentos.

Somatometria:

Peso 45 Kg.

Talla 155 cm.

¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho?

Si

¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

Pollo, carne, pastas, frijoles, leche, huevo, lácteos, crema y quesos.

¿Qué alimentos le agradan?

Las pastas (espagueti), frijoles

¿Qué alimentos le desagradan?

Ninguno

¿Tiene un horario específico para consumir alimentos?

Desayuno 9:00 hr. Comida 16:00 hr., Cena 20:00 hr.

¿Ha padecido algunas molestias al ingerir sus alimentos?

Si

¿Cuáles?

Dolor en abdomen

¿Qué ha hecho para disminuir sus molestias?

Tomar medicamentos

4. Eliminación.

¿Cuántas veces defeca al día?

2 Veces

¿Tiene molestias al defecar?

Si

¿De qué tipo?

Estreñimiento

¿Qué hace para eliminar su malestar?

Toma medicamentos prescritos por el gastroenterólogo

¿Cuántas veces orina al día?

5

¿Tiene molestias al orinar?

No

5. Actividad y reposo.

¿Qué actividades realiza en su hogar?

Ninguna

¿Qué actividades desempeña en su trabajo?

Entregar mercancía

¿Acostumbra realizar algún tipo de ejercicio?

No

¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso?

Si veinte minutos

¿Tiene algún problema para dormir?

Si

¿Cuál?

Insomnio

¿Cuántas horas duerme regularmente?

7 horas diarias en promedio

6. Soledad e interacción social.

a) Comunicación.

¿Se comunica fácilmente con otras personas?

Si

¿Qué dificultad tiene para comunicarse?

Ninguna

¿Pertenece a algún grupo social?

No

¿Tiene parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita?

Si

¿Con quién recurre primero?

Hermanos

b) Sexualidad.

¿Considera usted que la sexualidad favorece la relación con su pareja?

Si

¿Por qué?

Considera que debe ser así, aunque en este momento no tiene pareja

7. Peligros para la vida humana.

¿Cómo considera su vista: Buena, regular o mala y porqué?

Mala, ya que tiene miopía y astigmatismo

¿Cómo considera su audición: Buena, regular o mala y porque?

Buena, no tiene problema para escuchar

¿Cómo considera su olfato: Bueno, regular o malo y porque?

Bueno, alcanza a oler todo

¿Cómo considera su sentido del gusto: Bueno, regular o malo y porque?

Regular por que los alimentos no le saben igual y a perdido el apetito

¿Cómo considera su sentido del tacto: Bueno, regular o malo y porque?

Bueno, ya que palpa todo bien sin problema

¿Alguna falla de los órganos de los sentidos considera que puede significar algún peligro para su vida?

Si en especial la vista

¿Está atento a cualquier peligro que pudiera surgir a futuro que afectara su vida dentro del hogar, trabajo o escuela?

Si, especialmente en el trabajo

¿Si va en automóvil utiliza el cinturón de seguridad?

Si

¿Acostumbra a consumir bebidas alcohólicas?

No

¿Consume café o té? No

¿Acostumbra a fumar? No

8. Normalidad.

a) Recursos de Salud.

¿Con qué frecuencia acude al médico o dentista para el cuidado de su salud?

Cada año al dentista y cada seis meses al cardiólogo

b) Prácticas Personales de Salud.

¿Cómo se considera usted?

Un paciente regular en el cumplimiento de las indicaciones médicas

¿En su vida diaria, regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía?

Si, irritabilidad en su trabajo en ocasiones

¿Qué situaciones y como lo afectan?

En el trabajo, por que se siente mal y tiene que trabajar

¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud?

Si

¿Cuáles o cuáles lleva a cabo?

Revisión de genitales en especial su aseo

c) Autoconcepto – Imagen.

¿Se acepta usted tal como es?

Si

¿Por qué?

No puede cambiar nada

d) Salud Mental (Observar durante la entrevista: actitud, humor, lógica y razonamiento de ideas).

Durante la entrevista, mostró interés por las preguntas, debido a su estado de salud se fatigaba con facilidad y en ocasionalmente se distraía.

e) Espiritualidad.

¿Cómo influye en usted la religión en su manera de ser en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad?

Con la enfermedad se ha acercado más a la iglesia

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Etapa del ciclo vital

Adulto maduro

Condiciones en la que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico.

Adulto maduro, con apariencia más grande a la cronológica, decaído, somnoliento, con fascies de angustia y depresión

Requisitos de desviación de la salud.

1. Desviación actual.

a) Percepción de la Desviación Actual.

¿Conoce su enfermedad?

Sí, sabe que es portador de cardiopatía reumática con una válvula de Star Edwards, ignora que es una válvula mecánica.

¿Le preocupa su enfermedad?

Sí

¿Porque?

En lo económico por que es el único que aporta

b) Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud.

¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad?

Restringir sus gastos y pensar que va a salir pronto para seguir trabajando

c) Cambios de la desviación de los estilos de vida.

¿Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de la vida diaria?

De una forma total ya que no puede trabajar, ni tampoco hacer su vida normal

2. Historia de desviaciones de la salud.

¿Qué enfermedades ha padecido en la infancia, adolescencia o adultez?

Infancia: tos ferina y varicela, adolescencia: fiebre reumática y valvulopatía

¿Padece algún tipo de alergia ya sea a medicamentos, alimentos, animales u otros?

No

¿Toma usted medicamentos que no sean recetados por algún médico?

A veces, tranquilizantes

¿Actualmente está con tratamiento a base de anticoagulantes?

Sí, acenocumarina.

3. Historia sanitaria familiar.

¿Sus familiares han padecido algunas de las siguientes enfermedades?

Diabetes Mellitus: No

Hipertensión Arterial: No

Obesidad: No

Cáncer: Sí, una hermana

Exploración física.

a. Cabeza

Aspecto general caquéctico, palidez generalizada en tegumentos, fascies con angustia, Cabeza sin endostosis o exostosis, cabello reseco, cuero cabelludo reseco (caspa), desalineado, con caída fácil; Ojos con miosis y midriasis normales, disminución de la visión para ver de lejos o cerca, conjuntivas hipocrómicas. Orejas: pabellones auriculares con cerumen. Nariz con cornetes externos pálidos, con huellas de rascado. Boca con múltiples obturaciones y pérdida de varios molares, amígdalas crípticas, sin exudados e hiperémicas, Pulsos temporales presentes y rítmicos 94 por minuto.

b. Cuello

Cuello cilíndrico, normo líneo, pulsos carotídeos de 100 por minuto, arrítmico, sin ingurgitación yugular, sin adenomegalias, tráquea central y móvil.

c. Tórax.

Observación: normo líneo, sin levantamiento paraesternal en lado izquierdo, coloración semejante al resto del cuerpo, con movimientos de amplexión y amplexación normales, neurofibromatosis en parte anterior de tórax, piel hidratada.

Palpación: frémito en hueco supraclavicular que se irradia a todo el tórax anterior a nivel de cuarto espacio intercostal, choque de punta en el sexto espacio intercostal izquierdo a nivel de línea axilar anterior, tórax posterior sin dolor a la palpación de columna, la cual se percibe alineada

Percusión: tórax anterior y posterior ruidos timpánicos en el primer, segundo y tercer espacio intercostal, mate en cuarto, quinto y sexto espacios intercostales.

Auscultación: ruidos cardíacos arrítmicos, con frecuencia de 100 por minuto, ruido protésico adecuado, se encuentra en ápex soplo creciente, suave, timbre bajo, inmediato a axila que se exagera con maniobra de Pachón, de timbre alto se exagera con maniobra de Rivero Carballo, soplo decreciente inmediato a vasos de cuello, campos pulmonares con rudeza respiratoria, sin secreciones en bases, con frecuencia de 24 por minuto.

d. Abdomen

Pulso aórtico abdominal presente, no datos de red venosa colateral, sin hepatoesplenomegalia, abdomen con peristaltismo aumentado, blando depresible con datos de dolor a la palpación profunda, en la percusión se encontró ruido timpánico en todo el colón ascendente y descendente, piel con adecuada hidratación, tumoraciones que según reporte médico corresponden a neurofibromatosis grado I.

d. Genito – urinario

Genitales acordes a edad y sexo, área renal giordano negativo, sin presencia de dolor u otra alteración.

e. Extremidades

Miembros Superiores: Dedos con hipocratismo digital leve sin cianosis, uñas

de reloj, llenado capilar 2 segundos, pulsos radial y humeral presentes arrítmicos con una frecuencia de 96 por minuto, cuenta en miembro superior derecho con catéter largo, miembros pélvicos: pulsos femoral, poplíteo, tibial y pedial presentes, sincrónicos y rítmicos 94 por minuto, piel fría, llenado capilar de 2 segundos, ROTS con respuesta normal, piel reseca, presión arterial de 110/70 mmHg, media de 83 mmHg, temperatura 37°C.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Los exámenes de laboratorio reportan neutropenia 14.4 UL y linfopenia 0.8 UL. El hemocultivo reportado el 4 de febrero muestra streptococcus grupo viridians, sensible a ceftriaxona, clindamicina, gentamicina, penicilinas, vancomicina. El del 31 de Enero del 2002 muestra streptococcus sanguis, sensible a penicilina mic 0.125.

Exámenes de gabinete

Tipo	Observaciones
Electrocardiograma	Reporta extrasístoles supraventriculares aP -30°, aQRS +60, aT +60° P: 120ms, 1.5 mm, PR: 200 ms, QRS: 100 ms, QT: 400 ms, RR: 720 ms, QTc: 0.47 posición horizontal, R empastada en rama ascendente de DII, rSR en DIII y AVF, QS de V1 a V3 con transición brusca de R en V4, RS en V5 RS en V6 RV6, índice de Sokolov de 41 mm, elevación de punto J < 2mm en V1 < 3mm de V2 a V3, desnivel negativo de 1 mm en V5 y V6 horizontal, onda T negativa aVL compatible con crecimiento auricular izquierda, sobre carga sistólica del ventrículo izquierdo, hipertrofia ventricular izquierda, bloqueo de rama izquierda de haz de Hiss.

- Ecocardiograma del 1° Febrero 2002
1. Prótesis mecánica en situación aórtica con gradiente máximo 75 mmHg y media de 45 mmHg.
 2. Ventrículo Izquierdo con función sistólica conservada
 3. No se observan imágenes sugestivas de vegetaciones.

- Ecocardiograma del 6 Febrero 2002
1. Prótesis con gradiente máximo 55 mmHg, gradiente medio 35 mmHg.
 2. Presenta imagen móvil de 13 mm de longitud que protruye hacia el canal valvular de lado ventricular, sugestivas de vegetación.
 3. Válvula mitral con válvula septal elongada y valva posterior rudimentaria, funcionalmente es unicuspíde. Imagen sugestiva de endocarditis en cara ventricular de prótesis aórtica.

Comentario:

Lo más importante y evidente del electrocardiograma, las extrasístoles ventriculares, el bloqueo de rama y la hipertrofia ventricular izquierda. El ecocardiograma fue uno de los parámetros que se utilizó para valorar la función valvular y determinar su cambio, además de ser un elemento sugestivo para el diagnóstico de endocarditis.

Valoración focalizada N° 1

Esta valoración se realizó en Hospitalización el día 6 de febrero 2002, con la finalidad de evidenciar sus principales problemas de acuerdo a la teoría de Orem.

Aire.

Presenta dificultad para respirar al cambio de posición, en decúbito dorsal, y al hablar toma aire por la boca en forma continua, frecuencia respiratoria 26 por minuto.

Agua.

Cuero cabelludo con resequead y sucio, mucosas orales con abundante cialorrea, se encuentra canalizado con solución glucosa al 5% para 24 horas, ingiere 1000 ml. de agua con la dieta, se observa la piel seca.

Alimento.

Refiere que desde hace cuatro años padece colitis irritativa, evita comida irritante o muy condimentada. Los alimentos que más le gustan son las pastas, frijoles y cremas. El sabe que no debe comer algunos alimentos verdes, pero en ocasiones los consume, come muy poco ya que refiere que casi no le da hambre, por lo cual su peso es de 45 kg. con una estatura de 165 cm. Por tanto, su dieta en el hospital es hiposódica moderada 1600 calorías.

Eliminación.

Debido a su colitis en ocasiones presenta dolor abdominal, acompañado de periodos de diarrea y estreñimiento, el cual sede con analgésicos y dieta.

Actividad y reposo.

El paciente nunca ha practicado un deporte, considera su vida sedentaria ya que solo trabaja y descansa cuando cierra el negocio, últimamente sus movimientos se habían limitado por su enfermedad, sin embargo, antes consideraba que lo que le ocurría era por cansancio y que pronto pasaría, su tiempo libre lo dedica a leer, ver televisión o escuchar radio, normalmente duerme 7 horas diarias, utilizando dos almohadas para dormir.

Soledad e interacción social.

Considera que su única familia es su madre, ya que él es soltero, sus hermanos casi no lo visitan y él tampoco los frecuenta, las labores en su casa se han dividido, su madre cocina y atiende la casa, él se dedica a trabajar y proveer dinero para lo necesario, refiere que ahora con su internamiento siente temor, esta deprimido por que su madre esta sola y no tiene suficiente dinero para sus gastos y sus hermanos casi no la visitan, por otro lado no sabe como hará para el pago del hospital, refiere que no pide apoyo por que no siente confianza, sin embargo, ahora que esta internado se ha acercado uno de sus hermanos que le ofreció su apoyo económico.

Prevención de peligros.

Comenta que ha llevado una vida tranquila, desde su cirugía hace 25 años, ha tenido parejas ocasionales, comenta que su trabajo es riesgoso ya que maneja mucho el cortador para cajas y el tiene tratamiento con anticoagulantes, temiendo algún día cortarse, refiere que su vista ha disminuido en forma considerable y solo puede ver con sus lentes.

Normalidad.

Menciona que se acepta como es, su expresión es de tristeza, depresión y ansiedad, refiere que quiere regresar a su casa y a trabajar, sin embargo, sabe que no se encuentra bien de salud. Menciona que esta en la mejor disposición de seguir las indicaciones o el tratamiento que sea necesario para volver a su estado previo de salud.

Desviaciones de la salud.

Se encuentra con alteraciones importantes en la mayor parte de los requisitos universales, tendiendo hacia la desviación de la salud, por lo tanto el riesgo para la vida es importante, sin embargo hasta el momento se encuentra estable.

Valoración focalizada N° 2

Esta valoración se realizó en Hospitalización el día 12 de febrero 2002, en donde se observó con aumento de la dificultad respiratoria y en espera de posible intervención quirúrgica.

Aire.

Muestra dificultad respiratoria al movimiento, se auscultan campos pulmonares limpios sin fenómenos agregados, frecuencia respiratoria 26 por minuto, dedos con hipocratismo digital sin cianosis distal.

Agua.

Cuero cabelludo con resequead y sucio, mucosas orales con abundante cialorrea, se encuentra canalizado con solución glucosa al 5% para 24 horas, ingiere 1000 ml. de agua con la dieta, se observa la piel seca.

Alimento.

En boca faltan piezas de la arcada superior e inferior, por lo cual la ingesta de la dieta es mínima, se muestra satisfecho con escasa cantidad, agregado a que no la puede masticar ya que no cuenta con su dentadura, durante la exploración en abdomen refiere dolor en la zona del colón descendente, se encuentra blando depresible, con ruidos intestinales presentes.

Eliminación.

Presenta leve rinitis, refiere estreñimiento, hoy pudo obrar después de dos días, la urésis es espontánea menciona que es constante y en poca cantidad.

Actividad y reposo.

Esta en reposo absoluto, con debilidad, con alteraciones del ritmo al movimiento o actividad mínima, reflejos osteotendinosos disminuidos.

Interacción social.

Se muestra introvertido, interacciona poco con el personal pero colabora en su cuidado, con su familia se encuentra poco integrado, no establece una platica constante ya que se distrae y duerme.

Peligros para la vida.

Hay la posibilidad de caída por la debilidad que muestra, así como complicaciones por el padecimiento actual.

Normalidad.

Su estado de salud es delicado por el momento, sus signos vitales están dentro de los parámetros normales, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 100 por minuto, temperatura 36.6 °C.

Desviaciones de la salud.

Se encuentra con alteraciones en el patrón de la respiración, ya que su frecuencia respiratoria oscila entre 24 y 26 por minuto.

Valoración focalizada N° 3

Esta valoración preoperatoria se realizó en Hospitalización el día 14 de febrero 2002, el día previo se decide en sesión que lo más conveniente para el Sr. Hugo es el cambio valvular.

Aire.

Muestra dificultad respiratoria al movimiento, realiza ejercicios con inspirómetro hasta el número 2 cada 6 horas, se auscultan campos pulmonares limpios sin fenómenos agregados, frecuencia respiratoria 24 por minuto, sin datos de cianosis distal.

Agua.

Mucosas orales con abundante cialorrea importante, se encuentra canalizado con solución glucosa al 5% para 24 horas, ingiere 1000 ml. de agua con la dieta, se observa la piel seca.

Alimento.

La ingesta de la dieta es mínima, se suspende la dieta a las 20 horas.

Eliminación.

Refiere estreñimiento, la urésis es espontánea menciona que es constante y en poca cantidad.

Actividad y reposo.

Esta en reposo absoluto, con debilidad para el movimiento.

Interacción social.

Se muestra introvertido, apático, nervioso y preocupado por la cirugía programada para el día de mañana, interacciona poco con el personal pero colabora en su cuidado, pregunta poco acerca de la cirugía, con su familia se encuentra poco integrado ya que casi no se visitan.

Peligros para la vida.

Posibilidad de caída por la debilidad que muestra y las posibles complicaciones durante y posteriores a la cirugía.

Normalidad.

Hay cambios en su estado de ánimo que lo llevan a estados de depresión alternados con euforia.

Desviaciones de la salud.

No hay cambios evidentes previos a la cirugía

Diagnósticos de Enfermería en hospitalización del 6 al 14 de Febrero del 2002

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
6 Febrero 2002	Aire	Alteración del patrón respiratorio relacionado con el movimiento corporal, manifestado por disnea de medianos esfuerzos.	1	15 Febrero 2002
6 Febrero 2002	Peligros para la vida	Riesgo potencial de peligro para la vida relacionado con arritmia cardiaca.	2	15 Febrero 2002
6 Febrero 2002	Alimentación	Alteración del patrón de alimentación relacionado con falta de piezas dentarias manifestado por dificultad para la ingesta de alimentos.	3	20 Febrero 2002
6 Febrero 2002	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal relacionado con dieta baja en fibra e inactividad física manifestado por distensión abdominal, periodos de diarrea y estreñimiento.	4	
13, 14 Febrero 2002	Interacción Social	Interacción social deteriorada en relación con medio hospitalario, próxima intervención quirúrgica y problemas económicos manifestado por depresión, soledad y falta de comunicación entre familiares.	5	15 Febrero 2002

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6 Febrero 2002	Peligros para la vida	Riesgo potencial de lesión física relacionado con disminución de la agudeza visual	6	
7 al 14 Febrero 2002	Funcionamiento Humano y Bienestar	Déficit de conocimientos relacionado con padecimiento actual manifestado por desconocimiento de procedimientos específicos para el tratamiento y prevención de complicaciones.	7	14 Febrero 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- | | | |
|---|-----------------------|--|
| 1 | Aire | Alteración del patrón respiratorio relacionado con el movimiento corporal, manifestado por disnea de medianos esfuerzos. |
| 2 | Peligros para la vida | Riesgo potencial de peligro para la vida relacionado con arritmia cardiaca. |

Objetivo:

- Mejorar la función respiratoria en la medida de lo posible y reportar cambios electrocardiográficos que pudieran comprometer la vida del paciente.

Objetivo del paciente:

- “Respirar mejor sin fatiga”

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
6 AL 14 febrero 2002	• Orientar sobre los beneficios de la posición semifowler con una o dos almohadas en la cabecera.	P.C.	• Mejoró la función respiratoria, sin embargo, para él en ocasiones era insuficiente y tendía a sentarse en la orilla de la cama.
	• Orientar sobre la restricción del movimiento (reposo relativo), la importancia del monitoreo cardiaco continuo, la toma de sus signos vitales cada cuatro horas.	A.E.	• Durante los días de hospitalización la frecuencia cardiaca en reposo se ubicó en 100 por minuto, no tuvo fiebre, ni signos de bajo gasto cardiaco.
	• Se comentó con el paciente la importancia de reportar cualquier signo o síntoma de mareo, así como dolor en tórax.	A.E.	• Durante su estancia se quejó de mareo y palpitaciones que con el reposo cedían.

P.C. Parcialmente Compensatorio. T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 3 Alimentación Alteración del patrón de alimentación relacionado con falta de piezas dentarias manifestado por dificultad para la ingesta de alimentos.
- 4 Eliminación Alteración de la eliminación intestinal relacionado con dieta baja en fibra e inactividad física manifestado por distensión abdominal. Periodos de diarrea y estreñimiento.

Objetivo:

- Disminuir los trastornos digestivos y favorecer su eliminación intestinal.

Objetivo del paciente:

- "Poder comer y evacuar mejor"

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
7 AL 14 febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a dietología que el paciente no cuenta con dentadura completa, por lo tanto es necesario que su alimentación sea blanda para desdentado. • Explorar diariamente el abdomen para valorar la peristálsis. • Observar las características de la evacuación y su frecuencia. • Informar a los familiares la importancia de traer su dentadura. 	<p>A.E.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El informar a dietología fue importante ya que no estaban enterados de su problema dental, por lo cual, hicieron el cambio de dieta a blanda hiposódica moderada de 1600 Kilocalorias para desdentado. • La peristálsis estuvo aumentada durante todo el tiempo de internamiento en piso, curso con periodos de evacuaciones semilíquidas que no aumentaron en cantidad. • Desgraciadamente los familiares no trajeron la dentadura, objetando que no la habían encontrado.

P.C. Parcialmente Compensatorio. T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 5 Interacción Social Interacción social deteriorada en relación con medio hospitalario, próxima intervención quirúrgica y problemas económicos manifestado por depresión, soledad y falta de comunicación entre familiares.

Objetivo:

- Aclarar dudas y escuchar al paciente con al finalidad de tranquilizarlo.
- Informar sobre el proceso quirúrgico y resolver dudas generales y específicas.

Objetivo Del Paciente:

- “Que me aclaren dudas”

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
6 al 9 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la relación de confianza con el Sr. Hugo, explicando las razones de su internamiento, así como la necesidad de la vigilancia estrecha que se debe mantener por su padecimiento. • Identificar demandas de aprendizaje con relación al diagnóstico con el cual ingreso. • Solicitar la intervención de trabajo social para orientar sobre las cuotas y procedimientos de pago para el hospital, mencionando que es necesario pedir apoyo a sus familiares ya que su tratamiento probablemente sea quirúrgico. • Explicar la razón de este seguimiento mencionando, que si su tratamiento fuera 	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Hugo se muestra triste y deprimido, por su estado de salud actual, así como por la posibilidad de cirugía que le ha planteado el médico, sin embargo se muestra interesado en la explicación que se le brinda. • Trabajo social orientó al paciente y a sus familiares sobre la forma de pagó, uno de sus hermanos que inicialmente le ofreció apoyo le confirmo el mismo en forma categórica, posteriormente una de sus hermanas realizó los tramites para solicitar disminución de la clasificación para el pago. • Le alentó saber que se hacen este tipo de seguimientos en donde se disipan dudas y se aclaran, además de la forma en como se acompaña al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>13 al 14 Febrero 2002</p>	<p>quirúrgico, se le acompañaría en el momento de la cirugía y posterior a este, dándole apoyo y la confianza de que no estará solo en los momentos difíciles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar sus temores y preocupaciones por el tratamiento quirúrgico. • Brindar apoyo emocional ante el riesgo quirúrgico y explicar las condiciones en las que realizaran la cirugía. 	<p>A.E.</p>	<p>paciente durante la cirugía y posterior a ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Hugo no aceptaba del toda la cirugía como parte de su tratamiento, ya que se resolvió durante las sesiones del día 11 y 12 de Febrero, periodo donde aumento su estrés y angustia por la necesidad de una nueva intervención, sin embargo con la explicación se convenció que era la única alternativa de tratamiento para él.
----------------------------------	---	-------------	--

P.C. Parcialmente Compensatorio. T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en Hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 6 Peligros para la vida Riesgo potencial de lesión física relacionado con disminución de la agudeza visual

Objetivo:

- Prevenir posibles accidentes durante su estancia hospitalaria

Objetivo Del Paciente:

- “Alcanzar sus objetos personales sin pedir tanta ayuda”

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
7 al 14 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre el timbre de llamado colocándolo siempre a mano. • Acercar el control de la televisión o los utensilios que son de uso común. • Orientar sobre el uso de los barandales mientras este en la cama. 	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El acomodar sus aparatos eléctricos de manera estratégica ayudo a mejorar su uso por parte del paciente, a pesar de que cuenta con lentes menciona que no le ayudan mucho. • Durante los días de estancia en piso no sufrió accidentes.

P.C. Parcialmente Compensatorio. T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en Hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 7 Funcionamiento Humano y Bienestar Déficit de conocimiento relacionado con padecimiento actual manifestado por desconocimiento de procedimientos específicos para el tratamiento y prevención de complicaciones.

Objetivo:

- Aclarar dudas previo a la cirugía y poder calmar su angustia

Objetivo del Paciente:

- “Salir de la cirugía bien y aclarar sus dudas”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
7 al 14 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre la necesidad de una vía permeable (catéter con solución glucosa al 5% para 24 horas) • Orientar sobre los medicamentos que se le está ministrando (betabloqueador, diurético, heparina de bajo peso molecular y antibiótico). • Fomentar y explicar el uso de la espirometria incentiva como ejercicio preoperatorio y el uso 	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mostró en momentos sensación de ardor en el antebrazo por el paso del antibiótico por lo cual se cambió la canalización de lugar. • Con los medicamentos disminuyó la arritmia mejoró su función respiratoria, aumentó la presión arterial, bajo la frecuencia cardiaca y disminuyó la somnolencia que había estado presentando. El Sr. Hugo comprendió porque se le daban tantos medicamentos en diferentes horarios y la necesidad de estar con una vena permeable. El antibiótico se ministró hasta el día de la cirugía cumpliendo 14 días de aplicación. En el área periumbilical se encontró equimosis y leve dolor por la aplicación del medicamento. • Los ejercicios respiratorios los realizó con dificultad llegando solo hasta el número 2 con el nebulizador

	<p>incentiva como ejercicio preoperatorio y el uso del nebulizador como broncodilatador cada 8 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar acerca de la intubación orotraqueal, inducción de anestesia, la colocación de drenajes, duración de la cirugía y el lugar donde sería trasladado posterior a la misma. • Orientar sobre la ministración de ansiolítico y relajante 	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>llegando solo hasta el número 2, con el nebulizador comenzó a toser y sacar flemas hialinas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la explicación recordó algunos momentos vividos en su primer cirugía, se interesó por la información y pregunto por los días de internamiento posteriores a la misma. • Con este medicamento se relajó un poco y pudo dormir el día previo a la cirugía.
--	--	-------------------------	---

P.C. Parcialmente Compensatorio. T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

Valoración general N° 2

La valoración de enfermería del postoperatorio inmediato se realizó en la unidad de cuidados intensivos adultos el día 15 de febrero 2002

Aire.

El Sr. Hugo se encuentra cursando el postoperatorio inmediato, cuenta con cánula orotraqueal conectada a ventilador mecánico de presión en modalidad asisto – control, con fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) al 100%, con presión soporte de 10, frecuencia respiratoria 14 por minuto, volumen corriente 450 ml. En boca y cánula escasas secreciones hialinas. En auscultación de campos pulmonares, sin secreciones, área pulmonar derecha hipoventilada, sin datos de cianosis distal.

Agua.

Mucosas orales hidratadas, cuenta con catéter de Swan Ganz con solución glucosa al 5% y heparina 1000 U I, catéter de 3 lúmenes en yugular interna derecha con 1000 ml de solución Hartmann para 4 horas, 250 ml de solución glucosa al 5% + 200 mg. Dopamina a 11.8 gamas durante los primeros 10 minutos posterior inició dosis de disminución, 250 ml. cloruro de sodio + 8 mg. Arterenol a 0.11 gamas inicia dosis de reducción en los 30 minutos siguientes, plasma en infusión para 30 minutos, glucosa al 5% + 1000 U I. heparina para la línea arterial. Presenta edema en miembros inferiores hasta tercio medio de pierna, durante las primeras horas se transfunden tres unidades más de plasma fresco congelado, concentrados eritrocitarios 300 ml, se aumenta 250 ml de glucosa 5% + 250 mg. Dobutamina a 3.7 gamas.

Alimento.

Se encuentra en ayuno, se inicia solución (polarizante), 1000 sol. Glucosa 10% + 60 mEq KCl + 10 UI. Insulina rápida + 1 ampula de sulfato de magnesio + 1 ampula. Cevalin para 24 horas. Durante la auscultación del abdomen la peristálsis se encuentra disminuida.

Eliminación.

Cuenta con sonda uretral, con volúmenes de 130 ml. por hora aproximadamente, sonda retroesternal con drenaje hemático de 50 ml. en los primeros 30 minutos, a la hora drenó 50 ml más disminuyendo en cantidad de forma paulatina, alrededor del mismo se encontró escasa salida de material hemático, sonda nasogastrica con egreso de 50 ml de aspecto biliar.

Actividad y reposo.

Se encuentra bajo efectos de anestesia, en posición semifowler en las primeras horas.

Interacción social.

Esta bajo efectos de anestesia y su respuesta es pobre a estímulos.

Peligros para la vida.

Hay posibilidad de hemorragia por tiempos de coagulación alargados, así como de arritmias.

Desviaciones de la salud.

El Sr. Hugo se encuentra dependiente de marcapaso al 100%, con datos de bajo gasto cardiaco, hipotensión de 100/60 a 84/48, temperatura de 35 ° C, frecuencia respiratoria de 12 por minuto, frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto, presión venosa central de 10 cc. H₂O, saturación de oxígeno entre 99 y 100%, con tiempos de coagulación alargados TP de 120 segundos.

Diagnósticos de Enfermería del 15 de Febrero del 2002

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
15 Febrero 2002	Aire	Alteración del patrón respiratorio relacionado con efectos de anestesia manifestado por alteración del automatismo respiratorio.	1	16 Febrero 2002
15 Febrero 2002	Desviación de la Salud	Desviación de la salud relacionado con perdida sanguínea durante la cirugía manifestado por presión arterial baja y gasto cardiaco disminuido.	2	16 Febrero 2002
15 Febrero 2002	Normalidad	Alteración de la termorregulación relacionado con efectos de anestesia general y cardioplejia durante la cirugía manifestado por hipotermia y piel fría.	3	15 Febrero 2002 a las 16:00 Hrs.
15 Febrero 2002	Peligros para la vida	Riesgo potencial de sangrado relacionado con tiempos de coagulación alargados	4	
15 Febrero 2002	Agua	Alteración del patrón del agua relacionado con manejo de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.	5	1º Marzo 2002

TESIS CON
 FALJA DE ORIGEN

15 Febrero 2002	Alimentación	Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristálsis disminuida.	6	17 Febrero 2002
15 Febrero 2002	Interacción Social	Déficit de la interacción social relacionado con efectos de la anestesia manifestado por inconsciencia e incomunicación	7	17 Febrero 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 1 Aire Alteración del patrón respiratorio relacionado con efectos de la anestesia manifestado por alteración del automatismo respiratorio.

Objetivo:

- Brindar cuidados totalmente compensatorios de enfermería para restablecer la función respiratoria.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir en la entrega del paciente a la unidad postquirúrgica, conectar a tubo endotraqueal para proporcionar asistencia mecánica ventilatoria en la modalidad asisto – control con presión soporte de 10, fracción inspirada de oxígeno 90%, frecuencia respiratoria 14 por minuto, volumen corriente 450 ml. • Conectar a oxímetro. • Valorar campos pulmonares. • Aspiración de secreciones de cánula y boca por razón necesaria. • Toma de gasometría y laboratorios. • Toma y registro de frecuencia respiratoria. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Hugo llega al servicio de la unidad postquirúrgica a las 14:45 hrs. con cánula orotraqueal, sin automatismo respiratorio, por efectos de anestesia, por lo cual requirió de apoyo ventilatorio. • La aspiración de secreciones fue de características hialinas, su frecuencia respiratoria de 14 por minuto, saturación de oxígeno de 99%. • Campos pulmonares con hipoventilación en bases pulmonares del lado derecho, con presencia de secreciones en la auscultación. • Se aspiraran secreciones hialinas por boca y cánula. • la gasometría reporta acidosis respiratoria por lo cual se ministra un frasco de bicarbonato, en las siguientes tomas de gasometría el reporte fue normal. • La frecuencia respiratoria se inicio en 14 por minuto, saturación de oxígeno de 99%.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
 SELLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Desviación de la Salud Desviación de la salud relacionado con pérdida sanguínea durante la cirugía manifestado por presión arterial baja y bajo gasto cardiaco.

Objetivo:

- Brindar cuidados totalmente compensatorios de enfermería para restablecer la homeostasis.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la frecuencia cardiaca, presión invasiva y no invasiva. • Toma y registro de signos vitales. • Conexión de electrodo de marcapaso a fuente de marcapaso externo. • Toma y registro de perfil hemodinámica. • Se instalaron las siguientes soluciones: <ul style="list-style-type: none"> • 1000 ml de solución polarizante para 12 horas. • 1000 Solución 250 ml. Cloruro de Sodio + 2 amulas de Arterenol en infusión a 5 ml por hora (0.05 gamas). • 250 ml. Solución glucosa 5% + 400 mg. Dopamina a 5 ml. por hora (2.9 gamas). • Transfusión de plasma fresco congelado 3 unidades para una hora cada uno. • Transfusión de concentrados eritrocitarios para tres horas. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sus signos vitales en las primeras horas se mantuvieron inestables con presión arterial de 89/48 a 95/64 media de 55 mmHg, frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 14 por minuto, presión venosa central de 10 cch₂O, por lo cual se inició apoyo inotrópico, los signos vitales y perfusión renal en las siguientes horas fueron, gasto cardiaco de 3 a 4 litros por minuto, índice cardiaco de 1.9 litros por minuto por metro cuadrado, presión en cuña de 16 mmHg., teniendo una clasificación de Forrester de 3. • En los primeros 10 minutos la dopamina inició con 11.8 gamas y el arterenol con .11 gamas, debido a la hipotensión severa que presento, posterior a ello se fue disminuyendo paulatinamente la dopamina a 2.9 gamas y el arterenol a 0.05 gamas respectivamente, siendo manejado en las siguientes horas con apoyo inotrópico, a dosis respuesta tendiendo a la reducción de las mismas. Continuo con dependencia al marcapaso transitorio con frecuencia de 80 por minuto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

			<ul style="list-style-type: none">• Al transfundirse los hemoderivados y los concentrados eritrocitarios mejoró la presión arterial estabilizándose en 105/62 mmHg con una media de 78 mmHg a las 21 hrs.
--	--	--	---

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 3 Normalidad Alteración de la termorregulación relacionado con efectos de anestesia general y cardioplejia durante la cirugía manifestado por hipotermia y piel fría.

Objetivo:

- Brindar cuidados totalmente compensatorios de enfermería para favorecer la termorregulación.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 FEBRERO 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sabana térmica y cubrir al paciente. • Registro de temperatura cada hora. • Valorar el estado de conciencia y recuperación de anestesia. • Valorar el llenado capilar y características de la piel. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La temperatura durante tres horas se mantuvo entre 35.2 y 35.5 °C hasta las 16 horas donde aumento progresivamente hasta 36.7 °C retirando la sabana térmica.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 4 Peligros para la vida Riesgo potencial de sangrado relacionado con tiempos de coagulación alargados

Objetivo:

- Brindar cuidados totalmente compensatorios de enfermería para evitar complicaciones.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de tiempos de coagulación durante las primeras cuatro horas. • Valorar el sangrado del drenaje mediastinal y pleural de herida quirúrgica y por cualquier vía. • Realizar perfil hemodinámico • Vigilar disminución de diuresis • Medición de presión venosa central 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el transoperatorio sangrado fue de 1600 ml durante toda la cirugía. En las primeras horas, por los drenajes fue de 86 ml. Los tiempos de coagulación fueron largos, conforme se transfundieron hemoderivados tendieron a normalizarse. • El gasto cardiaco oscilo entre 3 a 4 litros por minuto en las primeras horas. El indice cardiaco fue de 1.9, la presión en cuña fue de 16 mmHg y la presión venosa central de 10 ccH2O. • La diuresis fue en las primeras 24 horas de 3290 ml.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 5 Agua Alteración del patrón del agua relacionado con manejo de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.

Objetivo:

- Brindar cuidados totalmente compensatorios de enfermería para restablecer la homeostasis.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Control estricto de líquidos • Valora el drenaje del sello de agua a succión continua. • Valorar el grado de edema en miembros pélvicos y en el resto del cuerpo. • Valorar la presión venosa central y en cuña. • Vendaje de miembros pélvicos. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La urésis fue de 2100 ml en 24 horas con balance positivo de 600 ml • Por el sello de agua, dreno en la primera hora 86 ml. y a las 24 horas 1000 ml. • El edema de miembros pélvicos disminuyó considerablemente.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 6 Alimentación Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristalsis disminuida.

Objetivo:

- Otorgar cuidados específicos de enfermería para evitar posibles complicaciones gastrointestinales.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de lavado gástrico. • Cuantificar drenaje por sonda nasogástrica. • Ministración de 1000 ml. de solución Hartmann en carga de 200 ml. para una hora y posterior para 4 h. • Determinación de glicemia capilar cada 6 horas. • Valorar la presencia de peristálsis. 	T.C. T.C. T.C. T.C. T.C.	<ul style="list-style-type: none"> • De la sonda nasogástrica se obtuvo 50 ml, de líquido gastrobiliar. El lavado gástrico reporto negativo para sangrado. • La glicemia capilar se mantuvo en 140 – 146 mg/dl, la peristalsis continuo disminuida. • La peristalsis se encontró presente pero disminuida.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 7 Interacción Social Déficit de la interacción social relacionado con efectos de la anestesia manifestado por inconsciencia e incomunicación.

Objetivo:

- Facilitar la pronta recuperación de los efectos de anestesia para extubar al paciente en forma temprana.

Fecha	Cuidados de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
15 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia de acuerdo a la escala de glasgow y recuperación de anestesia. • Valorar automatismo respiratorio • Valorar respiración toraco-abdominal • Observar signos de dolor 	T.C. T.C.	<ul style="list-style-type: none"> • La recuperación del estado de alerta se logro después de 12 horas, con la apertura ocular y movilización de extremidades en forma lenta y espontánea. • Durante el tiempo en que permaneció bajo los efectos de anestesia la interacción social por parte de enfermería fue constante, a pesar de contar el paciente con tubo endotraqueal, al inicio lucho con el ventilador, pero al hablarle el acató las indicaciones.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración focalizada N° 3

Esta valoración se realizó en la unidad de cuidados intensivos, el día 16 febrero 2002, encontrándose el paciente cursando sus primeras 24 horas de postoperatorio.

Aire.

El Sr. Hugo continua con cánula orotraqueal conectada a ventilador mecánico de presión en modo SIMV con presión soporte de 10, fracción inspirada de oxígeno 30%, frecuencia respiratoria 14 por minuto, volumen corriente 450 ml., posteriormente, a las 23:40 se extuba y queda con nebulizador con FiO₂ al 40% continuo, saturación de oxígeno al 99%, en la auscultación los campos pulmonares sin secreciones, solo datos de hipoventilación en base pulmonar derecha, la base se escucha con poca entrada de aire, miembros superiores y pélvicos sin cianosis.

Agua.

Mucosas orales hidratadas, cuenta con catéter de Swan Ganz con solución glucosa al 5% + heparina 1000 UI., catéter 3 lumen en yugular interna derecha con 1000 ml de Hartmann + 40 mEq KCl + 2 g. de Sulfato de Magnesio para 24 horas, 250 ml. solución glucosa 5% + 200 mg. de Dopamina a 2.9 gamas, 250 ml. glucosa 5% + 8 mg. Arterenol a 0.05 gamas, 250 ml. glucosa 5% + 2 ampulas. Dobutamina a 3.7 gamas, en el transcurso del día agregan 250 ml. glucosa 5% + 40 mg Milrinona a 0.4 mcg/Kg/ minuto, en miembros pélvicos presenta edema hasta tercio medio de pierna.

Alimento.

Continua en ayuno y apoyo de electrolitos de forma intravenosa, en abdomen se ausculta peristalsis disminuida.

Eliminación.

Drenaje retroesternal con escasa salida de líquido serohemático, así como alrededor del mismo, sonda uretral con volúmenes aumentados.

Actividad y reposo.

Se encuentra con leves efectos de sedación apertura ocular espontánea, fuerza muscular

conservada, limitada por dolor al movimiento en herida quirúrgica, moviliza extremidades de manera adecuada.

Interacción social.

El Sr. Hugo responde a preguntas con movimiento de cabeza, apertura y cierre ocular, esta orientado en sus tres esferas, hay labilidad emocional que se hace manifiesto por llanto fácil.

Peligros para la vida.

El Sr. Hugo se encuentra dependiente de marcapaso al 100%, con frecuencia de 80 por minuto, tiempos de coagulación alargados, con presencia de hematoma supraesternal de aproximadamente 5 por 9 cm, así como riesgo potencial de infección por catéteres y drenajes invasivos.

Normalidad.

Se muestra optimista, sin embargo hay labilidad emocional.

Desarrollo.

Su evolución a sido hasta ahora en parte satisfactoria, tomando en cuenta que es recambio valvular y el riesgo quirúrgico era alto.

Desviaciones de la salud.

Continua con dependencia a marcapaso al 100%.El trazo del electrocardiograma muestra bloqueo completo de rama derecha del Haz de His, mantiene signos vitales con los siguientes parámetros: Presión arterial entre 108/67 y 98/60 mmHg con una media entre 80 y 75 mmHg, frecuencia respiratoria entre 16 y 21 respiraciones por minuto, temperatura entre 36 y 36.5 ° C, presión venosa central entre 24 y 20 ccH₂O. Parámetros hemodinámicos con gasto cardiaco de 8 litros por minuto, presión pulmonar en cuña de 20 mmHg, índice cardiaco de 2.9 litros por minuto por metro cuadrado. Balance hídrico positivo.

Diagnósticos de Enfermería del 16 de Febrero del 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
16 Febrero 2002	Aire	Alteración del patrón respiratorio relacionado con extubación temprana manifestado por hipoventilación en base pulmonar derecha.	1	16 Febrero 2002 23:40 HR.
16 Febrero 2002	Desviación de la Salud	Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico manifestado por presión arterial baja, bajo gasto cardiaco y forrester de 2 .	2	
16 Febrero 2002	Desviación de la Salud	Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico y manipulación cardiaca manifestado por perdida del automatismo cardiaco normal.	3	
16 Febrero 2002	Agua	Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.	4	
16 Febrero 2002	Peligros para la vida	Riesgo potencial de sangrado relacionado con ministración de anticoagulantes.	5	
16 Febrero 2002	Peligros para la vida	Riesgo potencial de infección relacionado con medios invasivos.	6	

16 Febrero 2002	Alimentación	Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristalsis disminuida.	7	
16 Febrero 2002	Soledad e Interacción Social	Alteración de la interacción social relacionado con tubo orotraqueal manifestado por dificultad para hablar.	8	16 Febrero 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

1

Aire

Alteración del patrón respiratorio relacionado con extubación temprana manifestado por hipoventilación en base pulmonar derecha.

Objetivo:

- Realizar el protocolo de extubación y retiró del apoyo mecánico para recuperar la función respiratoria normal.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> Destete de parámetros de ventilación mecánica. Vigilar datos de dificultad respiratoria posterior a extubación endotraqueal. Auscultación de campos pulmonares Aspiración de secreciones de cánula y boca por razón necesaria. Valorar saturación de oxígeno. Fisioterapia pulmonar. Toma de gasometría y valoración. Administración de bicarbonato 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C. E.A.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente se encontró con los siguientes datos: modo mandatorio intermitente controlado, con presión soporte 10, frecuencia inspiratoria de oxígeno 30%, frecuencia respiratoria 14 por minuto, volumen corriente 450 ml, hasta las 23:40 ya que posteriormente se extubó. En la auscultación de campos pulmonares se encontró hipoventilación en la base del pulmón derecho. Las secreciones fueron escasas por boca y cánula de características hialinas y escasas. La saturación se mantuvo en 99% y posterior a la extubación en 96% con moderada dificultad respiratoria a pesar de contar con mascarilla y nebulizador. La fisioterapia mejoró la expectoración. Se sugirió colocar una mano por arriba de su herida quirúrgica con la finalidad de disminuir la sensación desagradable al toser. El paciente mostró un intercambio gaseoso adecuado a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explicó el procedimiento de extubación y la forma en que podría colaborar en el proceso. • Valorar signos de hipoxia posterior a extubación. • Vigilar la correcta posición de mascarilla de nebulizador con frecuencia inspirada de oxígeno de 60%. 	<p>A.E.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>juzgar por frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio y medición de gases arteriales con resultado de PO₂ 79% mmHg, PCO₂ 41 mmHg. Con la administración de bicarbonato se eliminó la acidosis respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el proceso de extubación, mostró inquietud por el retiro de la cánula, posterior a esté se tranquilizó, colaboró respirando y manteniéndose alerta, sin datos de cianosis o insuficiencia respiratoria. • Con el nebulizador espectoró secreciones hialinas, respiró adecuadamente con moderada dificultad respiratoria.
--	--	-------------------------------------	---

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Desviación de la Salud Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico manifestado por presión arterial baja, bajo gasto cardiaco y forrester de 2.

Objetivo:

- Proporcionar cuidados que coadyuven a estabilizar al paciente hemodinamicamente.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Toma y registro de signos vitales. • Administración de analgésico por razón necesaria. • Vigilar paso de soluciones y dosis respuesta de las siguientes soluciones: <ul style="list-style-type: none"> • 1000 de solución Hartmann + 40 mEq KCl + 2 g. Sulfato de Magnesio para 24 horas. • 250 solución glucosa 5% + 2 ámpulas Arterenol .05 gamas. • 250 solución glucosa 5% + 2 ámpulas Dobutamina 2.2 gamas. • 250 solución glucosa 5% + 400 mg. Dopamina 2.9 gamas. • Se agrega en el transcurso del día 250 solución glucosa 5% + 40 mg. Milrinona a .02 gamas. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales se encontraron de la siguiente manera, presión arterial 108/67 – 93/60 mmHg, frecuencia cardiaca 88 – 77 por minuto, temperatura 36 – 36.5 ° C, presión venosa central 24 – 20 ccH₂O. • Se estuvo administrando analgésico con horario, ya que refería dolor en herida quirúrgica. • Las medidas aplicadas para aumentar el gasto cardiaco como vasopresores e inotrópicos surtieron efecto ya que sus signos se estabilizaron, el gasto cardiaco fue de 8 litros por minuto, índice cardiaco 2.9 litros por minuto por metro cuadrado, presión pulmonar en cuña 20 mmHg., conservo un forrester de 2 en el transcurso del día. Las solución en promedio se mantuvieron de la siguiente manera: Dopamina 2.9 gamas, dobutamina 2.2 gamas, arterenol .05 gamas, milrinona .02 gamas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación
Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 3 Desviación de la Salud Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico y manipulación cardiaca manifestado por perdida del automatismo cardiaco normal.

Objetivo:

- Brindar cuidados específicos de enfermería para evitar complicaciones de conducción cardiaca.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización continua del paciente valorando cambios y el funcionamiento del marcapaso. • Explicarle en la medida de lo posible al paciente que sentirá leves molestias por el uso del marcapaso externo que tiene instalado. • Explicar que el marcapaso puede ser temporal. • Vigilar la presencia de arritmias. • Realizar curación del sitio de inserción. • Vigilar la presencia de sangrado en el sitio de inserción, flebitis o infección. • Toma de electrocardiograma por turno 	<p>T.C.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En estas primeras horas el paciente se mantuvo con un ritmo de marcapaso, con frecuencia de 80, sensibilidad de 2 miliamperaje de 2, dependiendo completamente del mismo. • No refirió molestia en el sitio de inserción. • Se explicó la importancia del marcapaso, también se mencionó que probablemente se retiraría dependiendo de su evolución en los siguientes días. • Se mantuvo con ritmo marcapaso. • No se registraron datos de infección o sangrado

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 4 Agua Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.

Objetivo:

- Proporcionar cuidados específicos de enfermería que prevengan la extravasación de los líquidos al espacio intersticial.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado de edema en miembros pélvicos y en el resto del cuerpo. • Colocación de medias elásticas • Ministración de diurético cada 8 horas previa valoración médica. • Control estricto de líquidos 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El edema se localizó en miembros pélvicos hasta rodilla. • Las vendas se cambiaron por elásticas, con lo que mejoró el retorno venoso, ya que el llenado capilar de 3 segundos se mantuvo en 2 segundos. • La diuresis se encontró aumentada con un total de 2100 ml, obteniendo un balance francamente negativo de 1000 ml en promedio.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

5 Prevención de Peligros Riesgo potencial de sangrado relacionado con ministración de anticoagulantes.

Objetivo:

- Brindar cuidados preventivos para evitar eventos hemorrágicos.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que no aumente de tamaño el hematoma supraesternal. • Vigilar datos de sangrado en herida quirúrgica, en sitios de drenajes y a cualquier nivel. • Toma de tiempos de coagulación • Vigilar el paso de infusión de heparina de 1000 unidades internacionales por hora. 	T.C. T.C. T.C. T.C.	<ul style="list-style-type: none"> • El hematoma no aumentó se conservo en 5 por 4 cm de tamaño, con dolor a la palpación. • En la primera curación se observo leve sangrado, en los sitios de drenajes con salida de material hemático escaso 60 ml aproximadamente. • Los tiempos de coagulación se mantuvieron con un (International Normalized Ratio) INR entre 2.5 y 2.9

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 6 Prevención de Peligros Riesgo potencial de infección relacionado con medios invasivos.

Objetivo:

- Detectar posibles focos infecciosos y evitar complicaciones.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar cefalexina 1 gramo I.V. cada 6 horas. • Penicilina sódica cristalina 3 millones cada 4 horas. • Asistir en la curación de herida quirúrgica, catéteres y drenajes. • Valorar las características de los sitios de inserción de catéteres, sondas, drenajes, así como de herida quirúrgica. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la curación en los sitios de inserción de catéteres, sondas, drenajes no se evidenciaron datos de infección, en herida quirúrgica leve edema.

T.C. Totalmente compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

7 Alimentación Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristalsis disminuida.

OBJETIVO:

- Valorar el restablecimiento de la vía oral.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de peristalsis • Asistir en el retiro de sonda nasogástrica. • Toma de dextrostix cada 6 horas con esquema de insulina por razón necesaria. • Explicar el porque no puede ingerir alimentos aun y mantener húmedas sus mucosas orales con gasas humedecidas. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C. A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La peristalsis se mantuvo disminuida, en la percusión se escucho timpánico en toda la zona del colón, con dolor a la palpación. • Por el drenaje de la sonda se obtuvo escasa salida de líquido biliar. • La glicemia capilar reportó 146 mg/dl. • El Sr. Hugo manifiesta su deseo de tomar agua, se le explica el porque no puede ingerir aun nada, se le dice que lo único que se puede hacer es colocar unas gasas húmedas en su boca.

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio mediato

Diagnósticos de Enfermería:

- 8 Soledad e Interacción Social Alteración de la interacción social relacionado con tubo orotraqueal manifestado por dificultad para hablar.

Objetivo:

- Favorecer el restablecimiento de la comunicación directa.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
16 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia de acuerdo a la escala de glasgow. • Estar pendiente del déficit de autocuidado del paciente, estableciendo una comunicación continua con el paciente. 	<p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posterior a extubación se mantuvo alerta y orientado en tiempo, espacio y lugar, con periodos intermitentes de sueño y respiración espontánea. • Aunque no podía hablar, refería tener sed y querer agua, se explica el porque se debe mantener en ayuno por el momento, el paciente comprendió y coopero con su cuidado.

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración focalizada N° 4

Esta valoración se realizó aun en la unidad de cuidados intensivos día 17 Febrero 2002, encontrándose el paciente cursando el postoperatorio tardío.

Aire.

El Sr. Hugo presenta nebulizador con FiO₂ al 40% continuo, campos pulmonares sin secreciones, rudeza respiratoria, en área pulmonar derecha con poca entrada de aire, extremidades sin cianosis distal.

Agua.

Mucosas orales hidratadas, cuenta con catéter 3 lúmenes en yugular interna derecha con 1000 ml de Hartmann + 40 mEq KCl + 2 g. de Sulfato de Magnesio para 24 horas, 250 ml. solución glucosa 5% + 200 mg de Dopamina a 2.9 gamas, se suspende milrinona y dobutamina se retira catéter de Swan Ganz , en miembros pélvicos presenta edema hasta tercio medio de pierna.

Alimento.

Comienza a tolerar dieta líquida en escasa cantidad, abdomen blando con dolor a la palpación, la glicemia capilar reporta 140 – 146 mg/dl.

Eliminación.

Drenaje retroesternal con escasa salida de líquido serohemático, sonda foley con volumen urinario adecuado, evacuaciones escasas en cantidad.

Actividad y reposo.

Se encuentra con reposo relativo, debido a estar dependiente de marcapaso, fuerza muscular conservada, limitada por dolor al movimiento en herida quirúrgica, cambios de posición a libre demanda.

Interacción social.

El Sr. Hugo responde a preguntas sencillas, esta orientado en sus tres esferas, hay labilidad emocional con llanto fácil, sin embargo hay gusto por saber que preguntan por su estado de salud.

Peligros para la vida.

Se encuentra dependiente de marcapaso al 100%, por el momento bajara a piso con el mismo, y ahí se determinara la conducta a seguir de acuerdo a evolución.

Normalidad.

Se muestra optimista, sin embargo hay labilidad emocional.

Desarrollo.

Su evolución ha sido hasta ahora en parte satisfactoria, considerando que es recambio valvular y el riesgo quirúrgico era alto.

Desviaciones de la salud.

Por el momento se encuentra con palidez tegumentaria, con monitorización cardiaca continua en ritmo marcapaso no mantiene ritmo sinusal, la herida quirúrgica se observa limpia sin datos de sangrado o infección, la cual queda cubierta.

Valoración focalizada N° 5

El día 18 Febrero 2002 se encuentra cursando su segundo día de postoperatorio tardío, baja a piso de hospitalización en el transcurso de la mañana por lo tanto la valoración se realizó en los dos servicios.

Aire.

Continúa con rudeza respiratoria en área pulmonar derecha.

Agua.

El edema en miembros pélvicos no ha incrementado, sin embargo tampoco ha disminuido.

Alimento.

Comienza a tolerar dieta blanda en poca cantidad, abdomen blando, depresible con dolor a la palpación, la glicemia capilar reporta 106 mg/dl por lo cual se suspende la misma.

Eliminación.

Drenaje retroesternal con nula salida de liquido serohemático, por tanto en el transcurso de la mañana se retiran sondas pleurales y sonda foley, evacuaciones escasas en cantidad.

Actividad y reposo.

Continúa con reposo relativo, y dependencia a marcapaso.

Interacción social.

El Sr. Hugo responde a preguntas concretas, está orientado en sus tres esferas, hay labilidad emocional con llanto fácil al sentirse solo.

Peligros para la vida.

Continúa con dependencia a marcapaso al 100%, baja a piso en el transcurso de la mañana.

Normalidad.

Se muestra optimista al saber que es transferido al tercer piso de hospitalización y se retiraron los drenajes.

Desviaciones de la salud.

Al bajar a piso, se encuentra con palidez tegumentaria, con monitorización cardíaca continua en ritmo marcapaso no mantiene ritmo sinusal, la herida quirúrgica se observa limpia sin datos de sangrado o infección.

Diagnósticos de Enfermería del 17 Y 18 de Febrero del 2002

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
17, 18 Febrero 2002	Desviación de la Salud	Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico y manipulación cardiaca manifestado por pérdida del automatismo cardiaco normal.	1	Sin termino
17, 18 Febrero 2002	Agua	Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.	2	
17, 18 Febrero 2002	Alimentación	Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristalsis disminuida.	4	
17, 18 Febrero 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de sangrado relacionado con ministración de anticoagulantes.	3	
17, 18 Febrero 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de infección relacionado con presencia de medios invasivos.	5	18 Febrero 2002

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio tardío

Diagnósticos de Enfermería:

- 1 Desviación de la Salud: Desviación de la salud relacionado con proceso quirúrgico y manipulación cardiaca manifestado por pérdida del automatismo cardiaco normal.

Objetivo:

- Proporcionar cuidado que coadyuve a estabilizar al paciente hemodinamicamente.

Objetivo del Paciente:

- Recuperarse pronto y salir del hospital.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
17 Y 18 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Toma y registro de signos vitales. • Monitorización continua del paciente valorando cambios de ritmo y el funcionamiento del marcapaso. • Verificar el ritmo basal • Explicarle nuevamente al paciente que sentirá leves molestias por el uso del marcapaso externo que tiene instalado. • Vigilar la presencia de arritmias. • Administración de analgésico por razón necesaria. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>E.A.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales se encontraron de la siguiente manera, presión arterial 100/60 mnHg, frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura 36.5 °C, presión venosa central 12 ccH₂O. • No modifíco su dependencia a marcapaso, queda asincrónico, con frecuencia de 80, sensibilidad de 2 miliamperaje de 2. • No se encontraron datos de infección en el sitio de inserción o sangrado. • Refirió leve molestia en el sitio de inserción que aumentaba por el movimiento. • Se estuvo administrando analgésico con horario, refería molestias por la movilización y los ejercicios en la herida quirúrgica y en el sitio de inserción del marcapaso.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar paso de soluciones y dosis respuesta de las siguientes soluciones:• 250 solución glucosa 5% + 400 mg. Dopamina.• 250 solución glucosa 5% para 24 horas.		<ul style="list-style-type: none">• La dopamina se mantuvo en 2.9 gamas, y solución base.
--	---	--	---

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio tardío

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Agua Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.

Objetivo:

- Vigilar el restablecimiento hacia la normalidad.

Objetivo del Paciente:

- Estar menos hinchado y poder mover mejor sus piernas.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
17 Y 18 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Control estricto de líquidos. • Valorar el grado de edema en miembros pélvicos y en el resto del cuerpo. • Vendaje de miembros pélvicos. • Ministración de furosemide a las 8:00 y 14:00 hrs. • Se agrega espironolactona cada 24 horas 	<p>T.C. T.C. T.C. T.C. T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La uresis fue de 1000 ml en 24 horas con balance neutro. • El edema de miembros pélvicos se mantuvo hasta el tercio medio de ambas piernas en el transcurso de 48 horas. • La administración del furosemide no mejoró el edema ya que actúa a nivel del asa de Henle e inhibe la resorción de sodio y agua, por lo tanto incrementó la demanda de electrolitos motivo por el que se decide aumentar otro medicamento que mejore su condición. • La espironolactona es un diurético ahorrador de potasio, se ministro por su efecto bloqueador de la resorción de sodio, que origina aumento en la eliminación de sodio y agua, lo que ayudo al paciente a disminuir el edema.

T.C. Totalmente Compensatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio tardío

Diagnósticos de Enfermería:

3 Alimentación Alteración del patrón de alimentación relacionado con ayuno manifestado por peristalsis disminuida.

Objetivo:

- Vigilar el restablecimiento función gastrointestinal.

Objetivo del Paciente:

- Comer sin molestias en el abdomen.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
17 y 18 FEBRERO 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de peristalsis. • Las glicemias capilares se suspendieron se inicia con dieta blanda de 1800 calorías. • Inició con ranitidina cada 12 horas. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E..</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La peristalsis aumento a medida que ingirió la dieta, en la percusión el sonido fue timpánico y mate en toda la zona del colón, refirió leve dolor en la palpación de los sitios donde se encontraban los drenajes. • De la dieta ingiere poco alimento, ya que refiere sentirse satisfecho, a esto se le agrega que no puede masticar bien ya que no cuenta con su dentadura. • Se hablo nuevamente con los familiares para insistir en que deberían traer la dentadura del Sr. Hugo, ya que con ella el podría comer mejor. • Se hablo con dietología para que la dieta no incluyera alimentos que fueran difíciles de masticar y digerir. • Con el paciente se hablo acerca de la importancia de los alimentos y por que era necesario que el ingiriera la dieta. • Con este medicamento disminuyó la molestia gástrica que presentaba al ingerir la dieta.

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio tardío

Diagnósticos de Enfermería:

4 Prevención de Peligros Riesgo potencial de sangrado relacionado con ministración de anticoagulantes.

Objetivo:

- Brindar cuidados preventivos para evitar eventos hemorrágicos.

Objetivo del Paciente:

- Evitar tener complicaciones.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
17 y 18 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que no aumente de tamaño el hematoma supraesternal. • Vigilar datos de sangrado en herida quirúrgica, en sitios de drenajes y a cualquier nivel. • Suspender infusión de heparina • Ministración de heparina 5,000 U.I. cada 8 h. subcutánea • Toma de tiempos de coagulación. • Se aumento fraxiheparina 0.4 cc. por vía subcutánea cada 12 horas. • Acenocumarina 4 mg. vía oral dosis de impregnación. • Vigilancia estrecha de los tiempos de coagulación 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El hematoma no aumentó de tamaño se conservo de 5 por 4 cm. refiriendo leve dolor a la palpación. • En la curación se observó leve sangrado, en los sitios de drenajes, con salida de material hemático escaso no tuvo sangrado evidente por ninguna de las vías. • La heparina en infusión se suspende el día 17 de febrero, este día se queda con heparina cada 8 horas, la cual se suspende día 18. • Los tiempos de coagulación se conservaron en TP 38. 2 /15.1 segundos IIS 2.3 / IIA 2.5, plaquetas 230 10.3/UI. • El día 18 de febrero comienza con ministración de heparina de bajo peso molecular y con impregnación de acenocumarina ya que la aparición de su efecto es hasta las 24 ó 38 horas, con una vida media de 22 a 24 horas, en estos pacientes con válvula mecánica es necesario mantener el INR al doble por el riesgo de trombosis. • Se mantiene el INR en 2.8

T.C. Totalmente Compensatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio tardío

Diagnósticos de Enfermería:

- 5 Prevención de Peligros Riesgo potencial de infección relacionado con presencia medios invasivos.

Objetivo:

- Detectar posibles focos infecciosos y evitar complicaciones.

Objetivo Del Paciente:

- Que se le retiren pronto todos los drenajes que le son molestos.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
17 y 18 Febrero 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de penicilina sódica cristalina 5 millones cada 6 horas. • Ministración de analgésico antes de la curación y por razón necesaria. • Asistir en la curación de herida quirúrgica y catéteres. • Colaborar en el retiró de drenajes pleural y mediastinal. • Valorar las características de los sitios de inserción de catéter, sondas, drenajes y herida quirúrgica. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la curación en los sitios de inserción de catéter no se evidenciaron datos de infección, en herida quirúrgica se encontró leve edema. • Los drenajes se retiraron el día 18 sin complicaciones. • Posterior al retiró de drenajes, en los sitios de inserción tuvo salida de material serohemático que fue disminuyendo paulatinamente.

T.C. Totalmente Compensatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración focalizada N° 6

Esta valoración se realiza el día 20 Febrero 2002 se encuentra cursando su cuarto día de postoperatorio tardío, en el piso de hospitalización.

Aire.

Cuenta con nebulizador con FiO₂ al 40%, con rudeza respiratoria en base pulmonar derecha.

Agua.

Continúa con catéter 3 lúmenes, 250 ml. de solución glucosa al 5% para 24 horas, en miembros pélvicos el edema no ha disminuido.

Alimento.

Tiene dificultad para masticar, ya que sus familiares no han traído su dentadura a pesar de haber hablado con ellos, mencionan que no la encuentran, de su dieta indicada come solo la fruta y el pan.

Eliminación.

En el sitio donde estuvo el drenaje pleural hay escasa salida de material hemático, refiere estreñimiento, indican laxantes cada 12 horas.

Actividad y reposo.

Se encuentra con reposo relativo de cama a reposit, debido a estar dependiente de marcapaso, con cambios de posición a libre demanda.

Interacción social.

Expresa sus ideas y pensamientos en forma clara, refiere que ya se encuentra mejor y que quisiera ir a su casa, le preocupa saber si tendrá que usar marcapaso definitivo.

Peligros para la vida.

Se encuentra dependiente de marcapaso al 100%, tiempos de coagulación con INR de 2.5.

Normalidad.

Se muestra optimista, sin embargo esta preocupado por el marcapaso y su recuperación, por otro lado, no hay datos de infección en herida quirúrgica en franco proceso de cicatrización, la válvula mecánica se encuentra funcionando adecuadamente.

Desarrollo.

Su evolución ha sido favorable para la vida, para la función se encuentra reservada, ya que es probable que sea necesario un marcapaso definitivo.

Desviaciones de la salud.

Por el momento se encuentra con palidez tegumentaria, con monitorización cardíaca continua en ritmo marcapaso dependiente del mismo.

Valoración focalizada N° 7

Esta valoración se realiza el día 22 Febrero 2002 se encuentra cursando su sexto día de postoperatorio tardío.

Aire.

Refiere leve dificultad respiratoria sin el nebulizador que se encuentra con FiO₂ al 40%, continua con rudeza respiratoria en base pulmonar derecha.

Alimento.

Tolera bien la dieta blanda de 1800 kilocalorias, ya que sus familiares han traído su dentadura.

Desviación de la Salud.

En la zona supraesternal hay un hematoma de aproximadamente 4 por 5 cm.

Actividad y reposo.

Se encuentra con reposo relativo, el se moviliza adecuadamente y despacio por el dolor que le causa aun la herida.

En el resto de los requisitos continua sin cambios.

Valoración general N° 3

La siguiente valoración se realizó el 27 Febrero 2002, en hospitalización.

Aire.

Realiza ejercicios con inspirómetro hasta el número 2, continua con nebulizador con FiO₂ al 40% intermitente cada 6 horas, en la auscultación de campos pulmonares se encuentran limpios sin fenómenos agregados, frecuencia respiratoria 18 por minuto, sin embargo muestra leve dificultad respiratoria al tener movimientos bruscos.

Agua.

Se retira catéter el día 25 de febrero por la tarde, ingiere 1000 ml. de agua con la dieta, continua con edema en miembros inferiores por debajo de la rodilla, a pesar de las medias elásticas y la elevación de miembros inferiores.

Alimento.

La dieta la tolera bien ahora que cuenta con su dentadura, la cantidad aun es mínima, sin embargo se insiste en los beneficios de comer adecuadamente, refiere que el abdomen le continua doliendo, en la exploración es blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en colon ascendente y descendente.

Eliminación.

Refiere tener dos días sin evacuar, con canalización de gases, la uresis es espontánea y constante.

Actividad y reposo.

Se encuentra con reposo relativo debido a que el electrodo del epicardio se movilizó de su lugar, con la consecuente disfunción del marcapaso el día 26 de febrero, camina en el cuarto y hasta el baño acompañado, la mayor parte del tiempo la pasa sentado en el reposet.

Interacción social.

Se muestra más abierto en la platica con sus compañeros de cuarto, habla más con todo el personal y colabora en su recuperación.

Peligros para la vida.

Movilización del electrodo epicárdico de su lugar, con frecuencia nodal de 55 a 68 por minuto, tiempos de coagulación con INR de 2.6, hematoma en zona supraesternal en proceso de resorción.

Normalidad.

Se muestra optimista, la válvula mecánica se encuentra funcionando adecuadamente, la herida quirúrgica de hemitórax esta cerrada en periodo de cicatrización, en los sitios de drenajes ya no hay salida de material seroso.

Desarrollo.

Su evolución había sido favorable, pero con la disfunción del marcapaso se acelera la urgencia de marcapaso definitivo.

Desviaciones de la salud.

Por el momento se encuentra con palidez tegumentaria, con monitorización cardiaca continua no mantiene ritmo sinusal, es valorado por clínica de marcapaso, el cual indica tratamiento con medicamentos y la necesidad de instalar marcapaso definitivo, es programado para el 4 de marzo realizar el estudio de Holter.

Valoración focalizada N° 8

Esta valoración se realiza el día 1° Marzo 2002 se encuentra en hospitalización con disfunción de marcapaso externo.

Aire.

Al realizar ejercicios con inspirómetro llega hasta el número 3, continua con nebulizador con FiO2 al 40% intermitente cada 6 horas, en la auscultación de campos pulmonares se encuentran limpios sin fenómenos agregados, frecuencia respiratoria 16 por minuto.

Agua.

Ingiere 1000 ml. de agua con la dieta, continua con edema en miembros inferiores a nivel de tobillos, continua con medias elásticas y la elevación de miembros inferiores.

Alimento.

Lo tolera bien, en cuanto a cantidad termina con la mitad de la dieta, se insiste en los beneficios de comer adecuadamente, refiere que el abdomen le continua doliendo, en la exploración es blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en colon ascendente y descendente, con peristalsis presente.

Eliminación.

Refiere haber evacuado, continua canalizando gases, la urésis es espontánea y constante.

Actividad y reposo.

Se encuentra con reposo relativo debido la movilización del electrodo epicardico de su lugar, camina en el cuarto y hasta el baño acompañado, la mayor parte del tiempo la pasa sentado en el reposit, por la noche en dos ocasiones se ha despertado gritando, agitado y hablando, por lo cual indican ansiolítico.

Interacción social.

Se muestra más abierto al platicar con sus compañeros de cuarto, habla más con todo el personal y colabora en su recuperación.

Peligros para la vida.

Marcapaso apagado, con frecuencia nodal de 55 a 60 por minuto, tiempos de coagulación con INR de 2.5.

Normalidad.

Se muestra optimista, la válvula mecánica se encuentra funcionando adecuadamente, la herida quirúrgica de hemitórax y los sitios de inserción de drenajes están en proceso de cicatrización.

Desarrollo.

Su evolución había sido favorable, pero con la disfunción del marcapaso se acelera la urgencia de marcapaso definitivo.

Desviaciones de la salud.

Por el momento se encuentra con palidez tegumentaria, con monitorización cardiaca continua no mantiene ritmo sinusal, al ser valorado por clínica de marcapaso, indica tratamiento con medicamentos y la necesidad de instalar marcapaso definitivo, es programado para el 4 de marzo realizar el estudio de Holter y dependiendo del resultado se procederá.

Diagnósticos de Enfermería en hospitalización del 20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
26 de Febrero del 2002	Actividad y Reposo	Alteración de la actividad y el reposo relacionado con movilización del electrodo epicardico de su lugar manifestado por restricción del movimiento y bradicardia.	1	16 Marzo 2002
20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002	Agua	Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.	2	8 Marzo 2002
20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002	Alimentación	Alteración del patrón de alimentación relacionado con falta de piezas dentarias manifestado por escasa ingesta de alimentos.	4	27 Febrero 2002
20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de sangrado relacionado con ingesta de anticoagulantes.	3	Sin fecha de termino
20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de infección relacionado con presencia de medios invasivos.	5	25 Febrero 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 1 Actividad y Reposo Alteración de la actividad y el reposo relacionado con movilización del electrodo epicardico de su lugar manifestado por restricción del movimiento y bradicardia.

Objetivo:

- Identificar cualquier alteración que ponga en peligro la vida del paciente.

Objetivo del Paciente:

- Poder moverse a cualquier lugar sin ayuda.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
20 de Febrero al 1º de Marzo del 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Toma y registro de signos vitales. • Monitorización continua del paciente valorando cambios de ritmo y disminución de la frecuencia cardiaca. • Reposo relativo estricto. • Explicarle al paciente la importancia de no realizar esfuerzos y reportar cualquier alteración que pudiera presentar por mínima que fuera. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>E.A.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales se encontraron de la siguiente manera, presión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca 60 a 55 por minuto, ya que el día 26 de febrero se movilizó el electrodo del epicardio presentando problemas para la captura, el resto de los signos vitales se mantuvieron sin alteración. • La frecuencia se mantuvo oscilante con el movimiento o al esfuerzo leve. • Mostró tristeza y desesperación por no poder moverse al baño o para realizar actividades como bajar de su cama.

T.C. Totalmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Agua Alteración en la distribución de líquidos corporales relacionado con aumento de la precarga manifestado por edema en miembros inferiores.

Objetivo:

- Brindar cuidados específicos que disminuyan el edema.

Objetivo del Paciente:

- Que disminuya el dolor en pies que tiene por la tarde.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
20 de Febrero al 1º de Marzo del 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Control estricto de líquidos. • Valorar el grado de edema en miembros pélvicos y en el resto del cuerpo. • Vendaje de miembros pélvicos. • Administración de espironolactona cada 24 horas. • Se menciona la conveniencia de elevar las piernas mientras se encuentre sentado en reposo o en la cama. • Realización de ejercicios pasivos con las piernas y pies. 	T.C. T.C. T.C. T.C. E.A. P.C.	<ul style="list-style-type: none"> • La urésis se mantuvo con balances neutros. • El edema de miembros pélvicos fue disminuyendo paulatinamente hasta lograr que se localizara en tobillos, hasta que desapareció. • La espironolactona es un diurético ahorrador de potasio, se ministro por su efecto bloqueador de la resorción de sodio, que origina aumento en la eliminación de sodio y agua, lo que ayudo al paciente a disminuir el edema. • No toleraba los pies elevados por un lapso mayor a 10 minutos, ya que se le acalabraban y se sentía incomodo • Los ejercicios pasivos se realizaron lentamente ya que tendía a la bradicardia, sin embargo los realizó y contribuyó a distribuir mejor los líquidos sobre todo al final del día que era cuando se encontraban con más edema. • El edema disminuyo después de algunos días, en forma considerable hasta desaparecer.

T.C. Totalmente Compensatorio. P.C. Parcialmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 3 Alimentación Alteración del patrón de alimentación relacionado con falta de piezas dentarias manifestado por escasa ingesta de alimentos.

Objetivo:

- Ofrecer dieta y elementos necesarios para favorecer una nutrición adecuada.

Objetivo del Paciente:

- Comer sin molestias en el abdomen.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
20 de Febrero al 1º de Marzo del 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la ingesta de alimentos y la presencia de peristalsis. • Se hablo con la dietista para hacer algunos cambios en la dieta por alimentos que se le antojaran y no salieran de su régimen. • Continuo con ranitidina cada 12 horas. 	<p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>E.A.</p> <p>T.C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con sus puentes pudo comer mejor, aunque la cantidad era poca, refería sentirse satisfecho con probar en ocasiones el alimento. • La peristalsis tendió a normalizarse, aunque refería discreto dolor abdominal. • Con el paciente se hablo acerca de la importancia de los alimentos y por que era necesario que el ingiriera la dieta. • El paciente menciona que con el medicamento ya no siente tanta plenitud en el estomago.

T.C. Totalmente Compensatorio. P.C. Parcialmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 4 Prevención de Peligros Riesgo potencial de sangrado relacionado con ingesta de anticoagulantes.

Objetivo:

- Brindar cuidados preventivos para evitar eventos hemorrágicos.

Objetivo del Paciente:

- Recuperarse pronto y no sangrar.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
20 de Febrero al 1° de Marzo del 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que no aumente de tamaño el hematoma supraesternal. • Vigilar datos de sangrado a cualquier nivel. • Toma de tiempos de coagulación. • Ministración de 2 mg. de acenocumarina vía oral cada 24 horas. • Orientar sobre las indicaciones, efectos y complicaciones de la ingesta de anticoagulantes. • Orientar sobre las repercusiones de no consumir su anticoagulante en forma ordenada. • Orientar sobre los vegetales que no debe consumir, medicamentos e interacciones con algunos en caso de ser necesario 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El hematoma en los días siguientes fue reduciendo de tamaño hasta encontrarse casi por completo reabsorbido. • No se evidencio datos de sangrado por ninguna vía. • TP 20 / 14 seg, IIS 1.2 / IIA 1.5. INR DE 2.6 • El 20 de febrero se suspende heparina de bajo peso molecular, dejando solo acenocumarina. • El Sr. Hugo, se mostró interesado en la orientación ya que aunque el los consumía desde años anteriores, algunos efectos e indicaciones de los anticoagulantes había olvidado, el paciente es disciplinado en la ingesta de sus medicamentos, sin embargo había olvidado los efectos que algunos vegetales producen al consumirlos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<p>consumirlos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientar sobre los cuidados que debe tener en casa y el trabajo en el manejo de material punzo cortante y en caso de accidente que debe hacer.	E.A.	<ul style="list-style-type: none">• El menciona que en su trabajo maneja mucho el cortador de cartón, y el ahora sabe que deberá tener mayor cuidado.
--	--	------	---

T.C. Totalmente Compensatorio. P.C. Parcialmente Compensatorio. A.E. Apoyo y Educación

Cuidados e Intervenciones de Enfermería en hospitalización

Diagnósticos de Enfermería:

- 5 Prevención de Peligros Riesgo potencial de infección relacionado con presencia medios invasivos.

Objetivo:

- Detectar posibles focos infecciosos y evitar complicaciones.

Objetivo del Paciente:

- Que se le retiren pronto todos los drenajes que le son molestos.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
20 de Febrero al 1º de Marzo del 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de penicilina sódica cristalina 5 millones cada 6 horas. • Ministración de analgésico antes de la curación y por razón necesaria. • Asistir en la curación de herida quirúrgica y catéteres. 	T.C. T.C. T.C.	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el periodo de internamiento no se evidenciaron datos de infección a ningún nivel. • Solo refería dolor en el esternón al movimiento o cambio brusco de posición. • El catéter se retiro el día 25 de febrero cultivando la punta siendo el resultando negativo.

T.C. Totalmente Compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración focalizada N° 9

La presente valoración de alta, se realizó el día 10 Marzo 2002, un día antes del egreso del paciente de hospitalización.

El Sr. Hugo muestra disponibilidad para continuar con sus cuidados en el hogar. Su mamá esta dispuesta a colaborar en lo que pueda para la pronta recuperación de su hijo. Los hermanos principalmente su hermana esta dispuesta a mudarse a su casa para estar al pendiente de lo que pudiera hacer falta, su hermano colaborara hasta donde sea posible para su manutención y los pagos del hospital. Su casa cuenta con todos los servicios básicos.

En cuanto a los requisitos universales con respecto al aire aun muestra leve dificultad respiratoria a los movimientos bruscos, sin embargo no hay datos de cianosis.

Con respecto al requisito de agua, ha desaparecido el edema en miembros inferiores.

En cuanto al alimento tolera más la dieta, el menciona que cuando este en su casa comerá más ya que la comida del hospital no le gusta.

En eliminación no hay alteraciones.

Con respecto a la actividad y el reposo esta alterada ya que se irá a su casa sin la colocación de marcapaso definitivo, por tanto el movimiento estará restringido de la cama al reposet.

En relación a los peligros para la vida el riesgo es alto hasta que se consiga su marcapaso y se coloque, mientras tanto el paciente como los familiares están enterados de la situación y han aceptado, se dan las recomendaciones de urgencia como disminución importante de la frecuencia cardiaca o perdida del estado de conciencia entre otros.

En prevención de peligro para la vida, se realiza con énfasis el uso de anticoagulantes, así como las medidas de seguridad que esto conlleva.

Diagnósticos de enfermería para plan de alta del paciente

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
10 Marzo 2002	Actividad y Reposo	Alteración de la actividad y el reposo relacionado con movilización del electrodo epicárdico de su lugar manifestado por restricción del movimiento y bradicardia.	1	16 Marzo 2002
10 Marzo 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de sangrado relacionado con ingesta de anticoagulantes.	2	Sin fecha de termino

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan de Alta

Diagnósticos de Enfermería:

- 1 Actividad y Reposo Alteración de la actividad y el reposo relacionado con movilización del electrodo epicardico de su lugar manifestado por restricción del movimiento y bradicardia.

Objetivo:

- Orientar sobre los cuidados específicos en el hogar

Objetivo del Paciente:

- “Saber que hacer en caso de urgencia”

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
10 Marzo 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Explicarle al paciente y sus familiares la importancia de no realizar esfuerzos y mantener el reposo de su cama a reposit, acudiendo a urgencias de este hospital en caso de urgencia. • Orientar sobre signos y síntomas de urgencia al paciente y familiares. 	<p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente se mostró interesado y atento a toda la información. Los familiares mostraron preocupación por la situación del paciente, temen por no saber que hacer en caso de urgencia, sin embargo con la explicación aclararon dudas, las preguntas más importantes fueron ¿Cómo sería su movilización para sus necesidades fisiológicas?, ¿cuánto tiempo debería estar en cama y en el reposit?, el paciente pregunto ¿cuándo podría regresar a trabajar y hacer su vida de antes?, ¿en cuanto tiempo podría manejar? La respuesta fue hasta que pase un tiempo considerable de por lo menos seis meses posterior a la colocación de su marcapaso y valorando las condiciones de salud.

E.A. Educación y Apoyo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan de Alta

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Prevención de Peligros Riesgo potencial de sangrado relacionado con tiempos de coagulación alargados

Objetivo:

- Brindar cuidados preventivos para evitar eventos hemorrágicos.

Objetivo del Paciente:

- “Tener información sobre que complicaciones se pueden tener por el medicamento”.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
10 Marzo 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar las posibles complicaciones del reemplazo valvular mecánico: como pueden ser trombosis, endocarditis mencionando los signos de alarma de cada uno. • Explicar que es un anticoagulante, su mecanismo de acción y efectos secundarios. • Orientar sobre la importancia de vigilar datos de sangrado a cualquier nivel. • Orientar de la interacción de los medicamentos con el anticoagulante y la importancia de no automedicarse. • Explicar la importancia de la restricción dietética en cuanto el consumo de vegetales 	<p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Hugo, se mostró interesado en la orientación ya que en su primer cirugía no le orientaron de igual manera sobre todo en el manejo de los anticoagulantes. • Se oriento sobre el carnet donde se anotan las dosis de anticoagulante y sobre el efecto en el INR, lo que significa y la importancia de las dosis, al entenderlo se mostró satisfecho con la orientación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<p>verdes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre las repercusiones de no consumir su anticoagulante en forma ordenada. • Orientar sobre los cuidados que debe tener en casa y el trabajo en el manejo de material punzocortante y en caso de accidente que debe hacer. • Explicar la importancia de acudir a la clínica de anticoagulantes. 	<p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p>	
--	--	-------------------------------------	--

E.A. Educación y Apoyo

Valoración general Nº 4

La visita domiciliar se realizó el día 22 Agosto del 2002, previa concertación vía telefónica.

Aire.

El Sr. Hugo durante la visita sube y baja dos pisos sin mostrar dificultad respiratoria, el refiere que le falta el aire solo cuando camina de 5 a 6 cuadras, durante la exploración presenta una frecuencia respiratoria de 22 por minuto, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire.

Agua.

Su baño es diario con cambio de ropa total, ingiere un litro de agua, refiere que por la tarde se "hinchán" sus pies, cuando usa calcetines elásticos disminuye el edema, durante la exploración no hay evidencia de edema en los mismos.

Alimento.

Actualmente pesa 50 kilogramos, su talla es de 165 cm, su dieta se basa en carne dos veces por semana, sopa de pasta diario, chocolates en ocasiones como postre, pan diario, verduras diario y toma un complemento dietético. En ocasiones tiene dolor abdominal por lo cual toma medicamentos. Durante la exploración el abdomen es blando, depresible y con peristalsis presente.

Eliminación.

Su eliminación intestinal es diario, en ocasiones tiene estreñimiento, por lo que ingiere laxantes, la urésis es diario y constante por la tarde ya que ingiere diurético.

Actividad y reposo.

El trabaja en su negocio propio, su labor es cargar su camioneta, mover cajas, hacer mechudos, manejar y repartir la mercancía con sus cliente, no realiza ejercicio en forma, sus periodos de descanso son el martes y jueves que no trabaja, presenta insomnio en ocasiones, duerme regularmente 10 horas, toma antidepresivo.

Interacción social.

Refiere que ahora que estuvo internado observó que sus hermanos se organizaron para apoyarlo, sobre todo en el negocio para que a su madre no le faltara nada, su hermana y su mamá para la visita en el hospital.

Peligros para la vida.

Le colocaron marcapaso definitivo en marzo se encuentra funcional sin problemas, su INR es de 2.7.

Normalidad.

Se muestra optimista, se ha incorporado a trabajar, la válvula mecánica se encuentra funcionando adecuadamente, sus signos vitales son: 84 pulso carotídeo, 64 en miembro torácico izquierdo, 88 en miembro torácico derecho, pulso apical de 100 por minuto, temperatura 36.4 °C, tensión arterial de 120/80, frecuencia respiratoria 22 por minuto. No lleva a cabo la indicación de reposo, ya que siente la necesidad de trabajar para pagar el dinero que le presto su hermano.

Desarrollo.

Su evolución ha sido favorable.

Desviaciones de la salud.

Se encuentra con elevación esternal izquierda, presenta nódulos en cara y cuello y tórax, los pulsos de miembro superior izquierdo se encuentran disminuidos.

Diagnósticos durante la visita domiciliaria

Fecha de Identificación	Requisito Universal	Diagnóstico de Enfermería	Prioridad	Fecha de Termino
22 Agosto 2002	Alimentación	Alteración del patrón de la alimentación relacionado con desconocimiento de la combinación de alimentos manifestado por baja ingesta de alimentos ricos en fibra e inapetencia.	1	16 Marzo 2002
22 Agosto 2002	Prevención de Peligros	Riesgo potencial de sangrado relacionado con ingesta de anticoagulantes.	3	Sin fecha de termino
22 Agosto 2002	Actividad y Reposo	Alteración de la actividad y reposo relacionado con incorporación inmediata a actividad laboral posterior a su hospitalización manifestado por cansancio y fatiga.	2	Sin fecha de término

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan Domiciliario

Diagnósticos de Enfermería:

- 2 Actividad y Reposo Alteración de la actividad y reposo relacionado con incorporación inmediata a actividad laboral posterior a su hospitalización manifestado por cansancio y fatiga.

Objetivo:

- Orientar sobre la actividad en el hogar y trabajo.

Objetivo del Paciente:

- “Moderar la actividad en el trabajo”

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
10 Marzo 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente la importancia del reposo alternada con la actividad laboral. 	E.A.	<ul style="list-style-type: none"> • El Sr. Hugo comprendió que es importante no excederse en la actividad, ya que el exceso de trabajo hace que se edematizen los miembros inferiores y con el reposo disminuye, se le oriento sobre evitar cargar cajas pesadas o empujarlas, ya que para esta fecha a cumplido apenas seis meses de su cirugía, aunque se sienta bien es necesario moderar la actividad para evitar estar nuevamente en el hospital, el menciono que quería pagarle a sus hermanos la cantidad prestada, se afligió pero comprendió que aun no es tiempo de trabajar como antes de la cirugía.

E.A. Educación y Apoyo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Plan Domiciliario

Diagnósticos de Enfermería:

- 3 Prevención de Peligros Riesgo potencial de sangrado relacionado con tiempos de coagulación alterados

Objetivo:

- Brindar cuidados preventivos para evitar eventos hemorrágicos.

Objetivo del Paciente:

- “Conocer más sobre los medicamentos que toma”.

Fecha	Cuidados e Intervenciones de Enfermería	Sistema de Enfermería	Evaluación
22 Agosto 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer recordar al paciente las posibles complicaciones del reemplazo valvular mecánico. • Preguntar al Sr. Hugo que es un anticoagulante, efectos secundarios y retroalimentar. • Interrogar sobre la restricción dietética en cuanto el consumo de vegetales verdes. • Preguntar sobre las repercusiones de no consumir su anticoagulante en forma ordenada. • Orientar sobre los cuidados que debe tener en casa y el trabajo en el manejo de material punzocortante y en caso de accidente que debe hacer. 	<p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p> <p>E.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la visita, el paciente menciono que en junio se interno, debido a convulsiones y fiebre, menciona que estaba tomando adecuadamente sus medicamentos, sin embargo no sabe que paso, el reporte médico menciona probable endocarditis. sin embargo con los cultivos se descarto, se incrementaron los anticoagulantes. A la fecha, estos se han quedado establecidos sin cambios por el momento, durante el interrogatorio se retroalimentó sobre sus conocimientos se incorporaron nuevos conceptos como las complicaciones de trombosis entre otros, se hizo hincapié en el manejo de material punzocortante y el alto riesgo de cortadura, el paciente manifestó que tratara de evitar hacer él esta labor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<ul style="list-style-type: none">• Explicar la importancia de acudir a la clínica de anticoagulantes.	E.A.	
--	--	------	--

E.A. Educación y Apoyo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados

Los datos obtenidos en este instrumento de Identificación del Déficit de Autocuidado hospitalario en los requisitos universales se recabaron el día 10 Febrero del 2002, al inicio del estudio de caso.

REQUISITO UNIVERSAL	D	A
Aire		
a) Tiene molestias al respirar	✓	
b) Realiza cuidados para evitar molestias en su respiración	✓	
c) Estos cuidados le han sido efectivos	✓	
d) Le ha informado a alguien de sus molestias		✓
Agua		
a) Conoce la cantidad de líquidos que debe tomar	✓	
b) Lleva a cabo este cuidado	✓	
c) Se le han hinchado sus pies		✓
Alimento		
a) Conoce la alimentación que debe seguir		✓
b) Cumple con la alimentación que se le indicó	✓	
Eliminación		
a) Ha tenido problemas para evacuar	✓	
b) Ha realizado medidas para quitar esas molestias	✓	
c) Con estas medidas se le han quitado las molestias	✓	
d) Ha tenido problemas para orinar		✓
e) Ha realizado medidas para quitar esas molestias		✓
f) Con estas medidas se le han quitado las molestias		✓
Actividad y Reposo		
a) Sabe que hacer cuando se fatiga	✓	
b) Siente mejoría con las medidas que usted realiza	✓	
c) Considera que sus períodos de descanso son suficientes	✓	
Soledad e interacción social		
a) Ha recibido de sus seres queridos apoyo	✓	
b) Le gusta platicar con sus compañeros de hospitalización	✓	
c) Tiene alguna actividad recreativa que realizar	✓	
Peligros para la vida		
a) Sabe el lugar del timbre de su cama para llamar a enfermería		✓
b) Conoce el nombre de su enfermera	✓	
c) Sabe que hacer en caso de que se sienta mal		✓
d) Ha sufrido accidentes en el piso de hospitalización		✓
e) Reconoce los síntomas de alarma	✓	
Normalidad		
a) Se acepta tal como es		✓
b) Es usted una persona tranquila		✓
c) Regularmente explora su cuerpo para detectar problemas de salud		✓

D. déficit A. autocuidado

Elaboró: Lic. Erick Alberto Landeros Olvera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos obtenidos en este instrumento de Identificación del Déficit de Autocuidado hospitalario en los requisitos universales se recabaron el día 22 Agosto del 2002, al realizar la visita domiciliaria.

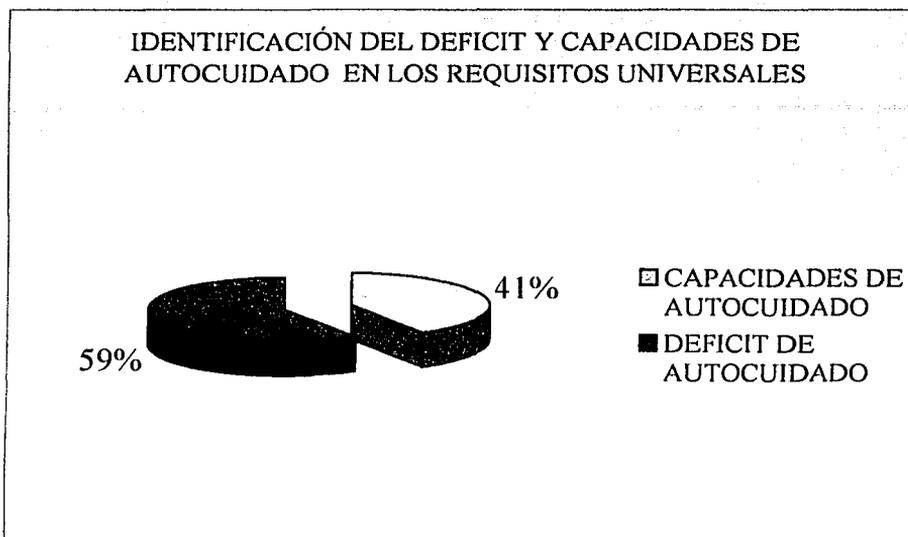
REQUISITO UNIVERSAL	D	A
Aire		
a) Tiene molestias al respirar		✓
b) Realiza cuidados para evitar molestias en su respiración		✓
c) Estos cuidados le han sido efectivos		✓
d) Le ha informado a alguien de sus molestias		✓
Agua		
a) Conoce la cantidad de líquidos que debe tomar		✓
b) Lleva a cabo este cuidado		✓
c) Se le han hinchado sus pies	✓	
Alimento		
a) Conoce la alimentación que debe seguir		✓
b) Cumple con la alimentación que se le indicó	✓	
Eliminación		
a) Ha tenido problemas para evacuar	✓	
b) Ha realizado medidas para quitar esas molestias		✓
c) Con estas medidas se le han quitado las molestias	✓	
d) Ha tenido problemas para orinar		✓
e) Ha realizado medidas para quitar esas molestias		✓
f) Con estas medidas se le han quitado las molestias		✓
Actividad y Reposo		
a) Sabe que hacer cuando se fatiga		✓
b) Siente mejoría con las medidas que usted realiza		✓
c) Considera que sus períodos de descanso son suficientes		✓
Soledad e interacción social		
a) Ha recibido de sus seres queridos apoyo		✓
b) Le gusta platicar con sus compañeros de hospitalización		✓
c) Tiene alguna actividad recreativa que realizar		✓
Peligros para la vida		
a) Sabe el lugar del timbre de su cama para llamar a enfermería		✓
b) Conoce el nombre de su enfermera		✓
c) Sabe que hacer en caso de que se sienta mal		✓
d) Ha sufrido accidentes en el piso de hospitalización		✓
e) Reconoce los síntomas de alarma		✓
Normalidad		
a) Se acepta tal como es		✓
b) Es usted una persona tranquila		✓
c) Regularmente explora su cuerpo para detectar problemas de salud		✓

D. déficit A. autocuidado

Elaboró: Lic. Erick Alberto Landeros Olvera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica comparativa del Déficit y Capacidad de Autocuidado en el preoperatorio



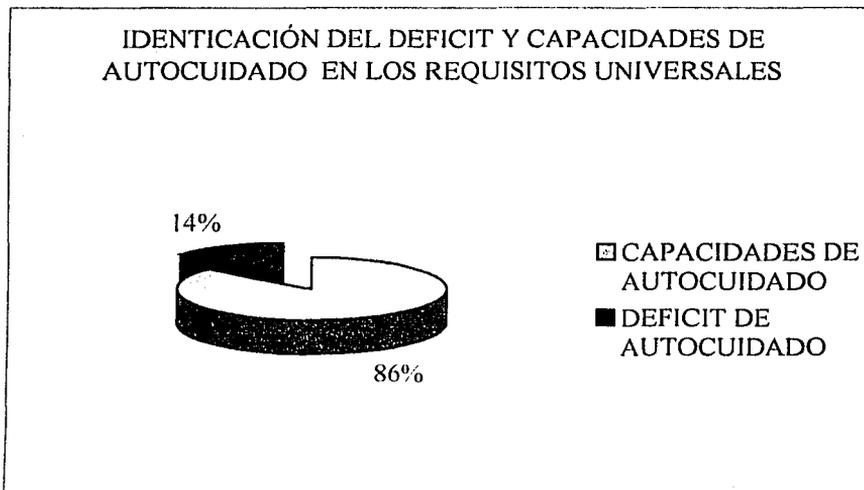
Interpretación de las gráficas.

Los resultados de estas gráficas muestran, el déficit y capacidades de autocuidado del paciente con el que llega al hospital y lo que se logró al final del estudio.

En la primer gráfica muestra un déficit de autocuidado del 59% y un autocuidado del 41%, no es muy marcado el déficit, sin embargo existe, haciéndose más evidente por el diagnóstico de endocarditis y ser portador de válvula aórtica.

Los requisitos alterados son: Aire, agua, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social y peligros para la vida.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Grafica comparativa del Déficit y Capacidad de Autocuidado en el postoperatorio tardío

En la segunda gráfica, es evidente el logro que alcanzó el paciente ya que el déficit se revirtió en forma considerable a un 14% y en el autocuidado se logró un 86%, con lo que se puede constatar que el autocuidado se puede alcanzar en cualquier paciente si se establece una buena aplicación del autocuidado, a través de la agencia de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración de las Capacidades de Autocuidado

Fecha: 10 de Febrero 2002

AUTOCUIDADO	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Conforme hago mi vida, hago cambios para mantenerme sano	1	<u>2</u>	3	4	5
2. Casi nunca checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.	5	4	3	<u>2</u>	1
3. Si no me puedo mover con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	<u>4</u>	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.	1	<u>2</u>	3	4	5
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.	1	2	3	<u>4</u>	5
6. No siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.	5	4	3	<u>4</u>	1
7. Busco mejores formas de cuidarme a mi mismo.	1	2	<u>3</u>	4	5
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpio.	1	2	3	<u>4</u>	5

Evers, C., Isenberg, M., 1995. Versión en español: Gallegos Cabriaes E.

El total de puntos de autocuidado suma: 25 de 40 posibles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración de las Capacidades de Autocuidado

Fecha: 22 Agosto del 2002

AUTOCUIDADO	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Conforme hago mi vida, hago cambios para mantenerme sano	1	2	3	4	<u>5</u>
2. Casi nunca checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.	5	<u>4</u>	3	2	1
3. Si no me puedo mover con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	<u>4</u>	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.	1	2	3	<u>4</u>	5
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.	1	2	3	<u>4</u>	5
6. No siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.	5	4	<u>3</u>	2	1
7. Busco mejores formas de cuidarme a mi mismo.	1	2	3	4	<u>5</u>
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpio.	1	2	3	<u>4</u>	5

Evers, C., Isenberg, M., 1995. Versión en español: Gallegos Cabriales E.

El total de puntos de autocuidado suma: 33 de 40 posibles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Interpretación de los instrumentos para la valoración de las capacidades de autocuidado.

Al principio del estudio, el Sr. Hugo contaba con 25 de 40 puntos posibles para ejercer su propio autocuidado, sin embargo su tendencia por sus contestaciones, era de no depender de alguien para seguir viviendo, lo que se reflejó en instrumento al término del estudio y después de su cirugía, que muestra tener 33 de 40 puntos posibles para poder llevar a cabo su autocuidado y que se evidenció en la visita, donde solo se reforzaron algunos aprendizajes y se aclararon algunos puntos que el sentía eran necesarios.

Por lo tanto, este paciente hasta el momento ejerce su propio autocuidado ayudado por sus familiares más cercanos.

Conclusiones

Con este trabajo se hace evidente, el avance logrado con este paciente que a pesar de su pronóstico, el riesgo quirúrgico y las complicaciones que se presentaron al ingreso y posterior a la cirugía, logro salir adelante ejerciendo su propia agencia de autocuidado.

De acuerdo al objetivo planteado se desarrollaron capacidades de autocuidado en el paciente que se fueron promoviendo desde su estancia en el hospital hasta el hogar del mismo.

La metodología empleada para este trabajo fue la apropiada, ya que a través de la elaboración de las valoraciones se establecieron los diagnósticos, siendo el formato P.E.S. de gran ayuda para integrarlos.

En este sentido los requisitos alterados en un inicio fueron la interacción social, el aire, la alimentación, eliminación, peligros para la vida y el funcionamiento humano y bienestar, en su gran mayoría fueron resueltos, pero tal vez uno de los más importantes para el Sr. Hugo fue la interacción social, por el alejamiento que tenía con sus hermanos, con este proceso de enfermedad el se dio cuenta que no lo abandonaron al contrario lo apoyaron en forma contundente lo cual fue muy importante para su recuperación.

La experiencia de la visita domiciliaria fue bastante gratificante, ya que el paciente se mostraba recuperado de su enfermedad, ejerciendo lo mejor que podía su propio autocuidado, se veía con ganas de vivir gozando de su trabajo y familia. La enseñanza fue grande ya que se demostró que es necesario tratar al paciente desde todos sus aspectos, no solo desde el proceso de la enfermedad, si no como persona, con el potencial de poder desarrollar capacidades de autocuidado especializadas. La teoría del autocuidado tiene aspectos importantes que reconocer y ampliar desde el punto de vista aplicativo, ya que en la medida que cada quien ejerza su propio autocuidado, habrá menos personas con ese tan marcado déficit de autocuidado, pero para ello se tiene que

difundir más la forma en que cada uno puede ser su propio agente de cuidado, esa tarea es evidente que le toca a enfermería. Sin embargo hay que entender que si la propia enfermera o enfermero no comprende la esencia del término, no lo va a poder aplicar. Por tanto, se hace necesario que no se aplique la teoría nada más al paciente si no también en su persona, ya que una persona no puede mostrar a otra lo que ella misma no entiende o no sabe, por lo anterior considero importante enseñar primero como se aplica esta teoría en la enfermera o enfermero para después poder mostrar lo que se puede enseñar y aplicar.

El modelo de Orem, lo considero adecuado para la especialidad de enfermería cardiovascular, sin embargo el tiempo es corto para comprenderlo adecuadamente, conforme se va aplicando en el semestre se avanza en su comprensión, sin embargo considero que en el curso inicial de teorías y modelos debería solo hablarse del modelo que se va a aplicar durante la especialidad, para avanzar en cuanto a su comprensión y aplicación.

Sugerencias.

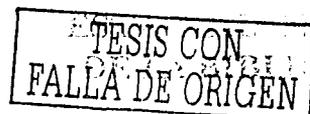
Es importante seguir realizando este tipo de seguimientos, utilizando alguna de las teorías en especial la de Orem, que en lo particular siento que es la más idónea de aplicar para este tipo de paciente cardiológico, ya que de acuerdo a la experiencia particular con este paciente, se logró alcanzar el objetivo planteado, reincorporándolo en la medida de lo posible a sus actividades cotidianas, con la menor cantidad de secuelas. Por otro lado, considero conveniente se establezca o se unifique el criterio para la utilización del formato P.E.S. y la construcción de los diagnósticos, ya que considero es el punto medular en el plan de atención.

En cuanto a los instrumentos pienso que debería hacerse una revisión y depurar los aspectos que se consideren repetitivos.

No hay duda que uno de los obstáculos más importantes durante la elaboración del estudio de caso es el tiempo, ya que al terminar se tiene que retornar a las actividades, pero eso no es limitante para cumplir con el mismo.

Referencias Bibliográficas

1. Evers, C., Isenberg, M., Philipsen, H., Senten. M., Browns, G. (1989). Validity testing of the Dutch traslation of the appraisal of the self-cares agency A.S.A.-scale. International Journal of Nursing Studies, 30, 331-342.
2. Fawcett, J (1995) Análisis y Evaluación de los Modelos Conceptuales en Enfermería (Trad. Por L. González y M. Franco) Filadelpia. Davis Company.
3. Grijalva M. G. (2002). www.drscope.com/cardiologia/pac/index en línea[2003]
4. Firscke C, Schomig A. (2001) Endocarditis N Eng J Med 345: 739-746
5. Franco M, Gonzalez L. (2001) Introducción a las teorías, modelos y proceso de atención de enfermería México. PUEE UNAM-ENEO.
6. Goiti J, Gallo I. (2001) Cirugía de la endocarditis valvular activa. Publicación oficial de la sociedad Española de cardiología N° 3 (vol. 54) San Sebastian España.
7. Grijalva M. G. (2001). Reumatología. Facultad de Medicina, UNAM 1, 2.
8. Guadalajara J.F. (1999). www.drscope.com/cardiologia/pac/fiebre.htm en línea [1999]
9. Guadalajara J.F. (2001) Cardiología (5ª Edición) México. Editores
10. Huerta R. (2001). Aplicación del proceso atención enfermería en base a la teoría del déficit de autocuidado en un caso de estenosis aortica. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
11. Hurst W. Schlant R. (1994) El corazón 7ª Edición Volumen II, México Interamericana McGraw-Hill
12. Kozier B. y cols. (1995). Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. (2ª Edición) México D.F. Editorial Interamericana McGraw – Hill.



13. Landeros. E., (1998), [Capacidades de Autocuidado.] Datos en bruto no publicados, Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
14. Landeros. E., (1998), [Identificación del Déficit de autocuidado.] Datos en bruto no publicados, Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
15. Gordon M. (1996). Diagnóstico Enfermero Proceso y Aplicación. (3ª Edición), Madrid España. Editorial Mosby/Doyma
16. Marriner T.A. (1999). Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª Edición), Madrid España. Editorial Harcourt Brace
17. Metodología para elaborar estudios de caso (2001) PUEE UNAM-ENEO
18. Mylonakis E, Calderwood. (2001) Infective endocarditis in adults. N Eng J Med 345: 1318-1330
19. Ortega V. (1997). Intervenciones de enfermería basadas en la teoría del déficit de autocuidado en un caso de valvulopatía mitral. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
20. Savanagh G.A. (1993) Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. España. Editorial Ediciones Científicas y técnicas S.A. Masson – Salvat.
21. Scope (2003) Endocarditis Infecciosa Educación Médica Continua 1-2
22. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. (2003) Casos por entidad federativa de enfermedades no transmisibles hasta la semana 9 del 2003 Epidemiología (11) 20: 11
23. Stephen J. Savanagh, (1993) Modelo de Orem, aplicación y práctica. España. Editorial Ediciones Científicas y técnicas S.A. Masson – Salvat.
24. Valoración inicial del autocuidado (1997). Datos en bruto no publicados, Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Bibliografía complementaria.

25. Beare G. P. (1998) Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. I y II España Ed. Hartcourt – Doyma.
26. Esteban A. (1996) Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. (3ª Edición) Madrid Ed. Springer – Verlag Iberica.
27. Seidel H.(1997) Manual de Exploración Física. (3ª Edición) España Ed. Mosby Doyma.
28. Stillwell S. Randal E. (1995). Guía Clínica de enfermería cardiovascular (2ª Edición). España Ed. Mosby Doyma

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR



VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Institución: _____ Registro _____ Fecha: _____

Servicio: _____ N° de consultorio o cama: _____

a) Factores condicionantes básicos

1. Características personales

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Tel. Part. _____

Lugar de Procedencia: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Salario Mensual: _____

Actividades recientes (tipo y frecuencia): _____

Metas programadas para su salud: _____

2. Características familiares

2.1 Composición familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte Económico

2.2 Estructura familiar

e) Estructura del Rol

¿En estos momentos que espera de su familia? (padres, cónyuges e hijos).

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

¿Por qué?

f) Sistema de Valores

¿En la familia qué tipo de normas y obligaciones existen en relación con la escuela, trabajo y hogar?

g) Patrón de comunicación

¿Cómo es la comunicación dentro de su familia?

¿Existen dificultades o agresiones cuando platica entre sí la familia

h) Estructura del poder (Afrontamiento familiar)

¿Qué eventos o situaciones causa tensión en la familia?

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

¿Quién se encarga de la disciplina y actividades de los hijos?

¿Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia?

2.3 Función familiar

c) Función afectiva

¿Cómo expresa la familia sus sentimientos?

¿Con qué frecuencia se expresan afecto?

b) Socialización y función social.

¿Quién prepara los alimentos y quién se encarga de que la familia los consuma?

¿Cómo distribuye la familia las tareas del hogar?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Alguna otra persona interviene en el cuidado de sus hijos o de su hogar?

¿Ha tenido algún problema con las personas que convive en el trabajo, escuela y hogar?

d) Función Reproductora

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

¿Existen planes para tener hijos?

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad?

e) Función Económica (Provisión de las Necesidades Físicas)

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?

¿Cuenta la familia con recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud?

f) Características ambientales (Entorno físico y social)

El lugar donde vive es propia, rentada, prestada u otra.

¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios?

¿Tiene cocina y baños independientes?

¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar?

¿El lugar donde vive cuenta con seguridad pública?

¿El lugar donde vive cuenta con suficientes medios de transporte?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿El lugar donde vive existen factores nocivos para la salud?

¿Cuáles?

Requisitos de autocuidado universales

1. Aire.

¿Regularmente asiste a lugares muy concurridos?

¿Qué tipo de contaminación existe en el lugar donde vive?

¿Qué hace para protegerse?

Observa características respiratorias (boca o nariz)

¿Tiene molestias para respirar?

¿Qué factores lo desencadenan?

¿Qué hace para mejorar su respiración?

2. Agua.

¿Cuántas veces a la semana acostumbra bañarse?

¿Con qué frecuencia realiza el cambio de ropa total?

¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y el corte de uñas?

¿Cómo se cepilla usted los dientes?

¿Con que periodicidad lo hace?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿El agua que consume es potable? _____

¿Utiliza alguna técnica para purificarla? _____

¿Cuál? _____

¿Cuántos vasos con agua ingiere al día? _____

¿Ha notado hinchazón en sus pies? _____

3. Alimentos.

Somatometria:

Peso _____

Talla _____

¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho?

¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

¿Qué alimentos le agradan?

¿Qué alimentos le desagradan?

¿Tiene un horario específico para consumir alimentos?

¿Ha padecido algunas molestias al ingerir sus alimentos?

¿Cuáles?

¿Qué ha hecho para disminuir sus molestias?

4. Eliminación.

¿Cuántas veces defeca al día? _____

¿Tiene molestias al defecar? _____

¿De qué tipo? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué hace para eliminar su malestar? _____

¿Cuántas veces orina al día? _____

¿Tiene molestias al orinar? _____

5. Actividad y reposo.

¿Qué actividades realiza en su hogar? _____

¿Qué actividades desempeña en su trabajo? _____

¿Acostumbra realizar algún tipo de ejercicio? _____

¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso? _____

¿Tiene algún problema para dormir? _____

¿Cuál? _____

¿Cuántas horas duerme regularmente? _____

6. Soledad e interacción social.

a) Comunicación.

¿Se comunica fácilmente con otras personas?

¿Qué dificultad tiene para comunicarse?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tiene parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita?

¿Con quién recurre primero?

b) Sexualidad.

¿Considera usted que la sexualidad favorece la relación con su pareja?

¿Por qué?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Peligros para la vida humana.

¿Cómo considera su vista: Buena, regular o mala y porqué?

¿Cómo considera su audición: Buena, regular o mala y porque?

¿Cómo considera su olfato: Bueno, regular o malo y porque?

¿Cómo considera su sentido del gusto: Bueno, regular o malo y porque?

¿Cómo considera su sentido del tacto: Bueno, regular o malo y porque?

¿Alguna falla de los órganos de los sentidos considera que puede significar algún peligro para su vida?

¿Está atento a cualquier peligro que pudiera surgir a futuro que afectara su vida dentro del hogar, trabajo o escuela?

¿Si va en automóvil utiliza el cinturón de seguridad?

¿Acostumbra a consumir bebidas alcohólicas?

¿Consume café o té?

¿Acostumbra a fumar?

8. Normalidad.

a) Recursos de Salud.

¿Con qué frecuencia acude al médico o dentista para el cuidado de su salud?

d) Prácticas Personales de Salud.

¿Cómo se considera usted?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿En su vida diaria, regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía?

¿Qué situaciones y como lo afectan?

¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud?

¿Cuáles o cuáles lleva a cabo?

Autoconcepto – Imagen.

¿Se acepta usted tal como es? _____

¿Por qué? _____

- d) Salud Mental (Observar durante la entrevista: actitud, humor, lógica y razonamiento de ideas).
-

- e) Espiritualidad.

¿Cómo influye en usted la religión en su manera de ser en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad?

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Etapa del ciclo vital

Condiciones en la que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico.

Requisitos de desviación de la salud.

1. Desviación actual.

- a) Percepción de la Desviación Actual.

¿Conoce su enfermedad? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Le preocupa su enfermedad? _____

¿Porque? _____

Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud.

¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad?

b) Cambios de la desviación de los estilos de vida.

¿Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de la vida diaria?

2. Historia de desviaciones de la salud.

¿Qué enfermedades ha padecido en la infancia, adolescencia o adultez?

¿Padece algún tipo de alergia ya sea a medicamentos, alimentos, animales u otros?

¿Toma usted medicamentos que no sean recetados por algún médico?

¿Actualmente está con tratamiento a base de anticoagulantes?

1. Historia sanitaria familiar.

¿Sus familiares han padecido algunas de las siguientes enfermedades?

Diabetes Mellitus: _____

Hipertensión Arterial: _____

Obesidad: _____

Cáncer: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Exploración física.

- b. Cabeza .
- c. Cuello
- d. Tórax.
 - a. Palpación
 - b. Percusión.
 - c. Auscultación.

- e. Abdomen
- f. Genito – urinario
- g. Extremidades

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Exámenes de gabinete

TIPO	OBSERVACIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

Nombre: _____

Fecha: _____

AUTOCUIDADO	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Conforme hago mi vida, hago cambios para mantenerme sano	1	2	3	4	5
2. Casi nunca checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.	5	4	3	2	1
3. Si no me puedo mover con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	4	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.	1	2	3	4	5
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.	1	2	3	4	5
6. No siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.	5	4	3	2	1
7. Busco mejores formas de cuidarme a mi mismo.	1	2	3	4	5
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpio.	1	2	3	4	5

El total de puntos de autocuidado suma: _____ de 40 posibles.

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

Identificación del Déficit de Autocuidado Hospitalario en los Requisitos Universales

Especialidad en Enfermería Cardiovascular

Nombre:

Fecha:

Requisito Universal	D	A
Aire		
a) Tiene molestias al respirar		
b) Realiza cuidados para evitar molestias en su respiración		
c) Estos cuidados le han sido efectivos		
d) Le ha informado a alguien de sus molestias		
Agua		
a) Conoce la cantidad de líquidos que debe tomar		
b) Lleva a cabo este cuidado		
c) Se le han hinchado sus pies		
Alimento		
a) Conoce la alimentación que debe seguir		
b) Cumple con la alimentación que se le indicó		
Eliminación		
a) Ha tenido problemas para evacuar		
b) Ha realizado medidas para quitar esas molestias		
c) Con estas medidas se le han quitado las molestias		
d) Ha tenido problemas para orinar		
e) Ha realizado medidas para quitar esas molestias		
f) Con estas medidas se le han quitado las molestias		
Actividad y Reposo		
a) Sabe que hacer cuando se fatiga		
b) Siente mejoría con las medidas que usted realiza		
c) Considera que sus períodos de descanso son suficientes		
Soledad e interacción social		
a) Ha recibido de sus seres queridos apoyo		
b) Le gusta platicar con sus compañeros de hospitalización		
c) Tiene alguna actividad recreativa que realizar		
Peligros para la vida		
a) Sabe el lugar del timbre de su cama para llamar a enfermería		
b) Conoce el nombre de su enfermera		
c) Sabe que hacer en caso de que se sienta mal		
d) Ha sufrido accidentes en el piso de hospitalización		
e) Reconoce los síntomas de alarma		
Normalidad		
a) Se acepta tal como es		
b) Es usted una persona tranquila		
c) Regularmente explora su cuerpo para detectar problemas de salud		

Elaboró: Lic. Landeros Olvera Erick

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN