



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO DE UN AGENTE DE AUTOCUIDADO CON
DISFUNCIÓN DE VALVULAS CARDIACAS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR QUE
PRESENTA: LIC. ENF. MARÍA GUADALUPE
GUEVARA OLIVAR



ASESORA: L.E. MARICELA CRUZ CORCHADO

MÉXICO D.F

NOVIEMBRE 2007



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO DE UN AGENTE DE AUTOCUIDADO CON
DISFUNCIÓN DE VALVULAS CARDIACAS

AUTORIZADA POR:

LIC. ENF. MARICELA CRUZ CORCHADO
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
IGNACIO CHÁVEZ

MÉXICO D.F

NOVIEMBRE 2007

INDICE

Contenido	Página
Capitulo I	
Introducción -----	5
1.1 Objetivos -----	7
1.2 Marco Conceptual	
1.2.1 Holismo -----	8
1.2.2 Naturaleza del autocuidado -----	8
1.2.3 Modelo de Déficit de autocuidado de Dorothea Orem -----	9
1.2.4 Proceso de atención de enfermería -----	18
1.2.5 Diagnóstico de enfermería -----	19
1.3 Marco teórico	
1.3.1 Fiebre reumática -----	22
1.3.2 Patología valvular -----	25
1.3.3 Anticoagulantes orales -----	31
Capitulo II	
2.1 Metodología -----	34
2.2 Presentación del caso -----	35
Capitulo III	
3.1 Proceso de Atención de Enfermería (intervenciones)	
3.1.1 Preoperatorio -----	37
3.1.2 Postoperatorio mediato -----	49
3.1.3 Visitas domiciliarias -----	54
3.1.4 Plan de alta -----	56
3.1.5 Postoperatorio tardío -----	60
Capitulo IV	
4.1 Resultados -----	65
4.2 Discusión -----	66
4.3 Conclusiones -----	68

Capítulo V

5.1 Referencias Bibliográfica -----	69
5.2 Anexos	
5.2.1 Apéndice A. Instrumento de EECAC -----	63
5.2.2 Apéndice B. Valoración clínica del déficit de Autocuidado Eneo-UNAM -----	75
5.2.3 Apéndice C. Identificación del déficit de Autocuidado para las Personas con afecciones cardiovasculares -----	87
5.2.4 Apéndice D. Consentimiento informado -----	93
5.2.5 Apéndice E Cuadro No. 1 -----	94

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Los estudios iniciales en México sobre la Fiebre Reumática (FR) están fundamentalmente relacionados con la incidencia de la enfermedad en diferentes Instituciones hospitalarias y con su prevalencia en algunos grupos de población escolar aparentemente sanos. De ese modo los estudios iniciales de Chávez (1942), muestran que de 3 a 4 casos de 2400 admitidos en el Instituto Nacional de Cardiología con diferentes enfermedades de corazón, mostraron la presencia de cardiopatía reumática en el 41% de los pacientes. Por otro lado la incidencia de carditis reumática documentada por el mismo autor para niños hospitalizados en el Hospital Infantil de México, fue de 1.2% (Chávez 1942).

La FR se clasifica usualmente como una enfermedad del tejido conectivo o como una enfermedad del colágeno vascular. El proceso reumático se expresa como una reacción inflamatoria que afecta a muchos órganos principalmente al corazón, las articulaciones y el sistema nervioso central. Las manifestaciones clínicas de la FR siguen a la infección causada por un estreptococo del grupo A (EGA) en la faringe, después de aproximadamente tres semanas. La importancia de la FR se centra en su capacidad para producir fibrosis de las válvulas cardíacas, lo que lleva a producir los efectos discapacitantes de la enfermedad cardíaca crónica. La FR es la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida en la infancia y adolescencia en todo el mundo. Aunque la incidencia disminuyó drásticamente en los países desarrollados, esta enfermedad sigue siendo un problema grave en muchos países en vías de desarrollo con gran incidencia epidemiológica. Es claro que la pobreza, el hacinamiento y la susceptibilidad genética, además de la falta de un tratamiento efectivo de erradicación de la faringitis estreptocócica y la carencia de atención en el manejo profiláctico primario y secundario contribuyen a que este padecimiento sea aún frecuente. (BRAUNWALD 2004).

México es un país de notable incidencia de fiebre reumática, en el que algunos estados, sobre todo del sur, continúa la afluencia de personas en fase activa y, desde luego, con cardiopatía reumática inactiva y valvulopatía con importantes repercusiones hemodinámicas. Se ha reportado que un tercio de los pacientes que han padecido fiebre reumática tienen lesiones cardiacas y que esta cifra se eleva a 50% en estudios prospectivos. Se estima que cada año hay 10 a 20 millones de casos nuevos de fiebre reumática. Es preocupante que esta enfermedad potencialmente prevenible sea tan frecuente y que represente una de las principales causas de mortalidad por cardiopatía reumática durante los primeros 50 años de la vida. Es importante que el médico siga considerando a la FR como una enfermedad importante entre la población infantil y adulta joven.

Por lo tanto las enfermeras, con el paso del tiempo se han preocupado por definir la naturaleza del cuidado y precisar su evolución, su campo de investigación y practica, por todo lo anterior se realizó este caso clínico tomando como base al modelo teórico de Dorothea E. Orem el cual habla sobre los requisitos de autocuidado, en donde se identifican necesidades no cubiertas por el agente de autocuidado, estableciendo una interacción con el mismo, tratando de cambiar estilos de vida para lograr un desarrollo pleno del individuo, haciendo que aprenda a cuidar de si mismo y cuide de los demás cuando se encuentren en un estado patológico, y así evitar o disminuir las visitas al hospital y por ende disminuir gastos monetarios, todo esto a través del Proceso de Atención de Enfermería mediante sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; la enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, y es a través del proceso de atención de enfermería que ayuda a las personas a desarrollar su potencial máximo de salud.

1.1 OBJETIVOS

General:

- Aplicar el método enfermero en un caso clínico de una agente con déficit de autocuidado por alteraciones en las válvulas cardiacas; con base al marco conceptual de Dorothea Orem.

Específicos:

- Identificar las demandas y capacidades del Agente de Autocuidado para fortalecer su autocuidado a través de la implementación de un plan de cuidado específico.
- Realizar intervenciones de aprendizaje oportunas en las desviaciones de salud, corrigiendo malos hábitos para que el Agente mejore su autocuidado con el apoyo del sistema de enfermería.
- Otorgar atención de calidad y contribuir al mantenimiento y recuperación de la salud del agente en estudio.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

1.2.1 Holismo

Las enfermeras se preocupan por el individuo como un ser completo, o persona holística, no como un conjunto de partes y procesos. Los términos holístico y holismo se derivan de la palabra griega que significa “entero”.

En la teoría holística, todos los organismos vivos se ven como totalidades interaccionantes y unificadas, que son más que las simples sumas de sus partes. Visto de esta manera, cualquier trastorno de una parte es un trastorno de todo el sistema, el trastorno afecta al ser en su totalidad. (KOZIER, 2000)

1.2.2 Naturaleza del autocuidado

El autocuidado se considera como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo las necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de las actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es 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 (Orem, 2000). Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos.

Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural; la vida diaria puede convertirse en un proceso automático. El autocuidado, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones: de hecho, se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura. (TOMEY, 2000)

1.2.3 Modelo del Déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem

El modelo de Dorothea E. Orem se centra en el arte y la práctica de la enfermería, la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio cuando el individuo es incapaz de realizar dichas actividades. El autocuidado es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar su vida, salud y bienestar, contribuyen a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo.

El modelo de Déficit de Autocuidado se divide en 3 teorías: Teoría del autocuidado, Teoría del déficit de Autocuidado y teoría de los Sistemas de Enfermería.

Teoría del autocuidado

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que afectan o interfieren la regulación continua de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, el automantenimiento, a la salud y al bienestar personal; también realiza las mismas acciones reguladoras

para los miembros de la familia u otras personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad; requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados. La teoría define la capacidad de una persona para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales. Es un proceso activo que requiere que las personas sean capaces de utilizar su razonamiento para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Esta teoría la comprenden 3 conceptos:

Agencia de autocuidado

Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica (Orem 2000). La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de cuidado.

En la persona sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo, se considera que los individuos que saben como satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos la agencia de autocuidado está aun desarrollándose. Los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo no funcione. Por ejemplo, una persona puede darse cuenta de que necesita ayuda, ser capaz de buscarla, pero preferir no hacerlo a causa del temor o la ansiedad.

Agencia de cuidado dependiente

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto de denomina agencia de cuidado dependiente. En esencia es la capacidad de algunas personas maduras el reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos y satisfacerlos total o parcialmente (Orem 2000). En esta situación de adultos que cuidan de niños y personas jóvenes, el énfasis está en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo o de la desviación de la salud.

Los adultos pueden verse implicados en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente, proporcionando cuidados parciales o totales. Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente; en la situación en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

Demanda de Cuidado Terapéutico

Son todas aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado en términos de desarrollo, estructura y función. En situaciones concretas en que las personas cuidan de sí mismas o en situaciones de cuidado dependiente, o situaciones de enfermería, la demanda de autocuidado terapéutico es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree que tienen validez y son fiables en el control de los factores que afectan el funcionamiento y desarrollo humanos. El cálculo esta basado en los datos sobre los individuos y sus situaciones vitales.

A su vez esta teoría tiene elementos que definen los requisitos necesarios para el adecuado funcionamiento y desarrollo humano estos son: los

Requisitos Universales (RU)

Son aquellas demandas y acciones necesarias para cubrir las necesidades básicas del diario vivir, son comunes a todos a lo largo de la vida y se ajustan a la edad, la etapa del desarrollo, el ambiente y otros factores, además están

asociados con la conservación de los procesos vitales, la integridad estructural y la actividad.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. **El mantenimiento de aire, agua y alimentos** suficientes, y la provisión de cuidados para la **eliminación** son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la **actividad y el reposo** es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés. **La interacción social y soledad** es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones, también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. Tiene asimismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como sobre el entorno que les rodea. La **prevención de peligros para la vida** es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda qué situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente hay una tendencia humana a ser normal. La **normalidad** implica que el individuo tenga un autoconcepto realista, y sea capaz de cultivar su propio desarrollo, puede referirse al hecho de que un individuo sea “aceptado” en un grupo semejante o en la sociedad en general, al igual que identificar y prestar atención cuando sea posible a los cambios en la salud (KOZIER, 2000).

Al trabajar con los agentes, la enfermera lo asiste para que logre alcanzar los requisitos de cada área mediante el uso de uno o más procedimientos de atención. El modelo de Orem puede aplicarse a individuos o familias en la

valoración y análisis de los componentes del proceso de enfermería (GRIFFITH 1993).

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Son expresiones especializadas de los requisitos universales que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo o son nuevos requisitos derivados de una condición, asociados con un acontecimiento. Hay dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo; el tipo dos tiene dos subtipos.

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:
 - a) La vida intrauterina y el proceso del nacimiento
 - b) La etapa de vida neonatal ya sea: nacido a término o prematuro; nacido con peso normal o con bajo peso
 - c) Infancia
 - d) Las etapas de desarrollo de la adolescencia y la entrada en la edad adulta
 - e) Las etapas de desarrollo de la edad adulta
 - f) El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 1. Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtipo 2. Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones. Entre las condiciones se incluyen:

 - a) Deprivación educacional
 - b) Problemas de adaptación social
 - c) Fracaso de una individualización saludable
 - d) Pérdida e familiares, amigos, asociados
 - e) Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral

- f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido
- g) Problemas asociados con la posición
- h) Mala salud o incapacidad
- i) Condiciones de vida opresivas
- j) Enfermedad Terminal y muerte inminente.

La primera categoría de requisitos de autocuidado del desarrollo se articula con cada uno de los ocho requisitos de autocuidado universal. Los requisitos de esta categoría, cuando se satisfacen adecuadamente, deberían contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y a promoverlo de acuerdo con el potencial humano.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o lesionadas que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos e incapacidades y que están bajo diagnóstico y tratamiento médicos. Los cambios obvios en la estructura humana, en el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos en la vida diaria centran la atención de la persona en sí misma. Cuando un cambio en el estado de salud comporta una dependencia total o casi total de otros para las necesidades de mantenimiento de la vida o del bienestar, la persona pasa de la posición de agente de autocuidado a la de receptor de cuidados. Los padres también experimentan un cambio similar de posición cuando las desviaciones de salud del niño exigen cuidados que exceden sus capacidades como agentes de cuidados del niño. La evidencia de desviaciones de la salud conduce a demandas para determinar lo que debería hacerse para restaurar la normalidad. Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud surgen no solo de la enfermedad, lesión, desfiguración, e incapacidad, sino también de las medidas de cuidados médicos prescritas o realizadas por los médicos. Las medidas de cuidados médicos pueden modificar la estructura (extirpación quirúrgica de órganos), o requerir modificaciones de conducta.

El dolor, malestar y frustración resultantes de los cuidados médicos también crean requisitos de autocuidado para aportar alivio. Hay seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposiciones a agentes físicos o biológicos específicos a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que están asociadas con patología humana.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de efectos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología como la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

Teoría del déficit de autocuidado

La necesidad diaria y natural de sobrevivir, puede producir demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. La enfermedad reciente o crónica, o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o

sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que no han aprendido, o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismos o en su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En tal situación, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; la ayuda puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. (OREM, 2000)

En resumen, los déficits de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos (Orem 2000). El déficit debe de contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

Teoría del sistema de enfermería

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado por que establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las enfermeras.

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería (agencia de enfermería) dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y

satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo. Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales (SAVANNAH,2000).

Es la forma en que la enfermera y el paciente interactúan, sus elementos básicos son: enfermera, paciente y el grupo de personas (familiares o amigos) que contribuirán al estado de salud del paciente.

Se consideran tres tipos de sistema de enfermería:

1. Totalmente compensatorio: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el, paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si es posible) o hasta que haya aprendido adaptarse a cualquier enfermedad.
2. Parcialmente compensatorio: este sistema no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
3. De apoyo educativo: este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos (Orem 2001).

1.2.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del Agente de Autocuidado (AAC) o del sistema familiar.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, de forma que tanto el AAC como la agencia de enfermería hagan su aportación en el plan global de cuidados, esto ayuda a que el AAC se sienta parte importante de un equipo que trabaja para cumplir objetivos comunes y le estimula a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud. El uso del PAE crea un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico, que pueden emplear la Agencia de enfermería para tratar al AAC como un todo (Alfaro R 2001).

El uso de este proceso y los planes de cuidados permiten mejorar la continuidad de estos, proporciona la base para una valoración y evaluación continuas, por lo que no constituyen un método estático; en la medida en que se modifican las necesidades del AAC como paciente se van resolviendo los problemas.

El PAE consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración: es la primera fase del PAE sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el AAC, familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del AAC. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Diagnóstico: en esta fase se analizan e interpretan de forma crítica los resultados reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas o preocupaciones del AAC. Se identifican los diagnósticos de enfermería, se diseña un plan de cuidados, que se ejecuta y se evalúa.

Planificación: se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el AAC para corregir y evitar los problemas.
3. Escribir las actividades de enfermería que conducirán a la secuencia de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y acciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Ejecución: es el inicio y termino de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del AAC.

Evaluación: es la ultima fase del PAE se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. La agencia de enfermería evalúa el progreso del AAC, establece medidas correctora si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería (IYER, 2000).

1.2.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

En 1973 surge un grupo de enfermeras integrado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes quienes responden al reto de identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería, y del cual conforman la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Diversos autores coinciden con la definición del Diagnóstico de Enfermería, el cual se considera como el Juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento.

Los diagnósticos están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado; por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la NANDA.

El diagnóstico es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En esta etapa se expone el proceso mediante el cual se establece un problema clínico que se formula para su posterior tratamiento, ya sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En la última conferencia la NANDA establece los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas para la formulación y descripción diagnóstica, Para el periodo 2003-2004 esta asociación aprobó 167 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

Factores relacionados: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Tipos de diagnósticos

La NANDA (2003) reconoce tres tipos de diagnósticos:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definatorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 2000). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real.

El diagnóstico de enfermería consta de tres partes, (formato PES):

**problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) +
signos/síntomas (S)**

Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Potencial: es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

Consta de dos componentes, formato PE:

problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E)

En caso que la clasificación de la NANDA no enuncie el problema en términos de riesgo, la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedido por el término "Riesgo". (MAYA, 2002)

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Fiebre Reumática

Etiología

En la actualidad existen pruebas de que el estreptococo betahemolítico del grupo A (EGA) esta definitivamente involucrado en la génesis de la fiebre reumática (FR).

El EGA es aislado mediante exudado faríngeo en pacientes con amigdalitis aguda que precede al cuadro de la FR.

El tratamiento agresivo de la infección estreptocócica con penicilina previene los brotes de FR, lo cual sugiere que la pronta eliminación del germen interrumpe la cadena de eventos que preceden al cuadro agudo de FR.

Cabe señalar que la sola infección estreptocócica no explica por sí misma la aparición de FR, ya que prácticamente todos los sujetos en la etapa escolar se ponen en contacto con dicho germen y no necesariamente desarrollan un brote de FR. En otras palabras, a pesar de que las epidemias de faringitis estreptocócica afectan aun gran número de sujetos, solo una pequeña proporción de ellos desarrolla la enfermedad, lo cual ha dado lugar para pensar que existe un factor que predispone al sujeto que se pone en contacto con el EGA para padecer FR. En los últimos años han surgido evidencias de que dicho factor es heredado y de que el sujeto que lo porta es susceptible a padecer la FR cuando se pone en contacto con el estreptococo. (GUADALAJARA, 2002).

Epidemiología

Los brotes demostrados de FR se presentan preponderantemente en niños, entre los 5 y 15 años de edad, sin preferencia por algún sexo, el factor que posiblemente influye en forma más importante es el estrato socioeconómico, ya que es claro que en los países altamente industrializados se ha logrado erradicar la enfermedad y ello particularmente se ha hecho evidente desde la introducción de los antimicrobianos en la terapéutica médica.

En contra posición la prevalencia de la enfermedad en países pobremente desarrollados todavía es considerable, por lo que las secuelas de la enfermedad todavía están presentes en las regiones urbanas pobres de EE.UU., Israel, India, Grecia y la parte central de México.

Es claro que el hacinamiento favorece el contagio del estreptococo reumatogénico en los miembros de las poblaciones de sujetos que viven en esa forma y ello favorece la aparición de epidemias de faringoamigdalitis estreptocócica y de esta forma en el momento en que el sujeto genéticamente susceptible se pone en contacto con el germen mencionado y la persistencia del organismo durante la fase de convalecencia se desencadena el proceso que culmina con la FR.

La incidencia de la FR y la prevalencia de la enfermedad reumática cardíaca varían entre los diversos países en vías de desarrollo, la incidencia de FR aguda se aproxima o excede la cifra de 100 por cada 100,000 habitantes.

Junto con la reducción de la incidencia en los países desarrollados, se produce una reducción en la prevalencia de enfermedad cardíaca reumática.

La reducción en la incidencia de FR y la prevalencia de enfermedad cardíaca se ha atribuido a diversos factores. Aun que la reducción fue anterior a la introducción de agentes antimicrobianos en el tratamiento de la faringitis estreptocócica, algunos autores sugieren que el uso de estos medicamentos ha acelerado la caída en la incidencia de la enfermedad (BRAUNWALD, 2004).

Cuadro Clínico

Las manifestaciones de un brote agudo de FR aparecen en el paciente después de 2 ó 3 semanas de haber padecido un cuadro de faringoamigdalitis. Los síntomas se inician con malestar general, astenia, mialgias, adinamia, artralgias, hipoxemia y fiebre de predominio vespertino que usualmente no es muy elevada, ya que no sobrepasa los 38.5° C, en algunos casos aparece gran ataque al estado general y postración extrema, signo clínico que augura gravedad de la enfermedad y mal pronóstico. En algunos casos aparece gran ataque al estado general y postración extrema, signo clínico que augura gravedad de la enfermedad y mal pronóstico.

Diagnóstico

No hay un diagnóstico clínico, de laboratorio o de pruebas físicas, que pueda establecer el diagnóstico de FR. En 1944, Jones expuso sus criterios para el diagnóstico de FR y estos son todavía útiles. Han sido modificados, revisados y mejorados por American Herat.

Si hay una infección documentada previa por EGA, la presencia de dos manifestaciones mayores, o una mayor y dos menores, indican una alta probabilidad de FR aguda (cuadro 1).

Artritis. Inflamación de las articulaciones medianas que se manifiestan con dolor, enrojecimiento, tumefacción e impotencia funcional en las articulaciones afectadas que pueden ser rodillas, tobillos, codos y muñecas.

Característicamente se respetan las grandes articulaciones (cadera y articulaciones sacro iliacas), así como también las pequeñas (interfalángicas, intervertebrales y temporomaxilares). La artritis de la FR tiene como identificación especial su carácter saltón; esto es, pasa de una articulación a otra en el curso del tiempo y no deja secuelas permanentes después de haber pasado el brote agudo, pero es usual que haya más de una articulación inflamada al mismo tiempo.

Corea de Sydenham. La manifestación del ataque reumático agudo al sistema nervioso central se localiza fundamentalmente en los núcleos extrapiramidales, por lo que su manifestación fundamental es la corea, lo cual clínicamente se hace evidente por la aparición de movimientos incoordinados e involuntarios de las extremidades y los músculos de la cara, lo cual a su vez trae en consecuencia trastornos del habla. Estos síntomas aparecen solo en estado de vigilia para desaparecer durante el sueño. La duración del estado coreico puede ser de algunas semanas o prolongarse durante algunos meses, pero característicamente no deja secuela permanente en la función neurológica.

Nódulos subcutáneos de Meynet. Aparecen en las superficies extensoras de las articulaciones, no son dolorosas, son movibles y constituyen un signo específico de actividad reumática.

Eritema marginado. Se caracteriza por la aparición de manchas redondeadas, confluentes, de borde eritematoso no pruriginosas y que se distribuyen preferentemente en el tronco. El eritema marginado tiene un carácter migratorio.

Ataque reumático al corazón (carditis reumática). El ataque de reumatismo agudo al corazón se caracteriza por la inflamación del pericardio (pericarditis), del miocardio (miocarditis), y el endocardio (endocarditis), por lo que realmente se constituye en una pancarditis.

Tratamiento

El reposo en cama se considera muy importante por que reduce el dolor articular, el tiempo de reposo es variable y depende de cada individuo.

Debe evitarse la actividad física extenuante, especialmente si se asocia con una carditis. Los enfermos deben recibir tratamiento antimicrobiano con penicilina durante 10 días. Los pacientes alérgicos a la penicilina deben ser tratados con eritromicina.

El tratamiento de soporte está dirigido a reducir los síntomas constitucionales, a controlar las manifestaciones tóxicas y a mejorar la función cardíaca.

1.3.2 Patología Valvular

La principal función del corazón es aportar a los tejidos y órganos del cuerpo un flujo de sangre oxigenada capaz de abastecer sus necesidades metabólicas. En el adulto esto se corresponde con un gasto cardíaco de 5 l/min. aproximadamente, con capacidad para superar los 15 l/m durante el ejercicio físico. También debe estar preparado para adaptarse a las variaciones de la resistencia periférica y el retorno venoso, sin que se produzcan alteraciones importantes de la presión arterial, venosa e intracardiaca. Cuando un corazón no es capaz de cumplir estas funciones hablamos de insuficiencia cardíaca.

Valvulopatía Mitral

Está formada por un anillo con dos valvas desiguales, cuerdas tendinosas y músculos papilares. La patología se presenta en forma de estenosis, insuficiencia o una asociación de ambas.

Estenosis Mitral

Suele desarrollarse como resultado de una inflamación reumática recurrente que acaba provocando una cicatrización. Las valvas se unen dejando un orificio central. La estenosis provoca un aumento de presión en la aurícula izquierda (AI) que, en los casos graves, puede ser de 25 mmHg o más. La presión intraventricular izquierda no aumenta, pero el gasto cardíaco se ve reducido debido a la disminución del flujo hacia el ventrículo izquierdo (VI). (BRAUNWALD, 2004)

Insuficiencia Mitral

Afecta a las cuerdas tendinosas y a las valvas, pero también puede respetar a éstas y dañar únicamente el anillo valvular dilatándolo, con lo que se agranda el orificio auriculoventricular. Tiene una evolución lenta de varios años. En las formas crónicas de instauración, la insuficiencia de la válvula permite que parte de la sangre pase, durante la sístole, de VI a AI. Se complica el cuadro con fibrilación auricular (fa).

En casos de evolución lenta, transcurren varios años hasta la aparición de los primeros síntomas como: fatiga, palpitaciones fa, disnea progresiva, edemas, hepatomegalia y ascitis. El diagnóstico de ambas es mediante:

Clínico. disnea progresiva de esfuerzo, tos, sibilancias, ortopnea, pulso irregular, soplo diastólico retumbante (chasquido de apertura), soplo protosistólico.

Electrocardiograma. onda P mitral, fa.

Rx de tórax. hipertrofia de AI, posible congestión pulmonar.

Tx. los pacientes con estenosis mitral (EM) debida a una enfermedad cardiaca reumática deberían recibir una profilaxis con penicilina para evitar las infecciones por EGA y profilaxis para evitar la endocarditis infecciosa.

Comisurotomía mitral. Consiste en ensanchar el diámetro de la válvula mitral. Suele reestenosarse al cabo de 5-10 años. **Sustitución Mitral.** Donde se coloca una válvula que puede ser mecánica o biológica.

Valvulopatía Aórtica

La válvula aórtica está formada por tres valvas semilunares unidas a un anillo fibroso. Inmediatamente por encima están los senos de Valsalva. La patología se presenta en forma de estenosis, insuficiencia o una combinación de las dos.

Estenosis Aórtica

La estenosis aórtica (EA) reumática se produce debido a las adherencias y fusiones de las comisuras y cúspides, y a una vascularización de las valvas del anillo de la válvula, ocasionando retracción y endurecimiento de los bordes libres de las cúspides. Se desarrollan nódulos cálcicos en las dos superficies, y el orificio se reduce a una pequeña entrada triangular o redonda. Como consecuencia de esto, la válvula reumática suele ser insuficiente además de estenótica. El diagnóstico es:

Clínico. hipertensión pulmonar, hepatomegalia, anasarca, soplo diastólico regurgitante, disnea paroxística nocturna

Electrocardiográfico. hipertrofia de VI, inversión de onda T y depresión del segmento ST, fa, hipertrofia de AI.

Rx de tórax. hipertrofia de VI

Cateterismo cardíaco. con medición de presiones en VI y Ao

Tx. Se debe aconsejar a los pacientes con EA severa conocida que están asintomáticos que informen con rapidez sobre el desarrollo de cualquier síntoma que pudiera estar relacionado. Los pacientes con obstrucción crítica deben evitar la actividad física enérgica, valoración ecocardiográfica regular de acuerdo al grado de severidad. Los pacientes sintomáticos con EA severa suelen ser candidatos a cambio valvular, antiarrítmicos y anticoagulantes en fa.

Insuficiencia aórtica

Como consecuencia de esta patología, cada diástole del VI provoca un importante reflujo de sangre proveniente de la aorta, que se suma a la que vierte la AI. Si esto ocurre progresivamente el ventrículo tiene tiempo de dilatarse para adaptarse a la

nueva situación. En este caso, cada eyección provoca una importante elevación de la presión sistólica intraaórtica.

Sin embargo, ésta se ve muy disminuida durante la diástole, debido a la regurgitación de sangre hacia el ventrículo. Esta hipotensión diastólica se traduce en una dificultad de perfusión coronaria.

Los primeros síntomas (palpitaciones, disnea de esfuerzo, vértigo) tardan en aparecer entre diez y veinte años, y pueden pasar muchos más hasta que comiencen los más graves (disnea progresiva, angor, insuficiencia cardiaca). A partir de aquí, los cambios físicos y anatomopatológicos son irreversibles, y la vida media se estima entre dos y seis años, si no se recurre a la cirugía. El diagnóstico es:

Clínico. La cabeza se sacude con cada latido del corazón (signo de Musset), pulso arterial prominente, signo de Traube (pulso como tiro de pistola en femoral), presión sistólica elevada y presión diastólica anormalmente baja, soplo protodiastólico, chasquido sistólico, ritmo de galope del 3er. ruido.

ECG. Hipertrofia ventricular, inversión de onda T y alteraciones de ST, Flúter auricular.

Rx de Tórax. hipertrofia ventricular y dilatación de la aorta ascendente.

Tx. Ecocardiografías regulares para valorar grado de IA, profilaxis con antibióticos para prevenir endocarditis infecciosa, evitar deportes enérgicos, antiarrítmicos, digitálicos, restricción de sodio, diuréticos, vasodilatadores y cambio valvular.

Valvulopatía Tricúspide

Estructura similar a la mitral, con un anillo fibroso sobre el que se asientan las válvulas, y un aparato subvalvular. Se diferencia, sin embargo, en que tiene tres valvas en lugar de dos. Puede verse afectada por estenosis e insuficiencia.

Estenosis Tricúspide

Los cambios anatómicos son fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas y fusión de las valvas en sus bordes, produciendo un diafragma con una apertura central fija. La AD presenta una importante dilatación. Puede haber evidencia de

congestión severa pasiva con hepatomegalia y esplenomegalia. El diagnóstico es:

Clínico. El bajo gasto cardiaco produce cansancio, molestias por hepatomegalia, anasarca, disnea, regurgitación yugular, ascitis, chasquido de apertura tricuspídea, soplo diastólico.

ECG. ondas P picudas

Rx de tórax. crecimiento de AD y vena cava, cardiomegalia.

Tx. Aunque la principal técnica para el tratamiento de la ET severa sea la cirugía, la restricción estricta de sodio y diuréticos pueden disminuir los síntomas secundarios.

Insuficiencia Tricúspide

La insuficiencia tricúspide (IT) funcional se presenta como consecuencia de la elevación de la presión intraventricular derecha, la cual suele venir precedida por una hipertensión pulmonar secundaria a una valvulopatía mitral. La IT puede aminorar la congestión pulmonar debida a la patología mitral; sus síntomas propios son edemas, hepatomegalia y ascitis. El diagnóstico es:

Clínico. Ascitis, hepatomegalia dolorosa congestiva, anasarca, ingurgitación yugular, pérdida de peso, caquexia, ictericia, fa, retumbo protodiastólico.

ECG. Bloqueo incompleto de rama derecha, fa.

Rx de tórax. dilatación de AD, cardiomegalia, derrame pleural.

Tx. En IT moderada se realiza anuloplastia de sutura de la porción posterior del anillo. Los pacientes con IT severa y enfermedad primaria reumática con fusión comisural precisan valvulotomía y anuloplastia del anillo, o sustitución por una prótesis mecánica o biológica.

Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Multivalvular

Es poco frecuente una enfermedad significativa desde el punto de vista hemodinámica que afecte a las válvulas, mitral, tricúspide y aortica. Los pacientes con enfermedad trivalvular pueden haber sufrido con anterioridad una insuficiencia cardiaca con una importante cardiomegalia, y es precisa la corrección quirúrgica

de la lesión trivalvular. Sin embargo, la sustitución de las tres válvulas es larga y compleja.

Al inicio de la práctica de esta operación, la tasa de mortalidad era de un 20% en pacientes en grado funcional III de la NYHA y de un 40% en los pacientes grado IV. Recientemente la tasa de mortalidad ha disminuido, sin embargo la sustitución de las tres válvulas debería evitarse en la medida de lo posible. En muchos pacientes con enfermedad trivalvular es posible sustituir la válvula aortica, reparar la mitral y realizar anuloplastia o valvuloplastia tricuspídea.

Los pacientes que sobreviven a la cirugía de sustitución de tres válvulas muestran, a menudo importante mejoría clínica al inicio del período posquirúrgico, y los estudios de cateterismo posquirúrgico muestran notables reducciones en las presiones capilar y arterial pulmonar. Sin embargo algunos pacientes mueren como consecuencia de arritmias o de insuficiencia cardíaca congestiva al final del período postquirúrgico a pesar del funcionamiento normal de las tres prótesis. Se desconoce la causa de la insuficiencia cardíaca en esta situación pero es posible que este relacionada con una isquemia miocárdica intraquirúrgica, microémbolos debidos a la triple prótesis o episodios subclínicos continuados de miocarditis reumática.

Cuando se deben implantar múltiples prótesis valvulares, parece lógico seleccionar dos prótesis biológicas o dos prótesis mecánicas para el hemicardio izquierdo. Si el paciente se va a someter a los riesgos de la anticoagulación debido a una prótesis mecánica, parece poco razonable añadir riesgos potenciales de un fallo precoz de la prótesis biológica. Sin embargo, si se seleccionan dos prótesis mecánicas para el hemicardio izquierdo, esta indicada la utilización de una prótesis biológica en la posición tricuspídea (BRAUNWALD, 2004).

1.3.3 ANTICOAGULACIÓN ORAL (AO)

Terapia de mantenimiento y pruebas de coagulación: la dosis de mantenimiento varía de paciente a paciente y debe determinarse con base en los resultados de las pruebas del tiempo de coagulación sanguínea del paciente. El ajuste exacto de

la dosis de mantenimiento individual sólo puede lograrse monitoreando cuidadosamente los valores Quick o los valores de la Relación Normalizada Internacional (INR) a intervalos regulares, de manera que la dosis permanezca dentro del rango terapéutico; por ejemplo, una vez al mes.

Dependiendo del valor Quick o del valor INR, así como del paciente individual y de la naturaleza de su enfermedad, la dosis de mantenimiento generalmente se encuentra entre 4 y 8 mg diarios.

Antes del inicio del tratamiento y hasta el momento en que el estado de la coagulación esté estabilizado dentro del rango óptimo, debe llevarse a cabo la medición del tiempo de tromboplastina diariamente en el hospital. El intervalo entre las pruebas puede planearse posteriormente. Se recomienda que las muestras de sangre para las pruebas de laboratorio siempre se tomen a la misma hora del día. INR se introdujo con el propósito de estandarización, y con la ayuda de tromboplastinas estandarizadas se hace posible la comparación internacional. La INR es la relación del tiempo de protrombina del plasma anticoagulado del paciente con respecto al tiempo de protrombina del plasma normal, utilizando la misma tromboplastina en el mismo sistema de prueba, elevado a la potencia de un valor definido por el índice de Sensibilidad Internacional, el cual es determinado para una tromboplastina de referencia utilizando el procedimiento de la Organización Mundial de Salud. Mientras más bajo el valor Quick, más alto el tiempo de tromboplastina del paciente y la INR.

Dependiendo del cuadro clínico o la indicación, la intensidad óptima de la anticoagulación o el rango terapéutico que se pretende, generalmente cae entre los valores INR de 2.0 y 4.5. Dentro de este rango la mayoría de los pacientes

tratados no desarrollan recurrencia de la trombosis ni cualquier complicación hemorrágica severa, se recomienda en todos los casos iniciar la anticoagulación

oral simultánea con heparina fraccionada o sin fraccionar, y anticoagulantes orales por 4 o 5 días.

La dosis a utilizar depende del tipo de anticoagulante usado, factores personales como el peso, talla y metabolismo individual de la vitamina K y de costumbres alimentarias del medio sociológico del paciente: en nuestros pacientes, utilizando acenocumarol (Sintrom), la dosis oscila entre los 2 y los 52 mg/semana, con una dosis media de 15 mg/semana. La frecuencia del control dependerá de la estabilidad de la anticoagulación y de la existencia o no de factores de riesgo asociados.

Indicaciones y rangos de anticoagulación

Las principales indicaciones para el uso de los anticoagulantes orales son: en la Trombosis Venosa Profunda, embolismo pulmonar, infarto de miocardio; prevención del embolismo cerebral, en episodios embólicos en la fibrilación auricular con o sin valvulopatía reumática, profilaxis en la enfermedad valvular cardíaca, y en los reemplazamientos valvulares totales y en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica.

Complicaciones y efectos secundarios

La principal complicación es la hemorragia, aproximadamente un 3 % de episodios hemorrágicos graves por paciente/año, que en ocasiones pueden comprometer la vida de los pacientes. Son mucho más frecuentes las pequeñas hemorragias, entre el 2 y el 10% de los pacientes las sufren, como hematomas, gingivorragias, epistaxis, etc. El tratamiento se apoya en una serie de medidas: suspender el tratamiento anticoagulante, administrar pequeñas dosis de vitamina K por vía oral o parenteral, entre 3 y 5 mg, y la administración de plasma fresco congelado o factores de coagulación (complejo protrombina activado).

Los anticoagulantes orales están contraindicados durante el embarazo. Se han descrito hemorragias fetales con muerte intrauterina y neonatal. Hipoplasia de las estructuras nasales, también malformaciones del Sistema Nervioso Central, retraso mental ceguera y otras anomalías se han encontrado en hijos de pacientes que han recibido AO durante el tercer trimestre; el AO puede ser sustituido por

heparina que no atraviesa la barrera placentaria; en caso de ser necesaria su administración se evitará durante el primer trimestre y últimas semanas de gestación. Si se ha de administrar durante la lactancia se prefiere el uso de warfarina que no se elimina con la leche.

CAPITULO II

2.1 METODOLOGÍA

Para este estudio de caso se seleccionó a la Sra. Teresa como Agente de Autocuidado (AAC) en el servicio de Hospitalización de Cardiología Adultos del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH).

Es un estudio de tipo longitudinal, descriptivo y de intervención.

Se obtuvo la información de forma indirecta a través del expediente clínico y de forma directa a través de la aplicación de los instrumentos: Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) (Evers, Isenberg, Philpsen, Seten & Browns, 1989) (Apéndice A y B). Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado ENEO-UNAM (1997) (Apéndice C). Cuestionario sobre la Identificación del Déficit de Autocuidado para las Personas con Afecciones Cardiovasculares (Landeros, Salazar, 2004), (Apéndice D). En lo que respecta a las consideraciones éticas se obtuvo el Consentimiento Informado del agente de autocuidado (Apéndice E). Se realizaron 6 valoraciones de esta 1 exhaustiva y 5 focalizadas de estas últimas 1 por vía telefónica. Los Diagnósticos de Enfermería fueron elaborados con base al formato PES con apoyo de la taxonomía de la NANDA. Los planes de intervención se llevaron a cabo en la etapa preoperatorio, postoperatorio mediato, visita domiciliaria en donde se elaboro plan de alta y en el postoperatorio tardío en consulta externa en cada una de estas etapas se realizo una evaluación de la capacidad de Autocuidado del agente receptor del cuidado de enfermería.

2.2 PRESENTACIÓN DEL CASO

El agente de autocuidado es la Sra. Teresa de 35 años de edad conocida del INCICH desde 1978, le colocaron el 7/07/80 prótesis valvulares mecánicas en la válvula mitral y aortica, y biológica de pericardio bovino en la tricúspide. Le realizaron Comisurotomía pulmonar en 1989 y en julio de 2005 apendicectomía.

En enero de 2005 presentó disnea de grandes esfuerzos la cual progreso a medianos esfuerzos, en Junio del mismo año inicio con edema de miembros inferiores +++++, en octubre presento pérdida de peso de 7 Kg., ingresa al INCI CH el 26 noviembre al presentar deterioro de clase funcional con disnea de reposo, disnea paroxística nocturna y ortopnea, se reporto un INR de 6.3, gasometría con alcalosis respiratoria compensada con acidosis metabólica. (Ph 7.53, PaO₂ 139, PCO₂ 22, HCO₃ 18.4); con el diagnóstico médico de Cardiopatía reumática inactiva, reestenosis mitral, aortica e insuficiencia tricuspídea, Sx. anémico en estudio y sobreanticoagulación.

Se va a su casa durante las fiestas decembrinas, presenta cuadro de Hipotensión y dificultad respiratoria, por tal motivo es llevada en Michoacán al médico particular para su tratamiento. Reingresa al INCICH el 3 de enero de 2006 al servicio de cardiología adultos; se dio tratamiento con lo que se estabilizo hemodinamicamente, el 23 de enero se le realizó erradicación de focos sépticos y le extrajeron 3 piezas dentarias (incisivos centrales superiores) por tal motivo presento sangrado gingival de moderado a escaso a lo largo del día el cual sedió con compresión.

El 25 de enero le realizaron recambio valvular mitral, aortico y tricuspídeo por válvulas mecánicas de Edwards Mira, con revisión de arteria pulmonar, ampliación de anillo mitro aórtico y atrioplastia derecha, con parche de pericardio bovino.

Transcurrió el postoperatorio en terapia intensiva quirúrgica hemodinamicamente estable con apoyo de aminas sin sedación, el 26 de enero se extubo tempranamente sin complicaciones. Es egresada el día 27 de enero al servicio de terapia intermedia en donde retiraron sondas pleurales. Por la tarde es egresada al servicio de cardiología adultos en donde es dada de alta a su domicilio el día 2 de febrero.

El AAC se encuentra con una estimación de Capacidad de Autocuidado inicial menor del 50% en donde se identifican los déficits de autocuidado. Se logra observar que no ha cuidado de sí mismo, que tiene una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado, en donde la demanda excede su capacidad para responder a ella presentando los requisitos universales alterados como son: aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y reposo, interacción social y soledad y peligros para la vida, además de no llevar adecuadamente el régimen terapéutico.

Debido a las cirugías anteriores, su nivel académico e interés se logra trabajar adecuadamente sobre la reeducación para su autocuidado y desarrollo del mismo.

CAPITULO III

3.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La agencia de enfermería se presentó con el agente de autocuidado la Sra. Teresa en el servicio de hospitalización cardiología adultos el 8 de diciembre de 2005 en donde se le explicó el objetivo que se pretendía alcanzar que era saber el déficit de conocimientos y cuidados de su estado de salud actual para enseñarle a desarrollar su autocuidado y corregir los déficit presentados, después de obtener su consentimiento se le informó sobre la valoración que se le realizaría en ese momento.

3.1.1 ETAPA PREOPERATORIA

Servicio: Hospitalización Cardiología

Valoración de enfermería Exhaustiva No. 1

FECHA: 8/Dic./05

Factores Condicionantes Básicos

La Señora Teresa es un Agente de Autocuidado (AAC) de 35 años de edad, con edad aparentemente igual a la cronológica, divorciada, de religión católica, vive en Chilchota Michoacán, teléfono celular 5516 94 8931, estudio hasta 3er. semestre de preparatoria, trabaja como demostradora de aparador, no tiene hijos y vive en casa de sus padres. La casa es de tabique, lámina y concreto. Consta de dos recámaras, baño, cocina y comedor independientes con suficiente ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios. Su madre elabora los alimentos y cocina con gas.

Tiene 5 hermanos que aunque no viven ahí son muy unidos y cuidan de ella y de sus padres. Tres hermanos con profesión y dos con preparatoria completa. Antecedentes heredofamiliares: padre y tres tíos paternos con diabetes mellitus, madre hipertensa, dos hermanos con obesidad. El AAC es alérgica a la penicilina, presento enfermedades propias de la infancia como sarampión y parotiditis, actualmente no trabaja debido a su padecimiento. Su mamá quien es el (agente de cuidado dependiente) esta al pendiente de ella, con nivel de estudios: primaria incompleta y los hermanos se turnan para visitarla; tiene regulares hábitos

alimenticios e higiénicos, desapego al tratamiento médico y recientemente se separó de su pareja.

Le agradan las verduras, casi toda la fruta, el agua de sabor y los refrescos, toma aproximadamente 8 vasos de agua al día, le desagradan los alimentos light, los lácteos, papaya, melón y alimentos integrales, come tres veces al día con horario establecido para cada alimento, lleva una dieta específica en donde evita verduras de hoja verde y baja ingesta de sal. No tiene problemas con la eliminación negadas toxicomanías, con presencia de caries dental, presenta ortopnea duerme con dos almohadas, problemas para conciliar el sueño y edema de miembros pélvicos +++++.

Sabe el padecimiento que tiene y lo acepta, trata de cuidarse aun que a veces no toma los medicamentos como debe, se considera sociable y alegre aun que el padecimiento le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Exploración Física de Enfermería

Cabeza: íntegra, buena implantación de cabello con ligera ictericia tegumentaria, mucosa oral semihidratada, algunas piezas dentarias movibles, conductos auditivos sin alteraciones, postura libre y cómoda.

Cuello: tráquea simétrica con plétora yugular de grado III, cuello cilíndrico pulsos carotídeos normales sin adenomegalias, no refiere dolor.

Tórax: simétrico, con amplexión y amplexación disminuida, parrilla costal visible, con presencia de cicatriz en línea media esternal de 10 cm. choque de punta de ápex en el 5º espacio intercostal izquierdo, mamas sin alteraciones y con ligera ictericia tegumentaria.

Campos pulmonares con buena intensidad sonora, frémito presente en ambos pulmones, derrame pleural derecho, ruidos cardiacos rítmicos con presencia de soplo expulsivo aórtico con click protésico audible, soplo tricuspídeo y mitral con click protésico mitral audible, con murmullo vesicular, presencia de estertores escasos a nivel de ambas bases.

Abdomen: globoso, blando depresible con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, hepatomegalia importante con 11 cm. por debajo de borde costal, ruidos peristálticos presentes, tegumentos ligeramente ictéricos.

Genitourinario: sin globo vesical, con oliguria, no hay presencia de dolor.

Extremidades: edema de miembros inferiores +++++, pulsos presentes, llenado capilar de 3", piel deshidratada y ligeramente ictérica, fuerza y sensibilidad disminuida simétricamente.

Signos vitales: presión arterial (TA) 90/60 mmHg., Frecuencia cardiaca (FC) 66x', Frecuencia respiratoria (FR) 28x', Temperatura (T) 36°C, Talla: 1.50 mts, Peso actual: 43 Kg. e índice de masa corporal (IMC) 19.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete

Fecha: 8/Dic./05

Parámetros	Valores obtenidos	Valores de referencia
Tiempo de Protrombina	13.7 seg. test. 13.4 seg.	
Tiem. de Tromboplastina	51.1 seg. test. 33.3 seg.	
Glucosa	95 mg/dl	70-110
Acido úrico	5.30 mg/dl	3.0-6.0
Colesterol	109 mg/dl	145-200
Triglicéridos	127 mg/dl	40-195
Hematocrito	20.4 mg/dl	37.7-53.7
Hemoglobina	6.4 mg/dl	12.2-18.1
Sodio	125 meq	135-145
Potasio	4.11 meq	3.5-5.0
Cloro	94 meq	101-114
INR	6.3	2.5-3.5

Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje -60°, onda P 60mseg, sin datos de isquemia.

Ecocardiograma: válvula protésica mitral máximo 53.mmHg y medio 19 mmHg, válvula protésica Ao máx. 94 mmHg y medio 62 mmHg, válvula protésica tricuspídea máx. 18 mmHg y medio 11 mmHg. FEVI del 65%.

Centellografía Hepatoesplénica: disfunción hepatocelular difusa leve. Diagnóstico Médico: 1.-Cardiopatía Reumática Inactiva, Doble lesión Ao de predominio de la estenosis, estenosis mitral, doble lesión tricuspídea, Comisurotomía Ao y mitral + plastia tricuspídea, reestenosis mitral y Ao, e insuficiencia tricuspídea, Sx. anémico en estudio, sobreanticoagulación. 2.- Clase funcional III de la NYHA.

Valoración de enfermería focalizada No. 1

FECHA: 8/Dic./05

Requisitos Universales

Aire: dificultad respiratoria al caminar, duerme con dos almohadas y refiere disnea paroxística nocturna en ocasiones, presenta derrame pleural basal derecho, y tos productiva, frecuencia respiratoria de 28rpm.

Agua: venoclisis en miembro torácico izquierdo permeable a soluciones indicadas, presenta edema importante de miembros inferiores ++++ que no disminuye con la administración de diuréticos, mucosas orales y tegumentos deshidratados, ruidos cardiacos rítmicos con soplos en las válvulas aortica y tricúspide.

Alimentos: le desagradan los productos Light e integral así como los derivados lácteos, tolera adecuadamente su dieta con agrado pero queda con hambre.

Eliminación: no padece de estreñimiento, la diuresis es poca y forzada con diuréticos, no refiere molestias al orinar o defecar.

Actividad y reposo: nunca ha realizado ejercicio de manera formal y cuando trabajaba trataba de no realizar grandes esfuerzos, le gusta ver televisión en sus ratos libres, tomaba clases de cultura de belleza, ya no puede salir a la calle a realizar sus actividades planeadas por que se cansa demasiado, durante su

estancia hospitalaria se mantiene en reposo relativo deambulando en su unidad, duerme aproximadamente 6 horas y despierta mucho por las noches.

Interacción social y soledad: recibe visita de su madre y de 3 hermanos, conversa poco con sus compañeras de cubículo, sufre de inadaptación social pues ya no puede salir a la calle a realizar sus actividades y tomar clases de cultura de belleza, depende totalmente de sus padres y hermanos, refiere que esta muy molesta con su ex esposo, se acepta tal como es y refirió que le hubiera gustado mucho haber tenido un hijo.

Peligros para la vida: presenta problemas de hepatomegalia de 10 cm. por debajo del borde costal, anemia con Hb de 6mg/dl, presenta sobreanticoagulación con INR de 6.3.

Requisito de Desarrollo: cursa en la tercera década de la vida.

Se lleva a cabo la valoración de capacidades de autocuidado en donde obtiene un puntaje de 47.7% ya que no llevo adecuadamente el tratamiento médico ni el autocuidado, por tal motivo es ingresado a hospitalización de cardiología adultos en donde se implementó planes de cuidados para mejorar sus capacidades y lograr la autonomía de su autocuidado.

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO UNIVERSAL: AIRE

FECHA: 8/DIC/05**HORA: 12:00 HRS**

DIAGNÓSTICO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con falla de bomba cardiaca, manifestado por dificultad para respirar al caminar 3 cuadras con frecuencia respiratoria de 28 rpm.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: favorecer el intercambio de aire del AAC.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se proporcionó oxígeno por puntas nasales a 4 lts. por minuto continuo.* Toma de signos vitales dos veces por turno.* Se valoró frecuencia y profundidad respiratoria.* Posición fowler con apoyo de almohadas.	Parcialmente compensatorio	<p>Mejora la respiración.</p> <p>Los signos vitales se mantuvieron dentro de parámetros normales.</p> <p>Se observó amplexión y amplexación disminuida.</p> <p>No presenta datos de hipoxia, la respiración mejora por la noche.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: AGUA

DIAGNÓSTICO: Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por distensión venosa yugular, cambios en el patrón respiratorio, edema de miembros inferiores +++++, oliguria y disminución de Hb 6.4 y Hto 20.4, tegumentos y mucosa oral moderadamente deshidratada.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
* Se llevo control de líquidos estricto a 600 ml.	Parcialmente compensatorio	El edema disminuye a ++.
* Se colocaron medias elásticas de mediana compresión.	Apoyo educativo	Se logra balance negativo de líquidos.
* Se elevaron miembros pélvicos a 30° por dos horas, tres veces al día.		El AAC se convence de no ingerir más líquidos de los preescritos.
* Ministración de lasilacton 1 tab. cada 12 hrs., aldactone 50mg cada 12 hrs., furosemide 40mg iv cada 8 hrs.		Se logra eliminar el edema de miembros inferiores hasta el 13 de enero de 2006.
* Peso cada tercer día.		Se mantiene en el mismo peso corporal.
* Se explicaron los motivos al AAC de por que no deberá tomar muchos líquidos.		

REQUISITO UNIVERSAL: ALIMENTACIÓN

DIAGNÓSTICO: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con falta de apetito y depresión (pérdida de pareja) manifestado por pérdida de peso menor al ideal de 14%.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: lograr el peso idóneo de acuerdo a la estatura del AAC.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se Solicito que la dietista elaborara el plan alimenticio de acuerdo al agrado y requerimientos nutricionales del AAC.* Se verifico le trajeran la dieta correcta.* Se insiste en que consuma su ración del día.* Se solicita le traigan una porción extra o colación.* Se peso cada tercer día.* Se dialogó a cerca de su depresión y se motiva para salir adelante.	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo educacional</p>	<p>El AAC ingiere su dieta con agrado.</p> <p>Aun se requiere verificar que termine su ración.</p> <p>Acepta con mucho agrado la colación.</p> <p>Mantiene su peso en 43 Kg.</p> <p>Manifiesta sus enojos, pero se motivo y mejora su apetito.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO: Riesgo potencial de déficit de volumen de líquidos, relacionado con ministración de diurético e ingesta disminuida de líquidos.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: mantener equilibrio hidroelectrolítico

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Control estricto de líquidos.* Valoración de datos de deshidratación continuo.* Se pesa cada tercer día.* Se solicitó una dieta rica en fibra para evitar estreñimiento por baja ingesta de líquidos.	Parcialmente compensatorio	<p>Se logra mantener una adecuada eliminación de líquidos y controlar la ingesta de los mismos sin repercusiones hemodinámicas, ni alteraciones electrolíticas.</p> <p>Se observa mucosa oral y tegumentos deshidratados.</p> <p>Mantiene el mismo peso corporal 43 kg.</p> <p>No presentó estreñimiento.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: INTERACCIÓN SOCIAL Y SOLEDAD

DIAGNÓSTICO: Duelo anticipado relacionado con pérdida del cónyuge, manifestado por depresión, alteración en los hábitos alimentarios y del sueño.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: canalizar sus emociones negativas en distracciones recreativas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se empatizó con el AAC para Transmitirle confianza.* Se escuchan los temores y preocupaciones.* Se solicita el apoyo del psicólogo.* Se dio ánimo ante la situación, se programaron actividades lúdicas además de lectura de libros y revistas así como manualidades haciendo figuras con listones de papel.* Se hizo acto de presencia en el momento en que el AAC lo requirió.* Se explicó que era importante poner todo el empeño en cuidarse y salir adelante con su cirugía.	Apoyo educacional	<p>Se logra una excelente comunicación entre el AAC y la Agencia de enfermería.</p> <p>Disminuye la apatía y mejora la cooperación al tratamiento médico.</p> <p>Se logra centrar la atención hacia la lectura, trabajos manuales y tratamiento médico.</p> <p>El apoyo psicológico ayudó al AAC manifestando los enojos y trabajando el duelo.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz, falta de conocimiento e interés manifestado por caries dental.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: eliminar el déficit de Autocuidado en la higiene bucal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se motiva y asesora sobre el cepillado bucal después de cada comida.* Se enseñó la técnica adecuada del cepillado dental y el uso de hilo dental.* Se orienta sobre los cuidados y las posibles complicaciones que se pueden presentar con la persistencia de caries no tratadas.* Se solicitó interconsulta al servicio de dental y se suspendió el anticoagulante dos días previos a la extracción de piezas dentarias.* Se vigiló sangrado bucal posterior a la extracción de pieza dentaria.	<p>Apoyo educacional</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Se obtiene la devolución del procedimiento de cepillado correcto.</p> <p>Presenta sangrado moderado durante la tarde y noche posterior a la extracción de piezas dentarias.</p> <p>Se mantiene un INR de 3.5</p>

REQUISITO UNIVERSAL: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA

DIAGNÓSTICO: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimiento manifestado por verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: lograr la concientización del AAC de llevar adecuadamente el tratamiento médico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se empatizó con el AAC para transmitirle seguridad y confianza por medio del trato con calidad y calidez.* Se mencionó al AAC en que consiste el autocuidado y los beneficios obtenidos por este.* Se proporcionó esquemas ilustrativos del corazón y fiebre reumática, se explica con lenguaje claro y sencillo la patología.* Se informó sobre las consecuencias de no seguir el tratamiento y se disipan dudas existentes referentes a los mismos.* Se corrigieron las deficiencias del autocuidado y se verifico que no se volvieron a presentar durante el seguimiento del AAC.	Apoyo educacional	El AAC solicito más información sobre su padecimiento actual. Se aclararon las dudas existentes del AAC sobre su padecimiento, reconoce que por malos hábitos no lleva adecuadamente su tratamiento y por inadecuada disposición del medicamento interrumpe el tratamiento, pero hará todo lo posible para que no ocurra de nuevo.

NOTA DE EVOLUCIÓN

El día 25 de Enero de 2006 la AAC es intervenida quirúrgicamente en donde se le realizó recambio de válvula mitral, aortica y tricuspídea por válvulas mecánicas Edwards Mira, con revisión de arteria pulmonar, tiempo de circulación extracorpórea (CEC) de 174min y pinzamiento aortico de 84min, requiere de marcapasos transitorio por presentar ritmo nodal, sangrado de 450cc; requirió de 3 paquetes globulares, 4 unidades de plasma y 1 unidad de aféresis de plaquetas. Derrame pleural derecho con drenaje de 2100 ml de líquido cetrino, drenaje retroesternal y pleural derecho con gasto de 400ml, uresis de 2610ml. Pasa a terapia intensiva con G.C de 4.4 e I.C de 2.6, hemodinamicamente estable con presiones arteriales medias de 80 mmHg con apoyo de inotropicos (norepinefrina y dobutamina) se realiza extubación el día siguiente sin complicaciones, continua con mascarilla facial con FiO2 al 40% continuo, con G.C 5.2 e I.C 3.8, uresis de 1610 en 24 hrs. Se realiza la siguiente valoración de enfermería en el posoperatorio mediato, debido a que la agencia de enfermería no se encuentra presente durante la etapa operatoria y posoperatorio inmediato.

3.1.2 ETAPA POSTOPERATORIO MEDIATO

Servicio: Terapia Intermedia

Valoración de enfermería focalizada No.2

FECHA: 27/Enero/2006

El día 27 de Enero pasa a terapia intermedia en donde se realiza la segunda intervención al AAC, le son retirados los inotropicos y las sondas, sin plétora yugular, con catéter trilumen en yugular derecha sin datos de infección, con herida quirúrgica en mediastino, cubierta, sin datos de sangrado con dolor a la palpación, sin rubor, movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, disminución de entrada de aire bibasal, murmullo vesicular conservado, presenta drenaje retroesternal y pleural derecho con un gasto de 800 ml de liquido serohemático, ruidos cardiacos rítmicos con click de las prótesis, ligero dolor a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia de 4 cm. por debajo de borde costal,

sonda uretral a derivación con diuresis de 67 ml por hora, edema de miembros inferiores ++ que llega hasta las rodillas, pulsos presentes, llenado capilar de 2", tegumentos deshidratados y ligero tinte icterico.

Signos vitales: presión arterial: 100/60 mmHg., frecuencia cardiaca: 70lpm, frecuencia respiratoria: 20rpm, temperatura: 36.7°C.

Electrocardiograma: en ritmo sinusal, frecuencia 70 lpm, eje -60° onda P 60 mseg, PR 200 mseg, QRS 60 mseg, hipertrofia de VI.

Exámenes de Laboratorio

Fecha: 26/Enero/06

Parámetros	Valores obtenidos	Valores de referencia
Hemoglobina	11.4 mg/dl	12.5 – 19.5 mg/dl
Hematocrito	32 mg/dl	39 – 56 mg/dl
Tiempo de protrombina	21.4 seg. test 13.4 seg.	
Tiempo de trombolastina	40.6 seg. test 33.3 seg.	
INR	3	2.5 – 3.5
Glucosa	92 mg/dl	70 – 110 mg/dl
Potasio	4.02 meq	3.5 – 5.0
Sodio	138 meq	135 – 145
Cloro	106 meq	101 - 114

REQUISITOS UNIVERSALES

Aire: con apoyo de oxigeno suplementario con mascarilla facial al 40%, con disminución de entrada de aire y estertores bibasales, amplexión y amplexación disminuidos, frémito disminuido, se mantiene en reposet por 8 hrs., con presencia de drenaje retroesternal y pleural derecho.

Agua:, hemodinamicamente estable con presiones medias de 90 mmHg con catéter trilumen en yugular derecha, permeable a soluciones indicadas, edema de miembros inferiores de ++, mucosas orales hidratadas, tegumentos semihidratados.

Alimentos: toma 400 ml aproximadamente en cada alimento, realiza las tres comidas tolerando adecuadamente la dieta: Hiposódica estricta de 2000 cal. con 800 ml de líquidos en 24 hrs.

Eliminación: con presencia de sonda foley a derivación, diuresis regular de 67ml por hora, sin presencia de estreñimiento.

Actividad y reposo: deambula dentro de su unidad, permanece en reposit, logra conciliar el sueño por las noches sin problemas.

Interacción social y soledad: recibe visita de familiares, del sistema de enfermería y médico, logra superar duelo por abandono de su esposo.

Prevención de peligros para la vida: en reporte de quirófano mencionan esternón delgado y frágil, adherencias pericardioepicardicas muy firmes, dilatación de cavidades izquierdas, derrame pleural derecho de 2100 de líquido cetrino.

En esta etapa se obtiene un puntaje del 86.3% de las capacidades de autocuidado del AAC debido a la cirugía por tal motivo existen (RU) por cubrir de tal manera que se implementaron planes de cuidado.

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO UNIVERSAL: AIRE

FECHA: 27/ENE/05**HORA: 12:00 HRS**

DIAGNÓSTICO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con infiltración de líquido en cavidad pleural manifestado por estertores bibasales, frecuencia respiratoria de 26rpm saturación de oxígeno de 84%, respiraciones superficiales e hipoventilación en hemitorax derecho.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: que el patrón respiratorio sea eficaz.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Sentar a la AAC en reposet por intervalos 8 hrs. o más, según lo tolere.* Colocación de mascarilla facial con oxígeno al 40% intermitente.* Puntas nasales a 3 lts por minuto de oxígeno cada 3 hrs. por tres días.* Se tomo gasometrías cada 24 hrs. y valoración de las mismas.* Terapia respiratoria con espirómetro por 10 min. 4 veces por turno.* Se realizó palmopercusión por 10 min. dos veces por turno.* Se insistió en la expectoración de secreciones 2 veces por turno.* Ministración de lasix 20mg c/8h.	<p>Parcialmente compensatorio.</p> <p>Apoyo educacional.</p>	<p>Tolera adecuadamente el reposet e inicia deambulacion en su cubiculo con ayuda.</p> <p>Se logró quitar la mascarilla facial de O₂ y permaneció con puntas nasales a 3 lts x' por tres días.</p> <p>La gasometría reporta alcalosis respiratoria con ph 7.44, pCO₂ 31.2, pO₂ 184, HCO₃ 23.2.</p> <p>Expectora secreciones blanquecinas escasas.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: AGUA

DIAGNÓSTICO: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con ministración de diuréticos, sangrado durante acto quirúrgico, gasto a través de drenajes.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: mantener el equilibrio hídrico y electrolítico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se tomó signos vitales horarios.* Control estricto de líquidos horario.* Se proporcionó líquidos orales a libre demanda.* Ministración de lasix 20mg cada 8 hrs. pvm.	Parcialmente compensatorio	Se mantuvieron los signos vitales estables. Refirió sentirse algo extraña al tomar agua a libre demanda pues ya se había acostumbrado a no ingerir más de 600ml en el día. Tuvo una uresis de 67 ml por hora. Se mantuvo en equilibrio hidroelectrolítico.

NOTA DE EVOLUCIÓN

El AAC es trasladado a tercer piso de hospitalización el día 27 de enero por la tarde en donde permanece hemodinamicamente estable, herida quirúrgica cubierta, con datos de dolor a la palpación y sin datos de infección, movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en bases, click protésico audible, hígado palpable 4 cm. por debajo de borde costal, miembros inferiores con edema que llega hasta las rodillas +. Debido a su estabilidad y evolución es egresado a su domicilio el día 2 de febrero, en donde fue implementado el plan de alta en la visita domiciliaria debido a que la agencia de enfermería no estuvo presente al egreso del AAC, la visita domiciliaria se programa para el día 3 de febrero.

3.1.3 VISITAS DOMICILIARIAS

3 de Febrero de 2006

Valoración de enfermería focalizada No. 3

LUGAR: Casa de la tía en el Distrito Federal.

Se realizó la valoración al AAC para evaluar su integración al núcleo familiar y a la sociedad, haciendo demostración sobre su Autocuidado para valorar las intervenciones de la agencia de enfermería y dar retroalimentación al AAC y verificar si existen fallas en el autocuidado. Se realiza la visita domiciliaria el día 3 de Febrero a las 16:00 hrs. El AAC permaneció en casa de su Tía por una semana dando tiempo a la convalecencia para poder viajar a su casa.

Al llegar a la casa El AAC se encontraba con el Agente de cuidado dependiente, su papá, un hermano, y su tía. Se logró observar que llevaba a cabo su autocuidado y que el agente de cuidado dependiente solo la apoyaba en lo indispensable pero estaba pendiente de ella, se desplazaba con un poco de lentitud y libertad en la casa, estando pendiente del horario de su tratamiento.

Se observa con ligera palidez tegumentaria, sin plétora yugular, con herida quirúrgica en mediastino sin datos de infección en proceso de cicatrización, movimientos de amplexión y amplexación adecuados, campos pulmonares

ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad con click protésico audible, hepatomegalia de 2 cm. por debajo del borde costal, edema de miembros inferiores +, pulsos presentes y llenado capilar de 1" con los siguientes signos vitales: tensión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 74 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, temperatura 37.1°C.

Requisitos Universales

Aire: durante la visita se observó que deambula sin ningún problema, refirió que por las noches ya no necesitaba de las dos almohadas y podía dormir sin problemas, los pulmones se escuchan bien ventilados.

Agua: aun se observa con edema de miembros inferiores +, cuida la cantidad de agua que bebe que es de 3 a 4 vasos al día.

Alimentación: su dieta es blanda, abundante en fibra, carbohidratos y proteínas, baja en sal y baja en grasas, aun se palpa hepatomegalia con 2 cm. por debajo de borde costal y ligero dolor a la palpación.

Eliminación: refiere estreñimiento y la diuresis es forzada con diurético de asa.

Actividad y Reposo: camina todo el tiempo posible dentro de la casa, y descansa elevando lo pies para ayudarse a disminuir el edema, duerme de 8 a 10 hrs.

Interacción Social y soledad: mencionó que ansía ver a todos sus hermanos, cuñadas y sobrinos por que han estado al pendiente de su salud y la han apoyado mucho, no menciona a su ex esposo y se le ve con mucho ánimo.

Peligros para la vida: tratamiento médico y prótesis valvulares.

Se estiman las capacidades de autocuidado del AAC obteniendo un puntaje del 96.3% debido a que se encuentra en la etapa de convalecencia y aun requiere de los cuidados del agente de cuidado dependiente, y de acuerdo a lo programado se implementa el plan de alta.

3.1.4 PLAN DE ALTA

REQUISITO UNIVERSAL: AGUA

DIAGNÓSTICO: Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema de miembros inferiores +.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: eliminar el edema de miembros pélvicos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Se recomendó colocar medias elásticas de mediana compresión.* Se sugiere la elevación de miembros pélvicos a 30° por dos horas 3 veces al día.* Se recomendó eliminar de la dieta la ingesta de sal y disminuir el consumo de agua a dos vasos al día.* Se pidió que explicara cómo lleva a cabo el tratamiento médico.* Se refuerza al apoyo educacional sobre la alimentación.	Apoyo educacional	El AAC enseguida se colocó las medias de mediana compresión y elevó los miembros pélvicos, se observó durante la visita que desapareció el edema. Explicó cómo lleva a cabo el tratamiento médico y lo lleva adecuadamente.

REQUISITO UNIVERSAL: ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO: Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y actividad física insuficiente manifestado por cambios en el patrón intestinal y defecación dificultosa

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: eliminar el estreñimiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
* Se sugirió aumentar la fibra en la dieta, como ingesta de verduras crudas, fruta con cáscara, ciruela pasa y jugo de naranja. * Se recomendó dar masaje abdominal.	Apoyo educacional	Se valoró por vía telefónica hasta el 25 de marzo y refiere no haber sido necesario el empleo de laxantes químicos, desaparecido el estreñimiento tres días después.

REQUISITO UNIVERSAL: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad cutánea y prótesis valvulares.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: evitar la infección a cualquier nivel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>* Se le explico sobre la importancia en prevenir infecciones a cualquier nivel para evitar una endocarditis y la susceptibilidad que tienen las prótesis de infectarse.</p> <p>* Se oriento sobre la limpieza personal y el cuidado de heridas quirúrgicas a demás de vigilar la aparición de signos que orienten una infección.</p>	<p>Apoyo educacional</p>	<p>El AAC refuerza los conocimientos previos que tenía debido a las cirugías previas y manifiesta que desconocía la importancia de esto y la importancia que le dará de ahora en adelante.</p>

REQUISITO UNIVERSAL: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA

DIAGNÓSTICO: Conocimientos deficientes sobre la enfermedad relacionado con falta de documentación y vergüenza para preguntar manifestado por verbalización de desconocimiento de la información.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: eliminar cualquier duda existente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
* Se resolvieron dudas existentes sobre la enfermedad y se proporciona imágenes en donde se muestran los tipos de prótesis que fueron implantadas.	Apoyo educacional	El AAC resuelve las dudas existentes, entiende mejor su enfermedad y la razón por la cual debe cuidarse y llevar adecuadamente el tratamiento médico.

REQUISITO UNIVERSAL: AGUA

DIAGNÓSTICO: Riesgo de pérdida de volumen relacionado con ingesta de anticoagulantes orales.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: mantener un INR dentro de rangos normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMAS DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
* Se orienta sobre datos de posible sobreanticoagulación como aparición de hematomas, petequias, gingivorragias, derrame ocular, sangrado transvaginal, etc. * Se explicó sobre la importancia de que en caso de someterse a algún	Apoyo educacional Apoyo educacional	El AAC refiere tener conocimiento de la mayoría de estos datos, que los tendrá en cuenta y vigilará constantemente, además refiere la importancia de llevar adecuadamente el

<p>procedimiento invasivo por mínimo que sea debe avisar al médico encargado del procedimiento sobre las prótesis valvulares i la ingesta de AO, para que tome medidas preventivas.</p> <p>* Se informa sobre la importancia del chequeo del INR por lo menos una vez al mes e informarlo a la clínica de anticoagulantes para valorar dosis del medicamento y así evitar la formación de trombos o una sobreanticoagulación.</p> <p>* Se orienta sobre llevar adecuadamente la dieta evitando vegetales de hoja verde, así como evitar automedicarse ya que algunos medicamentos pueden potenciar o disminuir la acción del AO.</p>		<p>tratamiento médico y el autocuidado para evitar complicaciones y mantener su estado de salud en equilibrio.</p>
--	--	--

Se programa la siguiente valoración de enfermería focalizada por vía telefónica para el día 25 de marzo con el fin de corroborar que lleva adecuadamente el tratamiento médico.

Valoración de enfermería focalizada No. 4

25 de Marzo de 2006

Esta valoración se realizó vía telefónica, ya que se encontraba en su casa en Chilchota Michoacán.

El AAC refirió que ya deambula en la calle con mucha precaución, aun con edema de miembros inferiores de + si permanece mucho tiempo de pie o deambula mucho, sin ningún problema en herida quirúrgica, solo le incomoda un poco la

cicatriz por su aspecto antiestético; ya no necesita apoyo del agente de autocuidado dependiente, ahora la AAC se hace responsable de su propio cuidado y ocasionalmente realiza labores del hogar, ya que quiere incorporarse a la familia y sociedad en el menor tiempo posible, esta muy entusiasmada por que ya quiere regresar a su antiguo trabajo. Refiere que su ex esposo ya vive con otra pareja, pero a ella ya no le molesta en lo absoluto y manifiesta que ya lo supero.

Requisitos Universales

Agua: Toma de 4 a 5 vasos de agua al día, presenta edema de miembros inferiores + si esta mucho tiempo de pie, pero mejora con descanso, utiliza continuamente medias de media compresión y eleva los miembros pélvicos por la tarde.

Eliminación: No padece de estreñimiento, su uresis es normal sin problema continua con tratamiento médico.

Interacción Social y soledad: Su familia estuvo y esta muy al pendiente de ella y refiere que mejoro la relación entre todos los miembros, inicia la incorporación a la sociedad.

Prevención de Peligros para la vida: Ya no presenta hepatomegalia sin embargo debe y esta al pendiente de su INR.

Se observa independencia en el autocuidado del AAC y la implementación de cuidados oportunos en caso de alguna alteración física, continua alterado del requisito universal de agua con edema de miembros pélvicos +, se programa siguiente valoración focalizada y evaluación de la capacidad de autocuidado del AAC en la consulta externa para el 3 de mayo.

3.1.5 POSTOPERATORIO TARDIO

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

El AAC se encuentra anímicamente en buen estado, con un peso actual de 50 Kg., buena coloración tegumentaria, no refiere problemas al caminar o al realizar sus actividades diarias como cansancio o el uso de almohadas extras para dormir, la eliminación sin compromiso, no existe edema de miembros inferiores, incorporada

totalmente a la familia y sociedad, bajo el siguiente tratamiento médico: Lasix 20mg c/12 hrs., Lasilacton 1 tab. c/12 hrs., Captopril 12.5 mg c/12 hrs., Aldactone 12.5 mg c/24 hrs. y Sintrom ½ tab. Diaria. A la exploración física de enfermería con los siguientes datos:

1. Cabeza: integra, buena implantación del cabello, ligera palidez tegumentaria, mucosas orales hidratadas, prótesis dental movable de incisivos centrales superiores.
2. Cuello: tráquea simétrica, cuello cilíndrico, sin plétora yugular, pulsos carotídeos normales sin adenomegalias.
3. Tórax: simétrico con cicatriz quirúrgica en mediastino, movimientos de amplexión y amplexación adecuados, murmullo vesicular presente, y frémito adecuado, ruidos cardiacos rítmicos con click de las prótesis.
4. Abdomen: blando depresible, ruidos peristálticos presentes con ligera palidez tegumentaria y buena hidratación de la misma, sin hepatomegalia.
5. Genitourinario: sin globo vesical sin patologías agregadas.
6. Extremidades: sin datos de edema, pulsos presentes, llenado capilar de 2", tegumentos hidratados con ligera palidez.

Signos vitales: presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm., temperatura: 36.7°C.

Reportando los siguientes exámenes de laboratorio:

Parámetros	Valores obtenidos	Valores de referencia
Hemoglobina	12 mg/dl	12.5 – 19.5 mg/dl
Hematocrito	36 mg/dl	39 – 56 mg/dl
Tiempo de protrombina	22.9 seg. test 13.4seg	
PCR	3.71	.200 – 9.20
Glucosa	69 mg/dl	70 – 110 mg/dl
Ácido úrico	4.4 mg/dl	3 – 6 mg/dl
Urea	10.6 mg/dl	8 – 17 mg/dl

INR	1.8	2.5 – 3.5
Colesterol	155 mg/dl	145 – 200 mg/dl

Ante la revisión médica no se encuentran alteraciones, con buena evolución a excepción del INR de 1.8 por tal motivo es aumentado el Sintrom a $\frac{3}{4}$ el día domingo y monitoreo continuo, próxima cita en 4 meses.

Valoración de enfermería focalizada No. 5

FECHA: 3/MAYO/ 06

Requisitos Universales

Actividad y Reposo: Ya cumplió un mes que regreso a su trabajo y se encuentra muy bien no refiere problema alguno durante su desempeño.

Prevención de Peligros para la Vida: Su INR se encuentra bajo y se modifica la dosis, se le sugiere tomar su INR con más frecuencia hasta que este regulado y reportarlo por teléfono a clínica de anticoagulantes.

Interacción social y soledad: Comentó que su ex esposo ya vive con otra persona que trataron de ocultárselo cuando estuvo convaleciente pero cuando se entero no le molesto en lo absoluto. El AAC inicia nueva relación sentimental con otra pareja.

Requisito de Desarrollo: Se encuentra muy contenta por que trabaja y por que con su dinero puede ayudar en su casa además de comprarse cosas que le agraden.

PLAN DE CUIDADOS

FECHA: 3/MAYO/2006

REQUISITO UNIVERSAL: AGUA

HORA: 10:30 HRS.

DIAGNÓSTICO: Alto riesgo de trombosis relacionado con INR de 1.8.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA: mantener un INR dentro de rangos normales.

INTERVENCIONES DE	SISTEMAS DE	EVALUACIÓN
-------------------	-------------	------------

ENFERMERÍA	ENFERMERÍA	
<p>* Se verificó que la dieta ingerida sea la correcta y se aclaran dudas.</p> <p>* Se ratificó que no haya tomado algún otro medicamento no prescrito por el médico que interactúe con el Sintrom.</p> <p>* Se sugirió tomarse el INR en otro laboratorio y confirmar los resultados.</p> <p>* Se oriento sobre tener contacto con la clínica de anticoagulantes por periodos más cortos para la modificación de dosificación del anticoagulante.</p>	<p>Apoyo educacional</p>	<p>La dieta que consume es la indicada, menciona que tomo un antibiótico recetado por el médico por qué enfermó de la garganta.</p> <p>Por las cirugías previas solo se confirman que el AAC sabe los procedimientos a seguir en caso de presentar alteraciones en la coagulación o algún otro problema</p>

En esta etapa se realiza la valoración de Capacidades de autocuidado del AAC en donde se encuentra en un 100% ya que es completamente autónomo en su autocuidado y lleva adecuadamente el tratamiento médico corroborado con su excelente evolución.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

Se aplicó el método enfermero con base al modelo teórico de Dorothea E. Orem en el cual se identificaron y fortalecieron las capacidades del agente de autocuidado las cuales fueron: priorizar su salud, pedir ayuda si no puede cuidar de si misma en caso necesario a amigos y familiares, mantener los procesos vitales en adecuadas circunstancias para mantener la salud, pedir explicación sobre lo que no entiende referente e su padecimiento y cambio de hábitos arraigados para mejora de la salud.

De acuerdo al instrumento utilizado en el Apéndice A se estimaron las Capacidades de Autocuidado del Agente de Autocuidado en donde se maneja un puntaje que va desde 1 a 100 puntos el cual se reporta en las diferentes etapas del estudio de caso:

- a) Preoperatorio: 47.7
- b) Postoperatorio mediato: 86.3
- c) Visita domiciliaria: 96.3
- d) Postoperatorio tardío: 100

Se realizaron intervenciones oportunas de aprendizaje en el momento en que se identificaron los déficits de autocuidado obteniendo la devolución del procedimiento y supervisando que los llevara acabo durante todo el estudio de caso.

La agencia de enfermería logró otorgar una atención de calidad al agente de autocuidado contribuyendo a una corta estancia hospitalaria sin complicaciones y una pronta incorporación a la familia y sociedad.

4.2 DISCUSIÓN

Con el apoyo de los instrumentos utilizados durante el caso clínico se logro identificar los Déficit de Autocuidado del AAC, el cual se trabajó durante todo el Proceso de Atención de Enfermería en donde su evaluó continuamente y se pudo verificar si corregía los Déficit o continuaba con ellos.

La agencia de enfermería (AE) identifica y trabaja los Déficit de autocuidado, logra buena empatía con el AAC, lo cual ayudo para facilitar y valorar continuamente el nivel de aprendizaje en el que se encuentran sus habilidades de autocuidado y realizar las correcciones necesarias.

Así mismo la (AE) valoró el nivel de autocuidado alcanzado por el AAC en el preoperatorio encontrando un déficit de autocuidado en un 50% dando solución a aquellos que estaban al alcance de las competencias de enfermería como: duelo anticipado, déficit de conocimientos y déficit de higiene oral, logrando la AE activar el apoyo educacional pidiendo retroalimentación de los mismos.

En periodo postoperatorio inmediato el AAC presenta un déficit de autocuidado en un 100% en donde la AE activa el sistema de apoyo educacional, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio, como el AAC ya había tenido cirugías previas en años anteriores le facilito la recuperación y la demanda de autocuidado terapéutico solicitado fue en menor tiempo.

Durante el preoperatorio la AE trabajo con el agente de autocuidado dependiente para valorar y corregir los déficits encontrados por medio del sistema de apoyo educacional y así al egreso del AAC tener una pronta recuperación e integración en el hogar y sociedad.

Durante la primer cita médica posterior a su egreso se observó al AAC que asume responsablemente su autocuidado, ya no se encuentran déficit de autocuidado se observa totalmente integrada a la sociedad y por ende a la familia, se le observa en un peso adecuado a su talla, y solo necesita monitoreo por parte de la clínica de anticoagulantes.

Se observó un fortalecimiento de autocuidado en el AAC.

4.3 CONCLUSIONES

El estudio de caso nos muestra que no se tiene cultura en cuanto a salud se refiere, que el autocuidado se lleva a cabo pobremente y se desconoce, que solo se acude al médico para dar tratamiento a un padecimiento ya avanzado.

Hace falta fomentar más en niveles primarios el autocuidado para evitar llegar a terceros niveles, para evitar tener enfermedades muy avanzadas e incurables que pudieron prevenirse en un inicio y así evitar costos elevados tanto para el AAC como para el sistema de salud.

Sin embargo a pesar de darse educación sobre el autocuidado, no se da la importancia adecuada a esta, y aun estando hospitalizado en una ocasión, el paciente vuelve a reincidir en las mismas fallas y caer varias veces en una institución de salud.

CAPITULO V

5.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertg A. 2000. Estudios de la nutrición. 4ª. ed. México. Limusa.
2. Braunwald.E. 2004. Fiebre reumática. Cardiología “El libro de la medicina cardiovascular”. España. Marbán.
3. Savanagh. S. 1999. Modelo de Orem: aplicación práctica. 5ª ed Barcelona. Masson.
4. Chávez I. 1942. Incidencia de las cardiopatías en México. Arch. Lat. Amer de Cardioly Hemat. 12:87-96
5. Fitzpatrick. J, Whall. A. 2000. Conceptual Models of nursing. 4ª ed. USA. Pearson Education.
6. Guadalajara. J. 2000. Fiebre reumática y Valvulopatías. Cardiología. 8ª ed. México. Méndez editores.
7. Guyton. A, Hall.J. 2001. El corazón y la circulación. Tratado de Fisiología Médica.10ª. ed España España. McGraw Hill.
8. Hubbard. S, 1997. International Normalized Ratio determination using calibrated reference plasmas. British Journal of Hematology.
9. Iyer P. 1996.Proceso y diagnóstico de enfermería 3ª. ed. México. Mc Graw Hill.
10. Kozier. B, Erb. G.2000. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. 4ª ed. México. McGraw- Hill.
11. Nanda. Internacional. 2005-2006. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 17ª ed. Madrid España. Elsevier.
12. Opie. L, 2005. Fármacos para el Corazón. 6ª ed. Madrid España. Elsevier.
13. Orem. D. 1999. Modelo de Orem: conceptos de enfermería práctica. 4ª ed. Barcelona. Masson.
14. Pérez A. 1999. Guía práctica de la enfermería. México. Océano/Centrum.
15. Shapiro. M, 2002. Arritmias Cardíacas. 3ª ed. México. Méndez Editores.

5.2 ANEXOS

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE AUTOCUIDADO

(Apéndice A)

Instrumento

El instrumento que se utilizaron fue la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) (Evers, isenberg, Philpsen, Seten & Browns, 1989).

La EECAC consta de 24 reactivos; este instrumento valora las capacidades de autocuidado representando todos los componentes de poder y ha sido utilizado en población mexicana por Da Silva (1997), Gallegos (1995) y Landeros (2003), quienes reportaron un Alpha de Cronbach de .79, .81 y .83 respectivamente. El patrón de respuesta de este cuestionario incluye cuatro opciones: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4.

Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 y 112, donde a mayor puntaje mayor CAC (Apéndice B). Estos valores se transformaron a una escala de 0 y 100 puntos con el fin de poder establecer comparaciones.

Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)

INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a Usted. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	1	2	3	4
4. Puedo hacer lo	1	2	3	4

necesario para
mantener limpio mí
alrededor.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Si es necesario, puedo | 1 | 2 | 3 | 4 |

manejar la situación
para mantenerme tal
como soy.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Pocas veces pienso en | 1 | 2 | 3 | 4 |

revisar mi cuerpo para
saber si hay algún
cambio.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de valora que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Con la actividad diaria | 1 | 2 | 3 | 4 |

raras veces puedo
tomar tiempo para
cuidarme.

21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.	1	2	3	4
22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o).	1	2	3	4
23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	1	2	3	4
24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí e gusta.	1	2	3	4

(Apéndice B)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

Institución: _____ Registro: _____
 Fecha: _____ No. Cama: _____
 Servicio: _____

I. Factores Condicionantes Básicos

1. Características personales:

Nombre:	Sexo:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Religión:
Tel. Part:	Lugar de procedencia:	
Domicilio actual:	Años de estudio:	
Trabajo y/o profesión:		
Actividades recientes (tipo y frecuencia):		
Metas programadas para la salud:		

2. Características familiares:

2.1 Composición familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte Económico

2.2 Estructura familiar:

a) Estructura del rol

◆ ¿En estos momentos que espera de su familia? (padres, cónyuges e hijos)
◆ ¿Alguien de su familia ha adoptado el rol de jefe en ausencia de sus padres?
◆ ¿Por qué?
◆ ¿Qué espera su familiar de usted?

b) Sistema de valores

◆ ¿En la familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la

escuela, trabajo y del hogar? ¿Cuáles?

c) Patrón de comunicación

◆ ¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? ¿Estas son respetadas?
◆ ¿Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platican entre sí la familia?

d) Estructura del poder (afrentamiento familiar)

◆ ¿Cuáles eventos o situaciones han causado 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

a) Función afectiva

◆ ¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo?
◆ ¿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?
◆ ¿Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? ¿Quién?
◆ ¿Ha tenido algún problema con compañeros, maestros, amigos? ¿De qué tipo?

c) Función reproductora

◆ ¿Utiliza algún método de planificación familiar? ¿De qué tipo?
◆ ¿Existen planes para tener más hijos?
◆ ¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad? ¿Cuál?

d) Función económica (provisión de las necesidades físicas)

◆ ¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?
◆ ¿Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud?

e) Características ambientales (entorno físico y social)

◆ ¿La vivienda donde convive con la familia es propia?
◆ ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? ¿Tienen cocina y baño independientes?
◆ ¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar? ¿Especifique?
◆ ¿En su vecindario cuenta con seguridad pública?
◆ ¿En su vecindario cuenta con suficientes medios de transporte?
◆ ¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud? ¿Cuáles?
◆ ¿La relación de su familia con los vecinos es satisfactoria?
◆ ¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos o asociaciones civiles?
◆ ¿Cuáles?

II. Requisitos de Autocuidado Universales

1. Aire

◆ ¿Regularmente asiste a lugares muy concurridos?
◆ ¿Existe contaminación ambiental en el lugar, donde usted vive?
◆ ¿Qué hace para protegerse?
◆ ¿Al respirar mete aire por la boca o por la nariz?
◆ ¿Tiene molestias para respirar?
◆ ¿Qué factores lo desencadenan?
◆ ¿Qué hace para mejorar su respiración?

2. Agua

◆ ¿Cuántas veces a la semana le gusta bañarse?
◆ ¿El cambio de ropa total con qué frecuencia lo realiza?
◆ ¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y el corte de uñas?
◆ ¿Cómo se cepilla usted los dientes?
◆ ¿Con qué periodicidad lo hace?
◆ ¿El agua que consume es potable? ¿Utiliza alguna técnica para purificarla? ¿Cuál?
◆ ¿Cuántos vasos de agua ingiere al día?
◆ ¿Cómo prefiere ingerir el agua y como le desagrada?
◆ ¿Ha notado hinchazón en sus pies? ¿Cuándo?
◆ ¿Qué hace para disminuirlo?

3. Alimentos

Somatometría.

Peso anterior: _____ Talla: _____ IMC: _____

Peso actual: _____

◆ ¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho?
◆ ¿Por qué?
◆ ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?
◆ ¿Qué alimentos le agradan?
◆ ¿Qué alimentos le desagradan?
◆ ¿Tiene un horario específico para consumir alimentos?
◆ ¿Ha padecido alguna molestia para 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?
◆ ¿Qué hace para eliminar su malestar?
◆ ¿Cuántas veces orina al día?
◆ ¿Tiene molestias al orinar?
◆ ¿De qué tipo?
◆ ¿Qué hace para aliviar sus molestias?
◆ ¿Se desparasita?

5. Actividad y Reposo

◆ ¿Qué actividades realiza en su hogar?
◆ ¿Qué actividades desempeña en su trabajo?
◆ ¿Acostumbra a realizar algún tipo de trabajo?

¿Cuál?
◆ ¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso?
◆ ¿Tiene algún problema para dormir? ¿Cuál?
◆ ¿Cómo logra conciliar el sueño?
◆ ¿Cuántas horas duerme regularmente?

6. Soledad e interacción social

a) Comunicación

◆ ¿Se comunica fácilmente con otras personas? ¿Qué dificultades tiene para comunicarse?
◆ ¿Pertenece a algún grupo social? ¿Cuál?
◆ ¿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?
◆ ¿Con qué frecuencia comenta usted aspectos de sexualidad con sus padres, pareja e hijos?
◆ ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales con su pareja?
◆ ¿Le son satisfechas? ¿A qué lo atribuye?

7. Peligros para la vida humana

◆ ¿Su vista es lo suficientemente buena para detectar un peligro en su hogar, vía pública o trabajo? ¿Cual es el motivo?
◆ ¿Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de cualquier peligro?
◆ ¿Su olfato le permite percibir olores que pudiera indicar peligro para su salud?
◆ ¿Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en buen

estado?
◆ ¿Por medio de su tacto puede detectar forma, textura, temperatura, movimientos o estabilidad de un objeto que puede significarle peligro?
◆ ¿Si va en automóvil utiliza el cinturón de seguridad?
◆ ¿Está atento a cualquier peligro, que pudiera surgir en su hogar, trabajo o escuela?
◆ ¿Acostumbra a consumir bebidas alcohólicas? ¿Con qué regularidad?
◆ ¿Fuma? ¿Con qué frecuencia?
◆ ¿Consume bebidas gaseosas, refrescos de “cola” u otras?
◆ ¿Con qué regularidad?
◆ ¿Consume café o té? ¿Con qué regularidad?

8. Normalidad

a) Recursos de salud

◆ ¿Periódicamente acude al médico o dentista para el cuidado de su salud?
◆ ¿Utiliza otros remedios para su salud? ¿Cuáles?

b) Prácticas personales de salud

◆ ¿Qué tipo de personalidad se considera que tiene?
◆ ¿Es usted una persona tranquila?
◆ ¿En su vida diaria regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionan, angustia, depresión, irritabilidad o apatía? ¿Qué situaciones y como lo afectan?
◆ ¿Cómo considera su carácter?
◆ ¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud? ¿Cuál o cuáles lleva a cabo?

c) 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?

III. Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

1. Etapa el ciclo vital

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

IV. Requisitos de Desviación de la Salud

1. Desviación actual

a) Percepción de la desviación actual

◆ ¿Conoce su enfermedad?

◆ ¿Le preocupa su enfermedad?
¿Por qué?

2. Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud

◆ ¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad?

c) Cambios de la desviación de los estilos de vida

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

3. Historia de desviación 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?
◆ ¿Con qué frecuencia?
◆ ¿Actualmente está con tratamiento a base de anticoagulantes?

4. Historia sanitaria familiar

◆ ¿Sus familiares han padecido algunas de las siguientes enfermedades? Diabetes Mellitus: Hipertensión arterial: Enfermedades del corazón: Obesidad: Neuropatía:

V. Exploración Física

1. Cabeza (Fascies, tono de la voz, postura, coloración, hidratación, zona de alopecia. Pulsos temporales, fondo de ojo, conducto auditivo, dolor, piezas dentarias...)

2. Cuello (Pulsos carotídeos, inspección yugular [plétora], simetría y movilidad de tráquea, ganglios linfáticos, dolor)

3. Tórax

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

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

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

d) Auscultación (focos valvulares [aórtico, pulmonar, tricuspídeo, mitral y accesorio], campos pulmonares, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, temperatura axilar)

4. Abdomen

a) (pulso aórtico abdominal, red venosa colateral, delimitación de órganos abdominales [hígado – bazo], líquido abdominal [ascitis], peristaltismo, turgencia, hidratación y dolor)

5. Genito – urinario

a) (identificación de globo vesical, inspección de genitales, percusión renal, dolor [identificación de posibles infecciones]).

6. Extremidades

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

Signos vitales.

Presión arterial:

Frecuencia cardiaca:

Frecuencia respiratoria:

Temperatura:

VI. Exámenes de Laboratorio y Gabinete

1. Exámenes de laboratorio

Tipo	Valores de la persona	Valores normales	Fecha

1. 1 Gasometría arterial.

Tipo	Valores de la persona	Valores normales	Fecha
pH			
PaO ₂			
PacO ₂			
Saturación arterial			
Saturación venosa			
HCO ₃			

2. Exámenes de gabinete.

Tipo	Observaciones
Electrocardiograma	
Ecocardiograma	
Rx de tórax.	
Endoscopia	
Cateterismo cardiaco	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**IDENTIFICACIÓN DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA LAS
PERSONAS CON AFECCIONES CARDIOVASCULARES**

Nombre:		
Edad: Sexo:		
Dirección:		
Teléfono:		
Estado Civil:		
Religión		
Ocupación:		
Escolaridad (en años):		
Número de integrantes de la familia :		
Número de hijos vivos :		
ENTORNO		
La casa donde vive es:		
Propia : Rentada Otros		
Cuenta con: Luz Drenaje Agua :		
La cocina se ocupa como habitación:		
El baño se ocupa como habitación :		
Material de construcción:		
AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE		
Nombre:		
Parentesco:		
Edad:		
Sexo:		
Ocupación:		
Escolaridad (en años) :		
Horas que pasa con el Receptor de cuidados:		
DESVIACIONES DE LA SALUD		
Motivo de consulta. (Referido por el usuario)		
Factores de Riesgo	Personales	Familiares
Diabetes Mellitus		
Obesidad		
Colesterol (mg)		
Sedentarismo		
Ingesta excesiva de Sodio		
Hipertensión		
Preeclampsia		

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES			
AIRE			
Problemas para respirar	Si	No	
Dolor al respirar	Si	No	
Dolor al toser	Si	No	
Dificultad para respirar al acostarse			
	Si	No	
Sensación de ahogo al subir escaleras			
	Si	No	
Sensación de ahogo al cargar cosas pesadas			
No carga cosas pesadas	Si	No	
¿Qué hace para facilitar su respiración?			
¿Fuma?	Si	No	Antes
¿Durante cuánto tiempo fumó?			
¿Cuántos cigarrillos al día?			
¿Existen fumadores en su entorno?			
	Si	No	
¿En su casa cocinan con gas, leña o carbón?			
Comentarios:			
AGUA			
¿Sabe que cantidad de agua debe de tomar?			
	Si	No	
¿Se le hinchan los pies?	Si	No	
¿Se le quedan marcados sus dedos en sus piernas al			
hacer presión sobre ellas?	Si	No	
¿Qué hace para disminuir la hinchazón?			
¿Sabe cual es la razón por la que se le hinchan los			
los pies?	Si	No	
¿Cuál?			
ELIMINACIÓN			
Estreñimiento	Si	No	
Diarrea	Si	No	
Incontinencia	Si	No	
Dolor abdominal	Si	No	
Anuria	Si	No	
Poliuria	Si	No	
Oliguria	Si	No	
Comentarios			

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES		
ALIMENTACIÓN		
¿Cuáles son los alimentos que le agrada comer?		
¿Cuáles son los alimentos que le desagrada comer?		
¿Sabe qué alimentos le perjudican a su salud?		
¿Lleva alguna dieta en especial?, ¿cuál?		
¿Cuántas veces come al día?		
¿Normalmente qué desayuna? ¿a qué hora?		
¿Normalmente qué come? ¿a qué hora?		
¿Normalmente qué cena? ¿a qué hora?		
¿Cuánta sal consume?		
Estado de encías:		
Gingivitis	Si	No
Caries	Si	No
Prótesis	Si	No
Dentadura:	Completa	Incompleta
¿Tiene problemas digestivos?		
Si	No	¿Cuáles?
Comentarios:		

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES		
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA		
¿Sabe en qué consiste su enfermedad?		
¿Sabe qué cuidados debe de tener con respecto a enfermedad?		
Verifique conocimiento de los medicamentos actuales		
Nombre	Dosis	Vía y efecto deseado
Consuma sus medicamentos:		
Siempre	Nunca	Algunas veces
¿A qué servicios de salud tiene acceso? Centro de salud		
¿Tiene problemas auditivos?		
Si	No	
¿Tiene problemas visuales?		
Si	No	
NORMALIDAD		
¿El receptor de autocuidado acepta su enfermedad?		
Si	No	
¿Está Usted dispuesto a cuidar de su salud?		
Si	No	
¿Se acepta Usted como es?		
Si	No	
¿Cómo se considera Usted?		
Social	Alegre	Introvertido
Serio	Positivo	Enojón
REQUISITO DE AUTOCUIDADO DESARROLLO		
Etapa de desarrollo		Edad/años vs. Edad física
Adulto joven		(+) (-) (=)
Adulto maduro		(+) (-) (=)
Adulto mayor		(+) (-) (=)
Problemas que le causa la enfermedad.		
Incapacidad física		Perdida del empleo
Dependencia		Adaptación social
Deprivación de la educación		
Comentarios:		

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES			
ACTIVIDAD Y REPOSO			
Ejercicio : Ya no realiza			
¿Practica ejercicio?	Si	No	
¿Qué tipo de ejercicio?			
¿Con qué frecuencia?			(Por semana)
Diario	4-5 veces	2-3 veces	1 vez
¿Durante cuánto tiempo?			(Minutos)
10-20 min.	20-30 min.	30-60 min.	60 y más
Comentarios:			
Actividad física			
Permanece mucho tiempo:			
De pie	Si	No	Tiempo
Acostado	Si	No	Tiempo
Sentado	Si	No	Tiempo
¿Cuál es la distancia que camina diariamente?			
¿Al caminar se fatiga?		Si	No
¿Se siente cansado?		Si	No
¿Cuántas horas duerme regularmente por las noches?			
¿Cuántas almohadas usa para dormir?			
Auxiliares del sueño		Si	No
Comentarios			
SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL			
¿Con quién vive actualmente?			
¿Cómo es la comunicación con sus familiares?			
¿Cómo es la comunicación con sus vecinos y compañeros de trabajo?			
¿Le gusta estar solo o prefiere estar acompañado?			

(Apéndice D)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a 09 diciembre 2005

Por medio de la presente carta, Yo Teresa García Rubio - con número de expediente 160020, del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" acepto participar en el estudio de caso basado en la Teoría de enfermería de autocuidado de Dorothea Orem, relacionada con mi enfermedad, se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, estoy satisfecho (a) con esas explicaciones y las he comprendido; la cual realizara la Lic. en Enf Ma. Guadalupe Guevara Olivar, que es alumna del Posgrado de la especialidad de enfermería cardiovascular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Así mismo se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Manifiestar la respuesta físicas al tratamiento que se me hará.

Participar en los interrogatorios que se me harán durante el llenado de los instrumentos de valoración.

El enfermero se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que el paciente plantee acerca del procedimiento y estudios que se llevaran a cabo.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio de caso en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica recibida en el Instituto.

La enfermera a cargo del estudio de caso, se ha comprometido que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer, respecto a mi permanencia en el estudio.

Nombre y firma del titular a cargo del estudio de caso.

Nombre y firma del paciente motivo del estudio de caso.

(Apéndice E)

CUADRO 1

CRITERIOS DE JONES PARA EL DIAGNOSTICO DE FIEBRE REUMATICA	
Criterios Mayores	Criterios Menores
Carditis Policarditis Corea Eritema marginado Nódulos subcutáneos	Clínicos Fiebre Artralgias Malestar general Laboratorio Eritrosedimentación elevada Proteína C reactiva + Leucocitosis Intervalo PR prolongado Evidencia de infección estreptocócica Aumento de anticuerpos contra estreptococo: antiestreptolisinas y otros Cultivo faríngeo positivo para estreptococo grupo A Escarlatina reciente

(FERRIERI, 2002).

Si hay una infección documentada previa por EGA, la presencia de dos manifestaciones mayores, o una mayor y dos menores, indican una alta probabilidad de FR aguda (cuadro 1).