



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"
POSGRADO ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR**

**ESTUDIO DE CASO DE UN AGENTE DE AUTOCUIDADO CON ENFERMEDAD
ISQUÉMICA**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR**

**PRESENTA:
LIC. ENF. CLARA AVILA SALAZAR**

**TUTORA ACADEMICA:
MAESTRA TERESA DE JESUS SALAZAR GÓMEZ**

JUNIO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCIÓN

A través de la historia y de la enseñanza formal de enfermería, se recomienda el uso de instrumentos que faciliten el proceso de toma de decisiones por parte de las enfermeras. En los últimos años la enfermera ha buscado el desarrollo disciplinar y por ello ha recurrido a los modelos de enfermería siendo uno de los más usados el de Dorotea Orem con su Teoría Déficit de Autocuidado.

La teoría de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem incluye los factores condicionantes básicos y los ocho requisitos universales que son elementos para obtener información y realizar la valoración de enfermería en el agente de autocuidado. De esta manera se detectan los déficit y demandas de autocuidado con lo que se elaboraran los diagnósticos enfermeros reales y de riesgo de los cuales se derivan intervenciones de enfermería generales y especializadas para resolverlo de forma personalizada.

Por otro lado, las enfermedades del corazón se han convertido en un gran problema de salud a nivel mundial, tan solo la Federación Mundial del Corazón en el 2006 reporto que al año mueren 17.5 millones por esta causa, superando a las enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas. En nuestro país las enfermedades del corazón según el Instituto Nacional de Salud Pública en 2001 ocupaban el tercer lugar en hombres y el noveno en mujeres de morbilidad hospitalaria y en cuanto a mortalidad en el 2000 se modifica ocupando el segundo lugar en mujeres y el tercero en hombres. Siendo esto de gran preocupación para los trabajadores de la salud en especial para los profesionales de enfermería los cuales estamos obligados a fomentar la prevención primaria.

Por lo que, en el presente trabajo se desarrolla el estudio de caso de un agente de autocuidado del sexo masculino de 68 años de edad con alteración cardiovascular, concretamente con enfermedad isquémica y derrame pericárdico crónico, quien fue sometido a protocolo cardiovascular y tratamiento específico en Instituto Nacional de Cardiología. Al concluir este, es dado de alta a su domicilio

donde se tuvo la oportunidad de continuar con el estudio de caso, así como el seguimiento en consulta externa.

El agente es captado en la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología (INC) "Ignacio Chávez", el cual, ingreso de urgencia por presentar sintomatología de Síndrome Isquémico Coronario Agudo (SICA). Para el seguimiento y desarrollo del estudio de caso se explico al agente de autocuidado el propósito, así como, la intervención de la agencia autocuidado terapéutico en beneficio en su salud.

Durante el proceso se aplicó al agente la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC), se realizaron valoraciones exhaustivas y focalizadas en el servicio de unidad de cuidados coronarios y cardiología adultos B, a través de los instrumentos de Valoración de Enfermería en un Agente con Alteración Cardiovascular 2007, también se realizo una visita domiciliaria, con esto, se detectaron los déficit en la satisfacción de los requisitos universales y desviación de la salud, por lo que se implemento un plan de atención de enfermería especializado, dando prioridad a los diagnósticos reales y de riesgo para la vida, así como intervenciones oportunas para la prevención del daño.

Los resultados fueron satisfactorios ya que se logro una respuesta positiva por parte del agente y familiares en el desarrollo de las intervenciones de enfermería utilizando los sistemas de enfermería: totalmente y parcialmente compensatorios y principalmente el de apoyo y educación.

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar demandas y capacidades de autocuidado con base al modelo conceptual de Dorotea Orem en un agente con enfermedad isquémica y derrame pericárdico, para incrementar sus capacidades y fomentar su propio autocuidado y calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICO

Elaborar un plan de intervenciones de enfermería especializado para corregir el déficit detectado y contribuir en su estado de salud y calidad de vida del agente de autocuidado.

Evaluar si las capacidades desarrolladas en el agente de autocuidado a través de los sistemas de enfermería utilizados fueron suficientes para mantener su salud y calidad de vida.

III.- MARCO DE REFERENCIA

3.1.- ANTECEDENTES: ESTUDIOS RELACIONADOS

La revisión bibliográfica se centro sobre todo en aquellas fuentes que hicieran uso del modelo del déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem, pero también se realizo una búsqueda acerca de artículos que implicarán la atención de enfermería al paciente con afecciones cardiovasculares para determinar la participación del profesional de enfermería en esta área. Durante la revisión no se encontraron artículos de estudios de caso sobre derrame pericardio, se observo que los artículos que más se publican son de cardiopatía isquémica, cirugía de revascularización coronaria, cirugía valvular, cardiopatías congénitas y corrección de estas.

Orem (2000) en 6th Internacional Self-Care Déficit Nursing Theory y Conference menciona que el compromiso en el trabajo de la ciencia enfermera requiere del uso de un modelo oficial de práctica científica; del uso de una teoría general de lo que Enfermería es y de lo que debería realizar para validar los elementos conceptuales; y qué el Autocuidado ha sido uno de los conceptos clave que domina la enfermería desde 1959, con el desarrollo de la teoría de Orem. En esta conferencia un estudio presentado de pacientes con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, destacan dos cosas, la primera que los factores condicionan la terapéutica de los cuidados; y la segunda que los seres humanos tienen el potencial de iniciar acciones de autocuidado basadas en conocimiento y creencias aprendidas en su cultura.

De la Cruz (2000), en el artículo Aplicación del modelo de atención de Orem en personas con hipertensión arterial sistémica, destaca la importancia de planear estrategias de atención más allá de las instalaciones físicas hospitalarias, logrando la autonomía de la persona y sobre todo fomentar el autocuidado abarcando no solo el aspecto físico si no también el psicológico y espiritual.

Taylor Susan, desde la perspectiva de Orem manifiesta que la enfermera precede a diseñar un sistema de cuidado con base a la selección de acciones específicas a desarrollar por la misma enfermera, paciente y otros actores como los miembros de la familia.

Landeros-Olvera (2004) sustentan lo que Orem refiere que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de las capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración que percibe de su estado de salud. En el estudio Estimación de capacidades de autocuidado para una comunidad rural, los resultados obtenidos son: que las personas solo desarrollan capacidades de autocuidado al percibirse enfermos, ya que los que se perciben sanos no consideran necesario desarrollarlas.¹

Pérez y Salas (2003) también encontraron que las personas no tienen interés en desarrollar sus capacidades si no se sienten enfermos a pesar de saberse enfermos desde hace varios años.

Ortega (1998), hace referencia a un proceso de atención de enfermería en el individuo con insuficiencia cardíaca en donde aplica la secuencia metodológica propia del proceso enfermero para mejorar la calidad de atención de dichos pacientes.

Ortega y Cortes (2002) aborda el uso del proceso de atención de enfermería en un paciente con insuficiencia cardíaca, en el que se evidencia la utilidad que tiene el aplicar este método de trabajo dentro del área hospitalaria para brindar una atención de calidad, disminuyendo el tiempo y costo hospitalario e incrementar el beneficio para el paciente.

¹ Landeros Olvera Erick Alberto et. al. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión Arterial en una comunidad rural. Revista de Enfermería IMSS 2004: vol. 12 (num. 2)

Pérez (2004), en el estudio de caso desde la perspectiva del modelo del déficit de autocuidado aplicado a un receptor de autocuidado con valvulopatía aórtica, resalta que la agencia de enfermería tiene como centro de interés las respuestas humanas que se presentan ante una desviación de salud y que altera la totalidad de la persona y no solo su cuerpo.

Silvestre de Lima (2007), en el estudio asistencia de enfermería a un paciente infartado portador de VIH, basado en la teoría del autocuidado, demostró que para la realización del autocuidado el agente debe reconocer la importancia de este; pero sobre todo, tomar la decisión de llevarlo a cabo.²

Ante todo esto la perspectiva de Orem, es un modelo específico y preciso, el cual ve al agente como un receptor con demandas físicas, psicológicas y espirituales, involucrando a la agencia de enfermería, agente y agencia dependiente (familiares); las intervenciones de enfermería son implementadas con base a la teoría de los sistemas de enfermería y de acuerdo a las demandas y capacidades del agente de autocuidado.

² Silvestre de Lima Gabriela et. al. La asistencia de enfermería a un paciente infartado portador de VIH basado en la teoría del autocuidado estudio- de caso. Acta paul enferm. Octubre-diciembre 2007: vol.20 (num. 4) Sao Paulo.

IV.- MARCO TEORICO

4.1.-. TEORÍA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

4.1.1.- Orígenes del modelo

La búsqueda de Dorotea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de enfermería comenzó a fines de la década de los cincuentas centrándose en tres cuestiones:³

- ¿Qué hacen y que deberían de hacer los profesionales de enfermería?
- ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
- ¿Cuáles son los resultados de enfermería?

El deseo de abordar estos problemas surge sustancialmente de la experiencia práctica, por lo que, dedicando mucha energía a comprender el significado de enfermería. La actual formulación de su trabajo: Nursing: concepts of practice. 1991 suple todos sus trabajos anteriores.

Orem no pretende que su teoría del Autocuidado sea una panacea (remedio para todo mal) en la práctica; si no simplemente, proporcionar un marco desde el cual se contempla la práctica, la educación y gestión de enfermería con el objeto de mejorar los cuidados esta.

La Teoría propuesta por Dorotea Orem se centra en *el autocuidado* connotación dual “para uno mismo” y “realizado por uno mismo”. Denominado al proveedor de autocuidado Agente de Autocuidado. El término *agente* se usa en sentido de la persona que lleva a cabo la acción. *Agente de cuidado dependiente* es el proveedor de cuidados del agente.

³ Adaptado de Orem y Taylor, 1986. Pág 37.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida salud y bienestar (Orem 1991). En el AUTO incluye no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales y en el CUIDADO la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para el.

Los lactantes y los niños requieren cuidados de otras personas por que están en etapas tempranas de desarrollo físico, psicológico y social. Mientras que las personas ancianas requieren cuidados totales o asistencia siempre que el declive de las habilidades físicas y mentales limite el desempeño de las acciones de autocuidado. La persona enferma o incapacitada requiere cuidado total o parcial por parte de otros dependiendo de su estado de salud y de los requerimiento de autocuidado inmediatos o futuros.

El autocuidado tiene como parte central la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano.

Se puede considerar que un individuo cuida de si 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.

4.1.2. Presunciones de la naturaleza de los seres humanos

1. Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la habilidad esencial para el autocuidado y para el cuidado de los miembros dependientes de la familia.

2. Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores.
3. La realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que esta condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.
4. Los individuos investigaran y desarrollaran formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas.

4.1.3. Proposiciones sobre el autocuidado

Grupo 1: factores condicionantes

1. La conducta de autocuidado se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
2. La conducta de autocuidado esta afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
3. La conducta de autocuidado se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
4. La conducta de autocuidado se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
5. La conducta de autocuidado se ve afectada por los miembros de los grupos sociales a parte de la familia (amigos, compañeros de trabajo etc.)
6. Los adultos pueden elegir ocuparse, o no, en acciones específicas de autocuidado.
7. La falta de conocimientos científicamente derivados sobre el autocuidado, los trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades de autocuidado y los hábitos inadecuados de autocuidado limitan lo que una persona puede hacer respecto a su propio autocuidado.

Grupo 2: el autocuidado en la salud y en la enfermedad

1. El autocuidado contribuye y es necesario para integridad de la persona como organismo psicofisiológico con una vida racional.
2. Cada persona debe o ha realizado para sí misma diariamente un mínimo de actividades dirigidas hacia sí misma para continuar su existencia como organismo con una vida racional.
3. El autocuidado dirigido al mantenimiento y promoción de la salud requiere un fondo de conocimiento derivado científicamente sobre los objetivos y las prácticas del autocuidado, así como las habilidades y hábitos relacionados.
4. La enfermedad, lesión o disfunción física o mental pueden limitar lo que una persona puede hacer por si misma, puesto que tales estados pueden limitar su capacidad para limitar su capacidad para razonar, tomar decisiones y ocuparse en una actividad para alcanzar objetivos de autocuidado.

Grupo 3: demandas comportamentales y de recursos de autocuidado

1. El autocuidado requiere de un conocimiento general de los objetivos y la práctica de autocuidado, así como un conocimiento específico sobre uno mismo, incluyendo el estado de salud, y sobre el ambiente físico y social. También requiere de una interiorización de las reflexiones y de las sanciones y motivación.
2. El autocuidado implica la búsqueda y participación en los cuidados médicos prescritos por el medico en caso de desviaciones o cambios de salud y evaluación científica periódicas del estado de salud.
3. El autocuidado requiere actividades internamente orientadas dirigidas al control de la conducta.
4. El autocuidado requiere el uso de recursos que pueden incluir el vivir en un entorno físico y social saludable o terapéutico.

Los requisitos de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone tienen validez en la relación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos. Son expresiones de los objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del autocuidado.

4.1.4.- Requisitos de autocuidado

Se identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y desviación de la salud. Los tres descansan en las siguientes asunciones:

- ☆ Los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales (aire, agua y alimentos) y para producir y mantener los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.
- ☆ El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos desarrollo en cada ciclo vital.
- ☆ Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de la integridad estructural, la funcionalidad normal y bienestar, comportan requerimientos para: su prevención y acciones reguladoras para controlar su extensión y mitigar sus efectos.

- 1.- Los requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales. Asociados a procesos vitales.
- 2.- Los requisitos de autocuidado de desarrollo están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.
- 3.- Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Cuando estos tres tipos de requisitos se cubren de forma efectiva, dan lugar a condiciones humanas y ambientales que: apoyan los procesos vitales; mantienen la estructura y funcionamiento humano dentro de los límites normales; apoyan el desarrollo de acuerdo con el potencial humano; previene las lesiones y estados patológicos; contribuye a la regulación o control de los efectos de las lesiones y patología; promueve el bienestar general. Desde la perspectiva de los cuidados preventivos de la salud, satisfacer de manera efectiva los requisitos de

autocuidado universales y de desarrollo en los individuos sanos esta idealmente en la naturaleza de la prevención primaria de la enfermedad y de las alteraciones de la salud.

Cubrir los requisitos de desviación de la salud puede ayudar en el control de la patología en sus primeros estadios (prevención secundaria) y en la prevención de los defectos e incapacidades (prevención terciaria).

Los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo son esenciales cuando existe una patología para mantener la estructura y funcionamiento humano y para promover el desarrollo y por tanto la rehabilitación.

4.1.5.- Requisitos de autocuidado universal

Son ocho requisitos que representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos, siendo además comunes en todos los seres humanos.⁴

- 1.- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- 2.- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- 3.- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Tomarlos en la cantidad requerida para el funcionamiento normal, ajustándolo según requerimientos internos y externos que pueden afectar los requerimientos o, en condiciones de escasez ajustando su consumo para obtener el más ventajoso retorno al funcionamiento integrado.

Preservar la integridad de las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos asociados.

Disfrutar de placenteras experiencias de respirar, comer y beber sin abuso.

- 4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Crear y mantener las condiciones internas y externas para la regulación de los procesos de eliminación.

⁴ Orem Dorotea Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica. Mosby/Doyma Libros: Barcelona: 1993.

Proporcionar los cuidados higiénicos posteriores a las superficies y partes corporales.

Cuidar del entorno según sea necesario para mantener las condiciones necesarias.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas efectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social.

Reconocer y atender las manifestaciones de necesidad de reposo y actividad.

Usar las capacidades, y valores personales, así como las normas culturalmente prescritas como bases para el desarrollo del patrón reposo actividad.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

Mantener la calidad y el equilibrio necesarios para el desarrollo de la autonomía personal y de relaciones sociales perdurables que refuercen el funcionamiento efectivo de los individuos.

Reforzar los lazos de afecto, amor y amistad.

Proporcionar las condiciones de calor social e intimidad para el continuo desarrollo y adaptación.

Promover tanto la autonomía personal como la pertenencia al grupo.

7.- Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Estar alerta entre los tipos de peligros que es posible que ocurran.

Emprender acciones para prevenir los acontecimientos que pueden conducir al desarrollo de situaciones peligrosas.

Apartarse o protegerse uno mismo de las situaciones peligrosas cuando el peligro no puede ser eliminado.

Controlar las situaciones peligrosas para la vida y el bienestar.

8.- Promoción de la normalidad

Desarrollar y mantener un autoconcepto realista.

Emprender acciones para reforzar los desarrollos humanos específicos.

Emprender acciones para mantener y promover la integridad de la estructura humana y funcionamiento de uno mismo.

Identificar y atender las desviaciones de normas estructurales y funcionales de uno mismo.

4.1.6.- Requisitos de autocuidado de desarrollo.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos del desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (embarazo), o asociados con un acontecimiento (pérdida de la pareja o pariente).

Existen dos tipos de autocuidado de desarrollo:

1.- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo; proceso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- ☆ Los estados intrauterinos de la vida y proceso de nacimiento.
- ☆ La etapa de vida neonatal ya sea nacido a término o prematuramente; o nacido con peso normal o bajo peso.
- ☆ Infancia.
- ☆ Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta.
- ☆ Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
- ☆ 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.

2.1.- Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

2.2 Provisión de cuidados para mitigar o superar efectos negativos existentes en tales condiciones.

Entre las condiciones se incluyen:

- ☆ Deprivación educacional.
- ☆ Problemas de adaptación social.
- ☆ Fracaso de una individualización saludable.
- ☆ Pérdida de familiares, amigos, asociados.
- ☆ Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral.
- ☆ Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido.
- ☆ Problemas asociados con la posición.
- ☆ Mala salud o incapacidad.
- ☆ Condiciones de vida opresivas.
- ☆ 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. En la segunda categoría no se constituye una lista exhaustiva.

4.1.7.- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Estos requisitos existen para la persona que esta enferma o lesionada, que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos e incapacidades y que están bajo diagnóstico o tratamiento médico. Los cambios en la estructura humana, en el funcionamiento físico o en la conducta o hábitos de la vida diaria centran la atención de la persona en si misma.

Cuando un cambio en el estado de salud comporta una dependencia total o casi total de otros para las necesidades del mantenimiento de la vida o bienestar de la persona pasa de la posición de agente de Autocuidado a la de receptor de autocuidado. La alteración de los requisitos de autocuidado nos lleva a demandas de autocuidado.

4.1.8.- Factores básicos condicionantes

Se denomina así a los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo o cantidad de autocuidado requeridos.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidado de salud (Diagnóstico médico y modalidades de tratamiento).
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida (Incluye actividades cotidianas).
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de recursos.

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico. Algunos como la edad, el sexo y el estado de desarrollo condicionan los medios (métodos, tecnología, técnicas) que pueden usarse para satisfacer los requisitos. Los factores del estado de salud y del sistema de cuidado de salud condicionan las demandas de autocuidado terapéutico.

Las enfermeras deberían adoptar un enfoque objetivo a la investigación de los efectos condicionantes de la edad y sexo, aspectos físicos de desarrollo, estado de salud, factores del sistema de cuidado de salud y factores ambientales sobre las partes componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes.

Los factores básicos condicionantes de los patrones de vida, orientación sociocultural y factores del entorno social afectan a las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlo que serán aceptados y admitidos como componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de la personas.

La disponibilidad de los recursos y la educación de los mismos afectan principalmente a la selección de medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las demandas de cuidados asociados.

4.1.9.- Sistemas de enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería, hace referencia a como esta disciplina contribuye a que los individuos desarrollen sus propias capacidades de autocuidado; esto es como la enfermera a través de la valoración no solo identifica los déficit que presenta el sujeto, sino también a partir de las capacidades con las que cuenta, como las puede utilizar con el fin de proporcionar la agencia de autocuidado.

El sistema de enfermería existe “solo cuando y durante el tiempo en que haya vínculos de autoconexión en la conducta o estado de los sujetos o las partes independientes, ocurriendo la conexión en algún punto de dependencia entre ellos”.

La forma en que las enfermeras pueden ayudar a los individuos es de acuerdo a los siguientes sistemas que se presentan:

Sistema totalmente compensatorio

El individuo no tiene los recursos para satisfacer la demanda terapéutica de autocuidado y es responsabilidad de la enfermera hacerlo.

Sistema parcialmente compensatorio

Tanto el individuo como la enfermera, lleva acabo las medidas de autocuidado a la salud.

Sistema de apoyo educativo

El individuo tiene los recursos para satisfacer sus demandas pero necesita de la enfermera para tomar decisiones.

4.2.- MÉTODO DEL TRABAJO ENFERMERO Y MODELO DE OREM

El método de trabajo enfermero se refiere a la serie de pasos sistematizados que permiten la administración del autocuidado en la persona a partir de la identificación respuestas que cada persona desarrolla en situaciones específicas (Alfaro 1992)⁵

Valoración: es la primera etapa, la cual permite la identificación de las capacidades de la persona para autocuidarse; es decir otorga la posibilidad de reunir la mayor parte de los elementos que influyen en el agente para responder al medio: factores del condicionamiento básico, requisitos de desarrollo, requisitos de desviación de la salud y requisitos universales.

A partir de estos elementos es como el profesional de Enfermería obtendrá una visión de la persona, las condiciones que influyen en ella para conservar o perder capacidades de autocuidado.

Diagnóstico: identifica la respuesta humana de la persona, en seguida se precisa la causa misma que permitirá desprender el tipo de sistema de enfermería a activar: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio. Finalmente se determinan las formas de expresión o manifestaciones de la respuesta humana inicialmente detectada; todo esto en el marco de capacidades valoradas de la persona.

Planeación: se inicia específicamente con la causa del déficit y el tipo de requisito comprometido sin perder de vista la capacidades del cliente; evitando centrarse en la enfermedad por si sola.

⁵ Osteguín M.R.M. Método de Trabajo Enfermero y Modelo de Orem una propuesta de implementación. Desarrollo científico de enfermería. Enero febrero 20: Vol. 8 (No. 1).

Ejecución: implica la acción de lo planeado y en el caso de Orem se propone determinar el tipo de agente que realizara lo planeado (agente de autocuidado, agente de cuidado dependiente) y la agencia a desarrollar (agencia de autocuidado, agencia de autocuidado dependiente o agencia de enfermería).

Evaluación: se aprecia la pertinencia del sistema de enfermería planeado e implementado, así como la dirección de dichas intervenciones.

4.3. CARDIOPATIA ISQUÉMICA

El concepto de cardiopatía isquémica incluye las alteraciones que tienen lugar en el miocardio debido a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y la demanda de los mismos.

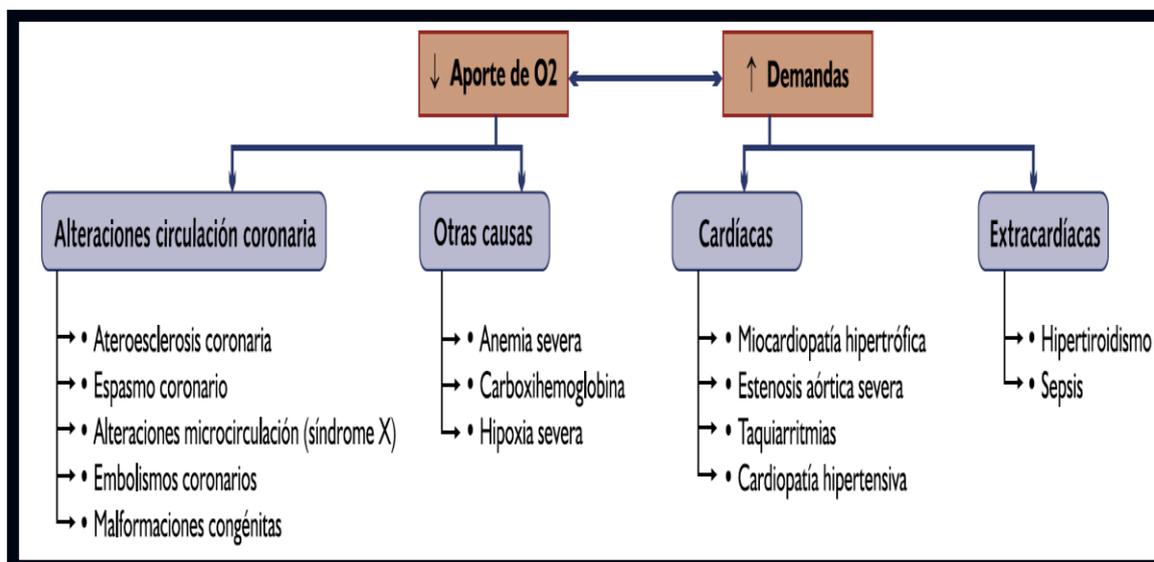
Es una enfermedad insidiosa y progresiva de las arterias coronarias, que da lugar al estrechamiento de las mismas, pudiendo ocluir las por completo.

El estrechamiento puede ser por:

- Placa de colesterol
- Coágulo y/o
- Espasmo

4.3.1. Etiología

La **etiología** es diversa y se representa en el siguiente cuadro.



Tomado de CAPITULO FISIOLÓGÍA, Adobe acrobat 7.0 Autor Juan CM, Septiembre 2006 .27

4.3.2. Factores de riesgo

Los **factores de riesgo** pueden ser modificables, no modificables y otros.

<p>1. Modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida (tabaquismo, obesidad, sedentarismo). - Hiperlipidemia. - HTA. - Resistencia a la insulina y diabetes mellitus.
<p>2. No modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Sexo. - Factores genéticos (Hª familiar).
<p>3. Otros factores riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↑ homocisteína. - ↑ lipoproteína A. - Fibrinógeno* - Proteína C reactiva*

Tomado de CAPITULO FISIOLÓGÍA,
Adobe acrobat 7.0 Autor Juan CM, Septiembre 2006 .27

4.3.3. Fisiopatología

Los efectos de la isquemia sobre el músculo cardiaco son múltiples: metabólicos, mecánicos (primero sobre la diástole y después sobre la sístole), eléctricos y por fin clínicos.

1.- Los efectos metabólicos son los primeros en aparecer inhibiendo la fosforilación oxidativa y por tanto la formación de ATP, comenzando la glucólisis anaerobia y la formación de lactato. Si la isquemia persiste, el descenso del PH, la acumulación de lactato y la presencia de radicales libres de oxígeno alteran la permeabilidad del sarcolema, permitiendo la entrada masiva de calcio, que aumenta la vasoconstricción, suprime la producción de ATP y conduce a la necrosis celular.

2.- Alteración de la función miocárdica. Primero se afecta la relajación o diástole y después la contracción o sístole, por lo tanto puede haber clínica de insuficiencia cardiaca con FEVI normal, si existe disfunción diastólica.

Miocardio hibernado: cuando la estenosis coronaria es muy severa, el miocardio dependiente de la arteria no se necrosa, pero deja de contraerse para consumir la menor cantidad de oxígeno.

Estadios de la aterosclerosis coronaria

- I. Proliferación de la célula muscular lisa.
- II. Placa pequeña, pero con gran contenido de grasa. Es una placa muy vulnerable, que puede fácilmente sufrir una fisura y provocar una trombosis coronaria.
- III. Rotura de la placa, que sigue de la formación de un trombo que no es oclusivo, pero que produce un crecimiento rápido de la placa.
- IV. Rotura de la placa, que sigue de la formación de un trombo oclusivo y consecuente del SICA.
- V. Placa que ha crecido lentamente a lo largo del tiempo, que es muy avanzada y que finalmente se ocluye por un trombo. Puesto que el crecimiento de la placa a sido muy lento, ha dado tiempo que se desarrolle circulación colateral.

4.3.4. Diagnóstico

Manifestaciones clínicas

Dolor retroesternal tipo opresivo que puede irradiarse al cuello, dorso o a ambos brazos con duración de igual o mayor a 20 minutos. Con frecuencia se asocia a diaforesis, náuseas, debilidad y a una sensación de inquietud y temor a una “muerte inminente”.⁶

Manifestaciones electrocardiográficas

El electrocardiograma en un 50% puede ser normal o pueden existir alteraciones inespecíficas del segmento ST y la onda T.

1. La alteración del segmento ST representa lesión al miocardio. Cuando hay elevación del ST se considera lesión subepicárdica y cuando existe un infradesnivel del ST lesión subendocárdica.
2. La onda T simétrica es sugestiva de isquemia miocárdica. Al ser de voltaje positivo representa isquemia subendocárdica y una onda T con voltaje negativo representa isquemia subepicárdica.

⁶ Martínez Sánchez Carlos et al. Urgencias Cardiovasculares Tópicos Selectos. Intersistemas Editores. México 2008. p. 103.

Marcadores séricos

ENZIMA	VALOR NORMAL	ASCENSO	DESCENSO
LDL	10-42 U/L	12 hrs. 48-72 hrs.	6-8 días.
CK	91-180 U/L	3-5 hrs. 18-36 hrs.	3-6 días.
Mioglobina	9-59 ng/ml	2 hrs.	
Troponina-I	0.01-0.03 ng/ml	4-6 hrs.	72 hrs
CK-MB	2.3-9.5 U/L	2-4 hrs. 12-24 hrs.	72 hrs.

Fuente. Braunwald, Tratado de Cardiología. 1159.

Métodos de imagen en el diagnóstico

Ecocardiografía: las evidencias sugieren que el ecocardiograma de reposo tiene una alta sensibilidad (93%) y una especificidad (66%) para el diagnóstico de IAM. La ecocardiografía de estrés (farmacológica con dobutamina) permite realizar el diagnóstico de cardiopatía isquémica con la misma sensibilidad y especificidad diagnóstica que la perfusión miocárdica con medicina nuclear, estableciendo el grado de isquemia, aturdimiento miocárdico e hibernación.

Perfusión miocárdica por medicina nuclear: las imágenes de perfusión miocárdica con talio o con tecnecio-sesta-mibi son extremadamente sensibles para visualizar un infarto agudo del miocardio.

Resonancia magnética cardíaca: permite la detección de isquemia miocárdica, mediante el análisis de la contracción ventricular segmentaria tras la administración de dobutamina o a través de la perfusión con técnicas de primer paso y reto con vasodilatador con adenosina/dipiridamol.

4.3.5. Tratamiento

Terapia anti-isquémica

Mejoran sobrevida:

- ☆ Ácido- acetilsalicílico
- ☆ Clopidogrel
- ☆ Betabloqueadores
- ☆ IECAS / ARA II
- ☆ Eplerenona

Sinergia aditiva:

- Nitratos
- Estatinas
- Inhibidores de glicoproteínas
- Heparinas

Terapia de reperfusión

- Fibrinolítico
- Intervencionismo cardiaco
 - Ⓢ Angioplastia trasluminal percutánea
 - Ⓢ Colocación de stent.

4.4.- DERRAME PERICÁRDICO

Se habla de derrame pericárdico cuando existen más de 50 ml de líquido en la cavidad pericárdica.

4.4.1.- DERRAME PERICÁRDICO CRÓNICO

Es la existencia de exceso de líquido pericárdico durante al menos tres meses. La gran mayoría son idiopáticos, presumiblemente autoinmunes, o tras infecciones virales ya inactivas.

La cronicidad con la que se instala permite una mayor relajación del pericardio parietal permitiendo acumular cantidades de hasta 3 a 4 litros especialmente si son de origen inflamatorio.

4.4.1.1.- Etiología

- ☆ Bacterias piógenas (tuberculosis, la actinomicosis y otras infecciones).
- ☆ Traumatismos pericárdicos (pueden causar taponamiento agudo o constricción, pueden seguir de un hemopericardio crónico).
- ☆ Neoplasias (sarcomas pericárdicos primarios y sarcoma de Kaposi).
- ☆ Enfermedades de tejido conectivo: lupus, cardiopatía reumática, esclerodermia, poliarteritis y artritis reumatoide.
- ☆ Linfopericardios (infrecuentes causados por obstrucción linfática).
- ☆ Pericarditis efusiva por colesterol.
- ☆ Fibrosis endomiocárdicas.
- ☆ Cardiopatías congénitas (CIA).
- ☆ Trombos interauriculares.
- ☆ Radiación (aplicada a tumores torácicos y cervicales).
- ☆ Metabólicos (uremia y mixedema).
- ☆ Trastornos hematológicos (policitemias, anemias graves: perniciosa, talasemia y mielopoyesis heterotópica).

4.4.1.2.- Características patológicas

El tejido pericárdico no suele mostrar cambios agudos y puede ser estrictamente fibroso con adherencias y loculaciones, a veces con formación de quistes. Los cambios histológicos específicos son infrecuentes incluso en los casos relacionados con la enfermedad conocida. No obstante la inflamación subaguda y la pericarditis fibrosa se superpone a los cambios crónicos.

El líquido en el derrame idiopático crónico es de color claro rosado con características de exudado. Sin embargo los trasudados y casi exudados pueden ser indistinguibles. Los derrames inflamatorios se encuentran con mayor frecuencia a presión, dando como resultado tamponamientos crónicos con o sin constricción asociados.

La calcificación del pericardio se da en algunas ocasiones y suele limitarse al pericardio visceral. No es infrecuente la constricción en los derrames crónicos de origen inflamatorio. Dichos derrames pueden contribuir de forma independiente a la compresión del corazón en relación con el pericardio parietal cicatrizal inflexible. Muchos derrames pericárdicos crónicos grandes incluso asociados a calcificación del pericardio, no desarrollan constricción significativa o taponamiento. La constricción se desarrolla algunas veces tras el drenaje de derrames de larga duración.

4.4.1.3.- Fisiopatología

Los derrames crónicos pueden tener cuatro efectos:

1. Producción lenta de pequeñas cantidades de líquido no detectado.
2. Derrames demostrables sin signos o síntomas de compresión cardíaca.
3. Derrames mayores o menores que comprimen el corazón pero que se estabilizan por medio de mecanismos compensadores
4. Taponamiento crónico o recurrente o progresivo.

Si la presión pericárdica se encuentra elevada, pero menos que la presión de la aurícula derecha, el drenaje reduce solo la presión pericárdica. Las presiones auriculares medias y las presiones ventriculares diastólicas varían de forma significativa respecto a la presión del pericardio a diferencia de lo que ocurre en el taponamiento evidente.

4.4.1.4.- Efectos físicos

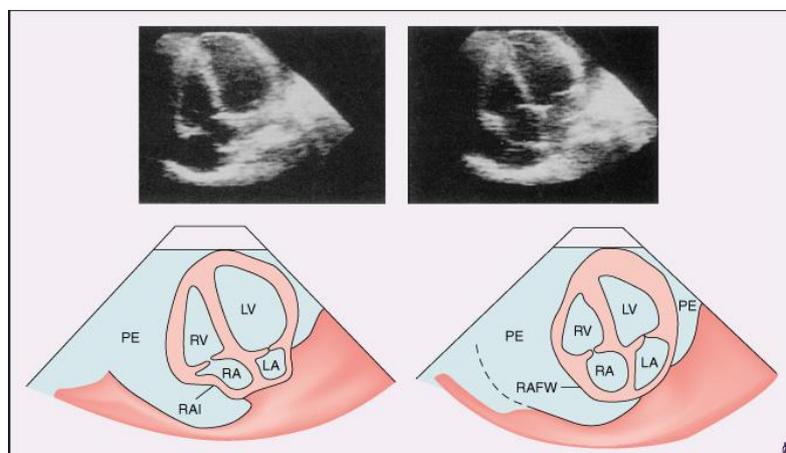
Los derrames grandes pueden invadir el espacio de las estructuras vecinas, dando lugar a alteraciones restrictivas de la función pulmonar, disnea de esfuerzo, ronquera, hipo y disfagia y signo de Bamberger-Pins-Ewart (cuando el derrame es importante comprime la base pulmonar izquierda produciendo hipoventilación por debajo del ángulo de la escápula izquierda, mate a la percusión).

4.4.1.5- Diagnóstico

Exploración física en algunos casos no proporciona datos tan precisos.

El ECG tiene poco valor, pero el bajo voltaje y se relaciona probablemente a la atrofia miocárdica, la retención de líquido y a la existencia de derrame pleural o pericárdico.

El ecocardiograma es un método seguro no invasivo que demuestra tanto la función cardíaca y el grado aproximado del derrame (figura 1).

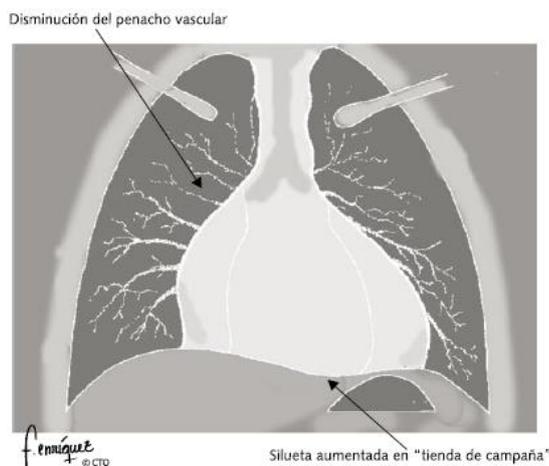


Copyright © 2005 by Elsevier Inc.

FIGURA 1

El líquido pericárdico y las muestras de tejido obtenido quirúrgicamente, mediante biopsia o autopsia pueden dar evidencias de infección previa como, por ejemplo trazas de secuencia de ARN (ácido ribonucleico) tuberculosos. El diagnóstico etiológico no es posible en la mayoría de los casos “idiopáticos”

En la radiografía de tórax muestra una silueta cardiopericárdica de tamaño aumentado (en forma de garrafa) con pulmones claros (en ausencia de enfermedad pulmonar).



Tomado de CAPITULO FISIOLÓGÍA, Adobe acrobat 7.0 Autor Juan CM,
Septiembre 2006

4.4.1.6.- Clasificación del derrame

Grado I: Pequeño: menos de 100 ml. generalmente posteriores, distal al surco auriculoventricular, menos de 1 cm. de espesor.

Grado II: Moderados: 100- 500 ml. rodea por completo al corazón, sin ser mayor de 1 cm.

Grado III. Severos: más de 500 ml. corazón se desplaza hacia atrás, y líquido se acumula apical, lateral y anterior; espesor supera 1 cm.

4.4.1.7.- Tratamiento

El tratamiento de los derrames crónicos debe individualizarse teniendo en consideración la presencia o ausencia de:

- 1) Compresión cardíaca (un trastorno causal detectable).
- 3) Manifestaciones inflamatorias.
- 4) O síntomas debidos a la invasión de estructuras adyacentes.

En general, los derrames inflamatorios suelen requerir de tratamiento quirúrgico antes o después, especialmente si se asocian a taponamiento crónico, los derrames no inflamatorios habitualmente responden al tratamiento de la enfermedad asociada. Es obligatorio buscar la causa (tuberculosis, toxoplasmosis o mixedema).

Las pericardiocentesis han de ser lentas e intermitentes para evitar la sobrecarga del corazón en pacientes con mala función ventricular. Aunque la pericardiotomía sigue siendo el tratamiento de elección con o sin taponamiento puede posponerse en algunos pacientes con mejoría con pericardiocentesis. Las ventanas pleuropericárdicas subxifoideas pueden realizarse en los pacientes en los que no se consideran la toracotomía completa o resección mediante toracoscopia, principalmente por estado general del paciente.

La pericardiostomía con balón se ha utilizado con éxito. Sin embargo, las ventanas tienen importantes inconvenientes, entre los que se incluyen:

1. Frecuentes cierres de estomas.
2. Imposibilidad de un drenaje dependiente completo.
3. Potencial cicatrización constrictiva debido a la irritación propia del procedimiento.
4. Inspección inadecuada del epicardio.
5. Extirpación incompleta de adherencias o tejidos inflamados e infectados.

V.- METODOLOGÍA

El estudio de caso se inicio el 17 de Mayo de 2007 en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en la unidad de cuidados coronarios, tomando a un agente masculino de 68 años de edad con alteración cardiovascular, específicamente con cardiopatía isquémica y derrame pericárdico crónico, dando seguimiento durante su estancia hospitalaria en séptimo piso adultos “B” hasta el día 3 de junio de 2007 cuando es dado de alta; se realiza una visita domiciliaria y se continuo seguimiento en consulta externa en dos ocasiones finalizando el estudio el 29 de agosto del mismo año.

Se tiene como variable de estudio dependiente las demandas de autocuidado e independiente las capacidades de autocuidado del agente; la estructura del diagnóstico de enfermería es con base al formato PESS (Problema+Etiología+Signos y Síntomas) y taxonomía NANDA (Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación). En cuanto a las consideraciones éticas se elaboro la carta de consentimiento informado (Anexo1) basado en el código de ética para enfermeros y enfermeras de México. El método de obtención de información fue a través de la entrevista directa aplicando tres instrumentos de valoración exhaustiva (anexo 2) y cinco focalizadas (anexo 3) elaborados durante la fase teórica del curso Posgrado Enfermería Cardiovascular 2006-2007, así como la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado –EECAC- (anexo 4); también se obtuvo información por medio del expediente clínico (de las hojas de enfermería) y de revisión bibliográfica. Las intervenciones se plantearon con base a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la teoría de autocuidado de Dorotea Orem desarrollando los requisitos alterados con diagnósticos de enfermería reales y de riesgo e intervenciones especializadas. Se elaboro un tríptico (anexo 5) basado en el cuidado específico de su padecimiento, el cual se explico y entrego previo a ser egresado.

Con fines de estudio e interpretación de los resultados y evidenciar las capacidades de autocuidado obtenidas, el estudio de caso, se dividió en cuatro etapas.

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Agente de Autocuidado en la séptima década de la vida originario y residente en el Estado de México, católico, casado padre de 5 hijos actualmente con 3 nietos. Antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 14 años de evolución con tratamiento actual de amlodipino 5mg cada 24hrs. pero con mal apego farmacológico (solo lo toma cuando se siente mal); ocupación albañil por lo que se encuentra en exposición a cal y cemento; dieta rica en carbohidratos ya que come tortas 6 días a la semana.

Inicia padecimiento en abril de 2007 por sentir adinamia, fatiga y malestar general acude a medico particular dando tratamiento no especificado y solo presenta mejoría parcial.

Ingresa el 16 de mayo a las 19 hrs. al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Cardiología por presentar dolor precordial de intensidad 8/10, acompañado con palpitations y descarga neurovegetativa, se tomo electrocardiograma (ECG) en el cual se observa taquicardia ventricular sostenida sin inestabilidad hemodinámica se revierte con 300mg de amiodarona y se continua con 750mg en infusión por 24hrs. y es manejado como síndrome isquémico coronario agudo (SICA). Al día siguiente se encuentra al agente conciente orientado en cama, la radiografía de tórax con cardiomegalia grado IV y silueta de garrafa o botellón, por lo que se realiza ecocardiograma identificando hallazgos de derrame pericárdico de 1200ml sin colapso de cavidades derechas ni dilatación de venas cavas; hipertrofia de ventrículo izquierdo concéntrica y derecha de la pared parietal (10mm), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 50% e insuficiencia mitral y tricúspide ligera.

El día 18 de mayo se realiza tomografía axial computarizada de coronarias mostrando una lesión en la descendente anterior (DA) y dos en la coronaria derecha (CD) poco significativas con flujo distal con dominancia de la CD, miocardiopatía hipertrófica sin compromiso de la vía de salida del ventrículo izquierdo a descartar fibrosis o cardiomiopatía septal asimétrica. Se mantuvo en observación hasta el día 21 de mayo que realizan otro ecocardiograma donde se observo aumento del derrame pericárdico además de dilatación de cavidades derechas, por lo que se programa para ventana pericárdica el día 22 de mayo a las 10hrs. siendo retrasada hasta las 16hrs. En quirófano drenan aproximadamente 1000ml de líquido con características de aspecto cetrino (amarillo verdoso) y observan pericardio fibrótico y engrosado; se toma muestra de líquido para citoquímico, cultivo y adenosindesaminasa (es un marcador de inmunidad celular, cuya actividad plasmática está aumentada en enfermedades donde la respuesta inmune tiene una mediación celular) para descartar tuberculosis (TB) siendo negativo, se deja drenaje retrosternal por 48hrs y se retira el día 24 de mayo.

Debido a la persistencia de extrasistoles ventriculares fue valorado por el servicio de arritmias y se realiza ECG holter de 24hrs el día 25 de mayo, el resultado es frecuencia cardiaca mínima de 60 y máxima de 114 lpm, taquicardia ventricular no sostenida polimórfica con episodios de dupletas, tripletas y cuádrupletas, además de extrasistoles ventriculares aisladas. Se inicio tratamiento con betabloqueador cada 12hrs. y se planteo la posibilidad de colocar un desfibrilador implantable pero no fue necesario, ya que tiene buena respuesta al betabloqueador.

El 28 de mayo se realiza cateterismo cardiaco encontrando en la coronariografía lesión en la descendente anterior (DA) a nivel de la primera diagonal realizando angioplastia coronaria transluminal percútanea (ACTP) a 12 atmósferas e implantando Stent Liberte y 3.0x16mm y en la coronaria derecha (CD) en la parte distal se realiza ACTP a 14 atmósferas e implantan un segundo stent de 3.0 x 24mm. Posterior a esto se observa flujo con TIMI 3. El gradiente interventricular es dinámico durante las extrasistoles y por maniobra de Valsalva se requiere de atropina.

Se realiza ecocardiograma el 30 de mayo observando derrame pericárdico pequeño es revalorado el 2 de junio encontrando que el derrame no incremento, por lo cual, es egresado el 3 de junio a su domicilio.

Acude a su cita el día 28 de junio donde se observa conciente, orientado, NYHA I, se saca cita para ecocardiograma hasta el día 29 de agosto también este día es valorado por arritmias.

VII.-METODO ENFERMERO BASADO EN LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Valoración exhaustiva No. 1

Fecha: 17 de mayo 2007.

Servicio: Unidad Coronaria.

Nombre: Leonardo G.V.

7.1.-FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Edad: 68 años.

Sexo: masculino.

Orientación sociocultural:

Escolaridad: 2º de primaria.

Reside: Estado de México.

Religión: católico.

Estado civil: casado

Patrón de vida:

Sedentario.

Tipo de personalidad: A (estrés).

Ocupación: albañil (trabaja aproximadamente 50hrs. x semana).

Dieta rica en carbohidratos come tortas 6 días a la semana.

Factores del sistema familiar:

Familia organizada y nucleada.

Numero de integrantes: 10 (esposa, 3 hijas, 2 hijos y 3 nietos).

Lugar que ocupa: esposo, padre y abuelo.

Factores ambientales:

Entidad urbana.

Características de la vivienda: propia de material perdurable (tabicón y cemento).

Servicios intradomiciliarios: todos.

Número de habitaciones: 4

Zoonosis: positiva (dos perros vacunados).

Toxicologías : tabaquismo + (40 años de evolución 1-10 cigarrillos diarios) y alcoholismo (dos veces a la semana hasta llegar a la embriaguez); además exposición a cal y cemento.

Disponibilidad y adecuación de recursos:

Nivel socioeconómico: medio bajo.

No cuenta con seguro.

Aporta el 50% del ingreso familiar.

Factores del sistema de cuidado de salud:

Agente de autocuidado dependiente: esposa (Fernanda).

Mal apego farmacológico.

Acude al medico particular cuando se siente mal.

Estado de salud

Agente en posición semifowler, conciente, orientado con rubicundez, mucosas orales hidratadas, apoyado con oxígeno suplementario por puntas nasales, disnea de mediano esfuerzo, monitorización cardiaca en ritmo sinusal con presencia de extrasistoles ventriculares aisladas, ruidos cardiacos apagados, acceso venoso en MSI, apoyado con heparina, tirofiban y nitroglicerina, peristalsis presente, micción espontánea, miembros pélvicos sin edema.

7.1.2.- REQUISITOS DE DESARROLLO

Agente en la séptima década de la vida, que siente un grado de integridad del yo frente a desesperación según Eriksón, ya que se siente en la fase terminal de su vida y el dejar a su hija sola (soltera de 40 años).

7.1.3.-REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Hipertensión arterial de 14 años de evolución controlada con amlodipino 5 mg cada 24 horas.

Exposición a cal y cemento.

Abril 2007 acude a facultativo particular por presentar astenia, adinamia y malestar general, da tratamiento no especificado y solo presenta mejoría parcial.

Mayo 2007 ingresa a urgencias del INC por presentar sintomatología de síndrome isquémico coronario agudo y taquicardia ventricular monomórfica sostenida.

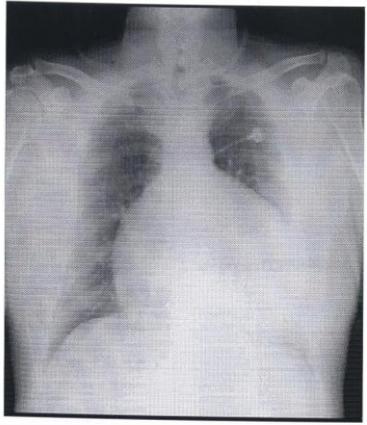
Diagnóstico médico de base cardiopatía isquémica con hallazgo de derrame pericárdico.

7.2.- VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DATOS COMPLEMENTARIOS:

<p>IMAGEN: Placa de tórax</p> <p>Cardiomegalia grado IV. Silueta de garrafa. Campos pulmonares sin datos de congestión venocapilar.</p>	
--	---

<p>ECOCARDIOGRAMA</p> <p>Derrame pericárdico de 1200ml. FEVI 50%, Hipertrofia concéntrica del VI con dilatación del VD; mide 10mm de grosor, masa del VI de 245gr índice de grosor parietal relativo 0.25, TRIVI 13mseg. Ao trivalva, IM e IT ligera; sin dilatación de vena cava.</p>	<p>ELECTROCARDIOGRAMA</p> <p>Ritmo: <u>sinusal</u> FC : <u>58</u> P: <u>120ms</u> PR: <u>180ms</u> QRS: <u>80ms</u> QT: 420ms Eje eléctrico: -60°</p>
---	--

DATOS COMPLEMENTARIOS cont...

LABORATORIOS	Gasometría Arterial
Biometría Hemática	pH <u>7.46</u> , PaO2: <u>102mmHG</u>
Leucos <u>7.5</u> PLT <u>158</u> HB <u>15.5g/dl</u> Htc <u>46%</u>	PaCO2: <u>26</u> mmHG
Química sanguínea	Sat.O2: <u>98%</u>
urea <u>11mg</u> , cr <u>1.1 mg/dl</u> . gluc. <u>104mg/dl</u>	HCO3: <u>18.5mEq</u>
	BASE <u>-5.3</u>
Electrólitos séricos	Lactato <u>1.1 mmol/L</u>
Na <u>141 mEq/L</u> K <u>4.3mEq/L</u>	
TPT <u>75.4</u> seg.	
Enzimas Cardiacas	
<u>MB masa 4.29ng/ml, trop. 0.3040ng/mcl</u>	
Otros:	
<u>DHL 74 U/L, Peptido natriuretico 579.</u>	
Examén General de Orina	
pH: <u>5</u> Densidad urinaria <u>1.025</u> Sangre: <u>(-)</u>	
Proteinas: <u>(-)</u>	

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Glasgow de 15, Reposo absoluto por prescripción medica, Adinamia, Clase funcional NYHA II, Killip y Kimball I.	Se gira con dificultad en la cama, y sus movimientos son lentos e incluso al usar el orinal. Se nota fatigado a los movimientos.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Intolerancia de la actividad física r/c desequilibrio entre el aporte y consumo de oxígeno por restricción del llenado cardiaco m/p disnea de esfuerzo NHYA II.	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado mostrará mayor tolerancia a la movilización en cama tanto pasiva como activa.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="479 290 1099 320">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="210 344 1364 432">Se monitorizaron y vigilaron los signos vitales incluyendo trazo de ECG y saturación de oxígeno.</p> <p data-bbox="210 456 730 486">Se mantiene en posición semifowler.</p> <p data-bbox="210 510 927 541">Se apoya con oxígeno con puntas nasales a 3lpm.</p> <p data-bbox="210 564 607 595">Se vigila patrón respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 619 640 649">Frecuencia respiratoria. <li data-bbox="304 673 584 703">Tipo de respiración. <li data-bbox="304 727 1050 758">Utilización de músculos accesorios de la respiración. <p data-bbox="210 782 1364 869">Se involucra a la agencia de autocuidado independiente en la movilización del agente.</p> <p data-bbox="210 893 1364 1043">Se explica al agente de autocuidado que puede moverse conforme tolere y que cuando necesite de ayuda para moverse avise a la agencia de autocuidado terapéutico (enfermería).</p> <p data-bbox="210 1067 1364 1155">Durante el baño de esponja se colocó almohada doblada debajo de los omoplatos para mantenerlo con el tórax elevado.</p>	<p data-bbox="1536 290 1883 320">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1391 344 2029 598">Después de dar posición al agente se mantiene saturando por arriba de 90% e incluso refiere no sentir falta de aire, también logra moverse con más confianza y presenta menor fatiga.</p>

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DEFICIT DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
En electrocardiograma y en la monitorización cardiaca continua con extrasístoles ventriculares aisladas.	Antecedente de taquicardia ventricular sostenida al ingreso hospitalario. El agente refiere que le brinca el corazón.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	
Perfusión tisular inefectiva miocárdica r/c obstrucción mecánica del flujo arterial coronario m/p presencia de extrasístoles ventriculares.	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Mantener un aporte de oxígeno miocárdico adecuado, para disminuir el riesgo de trastorno del ritmo mortal.	Totalmente compensatorio.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p data-bbox="510 288 1128 320">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="215 344 1420 432">Se monitoriza y vigila continuamente el ritmo cardiaco y se toma electrocardiograma de control.</p> <p data-bbox="215 456 1223 488">Se mantiene en posición semifowler y con oxígeno por puntas nasales.</p> <p data-bbox="215 512 1420 600">Se mantiene con infusión de antiarrítmico del grupo III (amiodarona) a 28mg/hr y vasodilatador coronario (nitroglicerina) a 13mcg/mint.</p> <p data-bbox="215 624 1420 711">Se explica al agente, comunicará a la agencia de autocuidado terapéutico (enfermería) si presenta mareo, nausea o palpitaciones.</p>	<p data-bbox="1563 288 1912 320">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1442 344 2024 544">Se continuo observando extrasistoles ventriculares aisladas, pero sin episodios de taquicardia ventricular sostenida.</p> <p data-bbox="1442 568 2024 655">El agente de autocuidado solo manifestó palpitaciones.</p>

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DEFICIT DE PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS	
<i>VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA</i>	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Ruidos cardiacos apagados. Silueta garrafa en placa de tórax. Ecocardiograma con hallazgos de derrame pericárdico de 1200ml.	
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>	
Exceso de volumen de líquido en saco pericárdico r/c descompensación de los mecanismos reguladores de la producción y absorción de líquido pericárdico m/p silueta cardiaca en botellón (placa de tórax) y ruidos cardiacos apagados.	
<i>PLANEACIÓN</i>	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Intervenir de manera eficaz y efectiva para minimizar el riesgo de complicaciones mortales como tamponade.	Parcialmente compensatorio.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="510 288 1128 320">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="219 344 696 376">Se realizo con control de líquidos.</p> <p data-bbox="219 400 1032 432">Se mantuvo en reposo absoluto y en posición semifowler.</p> <p data-bbox="219 456 1417 488">Se mantiene con monitorización continua cardiaca y se vigila presencia de arritmias.</p> <p data-bbox="219 512 815 544">Se toma PVC y presión arterial cada hora.</p> <p data-bbox="219 568 1417 711">Se valoran datos de falla diastólica (plétora yugular, pulso paradójico, PVC elevada e hipotensión) y se vigilan datos de colapso circulatorio (estado de conciencia, hipotensión, dolor precordial e incluso paro cardiaco).</p> <p data-bbox="219 735 1417 823">Se explico al agente el por qué siente que le brinca el pecho, la importancia del reposo y posición semifowler, así como de la monitorización cardiaca.</p> <p data-bbox="219 847 943 879">Se mantuvo con infusión de amiodarona a 28mg/hr</p>	<p data-bbox="1563 288 1912 320">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1444 344 2024 432">No presenta signos de falla diastólica o tamponade.</p>

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO DE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA	
<i>VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA</i>	
Datos objetivos	Datos subjetivos
<p>Se encuentra ansioso pero cooperador al manejo, no tiene dificultad para comunicarse, las visitas son restringidas por ser un área crítica, aunque en el horario de visita recibe a su esposa Fernanda y su hijo José.</p> <p>Se observa buena comunicación y apoyo de familiares al agente de autocuidado en su tratamiento.</p>	<p>El agente y familiares se perciben confusos en cuanto al padecimiento y pregunta ¿Cómo lo ve enfermera?</p> <p>El agente refiere estar preocupado por dejar sola a su hija soltera de 40 años.</p>
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>	
<p>Ansiedad r/c aislamiento terapéutico y sensación de amenaza de muerte m/p verbalmente diciendo que tiene miedo de morir y dejar sola a su hija soltera de 40 años.</p>	
<i>PLANEACIÓN</i>	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
<p>El agente de autocuidado demostrará tranquilidad y expresará sus miedos y preocupaciones relacionados con la hospitalización y su enfermedad.</p>	<p>Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>La agencia terapéutica (enfermería) al entrar al cubículo se presenta con el agente de autocuidado y se inicio una conversación con el agente donde expreso sus sentimientos de angustia y miedo proporcionando apoyo emocional.</p> <p>Se cuenta con apoyo de visita religiosa.</p> <p>Se explicaron todos los procedimientos y se brindo apoyo emocional tanto verbal como táctil durante estos.</p> <p>Se favoreció la visita familiar fuera del horario para reponer el tiempo que se perdió durante los procedimientos realizados.</p> <p>Se permitió que el agente hablara con su nieto e hija soltera brevemente vía telefónica (celular de la agencia de autocuidado dependiente).</p> <p>Se explico al agente y agencia de cuidado dependiente dudas del padecimiento.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>Se mantiene tranquilo, refleja más confianza hacia el personal de enfermería y expresa libremente sus dudas y preocupaciones.</p> <p>Se observo buena relación del agente con sus familiares.</p>

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DÉFICIT DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
<p>HB: 16.5 g/dl. Htc: 49%, LEUCOS: 7.9 , PCR: 1.67 PLT: 153, ENZIMAS: troponina 1.15 ng/ml, CK 185 UI/L, Mioglobina 63.5, Otros: DHL 86 UI/L, K 4.2 mEq/L, Na 135 mEq/L, Cl 111 mEQ/L. TP: <u>15 seg.</u> TTP:<u>37</u>. Glucosa 105mg/dl.</p> <p>Ayuno, apoyo parenteral de de 28ml/hr de sol. salina, volumen urinario 550ml en turno.</p> <p>Presencia de catéter largo en vena cefálica izquierda y corto #20 en vena metacarpiana derecha.</p> <p>Apoyo de aspirina protec (antiagregante plaquetario bloqueador de tromboxano A2) vía oral 100mg cada 24 hrs; e infusión intravenosa de tirofiban (Inhibidor de Glucoproteina IIb/IIIa) a 9 ml/hr; además infusión de heparina convencional (anticoagulante) a 700 unidades hora. Infusión de nitroglicerina (vasodilatador) a 4 ml/hr 13mcg/mit .</p> <p>Tratamiento antihipertensivo con amlodipino 5mg cada 24hrs; captopril 12.5mg cada 24 hrs. como cardioprotector.</p>	<p>Refiere tener un conocimiento deficiente de su enfermedad.</p> <p>No conoce los signos y síntomas de su enfermedad.</p> <p>No tiene buen apego farmacológico.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo potencial de sangrado r/c uso de antiagregantes plaquetarios (aspirina 100mg y tirofiban a 9ml/hr) y anticoagulante (heparina a 700UI/hr).	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente identificará tempranamente datos de sangrado y los comunicará a la agencia de autocuidado terapéutico. Evitar sangrado activo de difícil control.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería	Agencia de enfermería
Se explico la importancia de evitar lesionar la mucosa oral y nasal. Se explica la importancia de informar la presencia de sangrado a la agencia de autocuidado terapéutico inmediatamente. Se administro omeprazol (protector de mucosa gástrica) para evitar ulcera gástrica. Se toman tiempos de coagulación de control realizando compresión por 5 minutos en el sitio de punción y colocando apósito compresivo (gasa con tela adhesiva). Se vigila la presencia de hematoma en sitio de inserción de catéter largo. Se verifica constantemente la dosificación correcta en la bomba de infusión del antiagregante plaquetario y anticoagulante. Se toma la presión arterial con brazaletes cada hora. Se monitoriza la presión venosa central y se vigila presencia de signo de Kusmaul.	No presenta datos hematoma o sangrado masivo solo un ligero sangrado en el sitio de inserción del catéter largo. Se suspende tirofiban y heparina debido a posible cateterismo cardiaco. Tiempos de coagulación normales TPT 75.4 seg.

<p>Se vigila signos y síntomas de alerta como gingivorragia, epistaxis, equimosis, hematuria, melena o cefalea intensa dolor precordial intenso o datos de bajo gasto.</p> <p>Se mantiene en reposo absoluto y bajo supervisión, para evitar cualquier lesión que causara sangrado.</p>	
---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo potencial de infección r/c procedimientos invasivos	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería Prevenir proceso infeccioso proporcionando cuidados especializados.	Sistema de enfermería Totalmente compensatorio.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se toma temperatura cada 2 horas. Se asiste en la instalación de catéter llevando los principios de asepsia y antisepsia. Se valora la piel, sitio de punción y se coloca gasa con apósito hermético; además se documenta en hoja de enfermería. Se coloca circuito cerrado para infusión intravenosa. Se realiza asepsia en sitio de instalación de equipos. Se preparan soluciones y medicamentos IV con técnica estéril. Se corrobora la cantidad de leucocitos antes de instalar el catéter para tener referencia.	Agencia de enfermería El agente de autocuidado al termino del turno no presento fiebre (temp. de 36) e incluso no presenta datos de infección se continuara valorando.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de bajo gasto cardiaco r/c aumento de la presión en saco pericárdico por líquido.	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería Identificar oportunamente datos de bajo gasto cardiaco en el agente de autocuidado para evitar complicaciones que pongan en peligro su vida.	Sistema de enfermería Parcialmente compensatorio.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se monitorizo la tensión arterial cada 2 horas y se toma especialmente antes de la toma de antihipertensivo (captopril 12.5mg y amlodipino 5mg). Se vigila y corrobora dosis de nitroglicerina en infusión. (13mcg/mit). Se monitorizo presión venosa central (PVC) cada 4 horas. Se vigilo volumen urinario (espontánea). Se vigilo llenado capilar y temperatura distal. Se valoro escala de Glasgow por turno.	Agencia de enfermería. El agente no presenta datos de bajo gasto cardiaco, la orina fue en el turno de 0.92ml/hr y la tensión arterial se mantiene 133/79.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c ayuno y aporte hídrico insuficiente (sol salina al 28ml/hr).	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería Identificar temprana y oportunamente datos de deshidratación en el agente de autocuidado.	Sistema de enfermería Parcialmente compensatorio y apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se explica al agente que permanecerá en ayuno por probable intervencionismo cardiaco. Se vigilan datos de deshidratación como: <ul style="list-style-type: none"> ☆ Hipotensión. ☆ Taquicardia o arritmias. ☆ Oliguria o anuria. ☆ Grado de hidratación de la piel y mucosas. ☆ O manifestación verbal del agente (sed o boca seca). Se sugiere aumentar los líquidos intravenosos debido al ayuno al médico.	Agencia de enfermería El agente no presenta datos de deshidratación. El agente pasa al siguiente turno aún en ayuno y el aporte hídrico se aumenta con solución salina (40ml/hr.).

Primera etapa

Valoración exhaustiva 1(17 de mayo)

DEFICIT DE LA PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO DE SER NORMAL.	
<i>VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA</i>	
Datos objetivos.	Datos subjetivos
Estado de desarrollo Integridad del yo frente a desesperación. Escolaridad 2° de primaria.	Agente manifiesta “solo tomo el medicamento de mi presión cuando me siento mal y ahora tengo miedo de morir” Además dice “enfermera hay cosas que el doctor me explico pero no entiendo” Refiere no haber descansado ni conciliado el sueño durante la noche.
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>	
Déficit de conocimientos r/c su enfermedad y estado de desarrollo m/p mal apego farmacológico.	
<i>PLANEACIÓN</i>	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Ampliar el conocimiento de la enfermedad en el agente de autocuidado. El agente expresará verbalmente el conocimiento adquirido y las dudas que surjan durante el tratamiento.	Apoyo y educación.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p data-bbox="495 288 1111 320">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="199 344 1404 432">Se explico detalladamente su padecimiento con vocabulario propio para su nivel académico y se pidió explicara con sus propias palabras lo entendido.</p> <p data-bbox="199 456 1229 488">Se aclararon dudas que el agente tenia, con el fin de aminorar su miedo.</p> <p data-bbox="199 512 958 544">Se recomendó que cuando tuviera dudas preguntara.</p>	<p data-bbox="1563 288 1910 320">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 344 2047 544">El agente logra explicar con sus propias palabras lo aprendido para su propio cuidado dentro de las instalaciones hospitalarias.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Alteración en el patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p el agente “no poder descansar ni conciliar el sueño”.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente de autocuidado mostrara mayor capacidad de adaptación a su entorno hospitalario. El agente de autocuidado lograra mejorar su patrón del sueño.	Sistema de enfermería Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se favoreció el descanso y sueño después del baño de esponja durante una hora. Se recomendó ya no dormir durante el día, para poderlo hacer durante la noche. Se favoreció un ambiente tranquilo y sin ruidos. Se platicó con el agente para que expresara su sentir de estar hospitalizado. Se informo al medico e indico administrar ansiolítico tipo hipnótico a las 22 hrs. (tafil de 0.25mg).	Agencia de enfermería El agente manifiesta sentirse descansado con la siesta tomada pero, que haber si puede dormir en la noche

7.2.1 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Primera etapa

Valoración focalizada No. 1 (18 de mayo)

El agente continúa en la unidad coronaria es presentado en la sesión médica y deciden realizar angiotac coronaria (angiografía cardiaca mediante tomografía axial computarizada, permite visualizar las arterias del corazón sin necesidad de introducir catéteres) como protocolo del estudio cardiológico para descartar que las extrasistoles y taquicardia ventricular sean ocasionadas por isquemia miocárdica.

DATOS COMPLEMENTARIOS

LABORATORIOS	ELECTROCARDIOGRAMA	TOMOGRAFÍA
HB: <u>16.5 g/dl</u> Htc: <u>49%</u> LEUCOS: <u>7.9</u> VSG <u> </u> PCR: <u>1.67</u> PLT: <u>153</u> TP: <u>15 seg.</u> TTP: <u>37.7</u> ENZIMAS: <u>troponina 1.15 ng/ml, CK</u> <u>185 UI/L, Mioglobina 63.5</u> Otros: <u>DHL 86 UI/L, K 4.2 mEq/L, Na</u> <u>135 mEq/L, Cl 111 mEQ/L</u>	Ritmo: <u>sinusal.</u> FC : <u>82</u> Onda P: <u>120 msl</u> PR : <u>200ms</u> Complejo QRS : <u>80ms</u> IQT: <u>440ms</u> Eje eléctrico: <u>(+)60</u> Observaciones: <u>onda P bimodal, Hipertrofia</u> <u>ventricular V1 y V2 poca progresión d</u> <u>primer vector rS y V5-V6 qRs, cambios en</u> <u>de la onda T, EV isladadas.</u>	SCORE de Ca 164 con una lesión en la DA y dos en la CD (coronaria derecha) no significativas con flujo distal con dominancia de la CD, miocardiopatía hipertrófica sin compromiso de la vía de salida VI a descartar fibrosis. Cardiomiopatía septal asimétrica.

Primera etapa

Valoración focalizada No. 1 (18 de mayo)

DEFICIT DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Mucosas orales secas, balance negativo de 1503ml, ingresos intravenosos de 980ml salina. Ayuno de más de 24hrs. PA 137/77 mmHG y FC 62x'. Temp. 36.3°C.	Agente refiere sed y tener la boca seca.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Déficit de volumen de líquidos r/c desequilibrio entre ingresos y egresos de líquidos m/p mucosas orales secas y verbalización del agente que refiere sed y tener la boca seca.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Mejorar el estado de hidratación del agente de autocuidado.	Parcialmente compensatorio.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se explico la importancia del ayuno para realizar estudios complementario angiotac coronaria.</p> <p>Se proporciono medio vaso de agua para tratar de hidratar las mucosas orales.</p> <p>Se corroboro con el facultativo si continuaría en ayuno después del estudio.</p> <p>Se solicito dieta a nutriología para la comida (después de estudio).</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente muestra datos de alivio al ingerir el agua.</p> <p>Al regresar del estudio de TAC se proporcionaron alimentos y se insistió en la ingesta de líquidos.</p>

Primera etapa

Valoración focalizada No. 1 (18 de mayo)

DEFICIT DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Ayuno de más de 24 hrs. Aporte parenteral sol. salina al 0.9% a 40ml/hr. Glucosa central de 67mg/dl. Peristalsis presente.	Refiere hambre
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Desequilibrio nutricional por déficit r/c aporte metabólico menor a los requerimientos m/p glucosa central de 67mg/dl.	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Restablecer la glucosa central y requerimientos calóricos después del estudio e identificar tempranamente complicaciones.	Parcialmente compensatorio.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se tomo glicemia capilar de control.</p> <p>Se vigilo datos de hipoglucemia continuamente (diaforesis o alteración mental).</p> <p>Se verifico que nutriología dejara la charola de la comida en la habitación del agente.</p> <p>En cuanto termine el estudio de TAC se insistira en la ingesta de sus alimentos.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente tiene una glucosa capilar de 87mg/dl y continuara en ayuno.</p> <p>Finalmente el agente no presenta datos de hipoglucemia se inicia VO a las 14:30.</p>

Primera etapa

Valoración focalizada No. 1 (18 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO DE LA SOLEDAD DE INTERACCIÓN HUMANA	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Frecuencia cardiaca 88 lpm.	Nervioso, ansioso, angustiado e inquieto. El agente pregunta ¿qué es eso de la TAC?
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Ansiedad r/c falta de conocimientos sobre el procedimiento m/p nerviosismo, angustia, inquietud y preguntas como ¿qué es eso de la TAC?	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente se mostrara tranquilo y con frecuencia cardiaca rítmica entre 60 lpm en promedio para la realización de la angiocoronaria.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se explico que es un estudio donde se puede visualizar todo el cuerpo por medio de rayos X e incluso las arterias y que actualmente se realiza la visualización de las arterias coronarias a pesar que son pequeñas y que esto se logra a través de medio de contraste intravenoso que es inyectado a presión, por lo que sería necesario colocar un nuevo acceso venoso temporal.</p> <p>También que el ayuno es importante debido a que con el medio de contraste puede causar vómito o una reacción alérgica.</p> <p>Se explico que tiene que estar tranquilo ya que el corazón debe estar latiendo entre 60-65lpm para poderlo realizar.</p> <p>Se administró dosis de betabloqueador (metoprolol 100mg)</p> <p>Además que en este estudio se pide poner las manos detrás de la cabeza y estará en una camilla que se estará moviendo en medio de una media luna.</p> <p>Se acompañó al agente a la realización del estudio (13:50).</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente se nota con menor ansiedad, la frecuencia cardiaca es adecuada para la realización del estudio.</p>

Primera etapa

Valoración focalizada No. 1 (18 de mayo)

DÉFICIT DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Creatinina de 1.1mg/dl, uso de 90ml de medio de contraste no iónico (iopamidol 370).	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de lesión renal r/c eliminación del medio de contraste.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Incrementar la ingesta de líquidos para eliminar el medio de contraste.	Parcialmente compensatorio y apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Pre TAC. Se verifica nivel de creatinina previa. Se explica nuevamente al agente el procedimiento. Se preparan jeringas del inyector de presión con 100ml. de medio de contraste y 100 de solución; se canaliza acceso venoso braquial, se fija adecuadamente y se conecta inyector. Se realiza prueba del inyector de presión y se corrobora que la vena continué permeable. Se informa al agente que al paso del medio de contraste experimentara calor en el cuerpo y que en caso de nausea nos avise.</p> <p>Trans TAC Se visualiza al agente desde la cabina. Inyectan medio de contraste y se pregunta si se siente bien. Se administra nitroglicerina sublingual (dilatan las arterias coronarias). Se espera 5 minutos e inicia segunda fase del estudio. Al término se retira acceso venoso periférico.</p> <p>Pos TAC Se inicia la VO y se insiste en la ingestión de líquidos para eliminar el medio de contraste vía renal y se tomará el día de mañana creatinina de control.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente después del estudio no presenta alteración renal aparente miccional espontánea; se tomara creatinina de control el día de mañana para continuar la valoración renal.</p>

7.3 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 2 (22 de mayo)

El agente fue trasladado a hospitalización adultos B séptimo piso desde el día 19 de mayo por mejoría parcial, se realiza el día 21 de mayo ecocardiograma, en cual se observa aumento del derrame pericárdico (1300ml), motivo por el cual se prepara para ventana pericárdica el día 22 de mayo a las 10 hrs. pero se retraso hasta las 16 horas.

DATOS COMPLEMENTARIOS

LABORATORIOS

HB: 14.9 g/dl Htc: 43.5%

LEUCOS: 6.8 VSG

PCR: 1.67 PLT: 144

TP: 14.9seg TTP: 35.7

ENZIMAS:

Otros: K 4.2 mEq/L, Na 146

mEq/L, Cl 111 mEq/L

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 2 (22 de mayo)

4 DEFICIT DE PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
No ha presentado evacuación, peristalsis presente, micción espontánea de 550ml concentrada en el turno matutino.	Refiere verbalmente no poder evacuar y sentir el abdomen inflamado.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Estreñimiento r/c aporte insuficiente de líquidos y fibra m/p incapacidad para eliminar las heces y distensión abdominal.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado demostrara una función intestinal normal evidenciando evacuación diaria y sin molestia.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p data-bbox="495 292 1115 323" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="203 347 1404 488">Se explico al agente, que el estar en reposo disminuye los movimientos de los intestinos y que se manifiesta con molestia abdominal e incapacidad de evacuar el intestino.</p> <p data-bbox="203 512 1404 600">Se sugirió al agente que caminara y se pidió a los familiares le ayudaran a deambular.</p> <p data-bbox="203 624 703 655">Se auscultaron ruidos peristálticos.</p> <p data-bbox="203 679 1352 711">Se corrobora la administración de procinético (metoclopramida 10mg cada 8hrs).</p> <p data-bbox="203 735 1404 823">Se verifica que administren laxante (agiolax 1 sobre cada 24 hrs.) en el turno nocturno.</p> <p data-bbox="203 847 1093 879">Se solicitará dieta rica en fibra en cuanto se reinicie la vía oral.</p>	<p data-bbox="1559 292 1906 323" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 347 2029 547">El agente deambula muy poco con la ayuda del familiar, prefiere permanecer acostado, puesto que entrara a quirófano.</p> <p data-bbox="1426 571 2029 711">Al finalizar el turno el agente manifiesta sentir menor molestia abdominal, pero aún no presenta evacuación.</p>

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 2 (22 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA

Datos objetivos	Datos subjetivos
<p>Recibe visita de su esposa Fernanda, su hijo José y su hija Ceci (soltera) apoyan al agente en todo momento.</p> <p>La cirugía es retrasada de las 10 a las 16 hrs.</p>	<p>El agente se nota ansioso</p> <p>Agente pregunta ¿es muy peligrosa mi operación?, pero al preguntar no tiene contacto ocular con la agencia de autocuidado terapéutico.</p> <p>Se nota con movimientos en manos (frotarse las manos).</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
<p>Ansiedad r/c intervención quirúrgica y retraso de está m/p notarse nervioso con movimientos en manos y con falta de contacto ocular al verbalizar preguntas a la agencia de autocuidado terapéutico.</p>	
PLANEACIÓN	
Objetivo de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
<p>El agente de autocuidado se mantendrá tranquilo hasta el momento de la cirugía.</p>	<p>Parcialmente compensatorio y de Apoyo y educación.</p>

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se logro gestionar que la agencia de autocuidado dependiente (esposa Fernanda) permaneciera con el agente hasta su ingreso al quirófano.</p> <p>Se explico al agente como al familiar en que consistía la ventana pericárdica y que como toda cirugía representaba un riesgo.</p> <p>Se brindo apoyo emocional escuchando atentamente al agente y realizando estimulación táctil -tocando la mano- para que se sintiera con mayor seguridad.</p> <p>Se favoreció que el agente conciliara el sueño.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>Se nota al agente y agencia de autocuidado dependiente con menor ansiedad.</p>

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 2 (22 de mayo)

DÉFICIT DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Aspirina protec (antiagregante plaquetario) cada 24 hrs desde el día 16 de mayo (5 días), la realización de incisión quirúrgica.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de sangrado perioperatorio r/c uso de antiagregante plaquetarios.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Prevenir sangrado perioperatorio en el agente de autocuidado e hipovolemia.	Totalmente compensatorio.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="490 288 1111 323" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="199 344 996 379">Tomaron tiempos de coagulación y biometría hemática.</p> <p data-bbox="199 400 1402 488">Cruzaron 2 unidades de concentrados eritrocitarios y 2 de plasma fresco congelado, verificando la disponibilidad de estos.</p> <p data-bbox="199 509 1099 544">Se omitió la administración de aspirina protec la noche anterior.</p> <p data-bbox="199 564 786 600">Se asiste al agente en baño de regadera.</p> <p data-bbox="199 620 1064 655">Se mantiene en ayuno desde las 22hrs. de la noche anterior.</p> <p data-bbox="199 676 1402 764">Se realizan cuidados preoperatorios: colocación de gorro, ropa específica para quirófano y vendaje de miembros pélvicos.</p>	<p data-bbox="1554 288 1901 323" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 344 2029 544">El agente tiene tiempos de coagulación normales (TP 14 seg. TPT 37 seg.) y BH (Hb de 14.9gr/dl, Leucocitos 7.9 y plaquetas de 144).</p>

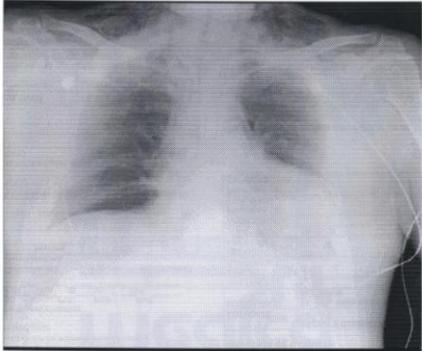
7.3.1 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Segunda etapa

Valoración exhaustiva No. 2 (23 de mayo)

El agente se encuentra en séptimo piso hospitalización adultos B, cursando las primeras 24 hrs. después de ser sometido a ventana pericárdica infraxifoidea. En quirófano drenaron aproximadamente 1000ml de líquido intrapericárdico de aspecto cetrino y dejan drenaje infraxifoideo con sonda pleural #34 Fr, además se observaron el pericardio fibrótico y engrosado. Se toma muestra de líquido para citoquímico, cultivo y adenosindesaminasa para descartar tuberculosis.

DATOS COMPLEMENTARIOS

<p>LABORATORIOS</p> <p>Biometría Hemática</p> <p>HB: <u>16.9 g/dl</u> Htc: <u>48%</u> LEUCOS: <u>7000</u></p> <p><u>PLT: 150,000</u></p> <p>Química Sanguínea</p> <p>Urea: 14.4 mg/dl Creatinina: 1.1mg/dl</p> <p>Glucosa: 94 mg/dl</p> <p>PCR: <u>69</u></p>	<p>IMAGEN: Placa de tórax pos cirugía.</p> 
--	--

Segunda etapa

Valoración exhaustiva No. 2 (23 de mayo)

DEFICIT DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Palidez de tegumentos, apoyo suplementario de oxígeno por nebulizador alternado con puntas nasales, frecuencia respiratoria entre 24 y 28 x', con estertores gruesos, campos hipoventilados, drenaje retroesternal sonda número 34 Fr. e incisión xifoidea, dolor en herida quirúrgica con EVA 6/10.	El agente rehúsa a realizar respiraciones profundas y toser efectivamente. Refiere sentir una flema atorada en la garganta.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	
Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor en herida quirúrgica al esfuerzo respiratorio m/p campos pulmonares hipoventilados con estertores gruesos y tos inefectiva.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado demostrará un patrón respiratorio eficaz, evidenciado por campos pulmonares limpios. El agente de autocuidado realizará respiraciones profundas y toserá efectivamente.	Parcialmente compensatorio y apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se observa la frecuencia respiratoria cada 2 horas y se anota.</p> <p>Se mantiene con monitorización de saturometría.</p> <p>Se explico como actúan las partículas del nebulizador y la importancia de permanecer con el ya que durante la cirugía se utilizo una sonda en la traquea.</p> <p>Se sugirió que utilizara el nebulizador la mayor parte del día y solo se colocaran las puntas nasales al ingerir los alimentos.</p> <p>Se administro analgésico prescrito (ketorolaco 30mg IV) y se pidió informara a la agencia de enfermería si el dolor no cedía.</p> <p>Se enseñó a valorar el dolor por medio de la escala visual análoga (EVA).</p> <p>Se pidió notificara a la agencia de enfermería si la respiración se volvía difícil o dolorosa.</p> <p>Se enseñó a usar la técnica de entablillado (al respirar y toser profundamente sostener la zona de incisión).</p> <p>Se inicia inspirometría incentiva 10min/hr.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente permanece con períodos de dolor con EVA 4/10 pero con la técnica de entablillado logra realizar respiraciones profundas e inspirometría incentiva.</p> <p>El agente logro comprender la importancia de la utilización del nebulizador y permanece con el la mayor parte del tiempo.</p>

Segunda etapa

Valoración exhaustiva No. 2 (23 de mayo)

DEFICIT DE PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS	
<i>VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA</i>	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Evacuación de poca cantidad formada, peristalsis presente, micción espontáneamente 300ml. en el turno matutino, drenaje retroesternal con gasto serohemático 50ml en el turno.	Refiere sentir menos inflamado el abdomen.
Aunque existe mejoría en el diagnóstico enfermero “estreñimiento” se continúa con el plan de intervenciones anterior debido al reposo prescrito pág. 68.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de lesión pericárdica r/c presencia de sonda retroesternal a succión continua.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería Mantener el funcionamiento adecuado de la sonda retroesternal.	Sistema de enfermería Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se auscultan ruidos cardiacos. Se verifica estado de la piel y sitio de salida de la sonda retroesternal. Se enseñó a movilizar al agente con precaución. Se coloca apósito y se fija correctamente la sonda para evitar se jale. Además se coloca tela adhesiva con referencia en conexión de sonda retroesternal y sello de agua. Se verifica permeabilidad de la sonda y se ordeñan los pequeños coágulos con pinzas fuerte. Se verifica que el sello de agua tenga el nivel de agua correcta y la succión suave. Se verifica posición de sonda retroesternal en placa de tórax.	Agencia de enfermería El sitio de inserción del drenaje retroesternal permanece sin datos de sangrado, sigue drenando líquido serohemático (50ml en turno). Ruidos cardiacos normales.

Segunda etapa

Valoración exhaustiva No. 2 (23 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Agente conciente, orientado con presencia de sonda para drenaje retroesternal a succión continua, en reposo relativo.	El agente refiere dolor a la movilización EVA 6/10.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Alteración de la movilidad física r/c presencia de sonda para drenaje retroesternal m/p dolor a la movilización y enlentecimiento al movimiento.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado logrará moverse de cama a reposet con ayuda de agencia de autocuidado terapéutico. El agente de autocuidado, demostrará los cuidados de la sonda retroesternal a la movilización y expresará dudas.	Parcialmente compensatorio y apoyo y educación.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p data-bbox="490 288 1113 323" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="199 344 864 379">Se incita al agente a moverse conforme tolere.</p> <p data-bbox="199 400 1319 435">Se ayuda y enseña al agente a moverse en bloque para disminuir el trauma.</p> <p data-bbox="199 456 1402 544">Se explico la importancia de moverse con precaución manteniendo siempre fija la sonda retroesternal.</p> <p data-bbox="199 564 1256 600">Se valora EVA y se administran analgésico prescrito (ketorolaco 30mg IV).</p>	<p data-bbox="1554 288 1901 323" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 344 2024 600">El agente logra moverse tomando precaución en el cuidado de su sonda y por la tarde se logra bajar al reposit sin incidente (reportado en hoja de enfermería).</p>

Segunda etapa

Valoración exhaustiva No. 2 (23 de mayo)

DEFICIT DE PELIGROS PARA LA VIDA Y BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos subjetivos
Catéter largo en miembro torácico izquierdo (fecha de instalación 17 de mayo), drenaje retroesternal con tubo número 34 Fr con pequeños coágulos conectado a sello de agua con succión continua, herida quirúrgica (pericardiostomía) infraxifoidea sin datos de sangrado e infección, tos inefectiva y presencia de estertores. Se observa con apósito compresivo en arteria radial derecha sin datos de sangrado ni hematoma. Reposo absoluto y relativo desde el 16 de mayo.	Intubación endotráqueal e instalación de línea arterial durante la cirugía (datos de hoja de enfermería).
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de potencial de infección r/c procesos invasivos.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Prevenir infecciones relacionados con el tratamiento invasivo y hospitalario.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Tomaron BH de control.</p> <p>Toman temperatura cada 3 horas.</p> <p>Realizan curación de catéter y herida quirúrgica según protocolo de la institución y se coloca apósito hermético (tegaderm).</p> <p>Colocan circuito cerrado en línea vascular y drenaje retroesternal.</p> <p>Se realiza cambio de soluciones y equipos según necesidad y protocolo de la institución.</p> <p>Preparan soluciones y medicamentos IV con técnica estéril.</p> <p>Se explicó la importancia del porque las extensiones de las líneas vasculares (venoclisis) y drenajes no debían estar en el piso.</p> <p>Se enseñó a toser efectivamente y ejercicios respiratorios (pág. 71).</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>De acuerdo a la hoja de enfermería el agente no ha presentado datos de infección (temp. 36°C y la BH con leucocitos de 7000 /dl).</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de trombosis periférica r/c inmovilización en cama-reposet por procedimientos desde el día 16 de mayo.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente mantendrá un retorno venoso adecuado de los miembros pélvicos.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería	Agencia de enfermería
<p>Se vigilan signos vitales como es frecuencia cardiaca y patrón respiratorio.</p> <p>Vigilar signos y síntomas de tromboembolismo: dolor, ausencia de pulsos periféricos, cambios en la coloración de la piel, hormigueo, calambres en miembros inferiores. Se explico lo anterior al agente y se pidió avisara cualquier síntoma.</p> <p>Se indicó al agente cuales son las acciones que conducen a una obstrucción circulatoria de miembros inferiores y que debe evitarlas como son: cruzar las piernas, y colocación de almohadas en región popítelea.</p> <p>Se colocaron medias de compresión elástica y se indico realizara ejercicios de baja intensidad en las articulaciones.</p>	<p>No existen signos de trombosis periférica pero se continuara valorando este diagnóstico.</p> <p>El agente participa en su autocuidado al ir aumentando su actividad.</p>

7.3.2 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 3 (25 de mayo)

El agente continua en el séptimo piso adultos B, la sonda retroesternal fue retirada el día 24 de mayo sin incidente y se realizara nuevo ecocardiograma para valorar existencia de nuevo derrame. Ya se cuenta con el resultado de adenosindesaminasa que fue negativo y el nivel de proteínas en el líquido pericárdico es de 5.05gr/dl.

Ha presentado evacuación pastosa sin esfuerzo (referido por agente) una vez al día y se continuara con laxante (agiolax 1 sobre cada 24hrs.)

Por otro lado, debido a la persistencia de ESV aisladas se solicita interconsulta a arritmias el día 24 de mayo, siendo valorado el mismo día. Se programa Holter de 24 horas el día de hoy.

DATOS COMPLEMENTARIOS

<p>HOLTER 25 de mayo</p> <p>Se monitorizo durante 23 horas 59 minutos.</p> <p>Frecuencia cardiaca media de 65lpm, con frecuencia mínima de 60 y máxima de 114. se documenta taquicardia ventricular no sostenida (4 latidos de morfología difusa en difusión y longitud), con episodios de dupletas, tripletas y cuádrupletas. Además de multiples ESV aisladas.</p>	<p>LABORATORIOS</p> <p>Biometría hemática</p> <p>HB: <u>16g/dl</u> Htc: <u>46%</u>LEUCOS: <u>5800</u> PLT: <u>203 000</u></p> <p>Química Sanguínea</p> <p>Glucosa:84mg/dl, urea: 15.5</p> <p>Creatinina: 0.95 mg/dl</p> <p>PCR: <u>17.1</u></p>
---	---

Segunda etapa

Valoración focalizada No. 3 (25 de mayo)

DEFICIT DE LA PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO DE SER NORMAL.	
<i>VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA</i>	
DATOS OBJETIVOS Glasgow de 15, reposo relativo, presencia de electrodos y caja de monitor holter Movimientos lentos y pausados	DATOS SUBJETIVOS Refiere tener miedo a que se despejen los electrodos. Agente de cuidado dependiente pregunta ¿para qué le apachurra al botón cuando siente molestia?
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>	
Alteración de la normalidad r/c presencia de electrodos y monitor holter por 24 horas m/p movimientos lentos y pausados.	
<i>PLANEACIÓN</i>	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente de autocuidado lograra movilizarse con confianza y seguridad. El agente de autocuidado, colaborará a que el registro holter sea continuo durante las 24 hrs.	Sistema de enfermería Parcialmente compensatorio y apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="490 347 1111 379" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="199 400 1404 491">Antes de la colocación del holter, se pidió bañara con jabón neutro y no aplicara crema sobre el pecho para que los electrodos pegaran a la piel perfectamente.</p> <p data-bbox="199 512 1404 767">Se explico que los electrodos se adhieren con pegamento y tela tipo micropore sobre ellos para mayor seguridad. Además que el monitor cuenta con un botón para marcar tiempos y debe oprimirlo cuando sienta alguna molestia como palpitaciones, mareo o nausea, esto con la finalidad de registrar la hora, minuto y segundo; para comparar si esto coincidió con alguna alteración cardiaca al leer el resultado.</p> <p data-bbox="199 788 1404 879">Durante la monitorización holter se explicó que debía deambular para que el corazón trabajara con esfuerzo ligero.</p> <p data-bbox="199 900 1404 991">Se enseñó a cuidar el monitor holter y que al dormir no lo fuera a tirar fijando correctamente en la cintura con el cinturón especial.</p>	<p data-bbox="1554 347 1901 379" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 400 2029 711">Continua con movimientos lentos pero con mayor confianza para mantener el tórax sin movimientos bruscos y las extremidades con buena movilidad logra ir al baño por si solo y deambular en el pasillo.</p> <p data-bbox="1426 732 1928 764">Termina el estudio holter con éxito.</p>

7.4 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Tercera etapa

Valoración focalizada No. 4 (28 de mayo)

El agente continua en séptimo piso hospitalización B, ya se cuenta con resultado de Holter de 24 horas por lo que el médico de arritmias agrega betabloqueador selectivo (metoprolol 50mg cada 12 hrs) y plantea la posibilidad de la colocación de un desfibrilador automático implantable.

Hoy se realizo cateterismo cardiaco y se deja introductor arterial en femoral derecha el cual fue retirado por la tarde.

DATOS COMPLEMENTARIOS

<p>LABORATORIOS</p> <p>Biometria hematica HB: <u>16 g/dl</u> Htc: <u>46.1%</u> LEUCOS: <u>5.8</u> VSG <u> </u> PCR: <u> </u> PLT: <u>203</u></p> <p>Química Sanguínea urea 15.2 mg/dl creatinina: 1.14 mg/dl glucosa 87 mg/d</p> <p>Tiempos de Coagulación TP: 15.3.seg TTP: 34.7seg</p>	<p>Coronariografía 28 de mayo</p> <p>Se realizo ACTP en DA en al primera diagonal a 12 atmósferas y coloco Stent Liberte 3.0x16mm y en la CD en la parte distal se realiza ACTP a 14 atmósferas y coloco un segundo stent de 3.0 x 24mm. Posterior a esto se observa adecuado flujo con TIMI 3. Sin gradiente intraventricular ni transvascular. Se registro el gradiente interventricular dinámico durante extrasistolia y maniobra de Valsalva. Debido a tratamiento con betabloqueador requiere de apoyo de atropina.</p> <p>Se utilizo 194 de medio de contraste iónico, 17 ml de tirofiban, 5000UI de heparina y 100mcg de NTG intracoronaria.</p>
--	--

Tercera etapa

Valoración focalizada No. 4 (28 de mayo)

DEFICIT DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos objetivos	Datos objetivos
Conciente, Glasgow de 15, clase funcional NHYA I, introductor arterial en femoral derecha, reposo absoluto en decúbito dorsal, dolor EVA 5/10	Agente manifiesta dolor en espalda y cintura.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Alteración de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos (debido a presencia de introductor en la arteria femoral derecha) m/p limitación de la amplitud de movimiento y dolor en espalda EVA 5/10 por posición.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado comprenderá la importancia de mantenerse en decúbito dorsal e inmóvil del miembro pélvico derecho. Disminuir el dolor de espalda.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se explico la importancia de restringir los movimientos y del reposo absoluto.</p> <p>Se pidió que sus movimientos no fueran tan descoordinados y bruscos.</p> <p>Se ayudo en las necesidades fisiológicas.</p> <p>Se coloca en Trendelemburg inverso durante 2 horas.</p> <p>Se coloca en semifowler a 30° durante 20min.</p> <p>Se ayudo a colocarse en decúbito lateral izquierdo durante 5 minutos movilizado en bloque.</p> <p>Se administra analgésico prescrito (ketorolaco 30mg IV).</p> <p>Se continúa valorando EVA.</p> <p>Se explico que el reposo en decúbito dorsal continuara mínimo 8 hrs. más después de retirar el introductor que tiene en la ingle derecha y que además se colocara un apósito compresivo y costal de arena de aproximadamente 2 Kg. sobre el sitio de punción femoral por lo menos 4hrs.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>Se mantiene al agente de autocuidado en reposo absoluto, los movimientos descordinados disminuyeron, el dolor se mantiene con EVA de 3/10 en la espalda y cintura.</p> <p>El agente se muestra cooperador al cuidado de la ingle derecha e introductor.</p>

Tercera etapa

Valoración focalizada No. 4 (28 de mayo)

DÉFICIT DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
Datos subjetivos	Datos subjetivos
<p>Uso de medio de contraste iónico 194ml en el procedimiento intervencionista Introdutor 6Fr en arteria femoral derecha, pulsos poplíteo y pedio anterior y posterior presente, llenado capilar de 3 segundos en el miembro pélvico derecho.</p> <p>Nitroglicerina en infusión a 15 ml/hr (50mcg/min), metoprolol 100mg c/12 horas, amlodipino 5mg c/24 horas. Catéter largo en vena húmeral en miembro torácico izquierdo (FI: 17 de mayo), ácido acetilsalicílico 100mg VO, clopidrogel 300mg, infusión de heparina a 1400UI/hr y 2000UI bolo IV y TTP de 52.5 seg.</p>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de lesión renal r/c eliminación del medio de contraste iónico.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente Incrementará la ingesta de líquidos para eliminar el medio de contraste.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.

<i>EJECUCIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p data-bbox="490 288 1111 323" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="199 344 640 379">Se vigila estado de conciencia.</p> <p data-bbox="199 400 1404 491">Se explica el beneficio de la ingesta de líquidos debido a la utilización del medio de contraste utilizado en el estudio angiográfico.</p> <p data-bbox="199 512 1404 603">Se asiste para la ingesta de agua cuando no se encuentra el agente de autocuidado dependiente.</p> <p data-bbox="199 624 1339 659">Se proporciona el orinal cuando lo solicita y se cuantifica la diuresis espontánea.</p> <p data-bbox="199 679 848 715">Se vigilan los niveles de creatinina en sangre.</p>	<p data-bbox="1554 288 1901 323" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1426 344 2024 491">El agente de autocuidado ingiere 750ml de agua y presenta una diuresis de 500ml en el turno.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de sangrado y compromiso neurovascular periférica r/c presencia de introductor en la arteria femoral derecha y uso de anticoagulante y antiagregante plaquetario en bolo (dosis alta).	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
El agente de autocuidado, mantendrá inmovilizado el miembro pélvico derecho durante más de 12 hrs. Identificar oportunamente datos de isquemia distal de miembro pélvico derecho y sangrado activo.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería	Agencia de enfermería
Se explican la importancia de la inmovilización. Se valora el sitio de punción y apósito con el que se encuentra cubierto. Se valora presencia de equimosis, hematoma o sangrado activo en sitio de introductor. Se valora el pulso poplíteo, pedio anterior y posterior cada 3 horas del miembro pélvico derecho y se compara con el izquierdo. Además se verifica el llenado capilar y temperatura cada 3 horas de la zona distal del miembro pélvico derecho. Se monitorizan tiempos de coagulación cada 6hrs siendo normales. Se vigilan signos y síntomas de sangrado activo como gingivorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, melena, equimosis, cefalea intensa o dolor precordial.	Los pulsos del miembro pélvico derecho del agente de autocuidado permanecen presentes (+++) comparados con los del miembro pélvico izquierdo. El introductor fue retirado por la tarde (tomado de hoja de enfermería). Permanece sin compromiso neurovascular.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de hipotensión y bradicardia r/c uso de vasodilatadores y betabloqueador.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería Identificar tempranamente datos de hipotensión o bradicardia en el agente de autocuidado.	Sistema de enfermería Totalmente compensatorio
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se monitoriza la tensión arterial cada 2 horas y antes de la administración del antihipertensivo (amlodipino 5mg). Se vigila y monitoriza ritmo cardiaco buscando datos de bradicardia. Se toma frecuencia cardiaca previa administración de betabloqueador (metoprolol 50mg). Se vigila y cuantifica la diuresis espontánea. Se vigila estado de conciencia continuamente.	Agencia de enfermería El agente de autocuidado no presenta datos de hipotensión o bradicardia durante el turno se continuara valorando durante los siguientes turnos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo potencial de infección r/c procesos invasivos (Catéter largo en vena humeral, intervencionismo cardiaco e introductor arterial femoral).	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería	Sistema de enfermería
Prevenir e identificar datos de infección en el agente de autocuidado.	Parcialmente compensatorio y de apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería	Agencia de enfermería
<p>Tomar temperatura cada 3 horas.</p> <p>Se realiza curación de catéter largo y se verifica que se conserve bien adherido y sellado (según protocolo del hospital).</p> <p>Se instala y maneja con circuito cerrado los accesos venosos centrales.</p> <p>Se preparan infusiones de medicamentos, y soluciones con técnica estéril (según indicadores de calidad del INC).</p> <p>Se brindo baño de esponja y se colaboro con el agente en el aseo bucal.</p>	El agente de autocuidado no presenta datos de infección durante el turno pero se mantendrá en observación durante los siguientes días.

7.5 VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Cuarta etapa

Valoración exhaustiva No. 3 (02 de junio)

El agente se encuentra de pre alta en el séptimo piso hospitalización adultos B por mejoría, se elabora un tríptico (anexo 5) de acuerdo a las demandas detectadas y se entrega al agente con previa explicación de este.

En el plan de alta se consideran de gran importancia los factores condicionantes básicos y se deriva los siguientes diagnósticos con sus intervenciones de enfermería.

DATOS COMPLEMENTARIOS

<p>LABORATORIOS (2 de junio)</p> <p>Biometría Hemática HB: 15.4 <u>g/dl</u> Htc: <u>46.1 %</u> LEUCOS: <u>7.4</u> PLT: <u>195</u></p> <p>Química Sanguínea Urea: 12.4 mg/dl creatinina: 1.13 mg/dl glucosa: 94mg/dl</p>	<p>ECOCARDIOGRAMA (30 de mayo)</p> <p>Derrame pericárdico pequeño. FEVI 58%</p>	<p>ECOCARDIOGRAMA (2 de junio)</p> <p>El derrame pericárdico no ha aumentado. FEVI se conserva</p>
--	--	---

Cuarta etapa

Valoración exhaustiva No. 3 (2 de junio)

DEFICIT DE PELIGROS PARA LA VIDA Y BIENESTAR HUMANO	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
DATOS OBJETIVOS Incisión quirúrgica infraxifoidea (22 de mayo), punción de la arteria femoral por cateterismo (28 de mayo), uso de medicamentos (antiagregante plaquetario: aspirina protec 100mg y clopidrogel 75mg cada 24 hr; antiarrítmico del grupo 3: amiodarona 200mg cada 12 hrs; betabloqueador: metoprolol 100mg cada 12 hrs, antihipertensivo: amlodipino 5mg cada 24 hrs; y pravastatina 40mg cada 24hrs.), antecedentes de toxicologías positivas (alcoholismo dos veces a la semana y tabaquismo de 1 a 10 cigarrillos al día), zoonosis positivas (dos perros), ecocardiograma (2 de junio) reflejo derrame pericárdico pequeño.	DATOS SUBJETIVOS Antecedentes de mal apego farmacológico. Nivel académico 2° de primaria. Nivel socioeconómico medio bajo.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de infección r/c pérdida de la continuidad de la piel.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente podrá explicar los cuidados de la herida en casa y reconocerá los datos infección.	Sistema de enfermería Apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="495 292 1111 323" style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p data-bbox="203 347 1379 379">Se recomendó baño diario con agua y jabón neutro, lavando la herida con la mano.</p> <p data-bbox="203 403 1323 435">Se explico que era importante secar perfectamente la herida después del baño.</p> <p data-bbox="203 459 1402 659">Se indico siempre inspeccionara su herida e ingle derecha (punción de arteria femoral) en busca de signos de alarma como son: dolor severo, aumento de temperatura, inflamación, enrojecimiento o salida de líquido fétido conocida como pus.</p> <p data-bbox="203 683 1402 770">Se sugirió que en caso de detectar algún signo de alarma acudiera a su centro de salud.</p> <p data-bbox="203 794 1402 882">Se explico que puede haber posibles molestias o dolor en el sitio de la herida que puede durar hasta más de 10 días.</p> <p data-bbox="203 906 1402 994">Se recomendó no estar cerca de los perros y en caso de convivir con ellos lavarse perfectamente las manos antes de tocar la herida o punción femoral.</p>	<p data-bbox="1559 292 1899 323" style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p data-bbox="1435 347 2029 435">El agente expresa lo entendido sobre el cuidado de la herida quirúrgica en casa.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de lesión r/c uso de medicamentos de empleo delicado (amiodarona, metoprolol, aspirina, clopidrogel y amlodipino) y toxicologías positiva.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente de autocuidado, comprenderá el riesgo de combinar su tratamiento medico con bebidas alcohólicas.	Sistema de enfermería Apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se sugirió al agente y agencia de cuidado dependiente (esposa Fernanda) adquiriera una libreta pequeña donde anotara los medicamentos que toma así como la dosis y frecuencia. Amiodarona: es un medicamento que regula el ritmo del corazón y que el combinarlo con alcohol puede causar la muerte, ya que puede causar arritmias letales. Se explico que en caso de palpitaciones fuertes o sensación de desvanecimiento acuda a su centro de salud. Metoprolol: es un medicamento que ayuda a trabajar al corazón y baja la frecuencia cardiaca, por lo tanto es importante saber cual es su frecuencia cardiaca y anotarla en una libreta pequeña.	Agencia de enfermería Al parecer el agente comprende la importancia de no combinar los medicamentos con alcohol, pero esto se valorara continuamente hasta el término del estudio de caso.

Se enseñó al agente y agencia de cuidado dependiente (esposa Fernanda) a tomarse el pulso.

Se explico que antes de tomar la dosis de metoprolol tomara su frecuencia cardiaca y si fuera menor de 55 latidos por minuto debía omitir la toma y volverla a checar la frecuencia en 12hrs. y si el resultado es el mismo acuda a su centro de salud, pero si la frecuencia es mayor a 60 latidos por minuto tomara su dosis.

Aspirina protec y clopidrogel: se explico que son medicamentos que no permiten que las plaquetas se adhieran y se formen los coágulos, por lo que debe tener precaución para evitar cortarse o golpearse y en caso de que ocurriera una cortada debería oprimirse directamente con un trapo limpio sobre la zona lesionada durante 5 minutos sin soltarse y en caso de no parar el sangrado acudir a su centro de salud.

Se recomendó tomar estos medicamentos por la noche, ya que han demostrado mejor protección cardiovascular.

Se explico que el consumo de alcohol potencializa los efectos de estos medicamentos y que el riesgo de sangrado es alto.

Se pidió usara un cepillo dental de cerdas suaves, que al rasurarse lo hiciera con mucha precaución y que no caminara descalzo.

Se recordaron cuales son los signos y síntomas de sangrado (pág. 49) .

Amlodipino: es un antihipertensivo por lo que es importante checar por lo menos 3 veces a la semana la tensión arterial en su centro de salud anotándola en su libreta y que debe traerla a cardiología cuando acuda a cita.

Pravastatina: que es un medicamento que disminuye los niveles de colesterol malo e incrementa el bueno pero que puede ocasionar daños como dolor muscular severo en caso de que este lo limite acuda al centro de salud.

Se indico se tomara en la noche de preferencia a las 22 hrs. ya que tiene mejor efecto.

Se pidió informara cuando acudiera al medico o dentista los medicamentos que toma para evitar daños letales.

Se recomendó no automedicarse ya que algunos medicamentos pueden aumentar o disminuir los efectos de los medicamentos que toma.

Se sugirió no ingerir bebidas alcohólicas y de ser posible acudiera a un centro de ayuda como alcohólicos anónimos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de incumplimiento en el tratamiento r/c antecedentes de mal apego farmacológico.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente de autocuidado comprenderá la importancia del tratamiento medico. El agente de autocuidado mantendrá su tratamiento según la indicación medica.	Sistema de enfermería Apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se explico al agente y agencia de autocuidado dependiente (esposa Fernanda) la importancia de llevar adecuadamente su tratamiento y el de no suspenderlo por que se sienta bien.</p> <p>Amiodarona: es un medicamento que regula el ritmo del corazón y es necesario para que no se vuelva a presentar la arritmia cardiaca (la taquicardia ventricular) que puede poner en riesgo su vida si no se trata a tiempo.</p> <p>Metoprolol: es un medicamento que ayuda a trabajar al corazón mejorando perfusión miocárdica y sirve como antiarrítmico, aunque baja la frecuencia cardiaca, es importante para el control de los latidos prematuros del corazón y la sensación de que le brinca el pecho.</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>Al parecer comprende el agente lo explicado pero se valorara continuamente hasta el término del estudio de caso.</p>

Aspirina protec y clopidrogel: son medicamentos que hacen que la sangre sea delgada y que no coagule, ya que NO permiten que las plaquetas se comuniquen entre sí y se unan e inicien la cadena de la coagulación. Por lo tanto estos medicamentos van a proteger los stents colocados en sus arterias coronarias y que pueden evitar infartos cardiacos y embolias cerebrales.

Amlodipino: es un antihipertensivo que va a ayudar a mantener la presión arterial dentro de límites aceptables y evitar que el corazón trabaje más.

Pravastatina: que es un medicamento para que los stents no se tapen y que al suspender este el riesgo de taparse es alto.

Se explicó la importancia de llevar su tratamiento para disminuir complicaciones y con ello reingresos hospitalarios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo alteración hemodinámica r/c aumento de líquido en saco pericardio (ecocardiograma 2 de junio).	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería El agente y agencia de autocuidado dependiente identificará oportunamente datos de mala función cardiaca.	Sistema de enfermería Apoyo y educación.
EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Intervenciones de agencia de enfermería Se explico que era el derrame pericárdico y se explicaron la importancia de reconocer oportunamente los signos y síntomas de alarma al agente y agencia de autocuidado dependiente: Dolor en el pecho, falta de aire al caminar o hacer esfuerzo, usar para dormir más de una almohada, despertarse en la noche con sensación de ahogamiento o edema (hinchazón). En caso de presentar esto acudir a urgencias.	Agencia de enfermería El agente y agencia de autocuidado expresan verbalmente lo entendido y dudas que surgen.

Cuarta etapa

Valoración exhaustiva No. 3 (2 de junio)

DEFICIT DE LA PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO DE SER NORMAL.	
VALORACIÓN DE AGENCIA DE ENFERMERÍA	
DATOS OBJETIVOS. Dieta rica en carbohidratos (tortas todos los días) Ocupación albañil. Padecimiento actual.	DATOS SUBJETIVOS El agente pregunta si continuara con todos los medicamentos que toma en el hospital. Cuando puedo reiniciar a trabajar enfermera. Que cuidados debo tener para recuperarme más rápido.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresar el interés por saber cuidados en domicilio y cuando podrá reiniciar a trabajar.	
PLANEACIÓN	
Objetivos de la agencia de enfermería Mantener la disposición de autocuidado del agente explicando las dudas que manifieste.	Sistema de enfermería Apoyo y educación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervenciones de agencia de enfermería</p> <p>Se dieron los signos y síntomas de alarma a la agencia de autocuidado dependiente y agente.</p> <p>Se explico detalladamente el efecto de los medicamentos y la importancia de no suspenderlos.</p> <p>Se recomendó no cargar cosas pesadas por lo menos 3 semanas más (por la punción de la arteria femoral).</p> <p>No agacharse y levantarse bruscamente ya que se puede marear.</p> <p>Llevar a cabo las recomendaciones de la nutrióloga lo más apegado posible.</p> <p>Que el ejercicio debe ser de acuerdo a tolerancia e indicación medica, nunca realizar un esfuerzo mayor a lo tolerado ya que consume mayor oxígeno su corazón y puede aparecer dolor precordial o arritmia.</p> <p>Reiniciar su actividad laboral conforme lo tolere; que aproximadamente en cuatro semanas puede iniciar supervisando la obra.</p> <p>Se hizo hincapié en que no debe olvidar sus citas programadas en el Instituto Nacional de Cardiología.</p> <p>Se explicó que cuando sea dado de alta del Instituto debe llevar su control en el Centro de Salud de su comunidad</p>	<p style="text-align: center;">Agencia de enfermería</p> <p>El agente se nota entusiasta pero manifiesta que en otras ocasiones ha intentado cuidarse pero no lo ha logrado al 100% y solo lo ha hecho en un máximo de 3 meses.</p>

7.5.1 VISITA DOMICILIARIA

Cuarta etapa

Valoración focalizada No. 5 (28 de junio)

Se realizó la visita domiciliaria impartiendo a la familia (esposo, hijos y nuera) plática sobre los factores de riesgo cardiovascular y se explicó el padecimiento del agente e importancia de llevar el tratamiento y cambiar el estilo de vida.

Agente: Actualmente me he integrado a un grupo de alcohólicos anónimos de la colonia, pero “ya lo he intentado en otras ocasiones sin lograr suprimir este”; además me ha sido muy difícil llevar la dieta al 100%, pero ya cuento con mi libretita y mire tengo anotado mi frecuencia cardíaca que ha estado bien; mi presión solo me la he tomado como dos veces a la semana pero me dicen que esta bien.

La bitácora del agente muestra mantener FC entre 60 y 90 latidos por minuto y una TA de 130/80 en promedio, se sugiere continuar usándola y no suspender el tratamiento, que lo ha mantenido estable.

Estado de salud

Agente conciente, orientado, con respiración espontánea sin restricción, campos pulmonares con buena ventilación, cardíaco con frecuencia rítmica, ruidos cardíacos sin aparente alteración, incisión infraxifoidea limpia sin datos de infección ya sin sutura, abdomen globoso por pániculo adiposo, peristalsis presente, refiere no tener dificultad al evacuar siendo esta una vez al día, manifiesta tampoco tener problema para orinar miembros pélvicos sin datos de edema pulsos presentes.

DEMANDAS Y CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO VALORACIÓN EN VISITA DOMICILIARIA

REQUISITO	CAPACIDADES	DEMANDAS
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Es capaz de satisfacer el aporte suficiente de aire al respirar por si solo.	Le cuesta trabajo mantener la dieta al 100%.
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Es capaz de mantener el aporte suficiente de agua.	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Es capaz de comprender la dieta y restricción de alimentos.	
Provisión de cuidados de excreción y eliminación.	Es capaz de satisfacer este requisito.	
Equilibrio entre la actividad y el reposo	Es capaz de movilizarse por si solo.	
Equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Es capaz de convivir con su pareja e hijos ya que es una familia nucleada.	

<p>Prevención de peligros para la vida y bienestar humano</p>	<p>Es capaz de comprender los peligros para la vida y al momento no existe evidencia de obviar medicamentos ni signos y síntomas de alarma así como de consumir alcohol o tabaco.</p>	
<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano de ser normal.</p>	<p>Se ha ido incorporando a un nuevo estilo de vida.</p>	<p>Es incapaz de mantener este requisito debido a que no ha logrado incorporarse a su trabajo de albañil.</p>

SEGUIMIENTO CONSULTA EXTERNA

Cuarta etapa

El seguimiento en consulta externa fue en dos ocasiones el 28 de junio y el 29 de agosto cuando concluye el estudio de caso, aquí solo se valora los requisitos según el agente manifieste su sentir y se valora el desarrollo de capacidades a través de la EEAC el día 29 de agosto.

28 de junio

RU1: agente con respiración espontánea frecuencia respiratoria de 22 por minuto, con buena entrada y salida de aire.

RU2: hidratado refiere tratar de tomar 2 litros de agua durante el día.

RU3: agente refiere tratar de llevar su dieta según el menú proporcionado por la nutrióloga (1800Kcal).

RU4: presenta evacuación una vez al día pero aun con el consumo de laxante (agiloax), se sugirió consumir alimentos con fibra, orina espontánea pero manifiesta que a veces orina varias veces en la noche, por lo que se sugirió no tomar agua después de la 19 hrs.

RU5: conciente, orientado con Glasgow de 15, manifiesta que no le cuesta trabajo caminar y que a estado yendo a caminar en el parque con su esposa Fernanda y su nieto José.

RU6: el agente manifiesta que ha recibido mucho apoyo de su esposa e hijos además que sus nietos e hija soltera lo alientan a cuidarse.

RU7: agente continua con tratamiento medico y en su grupo de AA, y expresa “hasta ahora no he tomado enfermera”.

RU8: el agente manifiesta que aún no se ha integrado a su trabajo de albañil y que se ha estado haciendo cargo su hijo José de las obras; pero que se seguirá cuidando para regresar rápido a su trabajo.

SEGUIMIENTO CONSULTA EXTERNA (cuarta etapa) cont...**29 de agosto**

RU1: agente con respiración espontánea frecuencia respiratoria de 24. sin datos de dificultada respiratoria.

RU2: hidratado refiere seguir tomando aproximadamente 2 litros de agua al día.

RU3: agente refiere que hasta ahora lleva su dieta casi como se lo indico la nutrióloga (1800Kcal).

RU4: presenta evacuación una vez al día, ya sin ayuda de laxante, orina espontánea y dice que ya no orina tanto en la noche.

RU5: conciente, orientado con Glasgow de 15, no tiene dificultad para moverse.

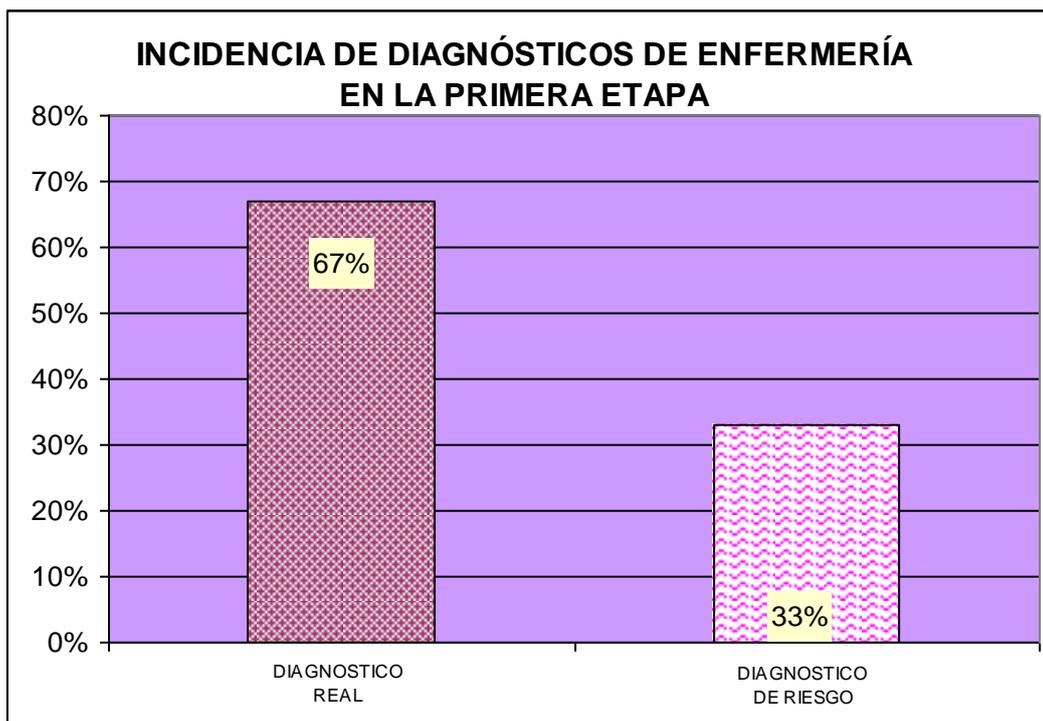
RU6: el agente es acompañado por su esposa, hijo José e hija Ceci.

RU7: agente continua con tratamiento medico. Hasta ahora no ha presentado complicación alguna se recuerdan al agente y agencia de cuidado dependiente los signos y síntomas de alarma así como las medidas de autocuidado.

RU8: el agente refiere haberse integrado a su trabajo de albañil aunque aún no al 100%, pero que ya tiene a su cargo la obra, plomeando y supervisando el pegado de blok.

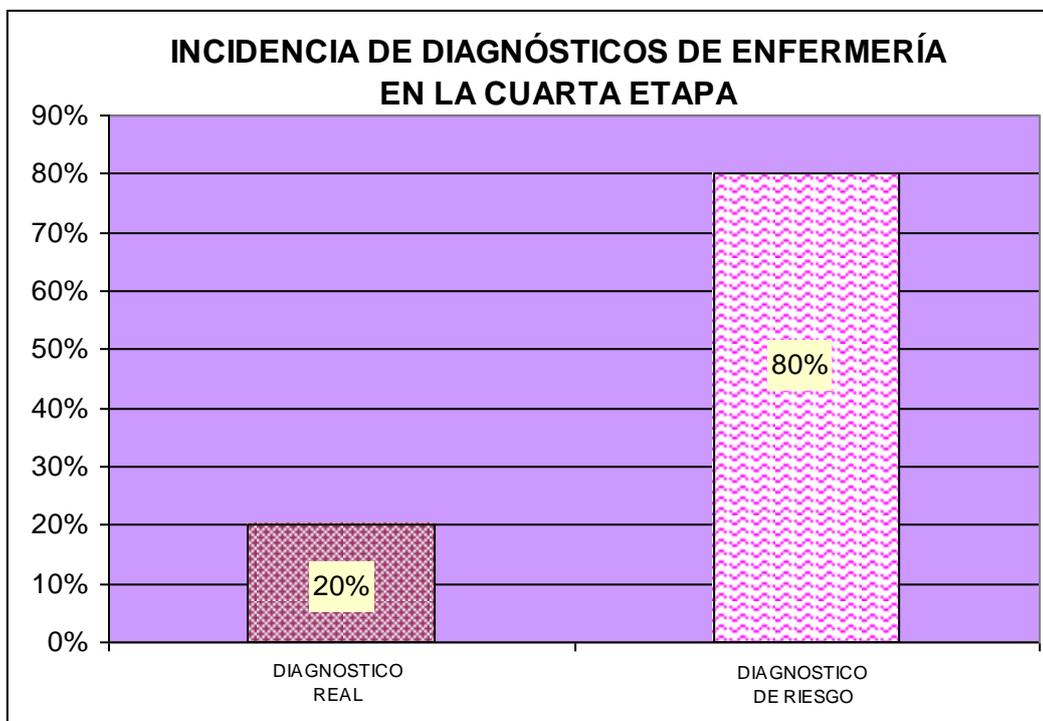
VIII . RESULTADOS

GRAFICA 1.- RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES Y DE RIESGO EN EL INGRESO.



En el ingreso o primera etapa se detecta un total de 15 diagnósticos de enfermería que corresponden al 100%, el 67% corresponden a diagnósticos reales mientras que el 33% restante son diagnósticos de riesgo. En esta etapa se ven afectados 6 de los 8 requisitos universales.

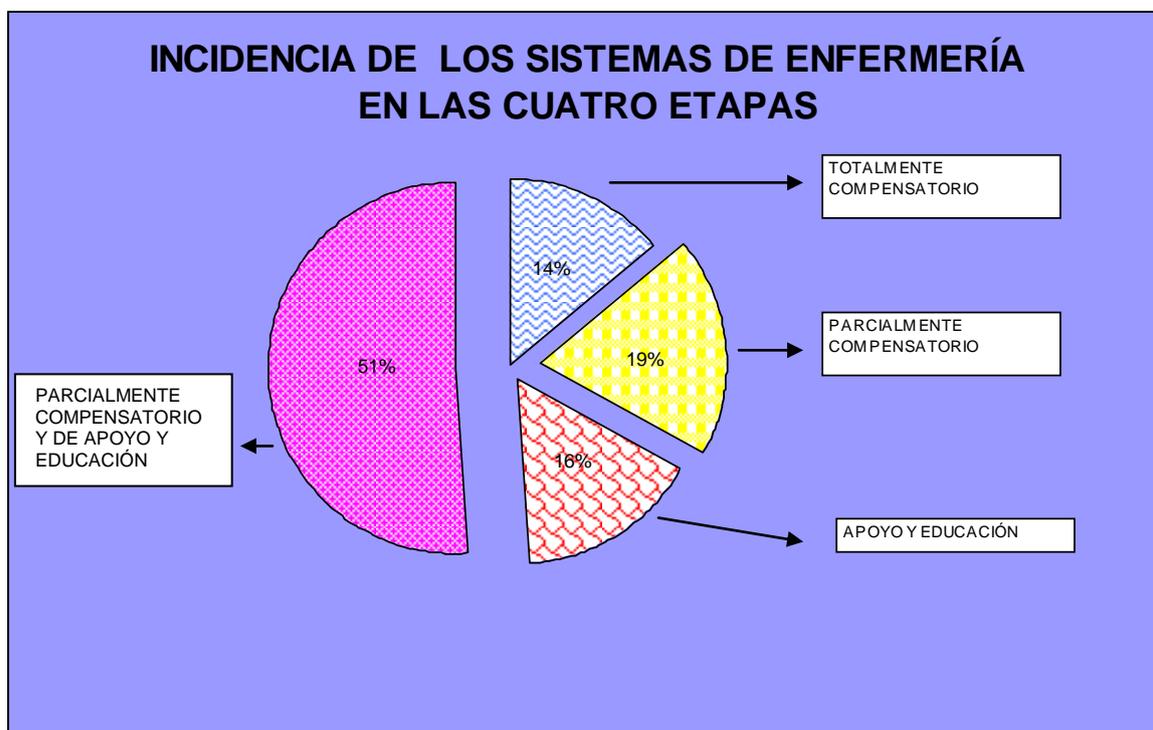
GRAFICA 2.- RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN GENERAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES Y DE RIESGO EN EL EGRESO



En el egreso o cuarta etapa se observa la inclinación de la gráfica a diagnósticos de riesgo, observando solo alterados 2 de los 8 requisitos universales. Se detectaron solo 5 diagnósticos de enfermería de los cuales el 20% son diagnósticos reales y el 80% restante son diagnósticos de riesgo.

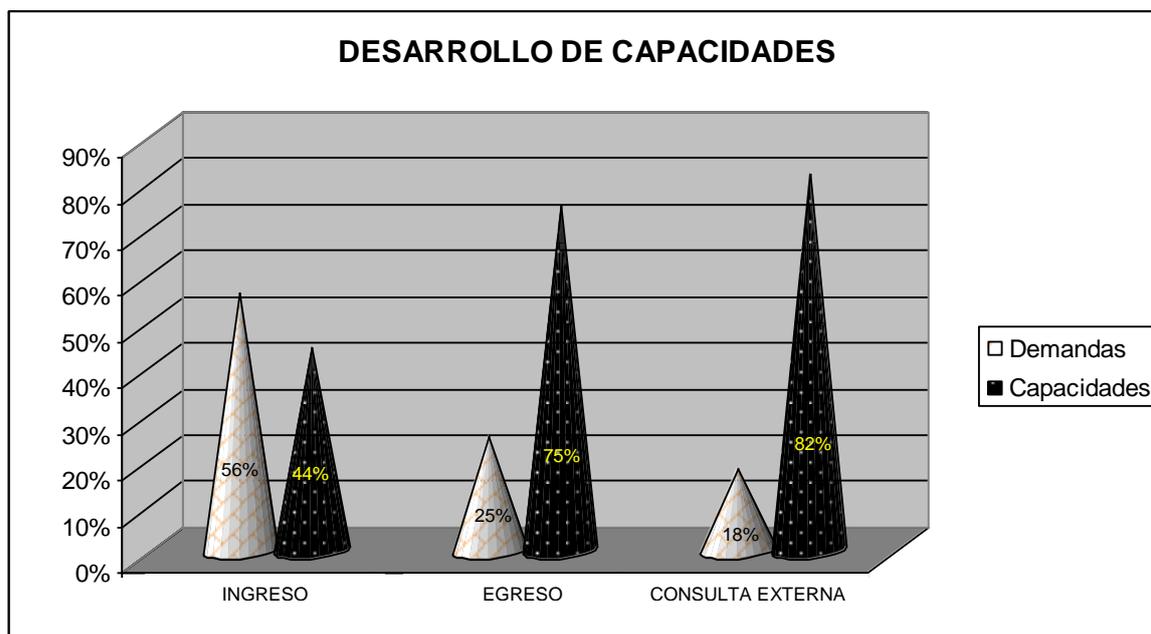
Durante el análisis de las cuatro etapas de valoración se detectaron un total de 36 diagnósticos de enfermería, considerados como el 100% de los cuales se analizaron 18 diagnósticos reales que corresponden al 49%, mientras que el 51% corresponden a 19 diagnósticos de enfermería de riesgo. Durante este análisis se observa una mínima diferencia del predominio de diagnósticos de de riesgo con tan solo de un 2% de los diagnósticos reales, esto debido a que el agente fue sometido una serie de procedimientos durante su estancia hospitalaria. Por lo cual fue necesario implementar un plan de atención de enfermería oportuno para recuperar su salud. Sin embargo los requisitos universales alterados en las diferentes etapas son variables.

GRAFICA 4.- RESULTADO FINAL DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA EN LAS CUATRO ETAPAS



Durante el análisis de las cuatro etapas se utilizaron los 3 sistemas de enfermería, además del sistema combinado en los 36 diagnósticos de enfermería detectados, por lo que 36 corresponde al 100% de los sistemas utilizados. El sistema de enfermería combinado refleja un mayor porcentaje de utilización con un 51% debido a que el autocuidado era llevado a cabo, a través de agencia de autocuidado terapéutico (enfermera) y dependiente (esposa Fernanda), pero también utilizando las capacidades del agente de autocuidado; seguida del 19% del sistema parcialmente compensatorio donde el agente y agencia de autocuidado terapéutico llevan acabo medidas de autocuidado; el 16% del sistema de enfermería de apoyo y educación el agente cuenta con capacidades para satisfacer sus demandas pero requiere del apoyo de agencia de autocuidado terapéutico para tomar decisiones; y el 14% del sistema de enfermería totalmente compensatorio el autocuidado es responsabilidad de la agencia de autocuidado terapéutico.

GRAFICA 5.- RESULTADO DEL DESARROLLO DE CAPACIDADES



La estimación del desarrollo de capacidades en el agente del ingreso al seguimiento en consulta externa, fue a través de la aplicación de 3 instrumentos de valoración de EECAC (estimación de capacidades de autocuidado), el primero al ingreso (o detección del agente) en la unidad coronaria, el segundo al egreso hospitalario y el tercero al dar seguimiento en consulta externa.

La primera se aplicó el 17 de mayo y el resultado arrojado es de un porcentaje de 56% de demandas y un 44% de capacidades.

La segunda se aplicó el 2 de junio los resultados fueron un 75% de capacidades con un 25% de demandas.

La tercera se aplicó el 29 de agosto y los resultados son un 82% de capacidades con un 18% de demandas.

El análisis del resultado de los 3 instrumentos es que el agente contaba con capacidades para llevar a cabo el autocuidado pero en menor porcentaje a las demandas, pero se nota un desarrollo del 31% de las capacidades durante la estancia hospitalaria comparadas con las de ingreso alcanzando un 75% total de estas. Sin embargo se nota solo un incremento de las capacidades en domicilio de 7% alcanzando un total final de 82%.

IX- CONCLUSIONES

La profesionalización de enfermería se hace evidente a través de la aplicación de indicadores inmersos en el llamado proceso de atención de enfermería -la valoración, diagnóstico, planeación-ejecución y evaluación- aún más con la implementación de teorías de enfermería y la utilización de diagnósticos de enfermeros como los avalados por la NANDA pasa de un indicador empírico como lo considera la Lic. Enf. Pérez Noriega Erika a conocimiento científico basado en evidencias. Durante el desarrollo de cada una de las etapas se aplica el metaparadigma de enfermería: persona, ambiente, salud y cuidado y los cuatro patrones de conocimiento: ético, estético, personal y hechos⁷ comprendiendo así la naturaleza de la disciplina: cuidado holístico de la salud de las personas, con conocimiento, arte y humanismo.

La aplicación del Modelo del déficit de autocuidado en la práctica profesional tiene como objetivo enseñar la cultura del autocuidado tanto al agente como a la agencia de enfermería con el objetivo de disminuir reingresos hospitalarios, manteniendo el apego al tratamiento en su hogar reduciendo complicaciones relacionadas con falta de conocimiento de su enfermedad y a su vez enseñen la cultura del autocuidado a sus descendientes.

Desde mi punto de vista los factores condicionantes básicos son clave para la realización del plan de alta ya que revelan el estilo de vida del paciente así como el déficit de autocuidado, por lo cual, llego a la institución hospitalaria.

El realizar un estudio de caso represento encontrar el mayor porcentaje de demandas de autocuidado al capturar al agente, pero estas se van resolviendo con el trabajo de la agencia de autocuidado terapéutico desarrollando capacidades de autocuidado en el agente.

⁷ Franco Orozco Magdalena et.al. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. "Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008". Editorial ENEO. Impresión 2004. México;84

Pero al adentrarse con el agente se descubren nuevas demandas, por lo cual no se pueden suprimir estas al 100%, lo que apoya los resultados de Bañuelos y Gallegos (2001), que mencionan que no existe una manera única de satisfacer las demandas de Autocuidado; aunque también considero que tiene gran influencia el nivel socioeconómico y cultural del este. Por lo que sugiero se debería dar seguimiento con las generaciones futuras para evaluar a largo plazo la efectividad de la teoría propuesta por Dorotea Orem y la práctica.

Por otro lado, llego a la misma conclusión de Pérez y Salas (2003) y Landeros (2004) quienes encontraron que las personas no tienen interés en desarrollar sus capacidades si no se sienten enfermos a pesar de saberse enfermos de varios años. Pero también estoy de acuerdo con los resultados de Bañuelos y Gallegos (2001) de que el desarrollo de las capacidades de autocuidado esta determinada por el estado de salud y las condiciones socio-económicas y culturales del agente.

X. BIBLIOGRAFÍA

Orem Dorotea. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica. Mosby/Doyma Libros. Barcelona 1993.

Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Masson-Salvat 1993.

Hernandez Sampieri Roberto et. al. _Metodología de la Investigación. Editorial McGraw.Hill. Tercera edición. México 2003.

Osteguín Meléndez Rosa María. Método de Trabajo Enfermero y Modelo de Orem una propuesta de implementación. Desarrollo científico de enfermería. Vol. 8 No. 1. enero febrero 20.

Sparks Ralph Sheila et.al. NANDA “Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008”. Editorial ELSEVIER. Edición 2003. Barcelona.

Debra J. Lynn-McHale et.al. Cuidados Intensivos “Procedimientos de la American Association” of Critical-Care Nurses. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición. Argentina.

Guyton Arthur et al. Tratado de Fisiología Médica. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Décima edición. México.

Braunwald Eugene et al. Cardiología “Libro De Medicina Cardiovascular. Edición 2004 España. Editorial Marfan SI.

Girdwood H Ronald. Terapeutica Medica Editorial Manual Moderno. Edición 1992.

Serrano Rivero Octavio et. al. Uso de Medicamentos en la Clínica Editorial McGraw Hill Interamericana. Primera Edición México 1999.

Ortega V C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Enero-diciembre 2001: Vol.9 (Núm. 1-4);26-37.

Guadalajara Boo Jose Fernando. Cardiología. Editores Méndez. Quinta Edición.

Pérez Noriega Erika. "Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva del Modelo del déficit de Autocuidado aplicado a un receptor de autocuidado con valvulopatía aórtica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Enero-abril 2004: vol. 12 (num. 1);18-28.

Orozco Magdalena Franco et.al. Teorías y Modelos de Enfermería. Antología. "Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008". Editorial ENEO. Impresión 2004. México;84.

Silvestre de Lima Gabriela et. al. La asistencia de enfermería a un paciente infartado portador de VIH basado en la teoría del autocuidado estudio- de caso. Acta paul enferm. Octubre-diciembre 2007: vol.20 (num. 4) Sao Paulo.

Landeros Olvera Erick Alberto. Estudio de Caso con Base al Modelo del Déficit de Autocuidado a una Persona con Cardiopatía Congénita. FAC 5° Congreso Internacional por Internet. Octubre 2007. México.

Salas Martínez Eva Olivia (2003). Déficit de Autocuidado en una Persona Adulta con Disfunción Valvular. Editorial McGraw Hill Interamericana. Segunda Edición México.

De la Cruz Martínez Clotilde. Aplicación del Modelo de Atención de Dorotea Orem en Personas con Hipertensión Arterial Sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica diciembre 2000: vol. 8 (num. 14).

Landeros Olvera Erick Alberto et. al. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión Arterial en una comunidad rural. Revista de Enfermería IMSS 2004: vol. 12 (num. 2).

Bañuelos Barrera Patricia et. al. Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes. Revista Científica de Enfermería mayo 2001:vol. 9 (num. 4).

Martínez Sánchez Carlos et al. Urgencias Cardiovasculares Tópicos Selectos. Intersistemas Editores. México 2008. p. 103.