

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



División de Estudios de Posgrado

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO A UN AGENTE CON
CHOQUE CARDIOGÉNICO**

**Como Requisito para obtener el Grado de: ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
CARDIOVASCULAR**

Por: BEATRIZ MARCOS LÓPEZ

Tutor Académico: Lic. E. E. C. MA DE JESÚS PÉREZ HERNÁNDEZ



MÉXICO, D. F., SEPTIEMBRE. 2007.



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.

"Muchas personas afirman que consideran la salud como algo prioritario en su vida, pero fuman, beben demasiado y no prestan atención a lo que comen"

Dr. Lair Ribeiro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al Sr. Gustavo, por darme la oportunidad de continuar con este estudio, para contribuir en el Cuidado de su Salud y considerar los consejos que me ha dado como persona, además de la fortaleza para disfrutar de la vida.

También dedico este trabajo a Erick, por su atención especial y esfuerzo para concluir con el objetivo final de la Especialización.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios la oportunidad que me ha dado para vivir y gozar de una Salud favorable, así como la Virtud de tener la profesión más bella del Universo, que requiere de una gran Responsabilidad en el Cuidado de la Persona y el “reto” de metas obtenidas.

Gracias a Erick Alberto Landeros Olvera, por su apoyo incondicional que me otorgó durante todo el tiempo de la Especialización; por la aportación infinita de sus conocimientos como Docente, como Persona y como Amigo, sobre todo por la transmisión de su “Energía Positiva”.

Agradecimiento especial para el Dr. Juan Verdejo París, por la aportación de sus conocimientos y motivación para ser mejor Enfermera en el Cuidado especializado de los usuarios Cardiovasculares con problemas enfocados a la realidad.

Es grato agradecer a la Enfermera Sara Hernández, por su colaboración en el Cuidado específico a usuarios que cursan en fase aguda en la Unidad de Cuidados Coronarios y el espíritu de responsabilidad para atenderlos como personas en su totalidad.

Doy gracias a Malinali Viruega Olea, por su apoyo y por la aportación de sus conocimientos en el área de cardiología, además de su valiosa amistad.

También extendiendo un agradecimiento a todo el personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” por la formación profesional en el área Cardiológica y la oportunidad de conocer su sistema de trabajo.

Agradezco el apoyo de Ma de Jesús Pérez Hernández, por su participación en la revisión final de este trabajo, por su tiempo y colaboración.

Finalmente quiero agradecer a mi familia por su apoyo indirecto y su tolerancia que han tenido conmigo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Resumen	
Introducción	1
Objetivos	3
Capítulo I	
1. Fundamentación	4
1. 1. Antecedentes	4
1. 2. Marco Teórico	6
1. 2. 1. Metaparadigma de Enfermería	6
1. 2. 2. Modelos Teóricos	7
1. 2. 3. Modelo Teórico del Autocuidado	9
1. 2. 4. Factores Condicionantes Básicos	16
1. 2. 5. Proceso Atención de Enfermería	17
1. 2. 6. Choque Cardiogénico	20
1. 2. 6.1. Fisiopatología	20
1. 2. 6. 2. Factores Predisponentes	24
1. 2. 6. 3. Etiología	24
1. 2. 6. 4. Signos y síntomas	24
1. 2. 6. 5. Diagnóstico médico	24
1. 2. 6. 6. Tratamiento médico	24
1. 2. 6. 7. Complicaciones	25
Capítulo II	
2. Metodología	26
2. 1. Diseño del Estudio de Caso	26
2. 2. Proceso de Identificación de Variables	27
2. 3. Instrumentos	29
2. 5. Descripción Genérica del Caso	30
2. 5. 1. Factores Condicionantes Básicos	30

2. 6. Primera Etapa	32
2. 6. 1. Valoración Clínica General	32
2. 6. 2. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado	37
2. 6. 3. Plan de Intervenciones de Enfermería	58
2. 7. Valoración Clínica Focalizada No. 1	59
2. 7. 1. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado	61
2. 7. 2. Plan de Intervenciones de Enfermería	65
2. 8. Valoración Clínica Focalizada No. 2	68
2. 8. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	74
2. 9. Valoración Clínica Focalizada No. 3	71
2. 9. 1 Plan de Intervenciones de Enfermería	73
2. 10. Valoración Clínica Focalizada No. 4	78
2. 10. 1 Plan de Intervenciones de Enfermería	80
2. 11. Valoración Clínica Focalizada No. 5	82
2. 11. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	84
2. 12. Valoración Clínica Focalizada No. 6	86
2. 12. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	88
2. 13. Valoración Clínica Focalizada No. 7	89
2. 13. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	91
2. 14. Valoración Clínica Focalizada No. 8	93
2. 14. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	95
2. 15. Valoración Clínica Focalizada No. 9	97
2. 15. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería	99
2. 16. Valoración Clínica Exhaustiva No. 10	103
2. 16. 1. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado	106
2. 16. 2. Plan de Intervenciones de Enfermería	107
2. 17. Plan de Alta Hospitalario	115
2. 17. 1. Diseño del Plan de Alta Hospitalario	115
2. 17. 2. Planeación de Cuidados	115
2. 18. Segunda Etapa	120
2. 18. 1. Valoración Final Visita Domiciliaria	120
2. 18. 2. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado	122

2. 18. 3. Plan de Intervenciones de Enfermería	123
Capítulo III	
3. Resultados	124
3. 1. Análisis de Resultados	125
Capítulo IV	
4. Discusión	126
4. 1. Conclusiones	129
Referencias Bibliográficas	130
Apéndices	
Apéndice A. Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado	134
Apéndice B. Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado	142
Apéndice C. Consentimiento Informado al Familiar	144
Apéndice D. Consentimiento Informado al Receptor de Autocuidado	145

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura Jerárquica del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería.	8
2. Teorías constituyentes, la teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado	15
3. Sistema conceptual de enfermería	16
4. Fisiopatología del Choque Cardiogénico	23
5. Proceso de Identificación de Variables	27

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Etapas del Estudio de Caso	26
2. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (22 - 03 - 04)	36
3. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (23 - 03 - 04)	60
4. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (24 - 03 - 04)	67
5. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (25 - 03 - 04)	72
6. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (26 - 03 - 04)	79
7. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (29 - 03 - 04)	83
8. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (30 - 03 - 04)	87
9. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (31 - 03 - 04)	90
10. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (01 - 04 - 04)	94
11. Registro Hemodinámico Unidad de Cuidados Coronarios (02 - 04 - 04)	98
12. Resultados Estimación de Capacidades de Autocuidado en Hospitalización y en su Hogar .	124

RESUMEN

Beatriz Marcos López

Fecha de Graduación: Septiembre, 2007.

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Título del Estudio: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO A UN AGENTE CON CHOQUE
CARDIOGÉNICO.

Número de Páginas: 145. Candidato para obtener el grado de
Especialización en Enfermería
Cardiovascular.

Área de Estudio: Cardiovascular

Propósito y Método de estudio: identificar el Déficit de Autocuidado en la primera etapa durante la Valoración Clínica General, en la fase crítica; para fortalecer Capacidades de Autocuidado, aplicando el Proceso Atención de Enfermería (PAE), desarrollando en la persona habilidades de Autocuidado.

El Diseño del Estudio de Caso, fue de tipo longitudinal, descriptivo y de intervención, en una persona de 64 años con Choque Cardiogénico.

Contribución y Conclusiones: los Requisitos Universales que con mayor frecuencia se presentaron durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Coronarios fueron: Aire, Agua, Eliminación, Alimentación, Actividad y Reposo, Soledad e Interacción Social, Prevención de Peligros para la Vida, Normalidad y Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud; de los cuales se elaboraron los diagnósticos de Enfermería y el Plan de Intervenciones especializadas.

De acuerdo al instrumento utilizado, se estimaron las Capacidades de Autocuidado (CAC), de la persona en las dos diferentes etapas del estudio, en una escala de 1 a 100 puntos; obteniendo los siguientes resultados.

Primera Etapa	Valoración Clínica General.	CAC 0
	Valoración Clínica Exhaustiva.	33. 3
Segunda Etapa	Valoración Final Visita Domiciliaria.	83. 92

En resumen, los resultados confirman que la utilización del PAE, fundamentado en el Modelo Teórico de Orem, fortaleció el desarrollo de habilidades en la persona, adquiriendo una Cultura de Cuidado para su Salud e integración de su Agencia de Cuidado Dependiente.

Firma del Tutor Académico: _____

Introducción

La cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar como causa de muerte en todo el mundo, según datos publicados por la Organización Mundial de Salud (OMS., 2002). En México las enfermedades cardiovasculares, también ocupan la primera causa de muerte de acuerdo a datos publicados por la Secretaría de Salud (SS., 2002).

Considerando que los factores de riesgo mayores para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares son: hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal, edad mayor de 55 años en varones y mayor de 65 años en mujeres por debajo de 65 años. Dentro de éstas se encuentra la Cardiopatía isquémica enfermedad que puede ser silenciosa sin presentar síntomas, pero lo suficientemente severa para causar un ataque cardíaco y complicaciones severas. EL Worcester Heart Attack Study determina que su frecuencia se ha incrementado entre 1975 y 1988 (Lupi., 2002).

El Choque Cardiogénico y la rotura miocárdica, se consideran la primera y segunda causa más común de muerte intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo al miocardio; la rotura miocárdica se observa en 10 a 15% en sujetos con infarto agudo al miocardio que fallecen y la frecuencia de ocurrencia oscila entre 1 y 2%, la mayoría sucede dentro de las primeras 48 horas, se considera una complicación temprana. De un 7 a 15% de todos los infartos agudos al miocardio desarrollan Choque Cardiogénico, el 75% aparece en las primeras 24 horas de evolución del infarto, con un promedio de 7 horas, pero en otro grupo de personas aparece posterior a la extensión del infarto y el cuadro clínico aparece dentro de las 48 horas posteriores (Leiva., 2002).

En pacientes hospitalizados el Choque Cardiogénico postinfarto prevalece como la principal causa de mortalidad, que en algunas series excede el 80% con una mortalidad de 46.7% en tratamiento quirúrgico temprano y el 56% con tratamiento médico; estudios clínicos patológicos demuestran que hay pérdida del 40 al 70% de la masa ventricular izquierda, frecuentemente de una combinación entre infarto antiguo y reciente.

Con menor frecuencia se presenta también el estado de choque debido a infarto predominante del ventrículo derecho; pero representa una de las más serias complicaciones temprana con alta mortalidad a pesar del uso de dispositivo de asistencia ventricular (BIAC), la sobrevivencia es del 27.3%. (Lupi., 2002).

Debido a la trascendencia importante del incremento de las enfermedades cardiovasculares en México y las complicaciones severas de la cardiopatía isquémica, se tuvo el interés por realizar un Estudio de Caso a un Receptor de Autocuidado con Choque Cardiogénico, a pesar de las pocas posibilidades de sobrevivir; fundamentado en el Modelo del Déficit de Autocuidado propuesto por Dorothea Orem. Esta Teoría nos permite evaluar el Déficit de Autocuidado que tienen las personas, el grado de capacidades para cuidarse por sí mismas y las demandas de Autocuidado terapéutico; destacando el hacer profesional de la Agencia de Enfermería, con base a los Sistemas de Enfermería y la estructuración de un Plan de Cuidados e Intervenciones especializadas de Enfermería, para ayudarle a recuperar Capacidades de Autocuidado (CAC) e integración de la participación de su Agencia de Cuidado Dependiente.

El Estudio de Caso contempla dos etapas: la Primera Etapa incluye la Valoración de CAC en el área hospitalaria desde la Valoración Inicial, diez Valoraciones Focalizadas subsecuentes y el Plan de Alta Hospitalario. La Segunda Etapa corresponde a la Valoración Final durante la Visita en su Hogar y el cierre del Estudio de Caso.

Objetivos

Objetivo General.

Implementar los cuidados especializados de la Agencia de Enfermería para disminuir los problemas que se presentan en fase crítica del Choque Cardiogénico; a través del Proceso Atención de Enfermería, con base al Modelo del Déficit de Autocuidado.

Objetivos Específicos.

1. Identificar el Déficit y Capacidades de Autocuidado en un Agente con Choque Cardiogénico.
2. Lograr que la persona establezca su propia Agencia de Autocuidado, aplicando el Sistema de Enfermería propuesto por Dorothea Orem.

Capítulo I

1. Fundamentación.

1. 1 Antecedentes.

No existen estudios de PAE (Proceso Atención de Enfermería), realizados para el Choque Cardiogénico, con base al Modelo del Autocuidado. Sin embargo se toma como referencia los estudios relacionados realizados por Da Silva. (1997) y Gallegos. (1998), quienes demostraron que de acuerdo a la percepción del estado de Salud las CAC se incrementan hasta que una persona se sabe o se siente enferma, entonces es cuando realizan Acciones de Autocuidado (AC), confirmando que el nivel percibido de CAC, es significativamente mayor en personas hospitalizadas que en las personas que nunca se han hospitalizado, concluyendo que para llevar a cabo las Acciones de AC se necesita reconocer el estado de Salud y llevar a cabo Capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional, motivacional y de orientación.

Por otro lado Landeros O. (2002), estudió una comunidad de adultos con y sin obesidad, aparentemente sanos, mostrando que este grupo de adultos percibe sus CAC, que teóricamente les habilita para mantenerse en un estado de Salud aceptable relativamente bajo ya que los integrantes no consideran necesario desarrollar sus CAC para cuidar su Salud, porque se encuentra en buen estado; de acuerdo con Orem. (2001), el Factor Condicionante Básico que más influye en el desarrollo de las CAC, en un adulto es el estado de Salud; pues no perciben su Salud plena pero tampoco han desarrollado CAC para mejorarla. También confirmó que el mayor nivel de escolaridad favorece el desarrollo de las CAC y que las mujeres obtienen mayores puntajes de CAC que los hombres.

Otros estudios de caso, con enfoque de conceptos teóricos de Autocuidado, en personas con afección cardiovascular realizados por: Landeros O. (2000), Huerta M. (2001),

Salas M.(2003), Pérez N. (2003); demostraron que las personas no aplican Acciones de AC, mientras se encuentran sanas; pero en presencia de enfermedad observaron un puntaje elevado de Déficit de Autocuidado, con mínimas CAC, pues dependen de diversos Factores Condicionantes Básicos como: edad, nivel educativo, nivel económico, estilo de vida, estructura familiar, entre otros; en estos estudios se comprobó que las CAC están directamente relacionadas con la percepción del estado de Salud – Enfermedad, las cuales pueden incrementarse a través de orientación e información con la intervención especializada de la Agencia de Enfermería para ayudarlo, apoyarlo y educarlo en el desarrollo de sus CAC.

1. 2. Marco Teórico.

1. 2. 1. Metaparadigma de Enfermería.

El Metaparadigma se define como un grupo de conceptos globales que identifican el fenómeno de interés de la disciplina y sus proposiciones teniendo como función resumir las funciones intelectuales y establecer una frontera en el objeto de estudio, que permiten distinguir a Enfermería de otras disciplinas.

Por lo tanto la palabra paradigma pone de manifiesto la relación aceptada por una disciplina que existe entre ciencia, filosofía y teoría. En este sentido el Metaparadigma de Enfermería esta representada por cuatro conceptos principales (Fawcet., 1984).

1. Persona: es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y llevar a cabo el Autocuidado. Este concepto incluye a la familia y a la comunidad.
2. Entorno: representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender el Autocuidado o sobre su capacidad de ejercerlo.
3. Salud: se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano, estos elementos también comprenden el proceso de enfermedad y muerte.
4. Cuidados Enfermeros: representa un servicio especializado centrado sobre las personas que no tienen capacidades para ejercer el Autocuidado.

Enfermería contempla el Déficit del Autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de Autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la Enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una aptitud responsable frente a su propio Autocuidado.

1. 2. 2. Modelos Teóricos.

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

Los modelos conceptuales han existido desde que las personas empezaron a pensar sobre sí mismos y de su entorno, el término modelo conceptual es sinónimo de esquema conceptual, sistema conceptual, paradigma o matriz disciplinaria.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos abstractos y generales que proporcionan un esquema de referencia distintivo y una manera de pensar coherente unificada internamente acerca de los eventos y procesos cada modelo representa un foco único que tiene influencia profunda en nuestras percepciones.

La credibilidad de un modelo conceptual se determina indirectamente mediante la comprobación empírica de las teorías de rango medio que se derivan del modelo o se enlazan con el.

Sin embargo una Teoría es menos abstracta que el modelo conceptual, pero es más abstracta que los indicadores empíricos. Una teoría se define como un conjunto de conceptos y proposiciones específicas y concretas que describen, explican y predicen los fenómenos de interés de una disciplina.

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

Dentro de este marco la ciencia, la filosofía y la teoría son todos ellos elementos del dominio de cualquier disciplina científica del cual derivan los modelos conceptuales y las Teorías de Enfermería que lo hacen tangible, a través de indicadores empíricos, los cuales sirven como: instrumentos, condiciones experimentales y procedimientos que se usan para observar o medir los conceptos de una teoría, como ejemplo de indicadores empíricos se encuentran los instrumentos, que se elaboran con base a un modelo o teoría de Enfermería, como es la “Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado” (Isenberg y Evers., 1993), o el propio Proceso Atención de Enfermería.

El Metaparadigma proporciona una perspectiva única de los conceptos que ayudan a distinguir a la enfermería de otras disciplinas científicas, como se plasma en la figura.

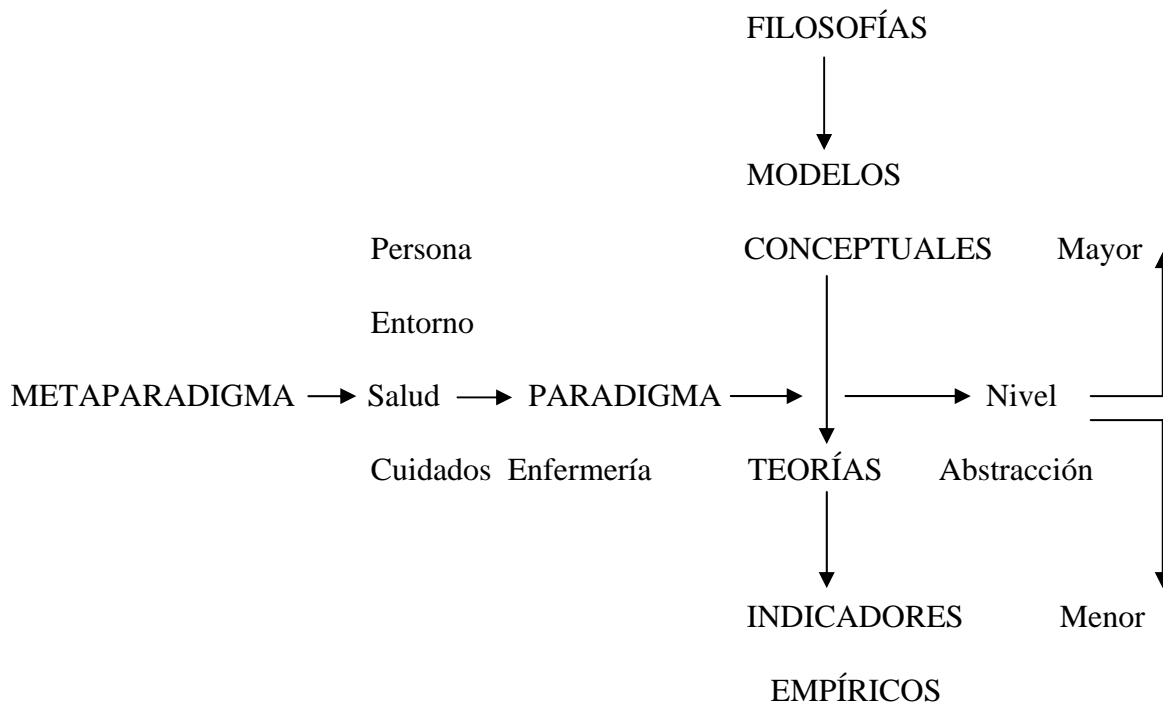


Figura. 1 Estructura Jerárquica del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería, Fawcet, 1995.

1. 2. 3. Modelo Teórico del Autocuidado.

La importancia del desarrollo de las teorías contempla el estudio en aspectos limitados sobre la realidad por lo que es necesario profundizar todos los fenómenos de interés de una disciplina.

Esta teoría fue desarrollada por la Dra. Dorothea Orem en 1958, la cual describe y explica el Autocuidado, definiéndolo como la capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir; tales como físicas, psicológicas y espirituales. Considerado como la totalidad de actividades que un individuo realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal. (Savanagh G. A., 1993).

El Modelo teórico del Autocuidado, es una teoría general que a su vez se integra por tres teorías interrelacionadas que son:

1. Teoría del Autocuidado (Cómo y por qué se cuidan a las personas).
2. Teoría del Déficit de Autocuidado (Por qué la Enfermería puede ayudar a las personas).
3. Teoría de Sistemas de Enfermería (Qué relaciones deben crearse para que exista la Enfermería).

1. Teoría del Autocuidado.

El Autocuidado, comporta la connotación dual “para uno mismo y realizado por uno mismo”, el Autocuidado es una conducta humana, un comportamiento, una acción, la práctica de actividades aprendidas de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas para su propio beneficio con el fin de mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar. (Savanagh G. A., 1993).

El cuidado dependiente es una actividad realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.

El proveedor de Autocuidado se denomina Agente de Autocuidado, el proveedor de cuidados a un lactante, a un niño o a un adulto dependiente, es denominado Agente de Autocuidado dependiente. El término Agente se usa, en el sentido para la persona que lleva a cabo la acción. Esta teoría tiene elementos periféricos, que son los requisitos de Autocuidado, los cuales se refieren a las acciones o actividades a realizar que son necesarias en la regulación del funcionamiento y desarrollo humano permanente o en condiciones y circunstancias específicas, se identifican tres tipos de requisitos de Autocuidado: Universal, de Desarrollo y Desviación de la Salud.

a) Requisitos de Autocuidado Universal: son comunes en todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida están asociados con procesos vitales y con el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humano.

Los requisitos de Autocuidado Universal incluyen: Aire, Agua, Alimento, Eliminación, Actividad y Reposo, Soledad e Interacción Social, Prevención de Peligros para la Vida y Normalidad.

El mantenimiento del aporte suficiente de Agua, Aire y Alimentos proporciona a los individuos los materiales necesarios para la producción del metabolismo y energía.

La provisión de cuidados efectivos asociados con los procesos de eliminación determina y mantienen las condiciones internas y externas necesarias para la regulación de los procesos de eliminación.

El mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y el Reposo controla el gasto de energía voluntaria regulan los estímulos ambientales, proporcionan variedad de salidas para los intereses y talentos, así como el sentido de bienestar que se deriva de todo ello.

El mantenimiento de un equilibrio entre la Soledad y la Interacción Social proporcionan condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimiento, se

forman los valores, expectativas y se logra una sensación de seguridad y realización necesarios para el desarrollo de la autonomía personal como la pertenencia al grupo.

La prevención de Peligros para la Vida contribuye al mantenimiento de la integridad humana. Empezar acciones para prevenir los acontecimientos que pueden conducir al desarrollo de situaciones peligrosas para la vida o el bienestar.

Normalidad, se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas, constitucionales y talentos de los individuos. Identificar y atender las desviaciones de las normas estructurales y funcionales de uno mismo; con respecto a la individualización, personalización y el funcionamiento humano descrito en forma psicológica, cognitiva o biológicamente.

b) Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se define como aquellos que tienen como objeto promover mecanismos que ayudan a vivir, madurar y prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos. Estos requisitos están asociados con los procesos de desarrollo humano como: estados intrauterinos y proceso de nacimiento, etapa de vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia, adulto joven y edad adulta.

Con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital como: deprivación educativa, problemas de adaptación social, fracaso de una individualización saludable, pérdida de amigos, familiares, pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral, cambio brusco de residencia a un entorno desconocido, problemas asociados con la posición económica, mala salud o incapacidad, condiciones de vida opresivas, enfermedad terminal y muerte inminente.

c) Requisitos de Autocuidado Desviación de la Salud: estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o lesionadas que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos o incapacidades, se asocian con los defectos constitucionales, genéticos, desviaciones de

la estructura y funcionamiento humano y sus posibles efectos, el diagnóstico médico y tratamiento.

Existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidad o esta recibiendo cuidados médicos bajo ciertas circunstancias, tiene necesidad de buscar y asegurar la ayuda apropiada del personal de salud, ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos aprendiendo a vivir con ellos tomando en cuenta las medidas terapéuticas necesarias.

2. Teoría del Déficit de Autocuidado.

La Teoría del Déficit de Autocuidado, tiene su origen en la finalidad propia de la Enfermería, el saber de los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella para ocuparse del Autocuidado o del Cuidado Dependiente.

El término Déficit de Autocuidado se refiere a la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo (demandas de Autocuidado Terapéutico) y las Capacidades de Acción de los individuos (las que realmente se llevan a cabo) para el Autocuidado o el Cuidado Dependiente (Agencia de Autocuidado), donde los elementos de las Capacidades de Autocuidado desarrollados dentro de la agencia de Autocuidado no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de las demandas de Autocuidado Terapéutico existentes o previstos (Savanagh G. A., 1993).

Demanda de Autocuidado Terapéutico: representa la suma de actividades de Autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado.

Durante un cierto tiempo para cubrir los requisitos de Autocuidado específicos por los individuos, en relación con sus condiciones y circunstancias. Es el conjunto de Acciones de Autocuidado necesarios, para satisfacer los requisitos de Autocuidado; contempla la totalidad de

los requisitos de Autocuidado e identifica los métodos y los cursos de acción que llevan a una respuesta terapéutica.

Agencia de Autocuidado: es la capacidad de los individuos para participar en su propio Cuidado que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir sobre los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de Autocuidado Terapéutico (requisitos de Autocuidado, tecnologías, medidas de Cuidados) y finalmente para realizar las actividades de Cuidados determinados para cubrir sus requisitos de Autocuidado a lo largo del tiempo.

El concepto de Capacidades de Autocuidado (CAC) se desarrolla en la teoría del Déficit de Autocuidado y se define como la habilidad para ocuparse del Autocuidado, las CAC se desarrollan en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje. Según la teoría, el concepto cuenta con tres elementos estructurales: las Capacidades fundamentales, los componentes de poder y las Capacidades especializadas, para este estudio de caso solamente se utilizaron los componentes de poder, considerados como aquellas habilidades que impulsan la Acción de Autocuidado:

1. Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de Autocuidado y de los factores externos.
2. Habilidad para controlar el uso de energía.
3. Habilidad para controlar la posición corporal.
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de Autocuidado.
5. Motivación al Autocuidado.
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el Cuidado de uno mismo.
7. Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre Autocuidado.

8. Repertorio de habilidades diversas para llevar a cabo operaciones de Autocuidado.
9. Habilidad para ordenar Acciones de Autocuidado.
10. Habilidad para integrar el Autocuidado en la vida individual, familiar y comunitaria.

Es importante mencionar que las Capacidades de Autocuidado pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir que por alguna razón la persona tiene las habilidades para cuidar de su salud pero no hace uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la forma en que las personas perciben su estado de salud, lo que a su vez afecta lo que hacen para cuidarse, influyendo así las CAC. Cuando las personas se perciben sanas, aparentemente no se preocupan por su salud hasta que reconocen o perciben que su salud puede estar en peligro (Orem., 2001).

3. Teoría de Sistemas de Enfermería.

Un sistema, es algo construido, mediante las intervenciones de las enfermeras (Cuidados) y de las personas o el Receptor de Autocuidado. Establece lo que hacen las enfermeras cuando cuidan a otros, dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual a personas con Desviación de la Salud.

Para la producción de cuidados efectivos y completos por sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de Autocuidado Terapéutica son conocidas y satisfechas.

Los elementos básicos de un sistema de Enfermería son:

Enfermera → paciente o grupo de personas → interacción con familiares y amigos.

(Stephen J., 1993).

La Teoría de Sistemas basa su función en la Agencia de Enfermería, definido como el ejercicio basado en las Capacidades especializadas de Enfermería, para las personas con Déficit de Autocuidado derivados de la salud o asociados a la misma y regular el desarrollo de la Agencia de Cuidado, se han identificado tres tipos de Sistemas de Enfermería:

1. Totalmente Compensatorio: cuando la Enfermera está compensando una incapacidad total de la persona para realizar actividades de Autocuidado, el papel primordial de la Enfermera es compensar las incapacidades para el Autocuidado, apoyarlo y protegerlo.

2. Parcialmente Compensatorio: tanto la Enfermera como la persona, realizan medidas de asistencia, implican la tarea de realizar medidas de Autocuidado, Cuidar de sí mismo, acepta Cuidados y ayuda.

3. De Apoyo Educativo: en aquellas situaciones, en el cual la persona, realiza, puede o debe aprender a realizar las medidas requeridas de Autocuidado Terapéutico, se limita a ayudar a tomar decisiones, conocimientos y adquiere habilidades y destrezas, juega un papel de consultor (Orem., 1993).

La unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería denominada Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado, identifica que la Teoría del Sistema de Enfermería, incluye la Teoría de Autocuidado, como se muestra en la siguiente figura.

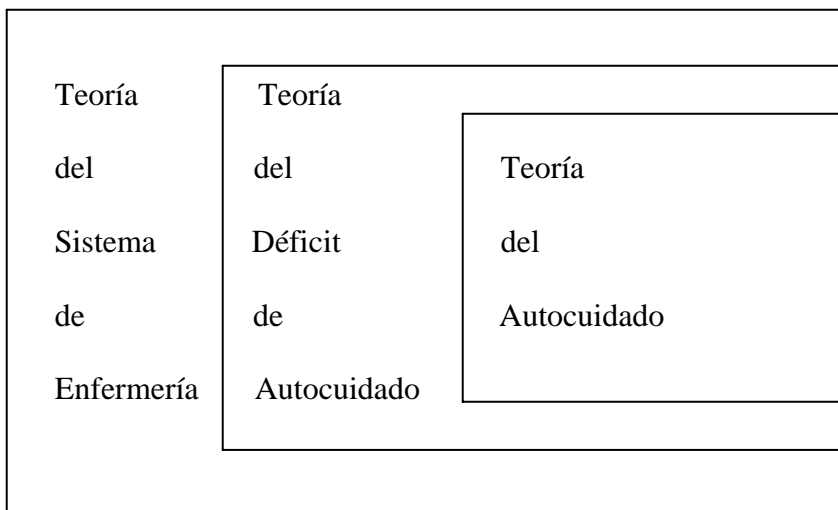


Figura. 2 Teorías constituyentes, la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado Orem, 1993.

1. 2. 4. Factores Condicionantes Básicos.

Orem, define la Salud como un estado de total integridad del ser humano en sus partes y sus formas de funcionamiento, se espera que las personas sean agentes responsables de su propio Autocuidado.

Pero el logro del objetivo es dirigir a la persona hacia el Cuidado Independiente, está condicionado por algunos factores, llamados Factores Condicionantes Básicos; éstos son los factores internos o externos a los individuos.

Que afectan al tipo o calidad de Autocuidado requeridos, condicionan de diversa forma las demandas de Autocuidado Terapéutico y determinan cuales son las conductas del individuo ante la salud y la enfermedad.

Se han identificado diez factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de Cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida; incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. La Teoría del Autocuidado elaborada por Dorothea Orem se plasma en la siguiente figura.

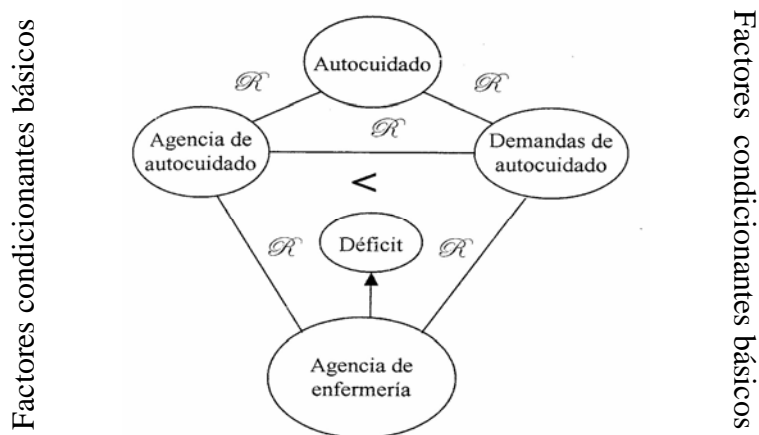


Figura. 3 Sistema conceptual de Enfermería. R relación entre los componentes; <, relación de Déficit, actual o potencial, en donde Enfermería podría ser requerida Orem, 1995.

1. 2. 5. Proceso Atención de Enfermería (PAE).

Principal indicador empírico, es un método sistemático y organizado consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que permiten ofrecer Cuidados eficaces de forma secuencial e interrelacionada, en donde se realizan acciones intencionadas y se aplica la ciencia de Enfermería, haciéndose visible en el momento de otorgar Cuidados de Enfermería, orientado al logro de los objetivos finales como:

1. Promover, mantener o restaurar la salud o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
2. Permitir a las personas manejar sus propios Cuidados de salud.
3. Otorgar Cuidados de calidad y calidez.
4. Buscar formas para mejorar la satisfacción mediante los Cuidados de salud.

Para este Estudio de Caso, el PAE se aplicó con base a los conceptos teóricos del Autocuidado, para cada una de las etapas sea congruente con dicho enfoque.

1. Valoración: es la primera etapa del proceso de enfermería, se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes de información de forma directa o indirecta; se utilizan métodos como: entrevista, observación y exploración física (Dossier B., 1995), para analizar el estado de Salud de las personas, permite la identificación de las Capacidades de Autocuidado, existen cuatro aspectos a explorar: Factores Condicionantes Básicos, Requisitos de Autocuidado Universal, de Desarrollo y de Desviación de la Salud, a partir de estos elementos es como el profesional de Enfermería; obtendrá una visión de la persona y las condiciones que influyen en ella para desarrollar, conservar o perder las Capacidades de Autocuidado.

2. Diagnóstico de Enfermería: es una declaración de un estado de alteración que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de Enfermería y es

resultado de un proceso intelectual complejo. Es el pensamiento crítico en el área clínica, los diagnósticos enfermeros son con base a respuestas humanas; es decir como responden las personas ante un problema de salud: sus reacciones, inquietudes, sentimientos y conductas; una vez reunidos y examinados los datos se analizan y sintetizan en el diagnóstico de Enfermería y para cada elemento valorado se determinan los Déficit de Autocuidado.

Para integrar el diagnóstico de Enfermería, se estructura con el formato PES (Gordón., 1996), primero se identifica el problema, enseguida se precisa la etiología, para finalmente determinar las formas de expresión, manifestación o signos y síntomas del problema inicialmente detectado. El problema determina los objetivos, es el foco para proponer respuestas alternativas que se espera que la persona alcance. La etiología determina las intervenciones de Enfermería específicas que evitarán, corregirán o aliviarán el problema, permitirá desprender el sistema a activar; los signos y síntomas se refieren a las conductas, indicios, evidencias que caracterizan la respuesta humana.

Ejemplo:

(P) Problema + Relacionado con + (E) Etiología + Manifestado por + (S) Signos y Síntomas, en donde es válido mencionar a la respuesta humana.

3 - 4. Planeación - Ejecución: la planeación junto con la ejecución consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del Receptor de Autocuidado sano o enfermo para evitar, reducir o corregir el déficit identificado.

El Plan de Cuidados se puede estructurar de varias formas, sin embargo en general abarca tres componentes:

- a). Diagnóstico de Enfermería (estableciendo prioridades).
- b). Elaboración de Objetivos.
- c). Desarrollo de Intervenciones y Cuidados de Enfermería.

Este último apartado, es la puesta en práctica del plan propuesto, es la ejecución de las intervenciones de enfermería, en esta etapa la enfermera determina el tipo de sistema a activar.

5. Evaluación: pretende apreciar la pertinencia del sistema de enfermería planeado e implementado, así como la dirección de dichas intervenciones (demanda de Autocuidado Terapéutico), a partir de considerar variables o factores que le permitieron o no activar todo el proceso de Autocuidado de la persona y confrontarlo contra el objetivo establecido en cada diagnóstico y con ello reorientar el sistema y la demanda de Cuidado Terapéutico (Ostiguín., 2000). La etapa de evaluación está siempre presente en todas las demás etapas del proceso, ya que la evaluación es continua y permite identificar intervenciones que pueden mejorar y por lo tanto mejorar el método si es necesario. (Dossier B., 1995).

1. 2. 6. Choque Cardiogénico.

1. 2. 6. 1. Fisiopatología: el choque cardiogénico comienza con una enfermedad cardíaca y termina siendo un grave padecimiento sistémico en el cual sufren todos los órganos de la economía; incluye las siguientes fases:

1. Fase temprana o compensadora: inquietud, irritabilidad, aprensión, taquicardia moderada, presión arterial normal, aumento mínimo de la presión sistólica o disminución moderada de la presión diastólica, cambios mínimos de la presión ortostática, diuresis normal o con mínimo decremento, piel pálida y fría, disminución mínima de la temperatura corporal.
2. Etapa intermedia o progresiva: falta de atención, apatía, confusión, retraso en el habla, taquicardia, pulso débil y apenas perceptible, disminución de la presión arterial, agotamiento de la presión diferencial, cambios ortostáticos moderados o graves en la presión arterial, piel fría y húmeda, taquipnea, menor temperatura corporal.
3. Fase tardía o compensadora: confusión, discurso incoherente y balbuceante, posible inconsciencia, hiporreflexia o arreflexia, pupilas dilatadas, pulso lento irregular y apenas perceptible, hipotensión arterial con la presión diastólica casi en cero, oliguria o anuria, piel fría y húmeda, respiración lenta, superficial e irregular, hipotermia corporal intensa.

Si el estado de choque no se compensa el desenlace final es la muerte.

Al presentarse el infarto del miocardio por obstrucción total de una de las arterias del corazón, la privación de oxígeno sobreviene de inmediato sobre la fibra miocárdica produciendo alteración de la energía contráctil, disminuye el flujo sanguíneo coronario y la oxidación de sustancias energéticas en el citoplasma de las células que se emplean en el corazón para convertir energía química en energía mecánica como glucosa, lactatos y piruvatos; en las mitocondrias se inhibe la síntesis de ADP y ATP.

En presencia de isquemia extensa la función hemodinámica del corazón sufre un grave deterioro por la disminución de la energía contráctil del ventrículo izquierdo; la extracción de lactato y piruvato se elevan en la sangre coronaria originando un metabolismo anormal, que se manifiesta con la caída del gasto cardiaco y consecuentemente de la presión arterial; entonces el corazón utiliza su mecanismo de Frank Starling, aumentando su volumen y presión diastólica en un intento de aumentar el gasto cardiaco, por otro lado el sistema nervioso autónomo produce liberación de catecolaminas, vasopresina y material vasoexcitador, promueven un aumento del gasto cardiaco por sus efectos cronotrópicos e inotrópicos positivos, intentaran restaurar la homeostasis y preservar los órganos vitales.

También hay disminución del flujo coronario e hipocontractilidad o mecanismo de bomba del corazón, cuando el corazón se torna insuficiente se eleva la presión telediastólica o de llenado del ventrículo izquierdo y a su vez se eleva la presión media de la aurícula izquierda y por ende la presión venocapilar pulmonar o presión en cuña; por otro lado en la periferia del territorio sistémico se produce hipoperfusión tisular, originando elevación del ácido láctico o hiperlactacidemia que se traduce como hipoxia tisular que conduce a una serie de alteraciones en cada territorio afectado. Esta acidemia metabólica deprime más la energía contráctil del músculo cardiaco, la isquemia esplácnica en particular se produce a nivel del páncreas determina la producción de un polipéptido denominado factor miocárdico depresor (FMD), cuyo efecto es inotrópico negativo, produce inhibición de la contracción miocárdica, es un vasoconstrictor esplácnico y disminuye la fagocitosis. La estasis de sangre venosa a nivel hepático produce otra sustancia denominada ferretín o material vasopresor que acentúa con mayor grado el estancamiento de sangre comprometiendo el retorno venoso y el gasto cardiaco; en términos generales este es el ciclo vicioso que se inicia y se perpetúa desde el momento en que se instala el fallo de bomba del corazón, Figura. 4.

El estado de choque denota la hipoperfusión celular y el choque cardiogénico, representa el síndrome producido por la incapacidad del corazón para funcionar como bomba, mantener un gasto cardiaco adecuado que satisfaga las demandas metabólicas del organismo, estado de insuficiencia aguda con aporte de oxígeno deficitario e hipoperfusión tisular que ocasiona una disfunción orgánica progresiva.

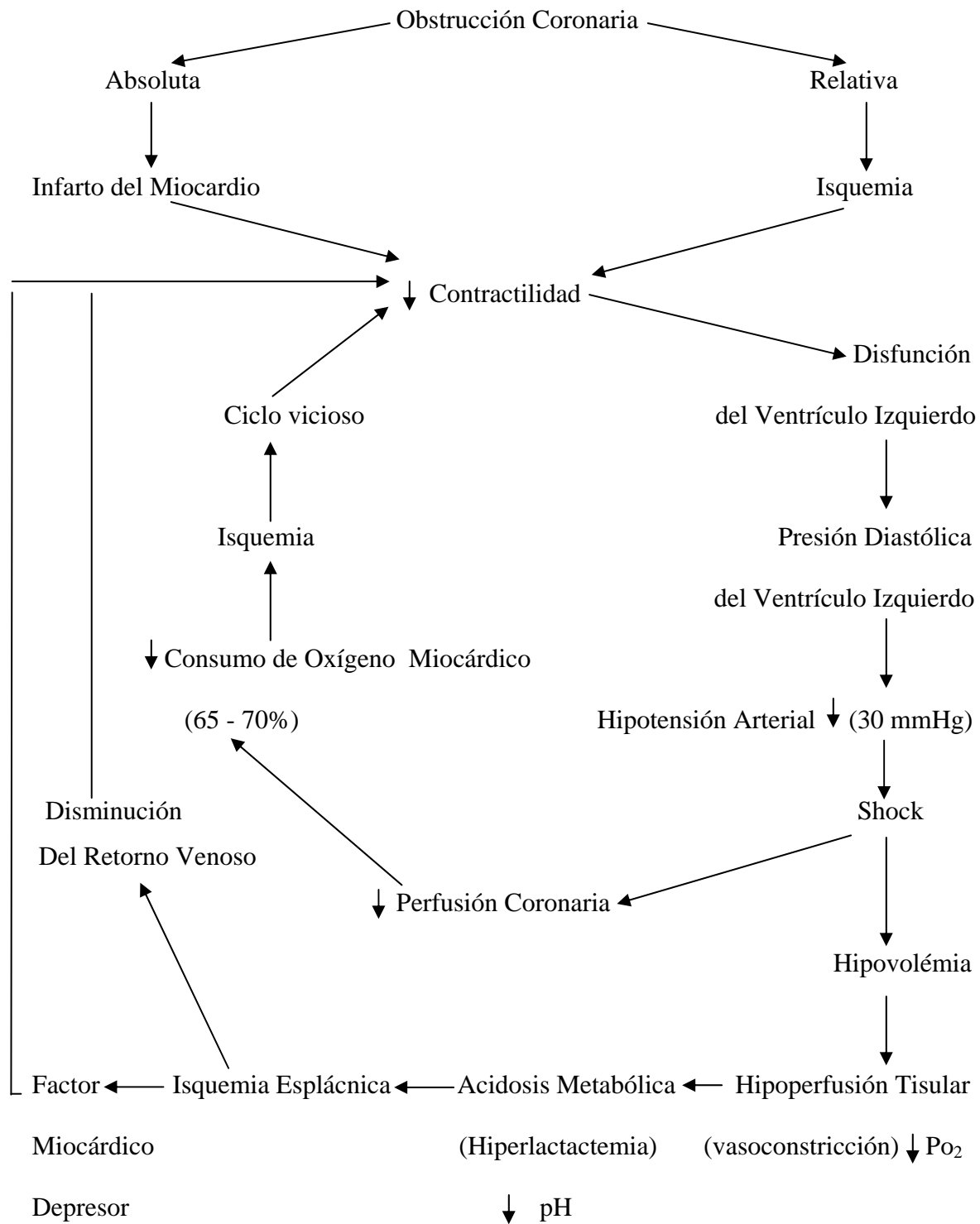


Figura. 4 Fisiopatología del Choque Cardiogénico, Balvanera, 1982.

1. 2. 6. 2. Factores Predisponentes: personas mayores de 70 años, ambos sexos destacando el sexo femenino, infartos o anginas previas, enfermedad vascular cerebral, personas con diabetes mellitus, en las primeras horas del infarto o posterior a la extensión del infarto.

1. 2. 6. 3. Etiología: predominan diversos factores miopáticos, mecánicos y eléctricos.

1. 2. 6. 4. Signos y Síntomas: signos de bajo gasto cardiaco como hipotensión, pulso retardado, apagamiento de ruidos cardiacos.

Signos de hipoperfusión tisular: cianosis periférica, estupor, coma, llenado capilar lento, oliguria, excitación y desorientación.

Signos de reacción adrenérgica: taquicardia, palidez, hipotermia, piloerección, diaforesis, hiperventilación pulmonar.

1. 2. 6. 5. Diagnóstico Médico: mediante estudios de laboratorio que, incluyen biometría hemática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo, enzimas cardiacas y estudios de gabinete como, Rx de tórax, ecocardiograma, cateterismo cardiaco.

La instalación del catéter de flotación permite hacer el diagnóstico diferencial entre choque hipovolémico: disminución de gasto cardiaco, índice cardiaco, presión arterial diastólica y presión capilar pulmonar e incremento de las resistencia vasculares periféricas. Choque cardiogénico: disminución de gasto cardiaco, índice cardiaco e incremento de las resistencias vasculares pulmonares, presión capilar pulmonar y presión arterial diastólica.

Perfil Hemodinámico: presión arterial media < 60 mmHg, presión capilar pulmonar > 15 mmHg, índice cardiaco < 2.2 L/min/m², fracción de eyección < 20 - 30 %

1. 2. 6. 6. Tratamiento Médico: de reperfusión con trombolisis en las primeras 6 horas, angioplastía, apoyo circulatorio a través de balón intraórtico de contrapulsación (BIAC), fármacos como el uso de inotrópicos, vasopresores, antiarrítmicos y diuréticos, instalación de

marcapasos, apoyo con ventilación mecánica, revascularización coronaria y trasplante cardiaco en casos muy selectivos (Leiva., 2002).

1. 2. 6. 7. Complicaciones: trastornos del ritmo como, fibrilación ventricular, extrasístoles ventriculares, fibrilación auricular, taquicardia ventricular; trastornos de la conducción como bloqueos, muerte súbita, pericarditis, disfunción y ruptura del músculo papilar, perforación del septum interventricular.

Capítulo II

2. Metodología.

2. 1. Diseño del Estudio de Caso.

Es de tipo longitudinal, descriptivo y de intervención, el tiempo corresponde a un trimestre, desde la Valoración Clínica General, inicial en el hospital hasta la Valoración Final realizada durante la Visita Domiciliaria; la selección del participante se realizó el 22 de marzo del 2004, en el servicio de la Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología. El seguimiento de caso se plantea en dos etapas:

La Primera Etapa incluye la Valoración Clínica General (V. C. G.) y las subsecuentes Valoraciones Clínicas Focalizadas (V. C. F), en ese momento se encontró al Receptor de Autocuidado, en estado crítico; por lo que se requirió de la participación y autorización de su esposa, para llevar a cabo el Estudio de Caso.

La Segunda Etapa corresponde a la última Valoración Clínica, realizada durante la Visita en su Hogar (V. C. H.). Ambas etapas se describen en la Tabla. 1.

ETAPA	VALORACIÓN	FECHA	DIAGNÓSTICOS	TERMINACIÓN
1^a INICIO FASE HOSPITALARIA	V. C. G	22 - 03 - 04	10	02 - 04 - 04
	V. C. F. No. 1	23 - 03 - 04	2	02 - 04 - 04
	V. C. F. No. 2	24 - 03 - 04	2	30 - 03 - 04
	V. C. F. No. 3	25 - 03 - 04	3	01 - 04 - 04
	V. C. F. No. 4	26 - 03 - 04	1	28 - 03 - 04
	V. C. F. No. 5	29 - 03 - 04	1	02 - 04 - 04
	V. C. F. No. 6	30 - 03 - 04	1	31 - 03 - 04
	V. C. F. No. 7	31 - 03 - 04	1	03 - 04 - 04
	V. C. F. No. 8	01 - 04 - 04	1	03 - 04 - 04
	V. C. F. No. 9	02 - 04 - 04	2	02 - 04 - 04
	V. C. E. No. 10	05 - 04 - 04	6	05 - 04 - 04
	Plan de Alta	20 - 04 - 04	0	20 - 04 - 04
2^a FINAL VISITA DOMICILIARIA	V. C. H	24 - 06 - 04	1	24 - 06 - 04

Tabla. 1. Etapas del Estudio de Caso.

2. 2. Proceso de Identificación de Variables.

Las variables utilizadas en este Estudio de Caso corresponden a elementos teóricos de Autocuidado que incluyen los 8 Requisitos Universales (RU), Requisito de Autocuidado para el Desarrollo (RD) y Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud (RDS), así como los Factores Condicionantes Básicos (FCB); identificando con ello el Déficit de Autocuidado, a través de formatos de valoración general y valoraciones focalizadas; desde el enfoque holístico del método sistemático del Proceso Atención de Enfermería (PAE) como principal indicador empírico que permite evidenciar los conceptos abstractos del modelo en la práctica, a partir de la elaboración de diagnósticos de enfermería, otorgando solución a los problemas detectados y fortalecer Capacidades de Autocuidado (CAC) en el Receptor de Autocuidado para llevar a cabo Acciones de Autocuidado (AC), con previa aplicación del instrumento de valoración de CAC, como se esquematiza en la siguiente figura.

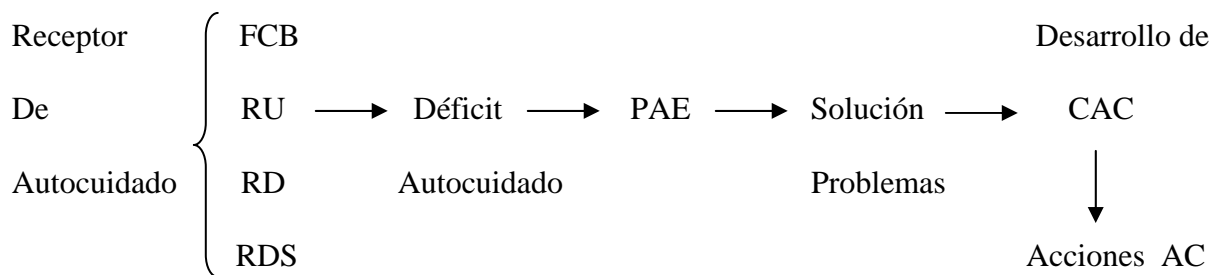


Figura. 5 Proceso de Identificación de Variables.

2. 3. Instrumentos.

Para la obtención de variables, se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Instrumento de Valoración Inicial de Enfermería, “Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado” (ENEO - UNAM, 1997, apéndice A), a través del cual es posible obtener datos objetivos y subjetivos en relación a los Factores Condicionantes Básicos y a los tres Requisitos de Autocuidado: Universales, de Desarrollo y Desviación de la Salud, asimismo nos permite identificar el Déficit de Autocuidado de la persona.

2. Instrumento “Escala Estimativa de las Capacidades de Autocuidado” (Evers, Isenberg, 1993, apéndice B), versión en español por Esther Gallegos Cabriaes PhD (1998), el cual permite estimar las Capacidades de Autocuidado que ha alcanzado la persona, con ayuda de la Agencia de Cuidado dependiente y de Enfermería.

Este instrumento consta de 24 reactivos, el cual valora las Capacidades de Autocuidado representa todos los componentes de poder y ha sido utilizado en población mexicana por Da Silva. (1997), Gallegos. (1995) y Landeros. (2003), quienes reportaron un Alpha de Cronbach de .79, .81 y .89 respectivamente.

El patrón de respuesta es una escala tipo Likert que incluye cuatro opciones: Total Desacuerdo = 1, Desacuerdo = 2, Acuerdo = 3 y Total Acuerdo = 4.

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

2. 4. Consideraciones Éticas.

El estudio de caso, se realizó de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud y Asistencia [SSA], 1987), otorgando consentimiento informado primero del familiar responsable y posteriormente de la persona enferma, previa selección para el seguimiento de caso, según el artículo 14 fracción V, con el fin de respetar la dignidad y bienestar del Receptor de Autocuidado y el derecho a retirarse en el momento en el cual ya no desee participar, artículo 13 fracción V.

Asimismo se estipula que en las investigaciones con seres humanos, se debe proteger la privacidad del individuo, manteniendo el anonimato y exponiendo los resultados en forma general, de acuerdo al artículo 16. (Apéndice C y Apéndice D).

2. 5. Descripción Genérica del Caso.

2. 5. 1. Factores Condicionantes Básicos.

Se trata del Sr. Gustavo de 64 años de edad, casado, católico, originaria del D. F estudió hasta el 1^{er} año de contabilidad, trabajó como taxista 25 años, tiene tres hijos y dos hermanos aparentemente sanos, su vivienda es propia, de construcción de concreto, con tres habitaciones, cocina y baño independiente, cuenta con los servicios básicos de agua, luz, drenaje y teléfono, los gastos económicos los cubre él.

Su Agencia de Cuidado Dependiente es su esposa, quien refiere que existen buenas relaciones entre ellos y sus hijos siempre los apoyan. También mencionó que ha sido una persona sana, que cuida su salud por sí mismo y en presencia de enfermedad, su esposa y su hija están al pendiente de él, pero en el área hospitalaria depende totalmente de los Cuidados de Enfermería.

Su problema de salud lo llevó al internamiento prolongado en el 2004, por lo que estuvo hospitalizado 30 días en la Unidad de Cuidados Coronarios y 4 días en hospitalización, fue egresado a su domicilio el 22 de abril del mismo año.

El Estudio de Caso, inició el 22 de marzo del mismo año, se tomó de la Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”.

Datos obtenidos del expediente clínico y de sus familiares mencionaron que ingresó consciente, estuvo asintomático las primeras 24 horas y a las 48 horas presentó graves complicaciones por lo que requirió de apoyo ventilatorio, manejo de expansores de volumen e inotrópicos como se describe en la Valoración Clínica General.

PRIMERA ETAPA

2. 6. Primera Etapa.

2. 6. 1. Valoración Clínica General (22 de marzo del 2004).

Esta primera etapa corresponde a la Valoración Clínica Inicial del Estudio de Caso; durante la exploración física, se observó que todos los requisitos de Autocuidado se encontraron alterados, con un Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio. Su estado de Salud fue muy grave, se encontró con diversas alteraciones hemodinámicas, en estado de estupor, con sedación y relajación.

Exploración Física.

Cabeza: cráneo normocéfalo, sin hundimientos, pupilas isocóricas normorreflexicas, conducto auditivo externo y narinas permeables, palidez facial, mucosa oral deshidratada, dentadura completa, cianosis peribucal, halitosis y petequias a nivel facial.

Traquea: simétrica, sin ingurgitación yugular, sin adenomegalia, pulsos carotídeos disminuidos.

Tórax: campos pulmonares hipoventilados, presencia de estertores en ambas bases, ruidos cardíacos disminuidos, con choque de la punta en 6 espacio intercostal izquierdo.

Abdomen: blando, depresible, ruidos peristálticos disminuidos

Extremidades: pulsos periféricos retardados, llenado capilar lento, cianosis distal, edema prominente en miembros superiores e inferiores.

Requisitos Universales.

Aire: a su ingreso había requerido solo de puntas nasales a 3 litros por minuto, posteriormente de bolsa mascarilla reservorio, después a los dos días presentó disnea, incremento del trabajo respiratorio y datos de hipoxia, por lo que requirió de apoyo ventilatorio; en ese momento se observó con vía aérea alterada, con presencia de estertores basales de predominio derecho, secreciones sanguinolentas, gasométricamente con, hipocapnia, acidosis, saturación de oxígeno de 85 - 88 %.

Con ventilación mecánica, modalidad controlado por volumen (CMV), volumen corriente (VC) 650 ml, frecuencia respiratoria (FR) 16 por minuto, presión positiva al final de la espiración (PEEP) 4 cm. H₂O, fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) 60%, flujo 50 L/min, relación inspiración/espiración(R: I/E) 1.1, presión máxima (PM) 21. 4, sensibilidad (Senc.) -1.

Agua: no existe ingesta de agua, solo líquidos intravenosos y expansores de volumen

Alimentación: se encontró en ayuno, con incapacidad de alimentarse por vía oral, por instalación de tubo endotraqueal. Peso 75 Kg., talla 1. 65 metros.

Eliminación: ruidos peristálticos disminuidos, con sonda nasogástrica a derivación, escaso drenaje gástrico, sin presencia de evacuación, sonda vesical con flujos urinarios escasos forzado con diurético de asa a 6 mcg/ minuto, inadecuada distribución de líquidos corporales, edema prominente en ambas extremidades superiores e inferiores, datos de hipocaliemia (3. 1 meq/L).

Actividad y Reposo: a su ingreso al instituto tenía la capacidad de movilizarse por sí mismo dentro de la cama, posteriormente se vio limitado, estuvo en posición Fowler y reposo absoluto.

Soledad e Interacción Social: se encontró aislado de su entorno, ansioso y agitado, ajeno a su medio ambiente, con falta de conocimientos a los procedimientos realizados, interacción con personal médico, Agencia de Enfermería y visita de sus familiares, sin poder comunicarse debido a sedantes y relajantes.

Prevención de Peligros para la Vida: protegido por la Agencia de Enfermería, sujetado de ambas manos, con barandales arriba, observación y valoración continua, con piel integra sin presencia de lesiones corporales, ni úlceras por presión, sin datos de infección, pero con antibiótico profiláctico. Con catéter de flotación en subclavia izquierda, catéter central en braquial derecha y línea arterial en radial derecha.

Normalidad: no valorable.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: Receptor de Autocuidado, en la séptima década de la vida, con cambio impresionante en su ciclo de vida por problemas de salud, con imposibilidad para llevar a cabo su desarrollo personal.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: su esposa refirió que el Sr. Gustavo, tuvo ictericia a los 5 años de edad desconoce la causa, empezó con gota a los 30 años, hipertensión arterial a los 59 años, controlada con inhibidores de la enzima conversiva de angiotensina (IECA) e hipertrofia prostática a los 61 años sin tratamiento médico; mencionó que siempre fue una persona sana y nunca se quejó de nada.

Problema de Salud Actual: lo inició el 16 de marzo del 2004, al presentar dolor precordial tipo opresivo duración de 30 minutos el cual cedió espontáneamente, acompañado de disnea, vómito y deseos de defecar durante 3 horas; se mantuvo en reposo en casa, en ese momento su esposa le automedicó dos tabletas de aspirina de 100 mg cada una, posteriormente dos en la mañana del día siguiente y dos en la tarde del mismo día (total de 600 mg), sin recibir atención médica.

Posteriormente el 19 de marzo del mismo año volvió a presentar nuevo evento en reposo y obligado por sus familiares acudió con médico particular; encontrando datos de infarto, quien lo refirió al Instituto Nacional de Cardiología; pero regresó a su casa y finalmente debido a su gravedad lograron convencerlo para llevarlo al instituto, donde se encontró asintomático, pero con hallazgos electrocardiográficos de infarto, se mantuvo en observación estrecha por monitoreo electrocardiográfico, pero a los dos días presentó severas complicaciones con compromiso hemodinámico por lo que requirió de múltiples procedimientos invasivos. Se encontró con datos de bajo gasto cardiaco, hipotermia e hipotensión.

Diagnóstico Médico: cardiopatía isquémica por infarto agudo al miocardio, reinfarcto posteroinferior con extensión al ventrículo derecho, Choque Cardiogénico remitido a choque hipovolémico, remitido a insuficiencia renal aguda, neumonía y sangrado de tubo digestivo.

Estudios realizados: ecocardiograma (22 - 03 - 04) reportó fracción de eyección normal del 65 %, (posiblemente con resultado no confiables debido al uso de inotrópicos y vasopresores de 24 horas), hiposinecia del tercio distal en la pared inferior, ascinecia del tercio medio y apical en la pared inferolateral e hiposinecia de la pared inferior del ventrículo derecho, remitido a la coronaria derecha. Endoscopia (21 - 03 - 04) encontrando gastritis erosiva antral leve. Cateterismo cardiaco (13 - 04 - 04) con los siguientes hallazgos hemodinámicos; coronariografía: descendente anterior con lesión tubular en segmento medio del 55 %, primera diagonal con lesión ostial del 90 % de trombo, flujo distal del 40 %, TIMI 3, coronaria derecha con lesión crítica del segmento proximal del 70 %, otra lesión en segmento distal antes de la cruz del corazón del 70 %. Ventriculografía: con movimiento global y segmento normal; por considerarse paciente de alto riesgo no fue candidato a intervencionismo. La última placa de control de tórax (15 - 04 - 04) reportó cardiomegalia grado I, con ligera congestión pulmonar.

Tratamiento Médico: a su ingreso antitrombóticos (Asa, clorpidogrel, heparina de bajo peso molecular e hipolipemiantes), expansores de volumen, catéter de flotación, ventilación mecánica, inótropicos, vasopresores, diuréticos, hemodiálisis (ultrafiltración), transfusión sanguínea, protector de mucosa gástrica, triple esquema de antibióticos de segunda, tercera generación y antibiótico para estafilococos. Instalación de marcapasos transvenoso; no fue posible el manejo con balón intraórtico de contrapulsación, por su edad mayor de 60 años y por falla renal, pues se considera una contraindicación médica.

General

Unidad de Cuidados Coronarios

Fecha: 22 de marzo del

2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 121/56 mmHg Frecuencia cardiaca: 81 por minuto Frecuencia respiratoria: 16 por minuto Temperatura: 35° C Saturación de oxígeno: 88 %	Gasto cardiaco: 5.5 L/minuto Índice cardiaco: 3.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 74 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 610 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 44 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 42/22/30 mmHg Presión capilar pulmonar: 22 mmHg Presión venosa central: 32 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.48 Presión arterial de oxígeno: 77 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 21 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 96 % Saturación de oxígeno venoso: 50 % Bicarbonato: 16 mmol/L	Dobutamina: 10.04 -13.32 gamas Dopamina: 2.6 - 5.7 gamas Arterenol: 0.22 - 0.39 ug/kg/minuto
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 16 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 60 % Presión positiva al final de la espiración: 4 -12 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 40ml/hora Diuresis de 24 horas: 974.88 ml Ingresos: 4151ml Egresos. 2362 ml Balance total: + 1789 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 2: en el reporte hemodinámico se encontró con hipotensión diastólica e hipotermia, además con compromiso en el patrón respiratorio reflejado por hipoxemia, retención de bióxido de carbono, acidosis; requirió de apoyo ventilatorio con aumento de concentraciones de oxígeno, se encontró hemodinámicamente inestable con datos de hipervolemia y deficiente manejo en la expulsión del volumen circulante, con gasto cardiaco normal, pero con dosis alfa de aminas, presentó flujos urinarios bajos se manejó con inotrópico a dosis β .

2. 6. 2. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado.

Durante la realización de la Valoración Clínica General, se identificó, que el Sr. Gustavo presentó un Déficit de Autocuidado de 100 %, con ausencia de Capacidades y Demandas Terapéuticas de Autocuidado en su totalidad. Se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, en ese momento se dio prioridad a los más alterados en orden de importancia y se elaboró un Plan de Cuidados de Enfermería, que contempla los cambios significativos de mejoría durante dos semanas de inestabilidad hemodinámica, en la Unidad de Cuidados Coronarios; en el cual se observó y se valoró constantemente sobre su evolución, como se describe en la siguiente Planeación de Cuidados Especializados.

2. 6. 3. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 22 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 2 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Aire. Prioridad: 4.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: vía aérea permeable, aspiración frecuente de secreciones, fisioterapia pulmonar y apoyo ventilatorio.
1. Diagnóstico de Enfermería: alteración en el requisito universal Aire relacionado, con congestión pulmonar manifestado por estertores bibasales de predominio derecho, abundantes secreciones sanguinolentas, hipoxia, hipocapnia y acidosis.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: mejorar la ventilación y oxigenación del Receptor de Autocuidado, a través de permeabilidad de las vías aéreas.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo del patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno por oxímetro de pulso y dispositivo de CO₂ continuo, auscultación de campos pulmonares en busca de esfuerzo respiratorio y ruidos respiratorios como estertores, sibilancias, espasmo, se identificó la estructura simétrica torácica, calidad respiratoria, color de piel y permeabilidad de las vías aéreas.❖ Se valoró y documentó el patrón respiratorio cada hora y en ocasiones las veces que fueron necesarias; los cambios en el patrón respiratorio pueden indicar signos de agravamiento de la enfermedad.❖ Se garantizó la correcta fijación de la cánula endotraqueal, para prevenir extubación.❖ Se controló el dolor y agitación a través de sedación en infusión permanente.❖ Se realizó fisioterapia pulmonar antes de la aspiración, con la finalidad de movilizar secreciones

para facilitar su remoción.

- ❖ Se mantuvo con vía aérea permeable a través de aspiración de secreciones endotraqueales por circuito cerrado evitando desconexión y doblez del mismo y se aspiró la cavidad orofaringe por sistema abierto con equipo desechable, se hiperoxigenó al 100%, a través del ventilador mecánico, además se observó el estado de oxigenación y hemodinámico antes, durante y después de cada aspiración.
- ❖ Se realizó lavado endotraqueal con solución fisiológica al 0.9%, con el objetivo de fluidificar las secreciones y facilitar la extracción de secreciones durante la aspiración.
- ❖ Al término de la aspiración se auscultaron campos pulmonares, para valorar los cambios significativos y se colocó al Receptor de Autocuidado en posición Fowler para favorecer la expansión pulmonar.
- ❖ Se reportó en el registro de enfermería las características y cantidad de las secreciones obtenidas y cambios realizados de los parámetros ventilatorios.
- ❖ El cambio de quipos de aspiración se realizó cada 24 horas para prevenir infecciones nosocomiales.
- ❖ Se valoró la placa de Rx de tórax, para determinar el grado de congestión pulmonar y se esquematizó en la hoja de enfermería.
- ❖ Se tomaron muestras de gases arteriales dos veces por turno, para evaluar la oxigenación y el nivel de presión de bióxido de carbono.
- ❖ Se ajustaron parámetros ventilatorios de acuerdo a reportes gasométricos.
- ❖ Se controló cada hora los parámetros del respirador; ya que pueden ocurrir cambios o fallas que serán detectados si se valora con frecuencia.
- ❖ El circuito del respirador se mantuvo libre de condensación de agua.
- ❖ Se aseguró que las alarmas del ventilador estuvieran conectadas y funcionando correctamente.
- ❖ Se evitó el acumulo de secreciones en la nariz artificial y se realizó cambio del mismo cada 24 horas.
- ❖ Se realizó cambios de posición cada 2 horas en decúbito dorsal, lateral derecho, lateral izquierdo y

prono con cambio de posición de la cabeza, siguiendo la posición del respirador en relación con la cabecera para evitar rigidez del circuito del respirador de acuerdo a la estabilidad del Receptor de Autocuidado; con el fin de prevenir edema intersticial y aumentar la perfusión periférica producida por la inmovilidad.

Fundamentación del Cuidado: se debe mantener la oxigenación adecuada del Receptor de Autocuidado, pues todas las células requieren de oxígeno, la falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro, los niveles de oxígeno y bióxido de carbono dependen de la relación ventilación/perfusión; cuando se altera el proceso fisiológico, se requiere de la asistencia ventilatoria mecánica para evitar hipoxia, que se produce por vasoconstricción pulmonar y agravamiento del cuadro general, como consecuencia de la inestabilidad de signos vitales y mantenimiento hemodinámico; la ventilación asistida promueve la sincronía en la respiración del enfermo con el respirador, evita luche con el y lo mantiene tranquilo; lo cual contribuye a su estabilidad general, mejorando principalmente la presión arterial.

Evaluación: el Sr. Gustavo mejoró en la ventilación y oxigenación después de haber superado el proceso crítico; con la constante aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar continua, toleró los cambios de posición en decúbito lateral, aunque en una ocasión se hipotenso y disminuyó la saturación de oxígeno por lo que se regresó a posición decúbito dorsal, una sola vez se colocó en posición decúbito prona por tres horas, el cual fue bien tolerado.

Los campos pulmonares mejoraron escuchándose con adecuada entrada y salida de aire, los gases arteriales evolucionaron favorablemente hasta corregir la hipoxia, hipocapnia y normalización del bicarbonato, el tubo endotraqueal se mantuvo permeable y la línea arterial funcional hasta el momento de su retiró.

Déficit: Requisito Universal Agua.
Prioridad: 3.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: hidratación de piel y mucosas.
2. Diagnóstico de Enfermería: Déficit en la ingesta de líquidos orales relacionado, con ayuno prolongado manifestado por deshidratación en piel y mucosas.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mejorar la hidratación de la piel y mucosas.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se evaluó signos de deshidratación. ❖ Se valoró datos de hipovolémia e hipervolémia. ❖ Se realizó monitorización de líquidos y electrolitos. ❖ Se realizó hidratación de la mucosa oral, a través de compresas húmedas. ❖ Se mantuvo con permeabilidad de accesos vasculares. ❖ Se realizó hidratación con terapia intravenosa a través de soluciones isotónicas y expansores de volumen para mejorar la distribución de los líquidos corporales. ❖ Se observó y se valoró datos de hemorragia. ❖ Se tuvo con monitoreo de signos vitales y de la presión venosa central. ❖ Se llevó un registro estricto de ingresos y egresos de líquidos cada hora para valorar la respuesta de reposición de volumen. ❖ Se conservó el equilibrio hidroelectrolítico, a través de soluciones calculadas, por lo que es necesario que el volumen circulante sea adecuado para que la actividad celular sea óptima.
<p>Fundamentación del Cuidado: la producción del metabolismo y energía del ser humano requieren de un aporte suficiente de agua para sobrevivir; así como de un proceso de eliminación que controle las condiciones internas y externas del organismo, pero cuando fisiológicamente se ven afectados es necesario otorgar Cuidados específicos para mantener una hidratación adecuada y contribuir en el</p>

mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico de la función renal.

Evaluación: mejoró la hidratación de la piel y las mucosas, pero con poca respuesta a la reposición de volumen en los primeros días y cursó con balances positivos, posteriormente fueron negativos y se obtuvo un control hídrico, hasta lograr la ingesta de líquidos por vía oral después del proceso crítico.

Déficit: Requisito Universal Alimentación.
Prioridad: 5.
Demanda de Autocuidado: alimentación por vía enteral.
3. Diagnóstico de Enfermería: riesgo potencial de Desnutrición relacionado, con ayuno prolongado.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: prevenir una desnutrición severa a través de nutrientes suficientes para cubrir sus necesidades metabólicas.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se observó y se valoró su peso corporal. ❖ Se tuvo en ayuno las primeras horas posterior a la intubación. ❖ Se valoró adecuadamente el tránsito intestinal, a través de auscultación de ruidos peristálticos, en busca datos de distensión abdominal. ❖ Se mantuvo con sonda nasogástrica abierta, facilitando la descompresión para reducción de la distensión abdominal, favoreciendo la expansión torácica y el vaciamiento gástrico, para prevenir vómitos o broncoaspiración. ❖ Se cuantificó y se observó la cantidad y características del contenido gástrico ❖ Se valoró la permeabilidad de la sonda nasogástrica. ❖ Se valoró el reporte de laboratorio en busca de datos de anemia.
Fundamentación del Cuidado: el individuo requiere de 1500 a 1800 calorías diarias, por lo que es necesario mantener un aporte calórico adecuado en enfermos graves durante la fase aguda para prevenir pérdida de peso corporal durante su estancia hospitalaria.
Evaluación: se mantuvo con sonda de alimentación enteral permeable por 10 días, pero a pesar de que se cubrió este Requisito Universal, presentó pérdida de peso corporal muy significativo; porque fue muy difícil llevar un monitoreo estricto de peso corporal por la inadecuada distribución de líquidos.

Déficit: Requisito Universal Eliminación.
Prioridad: 2.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: distribución de líquidos corporales.
4. Diagnóstico de Enfermería: Déficit en la Eliminación urinaria relacionado con, inadecuada distribución de líquidos corporales manifestado por oliguria, diuresis concentrada, deshidratación, hipotensión, hipocaliemia, edema prominente en ambos miembros superiores e inferiores.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mejorar la distribución de líquidos corporales.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se valoró datos de hipovolémia e hipervolémia. ❖ Se observó y se valoró la función renal. ❖ Se mantuvo con hidratación intravenosa a través de soluciones y expansores de volumen para mejorar la función renal. ❖ Se tuvo monitoreo de la presión venosa central, presión capilar pulmonar, presión arterial pulmonar y presión arterial media cada hora, reportando cambios relevantes. ❖ Se preparó y administró diuréticos de Asa a 6. 0 mcg/min y amina a dosis β (3 gamas) en infusión continua, con previa prescripción médica; los diuréticos de asa excretan de un 25 a 27 % de sodio filtrado, actúan en las porciones medulares y corticales de la rama ascendente del asa de Henle y aún en las células de la mácula densa del túbulo distal, disminuyendo la resorción. ❖ Se mantuvo con sonda vesical permeable. ❖ Se realizaron mediciones de la excreción urinaria cada hora, tomando en cuenta que la diuresis menor de 30 ml/h, denota disminución del gasto cardiaco y del riego sanguíneo renal. ❖ Se reportó cantidad, color y características de diuresis; una orina oscura y concentrada son indicativos de un déficit de líquidos con aumento de la osmolalidad de fluidos orgánicos que libera la hormona antidiurética.

- ❖ Se evaluó la ubicación y extensión del edema prominente, asimismo se colocó vendaje elástico en miembros superiores e inferiores y se mantuvieron elevados para mejorar la distribución de líquidos corporales.
- ❖ Se llevó un registro estricto de ingresos y egresos de líquidos, para conocer el equilibrio hidroelectrolítico de la función renal.
- ❖ Se tuvo un monitoreo de electrólitos séricos, se requieren concentraciones específicas de electrólitos en los líquidos extracelulares e intravasculares para conservar la vida; considerando que la hiponatremia es común debido a la lesión tubular y al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.
- ❖ Se conservó el equilibrio hidroelectrolítico, a través de soluciones calculadas, por lo que es necesario que el volumen circulante sea adecuado para que la actividad celular sea óptima.
- ❖ Se realizó reposición de potasio intravenoso.

Fundamentación del Cuidado: la función renal es de importancia vital, para la regulación del equilibrio de líquidos y electrólitos, con un filtrado de 170 L / día de plasma y una excreción de 1.5 L de orina para regular el mecanismo homeostático en la composición y volumen de líquidos corporales.

Evaluación: el Receptor de Autocuidado estuvo con flujos urinarios bajos, sin respuesta adecuada a volumen, en las primeras horas posteriormente mejoró la función renal con el uso de dopamina a dosis β y diurético de Asa por infusión continua durante 5 días, además con el apoyo posterior de la hemodiálisis, mejoró el volumen urinario, se obtuvo un balance negativo, la presión venosa central y la presión capilar pulmonar se normalizaron, disminuyó el edema prominente y se corrigió la única alteración electrolítica.

Déficit: Requisito Universal Actividad y Reposo.
Prioridad: 7.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: cambios frecuentes de posición.
5. Diagnóstico de Enfermería: alteración del Bienestar relacionado, con estancia prolongado en cama y estado de sedación manifestado por limitación de la movilidad física e incomodidad.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: mantener un ambiente tranquilo, cómodo y confortable para favorecer el reposo prolongado.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se fomentó una higiene corporal adecuada a través del baño de esponja, para favorecer el bienestar general; las personas que se encuentran en estado de coma, carecen de actividad física provocando atrofia de los músculos, por lo que es necesario contribuir en su actividad y descanso. ❖ Se mantuvo con la ropa de cama limpia y libre de arrugas, para favorecer el descanso. ❖ Se realizaron cambios posturales cada dos horas. ❖ Se observó el estado de oxigenación y monitoreo electrocardiográfico antes, durante y después de los cambios posturales. ❖ Se colocó en posición de alineación corporal correcta. ❖ Se proporcionó un apoyo adecuado para la columna cervical. ❖ Se minimizó el roce de los dispositivos invasivos con la piel del Receptor de Autocuidado para favorecer su descanso. ❖ Se colocó en posición semifowler para facilitar la ventilación / perfusión. ❖ Se utilizaron dispositivos adecuados para proteger estructuras óseas. ❖ Se preparo y se administró sedación en infusión continua. ❖ Se aplicó masaje y ejercicios pasivos, para mejorar la circulación sanguínea. ❖ Se elevaron las extremidades superiores e inferiores para contrarrestar la fuerza de gravedad, facilitando el retorno venoso y prevenir estasis venosa.

❖ Se mantuvo en normotermia, para contribuir en el descanso corporal.

Fundamentación del Cuidado: el cuerpo humano requiere de actividad física y reposo, pero cuando pierde la Capacidad de participar en su propio Autocuidado, la Agencia de Enfermería es responsable de mantener la piel integra e intacta a través de la higiene general, masajes, ejercicios pasivos para mejorar la circulación sanguínea favoreciendo la actividad y reposo del Receptor de Autocuidado.

Evaluación: se mantuvo con piel integra, limpia hidratada y toleró muy bien los cambios de posición, con adecuada tolerancia de los ejercicios pasivos en extremidades y se observó un descanso tranquilo.

Déficit: Requisito Universal Soledad e Interacción Social.
Prioridad: 8.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: información sobre los procedimientos a realizar, recibir visitas de sus familiares.
6. Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la Interacción Social relacionado, con falta de conocimiento de los procedimientos terapéuticos invasivos y efectos de sedación manifestado por dificultad para comunicarse, ansiedad y agitación.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: establecer una comunicación de apoyo y guía respetando la individualidad y privacidad del Receptor de Autocuidado e integración de su familia durante la visita.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se explicó al Receptor de Autocuidado y a la Agencia de Cuidado Dependiente cada uno de los procedimientos a realizar, la información previa facilita las intervenciones de enfermería otorgando confianza y seguridad para fomentar la cooperación y participación del Receptor de Autocuidado y los familiares. ❖ Se alentó a la persona física y emocionalmente durante la realización de cada uno de los procedimientos, fomentando seguridad y protección al Receptor de Autocuidado, para disminuir el miedo y temor a lo desconocido, evitar que se sienta aislado de su entorno y ubicarlo en el medio hospitalario. ❖ Se estuvo la mayor parte del tiempo con el Receptor de Autocuidado, para promover seguridad y disminuir la ansiedad. ❖ Se dialogó con los familiares para aclarar dudas con respecto a los cuidados de Enfermería, involucrando a la Agencia Cuidado Dependiente durante la visita. ❖ Se otorgó apoyo emocional a los familiares.
Fundamentación del Cuidado: a pesar de que el Receptor de Autocuidado se encontró con sedación y

relajación, es necesario que siempre se le informe de cada uno de los procedimientos a realizar; porque se ha demostrado que no siempre se encuentran sedados totalmente y de esta forma la persona es capaz de cooperar y ayudarnos, también es importante fomentar la integración de su Agencia de Cuidado para otorgar confianza y seguridad de los Cuidados proporcionados por la Agencia especializada de Enfermería.

Evaluación: a pesar de que el Sr. Gustavo, se encontró sedado y relajado en el momento de hablarle abría los ojos y al tocarle la mano la cerraba, cuando quería decir sí, se quedaba tranquilo; durante la visita sentía la presencia de sus familiares y les quería hablar.

Su esposa se mostró muy atenta durante la visita, lo apoyó, lo animó para salir adelante, también el resto de su familia mostró gran interés para otorgarle amor, confianza y apoyo.

Déficit: Requisito Universal Prevención de Peligros para la Vida.
Prioridad: 6.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: mantenerlo en observación continúa, valorar zonas de presión y prevenir úlceras por presión.
7. Diagnóstico de Enfermería: riesgo potencial de Úlceras por presión relacionado, con reposo prolongado y fuerza corporal disminuida.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: prevenir úlceras por presión.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se utilizó la escala de valoración de Norton para prevención de úlceras por presión. ❖ Se documentó el estado de la piel. ❖ Se valoró constantemente la integridad de la piel. ❖ Se realizó baño de esponja para proporcionar bienestar, comodidad, frescura y relajación, eliminando las impurezas y favorecer la transpiración de la piel, para estimular la circulación sanguínea. ❖ Se respetó la integridad del Receptor de Autocuidado y se eliminaron corrientes externas durante el baño. ❖ Se realizó cambios de sábanas y pijama. ❖ Se lubricó la piel con crema, para evitar resequedad. ❖ Se evitó el uso de desodorantes. ❖ Se Protegió su piel; a través de eliminación de fuentes de presión, fricción y humedad para evitar la pérdida de la continuidad, debido a la presencia de peso sobre su cuerpo. ❖ Se evitó la presión constante sobre un tejido, ya que interrumpe la circulación y favorece la necrosis y el desarrollo de microorganismos patógenos. ❖ Se Protegieron los sitios de punción y se aseguraron las bombas de infusión.

- ❖ Se Protegieron estructuras óseas, a partir del uso de almohadillas enrolladas, para mantener alineadas las diferentes partes del cuerpo, verificando que no causen presión.
- ❖ Se mantuvo la piel limpia y seca.
- ❖ Se dio masaje delicado sobre la piel que cubre las prominencias óseas.
- ❖ Se disminuyó la presión en la superficie cutánea, con colchón de aire alternante.
- ❖ Se efectuaron cambios de posición por lo menos cada dos horas, incluyendo el decúbito prono.
- ❖ Se realizaron ejercicios pasivos, para mejorar la circulación sanguínea.
- ❖ Se evitó el uso excesivo de pañales desechables.
- ❖ Se protegió la piel del contacto prolongado con heces y orina.
- ❖ Se realizó aseo genital con jabón neutro cuando fue necesario.
- ❖ Se mantuvo con dispositivos de fijación bien ajustados a la piel sin presión excesiva para evitar lesión en la piel.

Fundamentación del Cuidado: una de las intervenciones más importantes de la Agencia de Enfermería es Cuidar y proteger la integridad de la piel del Receptor de Autocuidado de factores externos para prevenir úlceras por presión.

Evaluación: se encontró con piel integra y lubricada, los dispositivos de fijación sin ningún problema.

Déficit: Requisito Universal Prevención de Peligros para la Vida.
Prioridad: 6.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: prevenir infecciones intrahospitalarias.
8. Diagnóstico de Enfermería: riesgo potencial de Infección intrahospitalario relacionado, con dispositivos invasivos y estancia prolongada.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: aplicar reglas de asepsia y antisepsia, durante la realización de todos los procedimientos a partir de las medidas universales.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se buscó datos de infección como: escalofríos, taquicardia, leucocitosis, leucopenia, trombocitopenia. ❖ Se dio monitoreo de datos de infección bacteriana a partir de presencia de hipertermia, a consecuencia de anomalías del sistema nervioso central por liberación de sustancias tóxicas que afectan los centros de regulación térmica. ❖ Se mantuvo con estabilidad de la temperatura corporal, porque la inestabilidad térmica puede acarrear alteraciones metabólicas, vasoconstricción o vasodilatación, causando alteración de la presión arterial, originada por la ruptura de los capilares cerebrales. ❖ Se controló permeabilidad de sondas y catéteres, verificando su correcta funcionalidad, además deben estar bien suturados a la piel, para evitar que se salgan accidentalmente y las sondas deben estar fijadas correctamente a la piel. ❖ Se verificó que la curación estuviera limpia y seca, para evitar el riesgo de infección y se colocó el parche adhesivo sin gasa para visualizar cambios. ❖ Se realizó curación de catéteres cada 5 - 7 días o antes solo si fue muy necesario, valorando datos de enrojecimiento, salida de secreción purulenta en todos los sitios de inserción. ❖ Se instalaron llaves y extensiones con tapones herméticos a los sitios de entrada de catéteres, ya

que son principal fuente de contaminación.

- ❖ Se realizaron cambios de equipos cada 48 horas, respetando estándares establecidos.
- ❖ Se administró antibiótico intravenoso profiláctico, de acuerdo a esquema establecido.

Fundamentación del Cuidado: el riesgo potencial de adquirir una infección intrahospitalaria es muy elevado en todas las personas que permanecen con dispositivos invasivos por tiempo prolongado, por lo que destaca la participación importante de la Agencia de Enfermería para detectar signos y síntomas de cualquier dato de infección a través de Cuidados específicos que se otorguen al usuario incluyendo sondas y catéteres.

Evaluación: a pesar de que se manejo siempre con todas las reglas de las precauciones universales, presentó infección pulmonar, el cual evolucionó favorablemente con triple esquema de antibióticos y los cuidados específicos de la Agencia de Enfermería.

Déficit: Requisito Universal Soledad e Interacción Social.
Prioridad: 9.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: integración al entorno desconocido.
9. Diagnóstico de Enfermería: deterioro de Adaptación al medio hospitalario relacionado, con entorno desconocido manifestado por miedo, ansiedad y temor.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: favorecer un ambiente hospitalario tranquilo y seguro.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se fomentó un ambiente tranquilo, evitando factores externos. ❖ Se otorgó confianza y seguridad, para mejorar la calidad de los Cuidados de Enfermería. ❖ Se disminuyó el temor a lo desconocido, explicándole la importancia de mantenerse tranquilo. ❖ Se realizaron actividades generales para cubrir sus necesidades básicas. ❖ Se otorgó apoyo emocional. ❖ Se integro a su Agencia de Cuidado Dependiente.
Fundamentación del Cuidado: todas las personas que ingresan por primera vez al medio hospitalario, presentan temor a lo desconocido y dificultad para adaptarse, por lo que es importante que la Agencia de Enfermería, otorgue siempre apoyo emocional al Receptor de Autocuidado para orientar y ubicarlo en su unidad.
Evaluación: se mantuvo un ambiente tranquilo libre de peligros, se ofreció confianza y seguridad a la persona, el cual se encontró en ocasiones tranquilo, pero cuando despertaba se agitaba, manifestaba expresiones de angustia, temor y miedo, los cuales disminuyeron al informarle sobre las condiciones en las que se encontró.

Déficit: Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud.
Prioridad: 1.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: Cuidados especializados de Enfermería.
10. Diagnóstico de Enfermería: Hipoperfusión tisular relacionado, con disminución de la contractilidad miocárdica manifestado por hipotensión arterial, hipotermia, llenado capilar retardado, disminución de los pulsos periféricos, cianosis peribucal, retención hídrica, disminución de resistencias vasculares y periféricas.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: minimizar al máximo las complicaciones irreversibles para mantener una viabilidad hemodinámica.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se realizó monitoreo de signos vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial sanguínea sistólica, diastólica y media, cada hora y cada 15 - 30 minutos, cuando presentó inestabilidad hemodinámica, para evaluar el sistema cardiorrespiratorio, considerando que la presión arterial es uno de los parámetros fisiológicos más importantes. ❖ Se realizó exploración física con énfasis en auscultación de ruidos cardiacos, ritmo cardiaco, frecuencia cardiaca, apagamiento de los ruidos cardiacos, presencia de frote pericárdico y disrritmias. ❖ A través de la palpación se identifico los pulsos periféricos (temporal, carotídeo, braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial y pedial), la presencia o ausencia y la calidad de los pulsos aporta datos del gasto cardiaco y lesiones obstructivas. ❖ Se evaluó la perfusión periférica, a través del llenado capilar. ❖ Se valoró el estado cardiovascular a través del perfil hemodinámico con catéter arterial pulmonar. ❖ Se verificó la posición correcta del catéter pulmonar a partir de la placa de Rx de tórax. ❖ Se garantizó la permeabilidad del catéter pulmonar, al tomar gasometría de control arterial y

venoso, para evaluar saturación de oxígeno en sangre venosa; manteniendo las precauciones estándar para minimizar la transmisión de microorganismos.

- ❖ Se utilizaron soluciones heparinizadas, para el lavado de extensiones con el fin de reducir al mínimo el depósito de trombos y fibrina en los catéteres que podrían conducir a la trombosis o colonización de bacterias del catéter.
- ❖ Se realizó calibración de equipos.
- ❖ Se realizaron mediciones de la presión venosa central (PVC) en mmHg, para proporcionar información del estado de volémia y la función ventricular derecha que está influida por el retorno venoso y por la función cardíaca.
- ❖ Se realizaron mediciones del gasto cardíaco, presión capilar pulmonar, presión en cuña dos veces por turno y las veces que fueron necesarias.
- ❖ Se prepararon y se administraron inotrópicos, de acuerdo a los requerimientos de las necesidades del Receptor de Autocuidado, para mejorar la fuerza de contracción de la célula miocárdica y aumentar la función ventricular, sostener un gasto cardíaco adecuado y la presión sanguínea.
- ❖ Se administró líquidos y expansores de volumen para mantener parámetros hemodinámicos.
- ❖ Se evaluó constantemente la respuesta de la terapia farmacológica.
- ❖ Se observó y se valoró en forma constante los patrones electrocardiográficos, en busca de arritmias cardíacas, (suelen aparecer en la isquemia coronaria), así como datos de hipoxia, alteraciones de potasio sérico, edema, hemorragia, alteraciones ácido básicas y electrolíticas.
- ❖ Se tomó electrocardiograma de 12 derivaciones y se valoró cambios significativos.
- ❖ Se valoró resultados de laboratorio en busca de alteraciones hidroelectrolíticas.
- ❖ Se proporcionó oxigenoterapia a través de ventilación mecánica.
- ❖ Se mantuvo con accesos venosos permeables.
- ❖ Se valoraron reportes de laboratorio (BH, QS, ES. Tiempos de coagulación).
- ❖ Se realizó control de líquidos.
- ❖ Se buscaron signos de hemorragia como hipotensión, hipovolémia y taquicardia.

- ❖ Se valoró presencia de sangrado, considerando que el estado de choque favorece la aparición de úlceras y necrosis de la mucosa gástrica; además un sangrado excesivo puede provocar hipovolémia, por consecuencia de fragilidad tisular y trastornos a los tejidos.
- ❖ Se realizó medición de glucosa capilar dos veces por turno.

Fundamentación del Cuidado: el proceso de desviación de la salud surge cuando existe una lesión patológica que impide el desarrollo biopsicosocial de la persona, afectando su estructura y funcionamiento, en la mayoría de los casos cursan con disfunción orgánica progresiva, como el caso de choque cardiogénico que denota hipoperfusión celular e incapacidad del corazón para funcionar como bomba; es necesario el quehacer profesional del equipo de salud para prevenir complicaciones irreversibles y mantener una viabilidad hemodinámica al máximo a partir del monitoreo constante de signos vitales, perfil hemodinámico, exploración física, manejo adecuado de inotrópicos y valoración continua de estudios complementarios de laboratorio y gabinete.

Evaluación: el Sr. Gustavo presentó diversas complicaciones de la perfusión tisular a nivel renal, gastrointestinal respiratorio y neurológico durante el proceso crítico, pero a pesar de la falla multiorgánica; respondió adecuadamente con el uso de inotrópicos y vasopresores después de 12 días, logró estabilizarse hemodinámicamente, manteniéndose en normodinamia y normovolémia, mejoró el gasto cardíaco, el consumo de oxígeno, la perfusión coronaria y la contractilidad miocárdica, los signos vitales se mantuvieron dentro de parámetros normales.

2. 7. Valoración Clínica Focalizada No. 1 (23 de Marzo del 2004).

Se encontró aún con todos los requisitos universales alterados, sin cambios significativos de mejoría.

Requisitos Universales.

Aire: sus campos pulmonares se encontraron con inadecuada entrada y salida de aire en ambas bases, con abundantes secreciones de características espesas y amarillentas, con profilaxis de antibiótico de tercera generación, los reportes gasométricos reportaron hipoxemia, hipocapnia y acidosis, fue manejado con altas concentraciones de oxígeno, a través de apoyo mecánico ventilatorio.

Agua: su ingesta de líquidos, fue a través de soluciones intravenosas con soluciones de base y soluciones calculadas para inotrópicos, presentó retención de líquidos.

Alimentación: se encontró en ayuno prolongado con sonda nasogástrica permeable, escaso drenaje gástrico, con distensión abdominal y ruidos peristálticos disminuidos.

Eliminación: se observó con edema prominente en extremidades superiores e inferiores, con flujos urinarios escasos con apoyo de diurético de asa a 6. 0 mcg/min, requirió de ultrafiltración de 1800 ml, presentó dos evacuaciones melénicas durante la mañana.

Actividad y Reposo: sin actividades físicas, se encontró en reposo absoluto, en posición semifowler.

Soledad e Interacción Social: se encontró aislado de su entorno físico

Prevención de Peligros para la Vida: estuvo sujetado de ambas extremidades superiores e inferiores, porque a pesar de que se encontraba sedado, esporádicamente se despertaba y se inquietaba.

Normalidad: no valorable.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encontró con limitación física y mental para desarrollarse como persona y cubrir sus necesidades básicas.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: curso con afección cardiovascular importante, se observó con piel marmorea, cianosis distal y peribucal, llenado capilar retardado, hipotensión arterial, hipotermia, pulsos periféricos débiles, con apoyo de inotrópicos, además presentó sangrado de tubo digestivo, requirió de protector de mucosa gástrica en infusión continua a 10 ml/hr, sus resultados de laboratorio reportaron: hiperglicemia, anemia, leucocitosis, trombocitopenia, elevación de azoados y tiempos de coagulación alargados, requirió de reposición sanguínea, plasmática y esquema de insulina intravenosa, anticoagulante en infusión y lipomante por sonda nasogástrica.

2. 7. 1. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado.

En las siguientes 9 Valoraciones Clínicas Focalizadas, se observó que el Receptor de Autocuidado; aún se encontró con Déficit de Autocuidado, especialmente en los requisitos de Desviación de la Salud, Eliminación, Aire, Alimentación, Normalidad, Prevención de Peligros para la Vida e Interacción Social, sus Demandas Terapéuticas de Autocuidado aún eran muy significativas. En total se identificaron 14 diagnósticos de enfermería, dando prioridad a los que faltaban por resolver; a través de la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería, en cada una de las valoraciones focalizadas.

Tabla 3. Registro Hemodinámico

Valoración Clínica Focalizada No. 1

Unidad de Cuidados Coronarios

Fecha: 23 de marzo del 2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 1115/62 mmHg Frecuencia cardiaca: 86 por minuto Frecuencia respiratoria: 20 por minuto Temperatura: 35° C Saturación de oxígeno: 86 – 92 %	Gasto cardiaco: 5.6 L/minuto Índice cardiaco: 2.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 74 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 657 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 42 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 24/218/26 mmHg Presión capilar pulmonar: 21 mmHg Presión venosa central: 28 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.45 Presión arterial de oxígeno: 77 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 19 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 87 % Saturación de oxígeno venoso: 56 % Bicarbonato: 13.5 mmol/L	Dobutamina: 14.7 gamas Dopamina: 3 - 3.04 gamas Arterenol: 0.80 - 0.83 ug/kg/minuto Vasopresina: 2 - 4 UI
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 20 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 100 % Presión positiva al final de la espiración: 7 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 27 ml/hora Diuresis de 24 horas: 670 ml Ingresos: 4361ml Egresos: 3731ml Balance total: + 630 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 3: el perfil hemodinámico reportó hipotensión diastólica, hipotermia y disminución en la capacidad respiratoria con datos de hipoxemia hiperventilación pulmonar, acidosis; requirió altas concentraciones de oxígeno ventilatorio, el gasto cardiaco, índice cardiaco y presión media se encontraron en rangos normales con el apoyo de aminas a dosis alfa, pero se encontró aún con falla cardiaca fue necesario el apoyo farmacológico de un agonista alfa para mejorar la contracción miocárdica, presentó disminución en los flujos urinarios y se incremento la dosis de la dopamina.

2. 7. 2. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 23 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 2 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Alimentación. Prioridad: 2.
Demanda de Autocuidado: alimentación por vía enteral.
11. Diagnóstico de Enfermería: Déficit de Autocuidado en la Alimentación relacionado, con ayuno prolongado manifestado por incapacidad para ingerir alimentos.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mantener un aporte calórico adecuado.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se valoró el tránsito intestinal, a través de auscultación de ruidos peristálticos y búsqueda de datos de distensión abdominal.❖ Se mantuvo con sonda nasogástrica abierta, facilitando la descompresión para reducción de la distensión, favoreciendo la expansión torácica y el vaciamiento gástrico, para prevenir vómitos o broncoaspiración.❖ Se tuvo en ayuno las primeras horas posterior a solución glucosada al 5 % a 50 ml/h durante 24 horas, por sonda nasogástrica previo lavado, para verificar el contenido gástrico; se reportó cantidad, características y tolerancia.❖ Se inició alimentación enteral a las 24 horas, con dieta polimérica de 1400 calorías con alto valor proteico.❖ Se colocó en posición Fowler, para favorecer la digestión y evitar el reflujo esofágico, provocado por la alimentación gástrica.❖ Se evaluó por turno la absorción de la alimentación anterior, comparando con la cantidad de residuo gástrico.

❖ Se valoró datos de desequilibrio hidroelectrolítico.

❖ Se valoró la pérdida de peso corporal.

Fundamentación del Cuidado: el individuo requiere de 1500 a 1800 calorías diarias, por lo que es necesario mantener un aporte calórico adecuado en personas graves durante la fase aguda para prevenir pérdida de peso corporal durante su estancia hospitalaria.

Evaluación: se alimento con nutrición enteral de acuerdo a sus requerimientos calóricos, pero la demanda de su necesidades metabólicas fue mayor a lo calculado además de que no fue posible llevar un registro detallado de la pérdida significativa del peso corporal por la inadecuada distribución de líquidos corporales; pero presentó buena tolerancia a este tipo de alimentación sin complicaciones.

Después de la intubación se inició dieta líquida y más tarde hiposódica, pero con dificultad para deglutir.

Déficit: Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud.
Prioridad: 1.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: conservar su estado de salud.
12. Diagnóstico de Enfermería: Perfusión tisular inefectiva relacionado, con falla multiorgánica manifestado por alteraciones en la presión sanguínea y gasometría arterial, llenado capilar retardado, hipotermia, pulsos periféricos débiles, perfil sanguíneo anormal como leucocitosis, trombocitopenia, hiperglicemia, disminución de hemoglobina y elevación de azoados.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mejorar la perfusión tisular en la economía sistémica.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se realizó monitoreo de signos vitales. ❖ Se valoró el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardiacos, frecuencia y ritmo, calidad de los pulsos periféricos y llenado capilar. ❖ Se valoró la presencia de sangrado. ❖ Se observó cambios en el estado mental. ❖ Se mantuvo permeabilidad de vías aéreas. ❖ Se valoro signos de oxigenación tisular inadecuada. ❖ Se realizó administración de oxigenoterapia. ❖ Se tomó gasometría arterial y se analizó su reporte. ❖ Se controló la alcalosis respiratoria. ❖ Se realizó monitoreo ácido – base. ❖ Se tuvo con monitoreo hemodinámica invasivo. ❖ Se realizó registro de perfil hemodinámico. ❖ Se realizó monitoreo de líquidos y electrolitos. ❖ Se realizó control de líquidos.

- ❖ Se realizó ultrafiltración en tres ocasiones.
- ❖ Se valoró la permeabilidad del catéter mahukar, manteniéndolo sellado y heparinizado.
- ❖ Se proporcionaron cuidados específicos durante la terapia de hemodiálisis, para lograr una isovolémia (por el desequilibrio de líquidos).
- ❖ Se realizó registro de signos vitales antes, durante y después del procedimiento de ultrafiltración, para prevenir complicaciones.
- ❖ Se valoro datos de hipotensión durante el procedimiento por la elevación de los líquidos.
- ❖ Se observó la presencia de embolia gaseosa, por ultrafiltración.
- ❖ Se valoró los resultados de laboratorio: nitrógeno de urea, creatinina en sangre, electrolitos séricos; ya que indican la capacidad de los riñones para excretar productos de desecho.
- ❖ Se corrigió la hipocaliemia (3. 2 meq/L).
- ❖ Se observó la presencia de arritmias e hipertensión arterial, durante el tratamiento debido a la acumulación tóxica en sangre y tejidos.
- ❖ Se valoró la administración de terapia intravenosa.
- ❖ Se documento cantidad y características de vómito, drenaje gástrico y evacuaciones melénicas.
- ❖ Se administró protector de mucosa gástrica en infusión continua.
- ❖ Se realizó transfusión de hemoderivados.
- ❖ Se realizó monitoreo de glicemia capilar.
- ❖ Se controló la glucosa sanguínea.

Fundamentación de Cuidado: el estado de choque afecta a toda la arquitectura de la economía sistémica, por lo tanto el organismo trata de compensar esas demandas de oxígeno, para restaurar el flujo sanguíneo y el riego a los tejidos para mejorar la perfusión tisular y prevenir complicaciones irreversibles.

Evaluación: el Sr. Gustavo cursó con diversas complicaciones orgánicas, pero a pesar de sus pocas posibilidades para vivir, evolucionó bastante bien y sus problemas patológicos se solucionaron después de 12 días.

2. 8. Valoración Clínica Focalizada No. 2 (24 de Marzo del 2002).

Se observó sin cambios relevantes, con mismo tratamiento terapéutico.

Requisitos Universales.

Aire: a la exploración física se encontró con campos pulmonares hiperventilados en ambas bases de predominio derecho, con estertores bibasales, secreciones sanguinolentas y amarillentas en abundante cantidad, halitosis y sialorrea, los gases arteriales reportaron hipoxemia, hipocapnia y acidemia, se manejo con altas concentraciones de oxígeno por ventilación mecánica.

Agua: se observó con apoyo hídrico, a través de soluciones calculadas, su balance total fue negativo.

Alimentación: buena tolerancia de reposición con solución glucosada al 5% en infusión continua a 50 ml/hr, por sonda nasogástrica.

Eliminación: se observó con mejoría en la eliminación urinaria, pero continuo con apoyo de diurético con mismas dosis y se le realizó ultrafiltración de 1250 ml, se mostró con disminución de edema prominente.

Actividad y Reposos: se encontró en posición semifowler con reposos absoluto.

Soledad e Interacción Social: recibió visita de sus hermanos y sobrinos.

Prevención de Peligros para la Vida: se le retiraron los sujetadores de las extremidades superiores, pero se mantuvo con monitoreo continuo por la Agencia de Enfermería.

Normalidad: se encontró bajo sedación y relajación, pero con respuesta a estímulos dolorosos.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encontró con incapacidad para realizar sus actividades cotidianas.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: su estado de salud fue muy grave, presentó hipotensión arterial, taquicardia, extrasistoles ventriculares, posteriormente bloqueo A – V de 2°, fue tratado con marcapasos trasvenoso, programado a 60 latidos por minuto, miliamperaje de 5 a

libre demanda, se manejo con doble dilución de inotrópicos y vasopresores, los resultados de laboratorio reportaron: anemia, leucocitosis, hiperglicemia, hipoalbuminemia, azoados elevados, tiempos alargados, requirió de reposición sanguínea con paquetes globulares y albúmina, se le suspendió infusión de anticoagulante; pendiente realizar cateterismo cardiaco por inestabilidad hemodinámica.

Tabla 4. Registro Hemodinámico

Valoración Clínica Focalizada No. 2

Unidad de Cuidados Coronarios

Fecha: 24 de marzo del 2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 133/72 mmHg Frecuencia cardiaca: 107 por minuto Frecuencia respiratoria: 18 por minuto Temperatura: 36. 8° C Saturación de oxígeno: 88 – 98 %	Gasto cardiaco: 6.3 L/minuto Índice cardiaco: 3.1 L/minuto/m ² Presión arterial media: 78 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 660 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 50 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 34/23/28 mmHg Presión capilar pulmonar: 18 mmHg Presión venosa central: 26 - 30 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.38 Presión arterial de oxígeno: 77 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 24 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 88 % Saturación de oxígeno venoso: 52 % Bicarbonato: 14. 4 mmol/L	Dobutamina: 15. 22 - 29. 4 gamas Dopamina: 3 - 6 gamas Arterenol: 0.81 - 0.98 ug/kg/minuto Milrinona: 0. 35 ug/kg/minuto Vasopresina: 6 UI
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 18 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 80 % Presión positiva al final de la espiración: 12 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 123 ml/hora Diuresis de 24 horas: 3010 ml Ingresos: 4034 ml Egresos. 5960 ml Balance total: -1121ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 4: en esta tabla se reportó con ligera taquicardia, inadecuado intercambio gaseoso y acidosis, requirió de altas concentraciones de oxígeno; se encontró en estado hipodinámico, con disminución en la expulsión de volumen circulante, con altas concentraciones de dosis de aminas, pero se observó mejoría en la función renal.

2. 8. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 24 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 30 de marzo del 2004.

Déficit: Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud. Prioridad: 1.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: corregir arritmias cardíacas.
13. Diagnóstico de Enfermería: alteración en el Sistema de conducción relacionado, con disminución de oxígeno en el tejido miocárdico manifestado por taquicardia, extrasistoles ventriculares y bloqueo auriculoventricular de 2°.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mantener un ritmo cardiaco normal.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Monitoreo de signos vitales.❖ Oxigenoterapia con ventilación mecánica❖ Pulsioximetría continúa.❖ Monitoreo de gases arteriales.❖ Valoración de la circulación periférica.❖ Se documentó la frecuencia y duración de las arritmias.❖ Se realizó electrocardiograma de 12 derivaciones.❖ Se controló el gasto cardiaco.❖ Se comprobó la correcta posición del marcapasos, a través de la placa de tórax.❖ Se valoró el sitio de inserción y se realizó curación del mismo.❖ Se verificó su funcionamiento adecuado y el registro de captura al 100 %.❖ Se corroboró la programación adecuada: ritmo, modalidad, frecuencia cardiaca y miliamperaje.

- ❖ Se verificaron las fallas en la fuente externa como pilas bajas, cables defectuosos, voltaje y cortocircuitos.
- ❖ Se realizó monitoreo de electrolitos.
- ❖ Se realizó reposición de electrolitos.

Fundamentación de Cuidado: el estado de choque cardiogénico conlleva a diversas complicaciones fundamentalmente a nivel cardiaco, porque el sistema de conducción se ve afectado sobre todo el nodo sinusal en su actividad eléctrica, además de la disminución del gasto cardiaco; sin embargo con el reemplazo del marcapasos se pueden prevenir diversas complicaciones como la insuficiencia cardiaca o el paro cardiaco. Por lo tanto corresponde el Cuidado específico del la Agencia de Enfermería para su correcta funcionalidad.

Evaluación: cursó con arritmias cardiacas, las cuales se controlaron con el marcapasos temporal por cuatro días y reposición de electrolitos intravenosos por seis días para su corrección.

Déficit: Requisito Universal Aire.
Prioridad: 2.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: higiene en la cavidad bucal.
14. Diagnóstico de Enfermería: Déficit de Autocuidado en Higiene bucal relacionado, con intubación endotraqueal, manifestado por halitosis, sialorrea, abundantes secreciones sanguinolentas y amarillentas.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: mantener una higiene adecuada en la mucosa oral para disminuir el riesgo de desintegración en los tejidos blandos.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se valoró la integridad de la mucosa oral. ❖ Se realizó aspiración de secreciones orofaríngeas. ❖ Se documentó las características de las secreciones. ❖ Se realizó lavado dental. ❖ Se realizó enjuague bucal con solución bicarbonatada. ❖ Se hidrató la mucosa oral.
Fundamentación del Cuidado: los periodos prolongados de intubación endotraqueal presentan el riesgo de deterioro de la mucosa oral, por lo que es importante mantener una higiene saludable para evitar lesiones de la integridad cutánea.
Evaluación: a los dos días se observó con bastante mejoría en la cavidad bucal, tejidos blandos íntegros y disminución de halitosis y sialorrea.

2. 9. Valoración Clínica Focalizada No. 3 (25 de Marzo del 2004).

Se encontró en la misma situación crítica aún bajo sedación y con apoyo ventilatorio.

Requisitos Universales.

Aire: sus campos pulmonares se encontraron, con ligeros estertores bibasales, escasas secreciones sanguinolentas, totalmente dependiente del ventilador mecánico.

Agua: ingesta de líquidos, a través de soluciones calculadas por vía intravenosa, con balance hídrico negativo.

Alimentación: se le inicio dieta polimérica de 2000 calorías el día de ayer por la tarde, pero al realizarle el lavado gástrico, se observó con alto contenido alimenticio y se optó por suspenderla.

Eliminación: se observó con bastante mejoría en los flujos urinarios, con datos de poliuria y escaso edema prominente.

Actividad y Reposo: se mantuvo con cambios frecuentes de posición (lateral izquierdo, lateral derecho y decúbito ventral).

Soledad e Interacción Social: recibió visita de sus familiares.

Prevención de Peligros para la Vida: se encontró en monitoreo constante por la Agencia de Enfermería y personal médico.

Normalidad: presentó respuesta a estímulos dolorosos y se observó con lesión dérmica en mandíbula superior.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encontró en proceso patológico con limitaciones extremas para desarrollarse como persona.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: presentó hipertermia durante 6 horas, también extrasistoles ventriculares, aún con manejo de inotrópicos a dosis bajas y marcapasos profiláctico programado con frecuencia cardiaca a 50 latidos por minuto, miliamperaje de 2.5 a libre demanda, el reporte de laboratorio fue el siguiente: ligera anemia, elevación de azoados, tiempos de coagulación alargados.

Tabla 5. Registro Hemodinámico
Unidad de Cuidados Coronarios

Valoración Clínica Focalizada No. 3
Fecha: 25 de marzo del 2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 172/94 mmHg Frecuencia cardiaca: 91 por minuto Frecuencia respiratoria: 16 por minuto Temperatura: 37. 8° C Saturación de oxígeno: 88 %	Gasto cardiaco: 6.5 L/minuto Índice cardiaco: 2 L/minuto/m ² Presión arterial media: 111 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 1033 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 61 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 30/13/22 mmHg Presión capilar pulmonar: 30 mmHg Presión venosa central: 27 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.41 Presión arterial de oxígeno: 86 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 22. 3 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 96 % Saturación de oxígeno venoso: 6 5% Bicarbonato: 14. 1mmol/L	Dobutamina: 7. 6 gamas Dopamina: 3 gamas Arterenol: 0.12 - 0.30 ug/kg/minuto Milrinona: 0. 37 ug/kg/minuto Vasopresina: 2. 8 UI
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 16 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 70 % Presión positiva al final de la expiración: 12 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 154 ml/hora Diuresis de 24 horas: 3710 ml Ingresos: 2859 ml Egresos. 6186 ml Balance total: - 3027 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 5: el registro de esta tabla reportó estado hipodinámico con tendencia a la hipertensión arterial e hipertermia, gasométricamente con datos de hipoxemia, hipocapnia y acidosis, aún con parámetros ventilatorios elevados, con disminución en el índice cardiaco, mejoró la presión arterial media, pero con disminución en las resistencias pulmonares y datos de hipervolemia, aún con manejo de inotrópicos, se observó mejoría en los flujos urinarios.

2. 9. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 25 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 1 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Prevención de Peligros para la Vida. Prioridad: 2.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: valorar tolerancia de la nutrición enteral para cubrir sus requerimientos calóricos.
15. Diagnóstico de Enfermería: riesgo de Broncoaspiración relacionado, con alto contenido gástrico alimenticio.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: prevenir broncoaspiración por contenido alimenticio.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Monitoreo de signos vitales.❖ Monitoreo del patrón respiratorio.❖ Se realizó aspiración de secreciones,❖ Se realizó auscultación de los ruidos intestinales.❖ Se verificó la posición correcta de la sonda de alimentación.❖ Se colocó en posición de Fowler.❖ Se documentó las características y cantidad del residuo gástrico.❖ Se realizó administración de nutrición enteral.❖ Se valoró la tolerancia de la nutrición enteral.❖ Se manejo la presencia de vómito.❖ Se realizó control de líquidos y electrolitos.
Fundamentación del Cuidado: es importante valorar la tolerancia de la alimentación enteral en las

primeras horas y cuantificar la cantidad del contenido residual; para evitar retención, sobrehidratación y broncoaspiración del contenido gástrico.

Evaluación: en este día solo se observó con un residuo gástrico mayor de 200 ml, por lo que fue necesario suspenderle la alimentación enteral durante el turno matutino.

Afortunadamente no presentó ningún problema de broncoaspiración durante la alimentación.

Déficit: Requisito Universal Normalidad.
Prioridad: 3.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: Cuidar la integridad de la piel.
16. Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la Integridad cutánea relacionado, con dispositivo invasivo manifestado por lesión dérmica en mandíbula superior.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: recuperar la integridad de la piel.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se valoró la integridad de la piel en región de la mandíbula superior. ❖ Se delimito el área lesionada y se documento en el registro de enfermería. ❖ Se valoró datos de infección en sitio anatómico. ❖ Se realizó cambio anatómico del dispositivo de fijación endotraqueal. ❖ Se realizó curación de la lesión y se lubricó.
Fundamentación del Cuidado: algunas personas presentan alergia a los dispositivos que se utilizan para fijación de sondas y catéteres, por lo que es importante realizar una valoración clínica de enfermería de forma cefalo – podal diariamente para observar y recuperar rápidamente la integridad de la piel y evitar daños irreversibles.
Evaluación: la lesión dérmica cicatrizó rápido y a los tres días había recuperado su integridad de la pi extensión del daño.

Déficit: Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud.
Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: aspiración de secreciones, administración de antibióticos.
17. Diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionado, con proceso infeccioso manifestado por leucocitosis y abundantes secreciones amarillentas.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: minimizar al máximo el proceso infeccioso.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorización de signos vitales. ❖ Control de curva térmica. ❖ Se valoraron datos de infección, a través de control radiológico de tórax. ❖ Se realizó monitoreo de signos de deshidratación como turgencia de la piel, mucosas y cantidad de diuresis. ❖ Se valoró el reporte de recuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito. ❖ Se aplicaron las precauciones universales en cada uno de los procedimientos realizados. ❖ Se aplicó fomentos fríos. ❖ Se administro antipirético intravenoso. ❖ Se administro antibiótico. ❖ Se proporciono fisioterapia pulmonar. ❖ Se realizo aspiración de secreciones. ❖ Se realizo control de líquidos.
<p>Fundamentación del Cuidado: el centro regulador de la temperatura es el hipotálamo, pero cuando se interrumpe por procesos infecciosos aparece la respuesta inflamatoria como mecanismo compensador con la participación importante de los leucocitos; sin embargo se ha visto que el 15% de las infecciones nosocomiales se adquieren dentro del hospital y su tasa de mortalidad es del 40 al 60%. Corresponde al</p>

equipo multidisciplinario combatir estas incidencias y se requiere de Cuidados especializados de la Agencia de Enfermería para prevenir complicaciones graves.

Evaluación: presentó cuadros de hipertermia en varias ocasiones los cuales se corrigieron con medios físicos y medios químicos, las secreciones fueron disminuyeron paulatinamente, pero se realizó cultivo de sondas y catéteres, reportando datos de infección, la cual respondió adecuadamente a triple esquema de antibiótico.

2. 10. Valoración Clínica Focalizada No. 4 (26 de Marzo del 2004).

Presentó ligeros cambios significativos en su estado de salud.

Requisitos Universales.

Aire: sus campos pulmonares se encontraron ligeramente ventilados en ambas bases, escasas secreciones amarillentas, apoyo ventilatorio con bajas concentraciones de oxígeno.

Agua: se manejo con soluciones intravenosas, su balance total de 24 horas fue negativo.

Alimentación: se reinició alimentación enteral con dieta polimérica de 1400 calorías en 4 tomas.

Eliminación: sus flujos urinarios se encontraron ligeramente elevados, se observó con ligero edema en extremidades inferiores, presentó vómito de contenido gástrico, una evacuación melénica y distensión abdominal.

Actividad y Reposo: se le realizaron cambios frecuentes de posición.

Soledad e Interacción Social: recibió visita de sus familiares quienes mostraron estar muy preocupados y tristes por el Sr. Gustavo.

Prevención de Peligros para la Vida: su Agencia de Enfermería estuvo en constante observación y valoración.

Normalidad: se encontró bajo sedación, muy dormido, sin respuesta a estímulos externos, lesión dérmica en proceso de cicatrización.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encontró totalmente limitado para desarrollarse como persona.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: se observó en ritmo sinusal pero con inotrópicos a dosis elevadas, marcapasos apagado, los resultados de laboratorio se encontraron normales, requirió de transfusión sanguínea, se inicio anticoagulante intravenoso con horario.

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 128/63 mmHg Frecuencia cardiaca: 98 por minuto Frecuencia respiratoria: 24 por minuto Temperatura: 36. 9° C Saturación de oxígeno: 95 %	Gasto cardiaco: 6.5 L/minuto Índice cardiaco: 4 L/minuto/m ² Presión arterial media: 69 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 676 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 49 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 24/11/18 mmHg Presión capilar pulmonar: 11 mmHg Presión venosa central: 14 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.40 Presión arterial de oxígeno: 94 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 26 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 97 % Saturación de oxígeno venoso: 73 % Bicarbonato: 16. 8 mmol/L	Dobutamina: 16. 17 gamas Dopamina: 6 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: 0. 37 ug/kg/minuto Vasopresina: 3. 2 - 4 UI
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 15 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 65 % Presión positiva al final de la espiración: 12 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 112 ml/hora Diuresis de 24 horas: 2710 ml Ingresos: 2821ml Egresos. 3256 ml Balance total: - 435 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 6: se encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, se observó mejoría en la capacidad funcional respiratoria, con disminución en la concentración de oxígeno artificial; el perfil hemodinámico registró gasto cardiaco normal, mejoró la presión arterial pulmonar, pero aún con presión venosa central y presión capilar pulmonar elevadas, continúa con apoyo de aminas a dosis altas, los flujos urinarios en rangos normales.

2. 10. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 26 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 28 de marzo del 2004.

Déficit: Requisito Universal Eliminación. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: mejorar la función gastrointestinal.
18. Diagnóstico de Enfermería: alteración en la Eliminación intestinal relacionado, con hipoperfusión tisular gastrointestinal manifestado por vómito de contenido gástrico, evacuaciones melénicas y distensión abdominal.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: controlar la eliminación de origen gástrico para mejorar la tolerancia de la nutrición enteral.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo de signos vitales.❖ Se valoro el reporte de electrolitos y tiempos de coagulación.❖ Se valoró el estado gastrointestinal.❖ Se valoró la intolerancia a la fórmula.❖ Se documento la cantidad y características del vómito.❖ Se administró la dieta polimérica en 4 horas.❖ Se cuantifico la cantidad y características de las evacuaciones.❖ Se realizó monitoreo de electrolitos.❖ Se realizó control de líquidos.
Fundamentación del Cuidado: la hipoperfusión tisular a nivel gastrointestinal repercute en la alimentación enteral, pero es necesario cubrir este aporte metabólico a partir de dietas hiperprotéicas e hipercalóricas; a pesar de todas estas complicaciones se debe llevar un control estricto de la aceptación o

el rechazo, con la finalidad de mejorar la tolerancia alimenticia.

Evaluación: el Receptor de Autocuidado solo presentó un vómito de 50 ml de contenido alimenticio, pero en varias ocasiones estuvo con evacuaciones melénicas; estos problemas se solucionaron días después, mejorando la tolerancia de la dieta enteral.

2. 11. Valoración Clínica Focalizada No. 5 (29 de Marzo del 2004).

Los reportes de enfermería revisados del fin de semana mencionaron que cursó con hipertermia, por lo que fue necesario el retiro del marcapasos, se realizó cambio de catéter central y línea arterial, se le tomaron hemocultivos y se suspendió la infusión de diurético.

Requisitos Universales.

Aire: sus campos pulmonares se encontraron hiperventilados en base izquierda, presentó estertores finos en misma base, se observó con escasas secreciones de características blanquecinas, con ventilación mecánica en parámetros bajos.

Agua: ingesta de líquidos por vía intravenosa con balance hídrico negativo.

Alimentación: se realizó cambio de sonda nasogástrica por sonda nasoyeyunal y se le reinició alimentación enteral de 1500 calorías.

Eliminación: se encontró con flujos urinarios en parámetros normales con disminución de dosis de diurético además presentó abdomen blando, con ruidos peristálticos disminuidos y 4 evacuaciones melénicas.

Actividad y Reposo: estuvo con cambios frecuentes de posición.

Prevención de Peligros para la Vida: se observó y se valoró constantemente, para evitar complicaciones.

Normalidad: se observó con palidez facial, piel hidratada, con respuesta a estímulos dolorosos y se le suspendió la sedación.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: sus necesidades básicas fueron cubiertas por su Agencia de Enfermería.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: se observó que su estado de salud aún era muy delicado, sus constantes vitales se encontraron normales con apoyo de inotrópicos a dosis bajas, con protector de mucosa gástrica en infusión continua, los resultados de laboratorio reportaron: hipocaliemia, hiperglicemia, azoados elevados y tiempos de coagulación alargados.

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 144/55 mmHg Frecuencia cardiaca: 91 por minuto Frecuencia respiratoria: 15 por minuto Temperatura: 37. 2° C Saturación de oxígeno: 92 %	Gasto cardiaco: 5.6 L/minuto Índice cardiaco: 3.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 94 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 971 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 71 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 25/18/21 mmHg Presión capilar pulmonar: 19 mmHg Presión venosa central: 26 - 30 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.43 Presión arterial de oxígeno: 95 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 25 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 92 % Saturación de oxígeno venoso: 75 % Bicarbonato: 17 mmol/L	Dobutamina: 8. 08 gamas Dopamina: 3. 04 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: 0. 37 ug/kg/minuto Vasopresina: 0. 8 UI
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 12 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 55 % Presión positiva al final de la espiración: 10 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 123ml/hora Diuresis de 24 horas: 2970 ml Ingresos: 2421ml Egresos: 3850 ml Balance total: -1429 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 6: el registro hemodinámico reportó hipotensión diastólica, disminución en las resistencias vasculares pulmonares, incremento en la presión venosa central; con adecuada oxigenación pulmonar y parámetros ventilatorios bajos, con manejo de inotrópicos, se observó diuresis normal.

2. 11. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 29 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 2 de abril del 2004.

Déficit: Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: corregir alteraciones electrolíticas, controlar la función renal.
19. Diagnóstico de Enfermería: disminución de la Perfusión tisular relacionado con, hipervolemia manifestado por hipotensión, hipocaliemia, aumento de azoados y tiempos de coagulación alargados.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: recuperar su estado de salud.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo de signos vitales.❖ Se realizó monitorización cardiaca.❖ Se valoró el reporte de laboratorio.❖ Se administró soluciones hipotónicas.❖ Se hizo reposición de potasio intravenoso.❖ Se realizó monitoreo de electrolitos.❖ Se valoraron características de la diuresis.❖ Se realizó control de líquidos.❖ Se realizó glicemia capilar.❖ Se administró insulina intravenosa de acuerdo a esquema.❖ Se valoraron datos de sangrado.
Fundamentación del Cuidado: los Cuidados específicos que se otorgan a este tipo de usuarios se ven reflejado en la evolución favorable y en el daño irreversible de la integridad biológica, física y emocional

de las personas gravemente enfermas.

Evaluación: el Sr. Gustavo respondió correctamente con el uso de inotrópicos para mejorar la presión arterial, la función renal se recuperó y se corrigió la única alteración electrolítica, así como los tiempos de coagulación, esto se vio reflejado doce días después del proceso crítico.

2. 12. Valoración Clínica Focalizada No. 6 (30 de Marzo del 2004).

Requisitos Universales.

Aire: durante la exploración física se encontró con adecuada entrada y salida de aire, escasas secreciones, pero se agrego otro antibiótico de tercera generación, con apoyo mecánico ventilatorio.

Agua: su ingesta de líquidos fue a través de soluciones intravenosas en pequeñas cantidades, obteniendo un balance hídrico negativo.

Alimentación: se alimento por sonda nasoyeyunal, con dieta polimérica de 1200 calorías.

Eliminación: sus flujos urinarios fueron forzados por diurético de asa, se encontró con poliuria, con abdomen blando depresible, sin presencia de evacuaciones.

Actividad y Reposo: se encontró sin cambios relevantes.

Prevención de Peligros para la Vida: el personal de salud estuvo en constante integración para prevenir complicaciones.

Normalidad: se encontró bajo efectos residuales de sedación con poca respuesta a estímulos externos con ligera palidez facial.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: no ha podido desarrollar sus actividades como persona.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: se encontró con signos vitales y perfil hemodinámico estable, pero aún con apoyo de inotrópicos en dosis bajas, se observó con ritmo sinusal, los resultados de laboratorio fueron normales, el bicarbonato se reporto bajo.

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 124/62 mmHg Frecuencia cardiaca: 96 por minuto Frecuencia respiratoria: 8 por minuto Temperatura: 37. 6° C Saturación de oxígeno: 93 – 96 %	Gasto cardiaco: 5.8 L/minuto Índice cardiaco: 3.8 L/minuto/m ² Presión arterial media: 80 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 910 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 82 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 25/18/20 mmHg Presión capilar pulmonar: 22 mmHg Presión venosa central: 14 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.42 Presión arterial de oxígeno: 95 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 26 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 93 % Saturación de oxígeno venoso: 78 % Bicarbonato: 18 mmol/L	Dobutamina: 11. 41 gamas Dopamina: 8 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: 0. 33 - 0. 37 ug/kg/minuto Vasopresina: suspendido
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 650 ml Frecuencia respiratoria: 8 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 55 % Presión positiva al final de la espiración: 8 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 116 ml/hora Diuresis de 24 horas: 2800 ml Ingresos: 2014 ml Egresos. 4117 ml Balance total: - 2103 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 8: se reportó con signos vitales dentro de rangos normales, con adecuada ventilación/perfusión en el patrón respiratorio, pero con apoyo ventilatorio en parámetros bajos; en el perfil hemodinámico se encontró con gasto cardiaco normal, se observó mejoría en la expulsión del volumen circulante, se normalizó la presión arterial pulmonar, mejoró la contractilidad miocárdica y se le retiró dos aminas, estuvo con adecuada función renal.

2. 12. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 30 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 31 de marzo del 2004.

Déficit: Requisito Universal Normalidad. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: apoyarlo, animarlo y estimularlo.
20. Diagnóstico de Enfermería: alteración cognitiva, perceptiva y sensorial relacionado, con efectos residuales de sedación manifestado por somnolencia y poca respuesta a estímulos dolorosos.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio.
Objetivo: recuperar el estado de consciencia, a través de estímulos externos.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitorización de signos vitales.❖ Se realizó monitoreo del patrón respiratorio.❖ Se valoró el estado de consciencia.❖ Se valoró la respuesta al desdete de sedación.❖ Se estimuló para despertarlo.❖ Se otorgó apoyo emocional.❖ Se integró a su Agencia de Cuidado Dependiente.
Fundamentación del Cuidado: es importante permanecer todo el tiempo posible con el Receptor de Autocuidado, cuando se le retira la sedación para valorar el estado de consciencia y la respuesta a estímulos externos para valorar y reportar todos los cambios significativos y prevenir complicaciones.
Evaluación: el Sr. Gustavo estuvo bajo sedación y relajación durante diez días, al retirarle la medicación fue difícil despertarlo en las primeras horas no respondía a estímulos externos, posteriormente a las 24 horas empezó a recuperarse y logro despertarse completamente.

2. 13. Valoración Clínica Focalizada No. 7 (31 de Marzo del 2004).

Requisitos Universales.

Aire: su respiración fue a través de ventilación mecánica, pero se encontró con estertores en ambas bases y secreciones escasas.

Agua: su ingesta de líquidos fue por soluciones intravenosas, con un balance total positivo.

Alimentación: fue a través de nutrición enteral de 1200 calorías.

Eliminación: se observó con rangos de diuresis normal, presentó una evacuación melénica, aún con protector de mucosa gástrica en infusión continua.

Actividad y Reposo: no ha realizado ninguna actividad física por si solo, pero toleró los cambios posturales realizados por su Agencia de Enfermería.

Soledad e Interacción Social: se inquieto cuando vio a su esposa, mostró facies de angustia, ansiedad, agitación y preocupación.

Prevención de Peligros para la Vida: sin cambios.

Normalidad: se encontró con palidez facial, hidratado con respuesta a estímulos dolorosos, apertura de ojos, obedece a órdenes verbales, se observó más despierto.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se mostró con capacidad de reconocer a sus familiares y movilizarse dentro de la cama.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: presentó hipertermia durante 2 horas, el resto de signos vitales fueron normales, los resultados de laboratorio reportaron: hiperglicemia, estafilococos aurens y serrato Marce. Sens; se le agregó antibiótico para estafilococos y antimicrobiano, se le inicio infusión de precedex y antihipertensivo de la IECA con horario.

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 125/103mmHg Frecuencia cardiaca: 98 por minuto Frecuencia respiratoria: 18 por minuto Temperatura: 36. 6° C Saturación de oxígeno: 97 %	Gasto cardiaco: 4 L/minuto Índice cardiaco: 2.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 79 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 1260 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 80 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 24/13/20 mmHg Presión capilar pulmonar: 13 mmHg Presión venosa central: 16 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.44 Presión arterial de oxígeno: 95 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 28 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 94 % Saturación de oxígeno venoso: 77 % Bicarbonato: 18. 5 mmol/L	Dobutamina: 0.9 - 5. 7 gamas Dopamina: 1. 52 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: 0. 14 - 0. 18 ug/kg/minuto Vasopresina: suspendido
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: controlado por volumen Volumen corriente: 600 ml Frecuencia respiratoria: 18 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 40 % Presión positiva al final de la espiración: 8 cm H ₂ O	Diuresis Horaria: 83ml/hora Diuresis de 24 horas: 2010 ml Ingresos: 3142 ml Egresos. 2962 ml Balance total: +180ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 9: se observó con ligera hipertensión diastólica, gasométricamente se reportó con acidosis, parámetros ventilatorios con disminución en la fracción inspiratoria de oxígeno, aún con presión positiva al final de la espiración elevada, el perfil hemodinámico reportó disminución en las resistencias vasculares pulmonares y aumento de la presión venosa central; con inotrópicos a dosis β y α , diuresis en rango normal.

2. 13. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 31 de marzo del 2004.

Fecha de Terminación: 3 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Soledad e Interacción Social. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: información de su estado de salud.
21. Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad ante la muerte relacionada, con proceso patológico grave manifestado por angustia, miedo, agitación, desorientación.
Sistema de Enfermería: Totalmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: disminuir la ansiedad, miedo y angustia.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo de signos vitales.❖ Se valoró el estado de consciencia❖ Se valoró el nivel de orientación.❖ Se otorgó orientación del entorno hospitalario.❖ Se explicó cada uno de los procedimientos realizados.❖ Se permaneció con él la mayor parte de tiempo posible.❖ Se disminuyó la ansiedad.❖ Se aplicó masaje en la cabeza y las extremidades.❖ Se otorgó apoyo emocional al Receptor de Autocuidado.❖ Se integró la participación de su familia.❖ Se explicó el proceso patológico.
Fundamentación del Cuidado: la información y el apoyo emocional es fundamental para disminuir el temor, ansiedad y miedo a la muerte, sobre todo cuando se ha presentado un estado de coma en el cual

hay desorientación de las tres esferas, es importante ubicar al Receptor de Autocuidado en su entorno hospitalario y de esta forma garantizarle confianza y seguridad.

Evaluación: a pesar de que ya había superado el proceso crítico el Sr. Gustavo sentía miedo a la muerte, estaba confundido, como fuera de la realidad, no sabía lo que estaba sucediendo, a pesar de la información que se le otorgó, pero poco a poco fue asimilando la situación y estuvo más tranquilo y cooperador.

2. 14. Valoración Clínica Focalizada No. 8 (1de abril del 2004).

Mostró mejoría en los Requisitos Universales, con cambios muy significativos como se describen, se preparó para el desdete del apoyo ventilatorio, el resto de inotrópicos y catéter de flotación.

Requisitos Universales.

Aire: campos pulmonares ventilados con adecuada entrada y salida de aire, escasas secreciones, se encontró con modalidad ventilatoria en sincrónica intermitente mandataria (SIMV), con presión soporte (PS), resultados de gasometría reportaron ligera hipocapnia.

Agua: apoyo de soluciones intravenosas calculadas con balance negativo.

Alimentación: con dieta polimérica por sonda nasoyeyunal.

Eliminación: ruidos peristálticos normales, sin evacuación, adecuado volumen urinario aún forzado por diurético de asa con horario, sin datos de edema.

Actividad y Reposo: cambios frecuentes de posición.

Soledad e Interacción Social: con deseos de comunicarse con los demás, especialmente con sus familiares.

Prevención de Peligros para la Vida: monitoreo y valoración constante de signos vitales, prevención de complicaciones.

Normalidad: se encontró muy despierto, ansioso y agitado.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: consciente, con deseos de realizar actividades físicas para cubrir sus necesidades básicas.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: ha superado el proceso patológico, los resultados de laboratorio reportaron ligera hipocaliemia (3.9 meq), disminución de azoados, hemoglobina y tiempos de coagulación normales, se le suspendió una de las dos aminas restantes (milrinona) y se dejó con determinación de glucosa preprandial.

Tabla 10. Registro Hemodinámico

Valoración Clínica Focalizada No. 8

Unidad de Cuidados Coronarios

Fecha: 1 de abril del 2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 120/68 mmHg Frecuencia cardiaca: 87 por minuto Frecuencia respiratoria: 14 por minuto Temperatura: 36.4° C Saturación de oxígeno: 98 %	Gasto cardiaco: 4 L/minuto Índice cardiaco: 2.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 79 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 1280 dinas/seg/cm ⁻⁵ Resistencias vasculares pulmonares: 160 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión arterial pulmonar: 29/20/23 mmHg Presión capilar pulmonar: 13 mmHg Presión venosa central: 15 mmHg
Gasometría	Aminas
pH: 7.44 Presión arterial de oxígeno: 95 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 28 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 94 % Saturación de oxígeno venoso: 77 % Bicarbonato: 18.5 mmol/L	Dobutamina: suspendido Dopamina: 3.04 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: suspendido Vasopresina: suspendido
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: sincrónica intermitente Volumen corriente: 600 ml Frecuencia respiratoria: 8 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 40 % Presión positiva al final de la espiración: 5 cm H ₂ O Presión soporte: 14	Diuresis Horaria: 120ml/hora Diuresis de 24 horas: 2880 ml Ingresos: 3632 ml Egresos: 3718 ml Balance total: - 86 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 10: se encontró con signos vitales en rangos normales, adecuada oxigenación pulmonar, con parámetros ventilatorios bajos en presión soporte, en estado normodinámico, se observó mejoría en la contracción cardiaca, con el apoyo de un solo inotrópico a dosis β y adecuada función renal.

2. 14. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 1 de abril del 2004.

Fecha de Terminación: 3 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Soledad e Interacción Social. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: diseñar estrategias de comunicación.
22. Diagnóstico de Enfermería: deterioro en la Comunicación verbal relacionado, con dispositivo endotraqueal manifestado por angustia, ansiedad, desesperación y deseos de hablar.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: implementar estrategias para fomentar la comunicación con el Receptor de Autocuidado.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo de signos vitales.❖ Se explicó cada uno de las técnicas y procedimientos realizados.❖ Se otorgó apoyo emocional.❖ Se utilizó un lenguaje sencillo y claro durante la comunicación.❖ Se diseñaron estrategias de comunicación, a través de gestos faciales y con la apertura y cierre de las manos, además del lenguaje escrito con señales de si o no.❖ Se le explicó la importancia de no esforzarse tanto.❖ Se integro al equipo multidisciplinario.❖ Se integro la participación de su Agencia de Cuidado Dependiente.
Fundamentación del Cuidado: la comunicación es fundamental, para dar a conocer lo que sentimos o pensamos, incluso lo que en algún momento deseamos, pero cuando existe la incapacidad para expresarlo con lenguaje oral, se pueden utilizar otros medios como el lenguaje escrito, la mímica, o a través de dibujos, estas estrategias facilitan la relación del Receptor de Autocuidado con la Agencia de

Enfermería.

Evaluación: después de que el Sr. Gustavo despertó fue muy difícil comunicarse con él, porque no entendíamos lo que quería y se desesperaba, entonces se diseñaron algunas estrategias como apretar la mano cuando era sí y abrirla cuando era no; de esta forma fue como nos fuimos entendiendo con él y entablar formas de comunicación.

2. 15. Valoración Clínica Focalizada No. 9 (2 de abril del 2004).

Evolucionó favorablemente, se encontró consciente, obedeciendo a órdenes verbales, coloración de tegumentos normales, hidratado, se retiró del apoyo ventilatorio, se suspendió el últimos inotrópico y se retiró el catéter pulmonar.

Requisitos Universales.

Aire: campos pulmonares ligeramente hipoventilados, escasas secreciones blanquecinas, con mismos parámetros ventilatorios, se realizaron pruebas respiratorias las cuales resultaron favorables, se administró hidrocortisona, se extubó a las 12 del día sin problemas, se instalo bolsa mascarilla con reservorio e inicio de micronebulizaciones con mucosolván cada 4 horas, analgésico y antiinflamatorio con horario.

Agua: solo con soluciones de base, muy próximo a la ingesta de líquidos por vía oral.

Alimentación: se inician líquidos claros por la tarde, con ligera imposibilidad para deglutir.

Eliminación: adecuado volumen urinario forzado por diurético de asa con horario, abdomen globoso, ruidos peristálticos normales.

Actividad y Reposo: finalmente logró descansar del tubo endotraqueal, con capacidad para moverse dentro de la cama.

Soledad e Interacción Social: se encontró desesperado, angustiado y con deseos de hablar.

Prevención de Peligros para la Vida: monitoreo y observación estricta.

Normalidad: desorientado y confundido, desconoce lo que le sucedió.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: empieza a integrarse al medio ambiente y preocupado por salir adelante.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: se suspendió el último inotrópico, pero presentó dos horas de hipertermia, se tomaron hemocultivos y se cultivó el catéter central, los resultados de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales.

Tabla 11. Registro Hemodinámico

Valoración Clínica Focalizada No. 9

Unidad de Cuidados Coronarios

Fecha: 2 de abril del 2004

Signos Vitales	Perfil Hemodinámico
Presión arterial: 135/70 mmHg Frecuencia cardiaca: 90 por minuto Frecuencia respiratoria: 20 por minuto Temperatura: 36° C Saturación de oxígeno: 96 %	Gasto cardiaco: 6 L/minuto Índice cardiaco: 3.3 L/minuto/m ² Presión arterial media: 90 mmHg Resistencias vasculares sistémicas: 1013 dinas/seg/cm ⁻⁵ Presión venosa central: 14 cm H ₂ O
Gasometría	Aminas
pH: 7.40 Presión arterial de oxígeno: 87 mmHg Presión arterial de CO ₂ : 36 mmHg Saturación de oxígeno arterial: 96 % Saturación de oxígeno venoso: 70 % Bicarbonato: 22 mmol/L	Dobutamina: suspendido Dopamina: 1.9 - 3.04 gamas Arterenol: suspendido Milrinona: suspendido Vasopresina: suspendido
Parámetros Ventilatorios	Balance Hídrico
Modalidad: sincrónica intermitente Volumen corriente: 600 ml Frecuencia respiratoria: 6 por minuto Fracción inspirada de oxígeno: 40 % Presión positiva al final de la espiración: 4 cm H ₂ O Presión Soporte: 14	Diuresis Horaria: 85ml/hora Diuresis de 24 horas: 2060 ml Ingresos: 2780 ml Egresos. 2991ml Balance total: - 211 ml

Hallazgos de Enfermería Tabla 11: el registró hemodinámico reportó estado de salud estable, con signos vitales normales, perfil hemodinámico adecuado, apoyo de amina a dosis muy bajas, modalidad ventilatoria en sincronía intermitente solo con presión soporte preparado para retirarse del ventilador mecánico, patrón renal funcional.

2. 15. 1. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 2 de abril del 2004.

Fecha de Terminación: 2 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Aire. Prioridad: 1.
Capacidad de Autocuidado: respiración espontánea con apoyo ventilatorio intermitente.
Demanda de Autocuidado: recuperar la respiración espontánea.
23. Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada, con desdete del ventilador mecánico manifestado por inquietud y falta de conocimientos.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: preparar al Receptor de Autocuidado física y emocionalmente a través de información suficiente para el retiro del ventilador mecánico en optimas condiciones.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se realizó monitoreo del patrón respiratorio.❖ Monitorización de signos vitales.❖ Se valoró el reporte gasométrico.❖ Se realizó pruebas de función respiratoria por el personal de inhaloterapia.❖ Se realizaron ensayos de desdete.❖ Se otorgó información acerca del retiro del ventilador mecánico.❖ Se enseñaron técnicas de relajación.❖ Se realizó aspiración de secreciones.❖ Se otorgó apoyo emocional.❖ Se preparo todo el material necesario para el retiro del ventilador mecánico.❖ Se permaneció con el usuario todo el tiempo hasta el retiró del ventilador.❖ Se administro oxigenoterapia a través de nebulizador al 40%.

- ❖ Se iniciaron micronebulizaciones.
- ❖ Se colocó en posición Fowler.

Fundamentación del Cuidado: se requiere de la importante labor de la Agencia de enfermería en la preparación física y emocional del Receptor de Autocuidado a través de la información necesaria durante el desdete ventilatorio, para fomentar su participación, ayudarlo a disminuir su ansiedad, transmitir confianza y seguridad, de esta forma lograr exitosamente el retiro de la ventilación mecánica.

Evaluación: el Sr. Gustavo respondió favorablemente durante la preparación del desdete ventilatorio, se corrigieron las alteraciones de la gasometría, los signos vitales se reportaron en parámetros normales, se retiró el apoyo de inotrópicos y se retiró del ventilador mecánico exitosamente sin complicaciones logrando recuperar nuevamente su función en el patrón respiratorio.

Déficit: Requisito Universal Alimentación.
Prioridad: 2.
Capacidad de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: ingesta de líquidos por vía oral.
24. Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la Deglución relacionado, con lesión orotraqueal invasiva manifestado por dolor e irritación.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: reestablecer la ingesta de líquidos por vía oral.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se valoró la integridad de la cavidad oral. ❖ Se restableció la salud bucal. ❖ Se hidrató la mucosa oral. ❖ Se enseñó a expectorar las secreciones. ❖ Se valoró la escala del dolor. ❖ Se controlaron los factores externos relacionados con el dolor. ❖ Se colocó en posición Fowler. ❖ Se inició la ingesta de líquidos claros en pequeñas cantidades con periodos de descanso. ❖ Se observó la presencia de fatiga durante la ingesta de líquidos. ❖ Se otorgó apoyo emocional. ❖ Se documentó la cantidad de líquidos tolerados. ❖ Se otorgó ayuda en los Autocuidados de alimentación. ❖ Se realizó higiene de la cavidad bucal.
Fundamentación del Cuidado: siempre se presentan lesiones en la cavidad orotraqueal, cuando se tienen periodos prolongados de ventilación mecánica, sin embargo es responsabilidad de la Enfermera recuperar y mejorar la integridad de los tejidos, para cubrir una de las necesidades básicas del individuo la ingesta de agua por vía oral y la alimentación.

Evaluación: en las primeras horas del retiro del ventilador mecánico, el Receptor de Autocuidado presentó dificultad para deglutir, refería dolor e irritación durante la ingesta de líquidos, posteriormente fue recuperando la capacidad para deglutir los alimentos durante una semana.

2. 16. Valoración Clínica Exhaustiva No. 10 (05 - 04 - 04).

El Sr. Gustavo, ya había superado el proceso crítico, pero su estado de salud aún era delicado seguía en la Unidad de Cuidados Coronarios dependiendo parcialmente de la Agencia de Enfermería en este periodo requirió de bastante Apoyo Educativo; sin embargo se encontró consciente, despierto, muy cooperador con la capacidad de comunicarse con los demás, pero refirió que aún se encuentra confundido y desorientado pues no sabía que fue lo que le ocurrió exactamente; sin embargo mostró gran atención e interés a las indicaciones del personal de enfermería; capaz de sentir y decir lo que piensa, manifestando cualquier signo y síntoma, tenía dos días de retiro del ventilador mecánico; a nivel pulmonar estaba con adecuada entrada y salida de aire, solo con puntas nasales a 3 litros por minuto, mencionó que realiza sus ejercicios respiratorios y ha tenido escasa expectoración de secreciones, también comentó que le falta el aire, se cansa y se fatiga cuando lo bajan al reposet, con ingesta de agua y alimentación por vía oral pero con ligera dificultad al deglutir, con falta de apetito, se observó con pérdida impresionante de 15 Kg de peso corporal, refirió que no le gusta la comida del hospital, mencionó miccionar de 4 a 6 veces sin problemas y evacua una vez al día, sin datos de estreñimiento o diarrea, no se observaron datos de edema.

En ese momento se pudo comunicar directamente con el Sr. Gustavo obteniendo la información necesaria y complementaria, además del consentimiento informado para continuar con el seguimiento del Estudio de Caso, a través de la aplicación de los instrumentos de: Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado y Estimación de las Capacidades de Autocuidado.

Signos vitales:

Presión arterial sistémica: 110/70 mmHg.

Frecuencia cardiaca: 88 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Temperatura: 36. 5° C.

Saturación de oxígeno: 95 %.

Requisitos Universales.

Aire: Antes de enfermarse Gustavo respiraba normal por la nariz sin ninguna dificultad, realizaba su vida normal sin cansarse, sin fatigarse, pero dormía con dos almohadas solo porque se sentía bien, hasta el momento que presentó dolor precordial, le faltó el aire; motivo por el cual acudió al Instituto, dependiendo totalmente de oxigenoterapia, hasta ese momento.

Agua: Antes de enfermarse no ingería nada de agua tomaba solo refrescos, en ocasiones se le hinchaban poco los pies, acostumbraba a bañarse diario, con cambio de ropa casi diario, cepillado dental una vez al día.

Alimentación: tenía una alimentación muy desordenada, sin horarios específicos para consumir sus alimentos, con abundantes carnes rojas y grasas, en ocasiones solía comer en la calle, porque no disponía de tiempo para comer en su casa.

Eliminación: defecaba dos veces al día sin problemas de estreñimiento, orinaba muchas veces al día y en ocasiones presentaba dolor al orinar cursaba con disminución en el calibre del chorro de la orina, tenesmo y urgencia por orinar.

Actividad y Reposo: se desempeñaba como taxista con pocos periodos de descanso, jugaba esporádicamente frontón y fútbol soccer, le gusta leer y ver la tele, dormía normal sin problemas regularmente ocho horas diarias.

Soledad e Interacción Social: el Sr. Gustavo dice ser una persona muy sociable sin problemas para comunicarse, cuenta con una familia nuclear muy unida, con el apoyo incondicional de sus hermanos e hijos en cualquier momento. Ejercía su sexualidad sin problemas.

Prevención de Peligros para la Vida: sin problemas visuales, ni auditivos, sentidos del olfato y gusto normales, siempre estuvo atento a cualquier peligro en su casa y en la vía pública.

Consumo de bebidas alcohólicas cada diez a quince días, refirió ser una persona muy “parlanchina” y le encantan las fiestas sociales, consumo de café una taza diaria, ha fumado desde la adolescencia, en los últimos 4 años ha fumado cinco cigarrillos diarios.

Normalidad: acudía al médico cada medio año cuando era derechohabiente del seguro social, se exploraba su cuerpo de vez en cuando, ha sido una persona sociable muy alegre, de carácter tranquilo, no ha estado en situaciones de angustia o depresión, dijo ser una persona católica, pero no influye mucho la religión en la aparición de su enfermedad.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encuentra en la séptima década de la vida, mencionó que trabajó en el aeropuerto durante su juventud realizando actividades administrativas, posteriormente como taxista, en ese momento se encontró con limitación para desarrollarse como persona en su entorno laboral, familiar y comunitario.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: hasta ese momento no sabe que fue lo que le ocurrió, el Sr. Gustavo pesaba que solo era una gastritis, sin darle importancia, hasta que ingreso al instituto, donde fue tratado farmacológicamente e invadido por múltiples procedimientos que desconocía por completo, ahora le preocupa su enfermedad, manifiesta que le ha cambiado totalmente el panorama de su vida, se encontró muy cooperador y dispuesto a recuperar su salud con las indicaciones del médico y de las enfermeras.

Confirmó que le diagnosticaron hipertensión arterial hace cinco años cuando acompañaba a su esposa a consulta, le dijeron que le iban a tomar la presión y la tenía alta pero sin síntomas, lo estudiaron y actualmente cursa con tratamiento a base de IECA. Sus padres fallecieron por nefropatía a los 48 años y 54 años.

2. 16. 1. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado.

Los Requisitos Universales, que aún se encontraron alterados fueron: Aire, Alimentación, Actividad y Reposo, Normalidad y Prevención de Peligros para la Vida, de los cuales solo se detectaron 5 diagnósticos de enfermería dándole solución a la mayoría de ellos; también se encontró 1 diagnóstico importante de enfermería durante la aplicación del instrumento de valoración del Déficit de Autocuidado, se realizó un Plan de Intervenciones de Enfermería para lo 6 diagnósticos detectados.

2. 16. 2. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 5 de abril del 2004.

Fecha de Terminación: 20 de abril del 2004.

Déficit: Requisito Universal Aire. Prioridad: 1.
Capacidades de Autocuidado: puede respirar por sí mismo, sin necesidad de apoyo artificial.
Demanda de Autocuidado: realización de fisioterapia pulmonar y enseñanza de ejercicios respiratorios.
25. Diagnóstico de Enfermería: alteración en la Respiración espontánea relacionado, con disminución de la capacidad pulmonar manifestado por fatiga y cansancio.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: disminuir la fatiga y el cansancio a través de ejercicios respiratorios.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none">❖ Se auscultaron campos pulmonares.❖ Monitoreo de signos vitales, en especial la frecuencia respiratoria.❖ Monitoreo de pulsioximetría.❖ Se valoró el patrón respiratorio, como fatiga muscular respiratoria.❖ Se otorgó información sobre la importancia de realizar sus ejercicios respiratorios e informar al personal de enfermería en caso de presentar dificultad para respirar.❖ Se otorgó apoyo emocional, durante la realización de ejercicios respiratorios.❖ Se enseñaron técnicas de respiración como labios fruncidos.❖ Se fomento ejercicios respiratorios como realizar respiraciones lentas y profundas.❖ Se supervisó la correcta realización de la terapia respiratoria.❖ Se coloco en posición Fowler.❖ Se administró oxigenoterapia al 40%.❖ Se aplicaron sesiones de micronebulizaciones.

- ❖ Se bajo al reposet.
- ❖ Se disminuyo el cansancio y fatiga.

Fundamentación del Cuidado: la constante realización de ejercicios respiratorios, mejoran la capacidad pulmonar y estimula la expectoración de secreciones, minimizando el cansancio, la falta de aire y la fatiga durante las actividades físicas.

Evaluación: se encontró muy cooperador e interesado en realizar sus ejercicios respiratorios, se supervisó la correcta realización de los mismos y disminuyó el cansancio y la fatiga.

Déficit: Requisito Universal Alimentación.
Prioridad: 2.
Capacidades de Autocuidado: puede ingerir sus alimentos por vía oral, pero con ligera dificultad para deglutir.
Demanda de Autocuidado: apoyo en la ingesta de su dieta.
26. Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la Nutrición relacionado, con ayuno prolongado y lesión de la mucosa orotraqueal manifestado por dificultad para deglutir, falta de apetito y pérdida importante de peso corporal.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: recuperación de peso corporal, a través del suficiente aporte de nutrientes
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se valoro la integridad de la mucosa oral y dentadura. ❖ Se otorgó información sobre la importancia de recuperar su peso y la ingesta de su alimentación. ❖ Se le proporciono dieta hiposódica moderada, hiperprotéica e hipercalórica, con alimentos suaves fácil de masticar y digerir. ❖ Se coloco en posición Fowler durante la alimentación. ❖ Se apoyo durante la ingesta de los alimentos. ❖ Se realizó monitoreo del peso corporal. ❖ Se fomento la ingesta de calorías. ❖ Se proporcionó suplementos dietéticos. ❖ Se realizó registro de ingesta. ❖ Se integro a la Agencia de Cuidado Dependiente durante la alimentación.
Fundamentación del Cuidado: la lesión de la mucosa oral posterior a intubación endotraquel limita una deglución adecuada, que inhibe el aporte nutricional; por lo que es necesario asistir al Receptor de Autocuidado durante su alimentación para favorecer la ingesta de los alimentos y recuperar al máximo su peso corporal.

Evaluación: mejoró la ingesta de su dieta, pero con poca recuperación de peso corporal, solo de 1 kilo hasta el momento de su egreso hospitalario, por la falta de tolerancia y gusto a los alimentos del instituto.

Déficit: Requisito Universal Actividad y Reposo.
Prioridad: 5.
Capacidades de Autocuidado: capaz de movilizarse por sí solo dentro de la cama.
Demanda de Autocuidado: desplazamiento de la cama al reposet.
27. Diagnóstico de Enfermería: déficit de Actividades Recreativas relacionado, con estancia hospitalaria prolongada y limitación física manifestado por cansancio, aburrimiento, desesperación y angustia.
Sistema de Enfermería: Parcialmente Compensatorio y Apoyo Educativo.
Objetivo: disminuir el grado de angustia y desesperación.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se otorgó apoyo emocional. ❖ Se animo al usuario para la libre expresión de sentimientos y pensamientos. ❖ Se conversó con él la mayor parte del tiempo. ❖ Se le explicó a Gustavo como realizar ejercicios pasivos de extremidades superiores e inferiores, para mejorar la circulación sanguínea. ❖ Intervención con su Agente Dependiente de Cuidado, para que le lleve el periódico, libros revistas de preferencia que sean sobre cuidados de la Salud. ❖ Se sugirió al Sr. Gustavo la opción de leer el periódico. ❖ Se aplicaron técnicas de relajación. ❖ Se apoyo físicamente para desplazarlo al reposet. ❖ Se permitió la visita de sus familiares.
Fundamentación del Cuidado: la estancia hospitalaria prolongada, contribuye al aburrimiento y estrés de las personas, por falta de adaptación al medio desconocido; en el cual debe destacar la participación de la Agencia de Enfermería para apoyarlo en diferentes opciones para realizar actividades recreativas y con ello minimizar el tiempo de hospitalización.
Evaluación: se encontró interesado en leer y se les solicitó a sus familiares revistas y libros para leer durante el tiempo que se encontró hospitalizado; permaneció más tiempo en el reposet, logró descansar.

Déficit: Requisito Universal Normalidad.
Prioridad: 3.
Capacidades de Autocuidado: consciente, despierto, cooperador.
Demanda de Autocuidado: orientación sobre su entorno, ubicación en tiempo, espacio y lugar.
28. Diagnóstico de Enfermería: alteración de la Memoria relacionado, con sedación prolongada manifestado por periodos de desorientación y confusión.
Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo.
Objetivo: orientar al Receptor de Autocuidado sobre su entorno en tiempo, espacio y lugar.
<p>Cuidados de Enfermería :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se le otorgó información sobre su entorno en el medio hospitalario. ❖ Se le explicó con esquemas y dibujos que fue lo que le sucedió con respecto a su enfermedad. ❖ Se proporcionó un ambiente agradable y tranquilo. ❖ Se fomento la visita de sus familiares. ❖ Se mostraron objetos para recordar hechos. ❖ Se orientó en tiempo, espacio y lugar. ❖ Se otorgo apoyo emocional. ❖ Se integro la participación del equipo de salud.
Fundamentación del Cuidado: es necesario ubicar a la persona en sus tres esferas, para recuperar la noción del tiempo, con el fin de orientarlo en el entorno hospitalario, que asimile el problema sobre su enfermedad y empiece a ejercitar su propio Autocuidado.
Evaluación: después de la información otorgada, se encontró orientado, ubicado en el entorno hospitalario, recuperó la noción del tiempo y entendió lo que le sucedió; pero no fue tan fácil aceptarlo ya que le parecía increíble lo que se le platicaba con respecto a su enfermedad.

Déficit: Requisito Universal Agua/Eliminación.
Prioridad: 6.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: información y orientación sobre la ingesta de agua.
29. Diagnóstico de Enfermería: alteración en el Requisito Universal Agua/Eliminación Urinaria relacionado, con escasa ingesta de líquidos manifestado por tenesmo, disuria, urgencia por orinar y edema prominente en extremidades inferiores.
Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo.
Objetivo: orientar al Receptor de Autocuidado sobre la importancia de la ingesta adecuada de agua.
<p>Cuidados de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se otorgó información sobre la cantidad de agua que debe tomar diariamente y las posibles complicaciones por falta de ingesta de agua. ❖ Se le explicó los riesgos de ingesta de bebidas gaseosas como los refrescos y café. ❖ Se le explicó sobre los signos de retención hídrica, como presencia de edema en extremidades superiores e inferiores y como disminuirlo, a través de vendaje elástico y elevación de los mismos.
Fundamentación del Cuidado: la falta de conocimientos para el Cuidado de la salud y la importancia de ingerir el suficiente aporte de agua, contribuye a complicaciones severas durante un proceso patológico, debido a hábitos y costumbres desordenados en los individuos.
Evaluación: Gustavo se mostró desconcertado al recibir la información y aceptó la falta de responsabilidad por no haberse cuidado adecuadamente; sin embargo ahora dice que tendrá más cuidado y adoptará el hábito de ingerir agua.

Déficit: Requisito Universal Prevención de Peligros para la Vida.
Prioridad: 4.
Capacidades de Autocuidado: ninguna.
Demanda de Autocuidado: orientación e información para el Cuidado de su Salud.
30. Diagnóstico de Enfermería: riesgo potencial de Reinfarto relacionado, con múltiples factores cardiovasculares.
Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo.
Objetivo: orientar al Receptor de Autocuidado para mejorar el Cuidado de su Salud y prevenir complicaciones.
Cuidados de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se otorgó información sobre los factores de riesgo cardiovascular. ❖ Implicar a Gustavo en actividades de Autocuidado, para realizar cambios en el estilo de vida como: mejorar sus hábitos alimenticios, evitar ingesta de bebidas alcohólicas, refrescos, consumo de tabaco y café. ❖ Se informó sobre los signos y síntomas de alarma. ❖ Se integro a la Agencia de Cuidado Dependiente, para contribuir en el Cuidado del usuario.
Fundamentación del Cuidado: es importante conscientizar a la persona, para adquirir una cultura de Autocuidado diferente fortaleciendo el desarrollo de Capacidades y asumir la responsabilidad de aplicar acciones Autocuidado para el beneficio de su Salud.
Evaluación: Gustavo se encontró preocupado y asustado al recibir la información pues desconocía por completo todos los factores de riesgo, a pesar de que se sabía que padecía hipertensión arterial desde hace 5 años, mencionó que tendrá más Cuidado en su Salud.

2. 17. Plan de Alta Hospitalario.

Durante la visita en hospitalización realizada el 20 de abril del 2004 el Sr. Gustavo se encontró solo en fase de recuperación de su salud, había cumplido 32 días de hospitalización y cinco días de haber salido de la Unidad de Cuidados Coronarios, preparándose para su egreso del hospital, se observó que el Receptor de Autocuidado, respiraba normal, sin ningún problema, mejoró la ingesta de su dieta, su eliminación era normal, caminaba por el pasillo dos veces por la mañana y por la tarde, platicaba con sus compañeros de la unidad, conoce el sitio de su entorno hospitalario, se encontró orientado en tiempo espacio y lugar; pero solicitó información sobre el cuidado que debe seguir en su hogar como el tipo de dieta, actividades que puede realizar y el tipo de ejercicio.

El Sr. Gustavo había logrado recuperar en cierta medida sus Capacidades de Autocuidado, con la participación de la Agencia de Enfermería y su Agencia de Cuidado Dependiente, la mayoría de sus problemas se habían resuelto y solo se trabajó con el Requisito Universal de Prevención de Peligros para la Vida y se diseñó el Plan de Alta Hospitalario.

2. 17. 1. Diseño del Plan de Alta Hospitalario.

Objetivo: otorgar información suficiente de los cuidados específicos al Receptor de Autocuidado que debe seguir en su hogar, a través de un lenguaje claro y sencillo, realizando devolución de la orientación.

2. 17. 2. Planeación de Cuidados:

❖ Alimentación: se le otorgó información sobre la dieta hiposódica a seguir en casa, la cual debe ser baja en sal y colesterol, sin grasas, ni carnes rojas, rica en frutas y verduras, para prevenir el estreñimiento, también evitar los camarones, huevo, consumo de café, té, refrescos de cola y bebidas alcohólicas, además establecer horarios específicos de desayuno, comida y cena para

mejorar la digestión. Se le hizo hincapié en la ingesta de agua natural o de sabor de 2 a 3 litros diarios.

- ❖ Tabaquismo: evitar el consumo de tabaco, porque incrementa el nivel de lípidos y deteriora el transporte de oxígeno mientras aumenta la demanda del mismo con el riesgo de volver a sufrir otro problema cardiaco.
- ❖ Tratamiento farmacológico: debe seguir su receta médica al pie de la letra como se lo indiquen y por ningún motivo suspenderla, de preferencia tomarse los medicamentos con los alimentos para evitar úlceras gástricas; además se le explico como debe tomar sus medicamentos y las posibles reacciones de cada uno.
 1. Elantan 1 tableta (20 mg) cada 12 horas a las 10 de la mañana y 10 de la noche. Puede provocar dolor de cabeza, palpitaciones, náusea, vómito, coloración roja en la cara.
 2. Ramipril ½ tableta (5 mg) cada 12 horas a las 9 de la mañana y a las 9 de la noche. Puede presentar náusea, vómito, dolor de cabeza, palpitaciones, desmayo, dolor de estómago, diarrea, tos reseca, impotencia, caída del cabello.
 3. Aspirina 1 tableta (100 mg) cada 24 horas en la hora de la comida o merienda. Puede provocar sangrado y dolor estomacal, mareo, náusea, vómitos, zumbido de oídos, coloración amarilla de la piel.
 4. Ranisen 1 tableta (150 mg) cada 12 horas a las 8 de la mañana y a las 8 de la noche. Puede provocar dolor de cabeza, mareo, ronchas y comezón en la piel, disminución del pulso.
- ❖ Consultas programadas: es importante que continúe con su tratamiento médico y acuda puntualmente a sus consultas establecidas, ya que será más fácil detectar posibles complicaciones y la importancia de referirlo al programa de rehabilitación cardiaca en el instituto.

- ❖ Signos y Síntomas de alarma: se le enseñó a detectar signos y síntomas importantes como dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oídos, sangrados de nariz, esto surge cuando aumenta la presión arterial. Dolor en el pecho y brazo del lado izquierdo, mandíbula o en la parte superior del estómago, palpitaciones, falta de aire ya que puede indicar datos de reinfarto y debe atenderse de inmediato en caso de emergencia. Se le enseñó a tomarse el pulso en la mano, se le dijo cuando es normal y cuando es anormal, también cuales son los signos y síntomas de hiperglicemia e hipoglucemia, en caso de pérdida del conocimiento, desmayo, somnolencia, dolor de cabeza. Si observa que las piernas se le hinchan o presenta problemas para orinar o evacuar.
- ❖ Rehabilitación Cardíaca: se otorgó información sobre el programa del instituto el cual cuenta con una gama de herramientas necesarias, para lograr un estilo de vida sano y diferente, libre de complicaciones, pero sobre todo mejorar la calidad de vida, con acciones encaminadas para restablecer el estado físico, muscular y cardiorrespiratorio, para disminuir la ansiedad, depresión, contribuye a la motivación personal; posterior de un ataque al corazón, para adoptar al corazón a un estilo de vida diferente.
- ❖ Actividad física: respetar periodos de descanso de 15 a 20 minutos, evitar permanecer sentado en la misma posición de 4 a 6 veces al día en los primeros meses. Puede empezar a realizar actividades de pequeños esfuerzos en su hogar de ritmo moderado y cómodo con descansos para evitar la fatiga y el estrés, mediante técnicas de relajación. Realizar ejercicios pasivos, empezando gradualmente hasta lo que tolere como es la caminata de forma gradual de 10 a 20 minutos diarios y suspender o disminuir el tiempo en caso de cansancio o fatiga, además debe ser dos horas después de la comida; evitar ejercicios isométricos como el correr, levantar pesas natación, football soccer.

- ❖ Integración Social: puede recibir visita de sus familiares y amigos establecer comunicación entre ellos incorporarse a su entorno social, acudir a reuniones familiares y sociales, integrarse a su comunidad para favorecer el diálogo con sus vecinos o amigos.
- ❖ Vida sexual: puede reiniciar su actividad sexual pero con precauciones como evitar temperaturas extremas, esperar 2 horas después de las comidas, si se encuentra fatigado descansar antes de su actividad, de preferencia que sea en las mañanas, practicar posturas habituales y abandonar la actividad sexual si presenta dolor torácico o problemas para respirar.
- ❖ Higiene: se otorgo orientación sobre la importancia de la higiene general como el lavado de manos antes y después de ingerir sus alimentos, cepillado dental, el baño de preferencia diario y revisar su cuerpo en busca de cualquier anomalía, así como el cambio de su ropa interior para prevenir enfermedades infecciosas; uso de ropa holgada y zapatos cómodos para contribuir en sus actividades físicas y descanso.

Fundamentación de la Planeación de los Cuidados del Alta Hospitalaria: uno de los objetivos fundamentales de la aplicación del Modelo de Déficit de Autocuidado, es que el Receptor de Autocuidado, sea responsable de su propio Cuidado de Salud; a través del Apoyo Educativo que otorga la Agencia de Enfermería, con el fin de que el propio usuario y su Agencia de Cuidado Dependiente sean capaces de llevar a cabo Acciones de Autocuidado especializadas; para integrarse a su nuevo etilo de vida

Evaluación de la Información: el Sr. Gustavo se encontró muy interesado en saber como se Cuidará en su casa y aclaró sus dudas, tuvo la Capacidad de asimilar la información transmitida, contó con la Capacidad para desarrollar habilidades y aptitudes positivas para el Autocuidado Independiente, adquirió la responsabilidad de asumir su propio Autocuidado, tuvo la Capacidad para desarrollar actividades físicas, tiene la Capacidad de acudir al médico cuando se requiera para el Cuidado de su Salud, se observó

la adquisición de conocimientos para modificar el estilo de vida como el dejar de fumar, control dietético, realizar ejercicio y se comprobó a través de la devolución de la información.

SEGUNDA ETAPA

2. 18. Segunda Etapa.

2. 18. 1. Valoración Final Visita Domiciliaria.

La visita a su domicilio se realizó el 24 de junio del mismo año contempla la última valoración y el cierre del Estudio de Caso. Durante esta visita se pudo observar que el Sr. Gustavo había recuperado sus Capacidades de Autocuidado casi en su totalidad.

Requisitos Universales.

Aire: respiraba por la nariz, sin ninguna dificultad con adecuada entrada y salida de aire.

Agua: ingiere dos litros de agua diario natural o de frutas especialmente de mango.

Alimentación: realiza tres comidas al día, con escaso contenido de sal, sin grasas, sin carnes rojas y sin carbohidratos; comentó que apenas se está adaptando al consumo de frutas y verduras, no ingiere refrescos ni bebidas alcohólicas, ha recuperado 5 kilos.

Eliminación: no ha presentado edema en extremidades superiores ni inferiores, orina de 5 a 6 veces al día, sin dolor en cantidad normal, evacua una vez al día sin problemas, no ha presentado estreñimiento.

Actividad y Reposo: duerme de 7 a 8 horas diarias sin problemas de insomnio, realiza actividades cotidianas, como ayudar a su esposa en el hogar con periodos de descanso, también actividades recreativas como: ver la tele le gusta estar enterado de las noticias de lo que sucede en México y en el mundo, le encanta ver el fútbol soccer, le gusta leer, pero cuando lee demasiado refirió que se cansa de la vista, lo cual disminuye con el uso de sus anteojos, realiza caminata de 15 a 20 minutos diarios por la tarde; aunque se fatiga cuando camina demasiado, también comentó que le van a llevar unos paquetes de electrodomésticos para venderlos.

Soledad e Interacción Social: se encontró muy impresionado de volver a estar en su casa y con su esposa, ha recibido visita de todos sus familiares, pero su hija lo frecuenta muy seguido, también ha recibido visita de sus amigos y vecinos, quienes están muy contentos de volverlo a

ver otra vez en la unidad y que ha recuperado su Salud; se encontró muy feliz y alegre de ser visitado, se mantuvo conversación por varias horas con él y su esposa.

Prevención de Peligros para la Vida: puede ver y escuchar normal, esta muy atento en su hogar y cuando sale a caminar con su esposa esta atento de los peligros en la calle; lleva su receta al pie de la letra, su dieta y ejercicio, además se realizó unos estudios de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática), por su cuenta los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, también se tomó una tele de tórax se encontró sin complicaciones; fue valorado por su médico particular; comentó que la consulta de cardiología se la dieron hasta el mes de agosto y se le hace muy largo, además refirió, que tiene pendiente integrarse al programa de rehabilitación cardiaca hasta que sea referido por su médico en su próxima consulta.

Normalidad: se encontró de buen humor, con actitud positiva, muy motivado y apoyado por sus familiares, está al pendiente de sus citas médicas, además explora su cuerpo para detectar anomalías.

Requisito de Autocuidado para el Desarrollo: se encontró ubicado en su entorno, con la capacidad de realizar sus actividades cotidianas; aún no se ha integrado al área laboral y comentó que se desespera un poco.

Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud: se encontró en recuperación de su Salud, con ruidos cardiacos rítmicos en adecuada amplitud e intensidad, abdomen blando con ruidos peristálticos normales, se le tomaron signos vitales y reportó rangos normales: presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 10 por minuto; se encontró asintomático, sabe lo que le pasó y ha aprendido a valorar su salud como un valor primordial en su vida, por lo que ha sido capaz de modificar su estilo de vida como: hábitos alimenticios, hábitos higiénicos, ha dejado de fumar, ha dejado el consumo de alcohol, realiza

ejercicios pasivos y solo toma medicamentos indicados por su médico, también cuenta con un baumanómetro digital y de vez en cuando su esposa le toma la presión arterial.

2. 18. 2. Identificación de Déficit y Capacidades del Receptor de Autocuidado.

Se observó, que el Sr. Gustavo contaba con la información necesaria, para Cuidarse por sí mismo, pues había cambiado su estilo de vida en hábitos alimenticios, entre otros; adquiriendo una cultura de Autocuidado diferente y solo se reforzó información en el requisito de Autocuidado para el Desarrollo, para integrarse a la vida laboral.

2. 18. 3. Plan de Intervenciones de Enfermería.

Fecha de Inicio: 24 de junio del 2004.

Fecha de Terminación: 24 de junio del 2004.

Déficit: Requisito de Autocuidado para el Desarrollo. Prioridad: 1.
Capacidades de Autocuidado: realiza actividades cotidianas en su hogar.
Demanda de Autocuidado: información sobre las actividades laborales que puede realizar para su desarrollo personal.
31. Diagnóstico de Enfermería: Déficit de Autocuidado para el Desarrollo de actividades laborales relacionado, con recuperación de su Salud, manifestado por inquietud, ansiedad, preocupación, angustia.
Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo.
Objetivo: ofrecer información sobre las actividades que puede realizar.
Cuidados de Enfermería: ❖ Se le otorgó información, sobre la importancia de realizar actividades, que requieran de mínimos esfuerzos físicos mínimos, como manualidades, dibujar, pintar, arreglar su jardín, archivar libros, entre otros pero con periodos de descanso y no realizar actividades que requieran de un mayor esfuerzo físico por el momento hasta recuperarse completamente y después de integrarse al programa de rehabilitación cardiaca.
Fundamentación del Cuidado: el hombre para que pueda sobrevivir es necesario que se desarrolle como persona en diversas áreas como laborales, económicas, familiares, sociales, religiosas, educativas; siempre y cuando cuente con una Salud plena para el logro de sus metas y objetivos en cada una de las etapas del ciclo vital.
Evaluación: se encontró interesado en volver a trabajar aunque no sea de taxistas, pero si en otras cosas que requieran de menor esfuerzo físico.

Capítulo III

3. Resultados.

El resultado obtenido corresponde al seguimiento de caso durante tres meses, en relación al Agente de Autocuidado; a través de la aplicación de los instrumentos utilizados: Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado y Estimación de las Capacidades de Autocuidado; los cuales permiten ser tangibles a los conceptos abstractos del modelo, durante la práctica profesional de Enfermería.

El primero permite identificar el Déficit de Autocuidado que la persona tenía durante su estancia hospitalaria y valorar el nivel de Autocuidado que ha logrado con el apoyo de la Agencia de Enfermería, hasta el momento de su egreso hospitalario.

Con el segundo instrumento, se Estimó las Capacidades de Autocuidado que tenía el Receptor de Autocuidado, posterior al estado crítico y durante la Visita en su Hogar; contempla la adquisición de habilidades, motivación personal y toma de decisiones para integrarse al Autocuidado de su vida individual y familiar. Obteniendo los siguientes resultados.

Primera Etapa.	Valoración Clínica General.	CAC 0
	Valoración Clínica Exhaustiva.	33.3
Segunda Etapa.	Valoración Final.	83.92

Tabla 12. Resultados Estimación de Capacidades de Autocuidado en Hospitalización y en su Hogar.

3. 1. Análisis de Resultados.

En la tabla 12, se representa el puntaje obtenido de Estimación de Capacidades de Autocuidado.

La Primera Etapa corresponde al inicio del Estudio de Caso (22 de marzo del 2004), incluye dos valoraciones realizadas en el hospital la primera, es la Valoración Clínica General se encontró con cero puntos de Capacidades de Autocuidado, los datos obtenidos fueron a partir de observación directa y en forma deductiva, sin aplicación de ningún instrumento, debido a la gravedad de salud de la persona. La segunda corresponde a la Valoración Clínica Exhaustiva No.10 (5 de abril del 2004), se realizó después de 14 días de haber superado el proceso crítico, contempla el análisis del instrumento sobre Estimación de Capacidades de Autocuidado, con cambios muy significativos obteniendo 33. 3 puntos de 100.

En la Segunda Etapa, contempla el cierre del estudio (24 de junio del 2004) y corresponde a la Valoración Final realizada durante la Visita en su Domicilio, observando un cambio impresionante que el Sr. Gustavo había logrado con respecto a sus Capacidades de Autocuidado, aumentaron a 83. 92 puntos de 100; contó con la Capacidad de integrarse nuevamente a sus actividades cotidianas y quizá muy pronto a la vida laboral.

Capítulo IV

4. Discusión.

Los resultados obtenidos a partir de los instrumentos utilizados, permite ser tangibles los conceptos abstractos del modelo durante la práctica profesional de Enfermería.

La aplicación del Modelo del Déficit de Autocuidado en las personas fomenta una cultura de Autocuidado, hasta que el individuo es capaz de alcanzar su propia Agencia de Autocuidado, adquiriendo la responsabilidad de Cuidarse por sí mismo, realizando cambios en su estilo de vida como hábitos higiénicos, de alimentación, motivación personal, realización de ejercicio, entre otros; asimismo involucra a la Agencia de Cuidado Dependiente, a través de actividades aprendidas que son diseñadas y enseñadas por la Agencia de Enfermería, logrando con ello los objetivos planeados al inicio de este Estudio de Caso.

El Modelo del Déficit de Autocuidado en el ámbito mundial ha demostrado ser aplicable y funcional, ya que puede adaptarse a cualquier situación de Salud a todas las personas en todas las etapas del ciclo vital, en condiciones sanas y enfermas; permite a las personas adquirir una cultura de Autocuidado diferente, percibiendo a la Salud como un valor importante esencial y prioritario en su vida, no solo apreciarlo en presencia de enfermedad sino prevenirla y evitar complicaciones irreversibles, por falta de conocimientos, orientación, información e interés para llevar a cabo Acciones de Autocuidado.

El Proceso Atención de Enfermería, tiene un enfoque teórico que sirve como guía eficaz en el hacer profesional, orientado a la valoración, diagnóstico e intervenciones de enfermería; el cual permite identificar y resolver los problemas de salud en el momento, no solo en condiciones patológicas sino en medidas de prevención para valorar y evaluar constantemente a la persona en su totalidad, ayudarlo a cubrir sus necesidades básicas y recuperar sus Capacidades de Autocuidado para el bienestar de su Salud.

Es importante resaltar la evidencia sobre el avance obtenido del Receptor de Autocuidado, a pesar del proceso patológico tan grave por el que cursó durante su estancia hospitalaria y de las

pocas posibilidades que tenía para sobrevivir; además de que no existen antecedentes en la Especialidad de Enfermería Cardiovascular ni bibliográficamente que manejen conceptos teóricos del Autocuidado específicamente en este tipo de personas.

Sin embargo se puede contrastar con los resultados obtenidos de otros trabajos realizados en la Especialización en Enfermería Cardiovascular con aplicación de conceptos Teóricos de Autocuidado, realizados en el Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, en personas con afección cardiovascular y durante la hospitalización previa a una intervención quirúrgica; por ejemplo estudios realizados por Landeros O. (2000) y Huerta M. (2001) reportaron que las personas después de enfermarse son capaces de aplicar acciones de Autocuidado para mantener la vida, Salud y bienestar e interés de comprometerse en su propio Cuidado y adquirir una cultura de Autocuidado diferente; sus resultados se apoyan con los obtenidos en este estudio; pues se comprobó que las personas no se preocupan por su salud mientras se mantienen sanas, sino hasta el momento de enfermarse; entonces es cuando consideran a la Salud como algo primordial en su vida, posiblemente se deba a la falta de conocimientos e información para el Cuidado de su salud.

Por otro lado, el reporte de autores como: Bedolla O. (2002), Salas M. (2003), Pérez N. (2003), encontraron que las personas no tienen interés en desarrollar sus CAC si no se sienten enfermas; a pesar de saberse enfermas desde varios años atrás, en este tipo de estudio se estimó las CAC, con un puntaje bajo; en el cual existe cierta relación con este estudio, una posible asociación con este hecho de acuerdo con Orem (2001), es la explicación teórica para desarrollar las CAC, en el estado de Salud y los Factores Condicionantes Básicos.

Sin embargo no existe una relación concreta como tal, en los resultados obtenidos en este estudio, en el cual se demuestra que las personas en estado crítico tienen completamente limitado el desarrollo de sus CAC, a pesar de saber que cuentan con factores de riesgo cardiovascular importantes como: sedentarismo, tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial. Pero el resultado de este estudio se apoya con el reporte de Landeros O. (2002), quien estudió una comunidad con obesidad y sin obesidad aparentemente sanos; encontrando que las personas no perciben una

Salud plena, pero tampoco han desarrollado CAC para mejorarla; una argumentación posible es que las personas desconocen las complicaciones severas que presentarán a largo plazo. Ambos resultados se contradicen con el reporte de Bañuelos y Gallegos (2001), quienes encontraron que las personas estudiadas con diabetes mellitus, perciben alto puntaje de CAC; una posible explicación es que los integrantes no consideren necesario desarrollar sus CAC para Cuidar de su Salud, ya que se encuentra en buen estado.

Finalmente en este estudio realizado, se destaca el quehacer profesional de Enfermería para apoyar, educar, orientar e informar al Receptor de Autocuidado, sobre Cuidados especializados de Enfermería en personas con afección cardiovascular y con ello incrementar sus CAC posterior al proceso crítico de una forma significativa y de forma relevante hasta su egreso del hospital y durante la visita en su hogar.

Concluyendo que en todos los estudios realizados, se ha demostrado que no es posible obtener un puntaje máximo de 100, con respecto a las Capacidades de Autocuidado en este tipo de personas, asimismo destaca el trabajo continuo de la Especialidad en Enfermería Cardiovascular para continuar elaborando estudios de caso con fundamentación en la Teoría del Déficit de Autocuidado y Estimación de Capacidades de Autocuidado, esperando obtener mejores resultados.

4. 1. Conclusiones.

Con este Estudio de Caso se hace evidente el avance obtenido del Receptor de Autocuidado, a pesar del proceso patológico tan grave por el que curso durante su estancia hospitalaria y de las pocas posibilidades para sobrevivir.

Sin embargo, logró recuperar y desarrollar sus Capacidades de Autocuidado y aplicar Acciones de Autocuidado por sí mismo en un lapso de tres meses con la participación del trabajo de la Agencia de Enfermería y de su Agente de Cuidado Dependiente.

Se alcanzaron los objetivos planeados al inicio de este estudio, con aplicación del Modelo Teórico propuesto por Dorothea Orem, identificando el Déficit y Capacidades de Autocuidado y con ello la elaboración de un Plan de Intervenciones de Enfermería, resolviendo la mayoría de los problemas de la persona; sin embargo el resto por resolver corresponde directamente a su desarrollo personal a largo plazo.

Los instrumentos de valoración permiten conocer el desarrollo de las Capacidades de Autocuidado, que el individuo tiene con respecto al Cuidado de su Salud, obteniendo resultados para intervenir en situaciones de ayuda, a través de los Cuidados especializados de Enfermería, durante y después del evento cardiovascular.

Durante la Visita en su Hogar, se observó, que Gustavo había recuperado sus Capacidades de Autocuidado casi en su totalidad y las demandas de Autocuidado eran mínimas, contaba con la información suficiente y conocimientos necesarios para llevar a cabo Acciones de Autocuidado.

Referencias Bibliográficas

1. Alfaro, R., (1996). “Aplicación del Proceso de Enfermería”, Mosby, 3^a Edición, España.
2. Balbanera, A., (1982). “Manual de Urgencias Cardiovasculares” Diagnóstico y Tratamiento, 1^a Edición, Editorial Jims, Barcelona.
3. Balluelos, B. P & Gallegos, C. E., (2001). “Autocuidado y Control de adultos Mayores con Diabetes”, Desarrollo científico en Enfermería 9 (4), 100 - 1006.
4. Bedolla O. M. E., (2002). “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un paciente con insuficiencia circulatoria de extremidades inferiores”. Tesis de Especialización no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
5. Heart Attack and Angina statistics, disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4591>.
6. Huerta R. B., (2001). “Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en base a la Teoría del Déficit de Autocuidado en un caso de Estenosis Aórtica.”. Tesis de Especialización no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
7. Carpenito, M., (2004) “Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería”, 4^a Edición, Editorial Interamericana McGraw Hill, España.
8. Cavanagh, S., (1993). “Modelo de Orem Aplicación Práctica”, 1^a Edición, Editorial Masson, España.
9. Evers, C. Isenberg, M, Philpsen, H. Senten; M. Browns, G., (1989). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self - cares agency A.S.A - scale. “International Journal of Nursing Stdies, 30,331-342.
10. Da Silva, V., (1997). “Autocuidado y Calidad de Vida de Adultos Mayores en

- áreas Urbano Marginales de Monterrey”. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de Monterrey, N. L; México.
11. Dossier, B., (1995). “Conceptos y temas en la práctica de enfermería”, 2ª Edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill, México.
 12. Fawcett, J., (1995). “Análisis y Evaluación de los Modelos Conceptuales en Enfermería” (Trad por L González y M Franco) Philadelphia. Davis Company.
 13. Guadalajara, J., (2003). “Cardiología”, 5ª Edición, Editorial Méndez, México.
 14. Gallegos, E., (1998). Valoración de las Capacidades de Autocuidado “Desarrollo Científico en Enfermería”, 6 (9), 260 - 266.
 15. Gallegos, E., Cárdenas, V &, Salas M., (1998). “Capacidades de Autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2”. Investigación y educación en Enfermería, 17 (2), 13 - 27.
 16. Gallegos, E., (1995). “Validación de la Escala Capacidades de Autocuidado con población Mexicana”. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey N. L México.
 17. Gordón, M., (1996). “Diagnóstico Enfermero Proceso y Aplicación” 3ª Edición, Editorial Mosby/Doyma, España.
 18. Landeros, O. E. A., (2000). “El Autocuidado aplicado a un enfermo con anomalía de Ebstein”. Tesis de Especialización no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
 19. Landeros, O. E. A., (2002). “Capacidades de Autocuidado y percepción del Estado de Salud en personas con y sin Obesidad”. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León México.
 20. Leiva, J., (2002). “Manual de Urgencias Cardiovasculares”, 2ª Edición, Editorial McGraw – Hill, México.
 21. Leslie, A. Mary, M., (1985). “Proceso Atención de Enfermería”, 2ª Edición, Editorial Manual Moderno, México.

22. Lupi E., (2000). “Choque Cardiogénico”, Revista Mexicana de Cardiología, 11, 254 - 269.
23. Mchale L., (2004). “Cuidados Intensivos”, 4ª Edición, Editorial Panamericana, México.
24. Marriner. T. A., (1999). “Modelos y Teorías en Enfermería” 4ª, Edición, Editorial Harcourt Brace, España.
25. Martín Susan., (1997). “Guía de la Planificación de la Práctica Asistencial Conjunta”, 6ª Edición, Editorial Harcourt – Brace, España.
26. Odell D., (1987). “Urgencias en Enfermería”, 1ª Edición, Editorial McGraw - Hill Interamericana, México.
27. Opie H., (2002). “Fármacos en Cardiología” 5ª Edición, Editorial McGraw - Hill Interamericana, México.
28. Orem Dorothea., (1995). “El Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la Práctica”, 5ª Edición, Masson – Salvat, Barcelona España.
29. Ostiguin, R., (2000). Método de Trabajo Enfermero y Modelo de Orem, una propuesta de implementación, “Desarrollo científico de Enfermería”.
30. Pérez, N. E., (003). “Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva del Modelo del Autocuidado a un Receptor de Autocuidado con Valvulopatía Aórtica”. Tesis de Especialización no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
31. Pérez, H. M. J., (2001). “Déficit de Autocuidado en paciente adulta - joven con Disfunción Valvular”. Tesis de Especialización no publicad. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
32. Salas, M. E. O., (2003). “Déficit de Autocuidado a una persona Adulta con Disfunción_Valvular”. Tesis de Especialización no publicad. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México.
33. Savanagh, G. A., (1993). “Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la

- Práctica”, Editorial Ediciones Científicas y Técnicas S. A Masson Salvat, España.
34. Sede, H., (1997). “Manual de Exploración Física” ,3ª Edición, Editorial Mosby/Doyma, España.
 35. Secretaria de Salud., (1988). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Editorial Porrúa, México.
 36. Secretaria de Salud., (1999). Boletín epidemiológico, disponible en www.ssa.gob.mx [En línea 2003].
 37. Secretaria de Salud., (1999). Estadísticas vitales: capítulo mortalidad 1999, disponible en www.ssa.gob.mx. [En línea 2004].
 38. Stillwell S. Randa E., (1995). “Guía Clínica de Enfermería Cardiovascular”, 2ª Edición, Editorial Mosby/Doyma, España.
 39. Shapiro Barry., (1996). “Manejo clínico de los Gases Sanguíneos”, 5 Edición, Editorial Médica Panamericana, Bogota.
 40. Vargas A., (2002). “Dolor Torácico agudo de origen Cardíaco”, Revista Médica Sur, 2, 7-14
 41. Wesley R:L., (1995). “Teorías y Modelos de Enfermería” 2ª Edición, Editorial McGraw Hill Interamericana, México.

Apéndices

Apéndice A

Valoración Clínica del Déficit de Autocuidado, ENEO – UNAM., (1997).



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



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

Institución:

Registro:

Fecha:

Servicio:

No. Cama:

I. Factores Condicionantes Básicos

1. Características personales:

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

2. Características familiares:

2.1 Composición familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte Económico

2.2 Estructura familiar:

a) Estructura del rol

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

b) Sistema de valores

◆ ¿En la familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, trabajo y del hogar?

¿Cuáles?

c) Patrón de comunicación

◆ ¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? ¿Estas son respetadas?

◆ ¿Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platican entre sí la familia?
--

d) Estructura del poder (afrontamiento familiar)

◆ ¿Cuáles eventos o situaciones han causado tensión en la familia?
--

◆ ¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

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

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

2. 3 Función familiar

a) Función afectiva

◆ ¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo?

◆ ¿Con qué frecuencia se expresan afecto?

b) Socialización y función social

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

◆ ¿Cómo distribuye la familia las tareas del hogar?

◆ ¿Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? ¿Quién?

◆ ¿Ha tenido algún problema con compañeros, maestros, amigos? ¿De qué tipo?
--

c) Función reproductora

◆ ¿Utiliza algún método de planificación familiar?
--

¿De qué tipo?

◆ ¿Existen planes para tener más hijos?

◆ ¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad?
--

¿Cuál?

d) Función económica (provisión de las necesidades físicas)

◆ ¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?

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

e) Características ambientales (entorno físico y social)

◆ ¿La vivienda donde convive con la familia es propia?
--

◆ ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios?

¿Tienen cocina y baño independientes?

◆ ¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar?
--

¿Especifique?

◆ ¿En su vecindario cuenta con seguridad pública?
◆ ¿En su vecindario cuenta con suficientes medios de transporte?
◆ ¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud? ¿Cuáles?
◆ ¿La relación de su familia con los vecinos es satisfactoria?
◆ ¿Algún miembro de la familia pertenece a grupos o asociaciones civiles?
◆ ¿Cuáles?

II. Requisitos de Autocuidado Universales

1. Aire

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

2. Agua

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

3. Alimentos

Somatometría.

Peso anterior: Talla: IMC:

Peso actual:

◆ ¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho?
◆ ¿Por qué?
◆ ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?
◆ ¿Qué alimentos le agradan?
◆ ¿Qué alimentos le desagradan?
◆ ¿Tiene un horario específico para consumir alimentos?
◆ ¿Ha padecido alguna molestia para ingerir sus alimentos? ◆ ¿Cuáles?
◆ ¿Qué ha hecho para disminuir sus molestias?

4. Eliminación

◆ ¿Cuántas veces defeca al día? ¿Tiene molestias al defecar?
◆ ¿De qué tipo?
◆ ¿Qué hace para eliminar su malestar?
◆ ¿Cuántas veces orina al día? ¿Tiene molestias al orinar?
◆ ¿De qué tipo?
◆ ¿Qué hace para aliviar sus molestias?
◆ ¿Se desparasita?

5. Actividad y Reposo

◆ ¿Qué actividades realiza en su hogar?
◆ ¿Qué actividades desempeña en su trabajo?
◆ ¿Acostumbra a realizar algún tipo de trabajo? ¿Cuál?
◆ ¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso?
◆ ¿Tiene algún problema para dormir? ¿Cuál?
◆ ¿Cómo logra conciliar el sueño?
◆ ¿Cuántas horas duerme regularmente?

6. Soledad e interacción social

a) Comunicación

◆ ¿Se comunica fácilmente con otras personas? ¿Qué dificultades tiene para comunicarse?
◆ ¿Pertenece a algún grupo social? ¿Cuál?
◆ ¿Tiene parientes, amigos, o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita?
◆ ¿Con quién recurre primero?

b) Sexualidad

◆ ¿Considera usted que la sexualidad favorece la relación con su pareja? ¿Por qué?
◆ ¿Con qué frecuencia comenta usted aspectos de sexualidad con sus padres pareja e hijos?
◆ ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales con su pareja?
◆ ¿Le son satisfechas? ¿A qué lo atribuye?

7. Peligros para la vida humana

◆ ¿Su vista es lo suficientemente buena para detectar un peligro en su hogar, vía pública o trabajo? ¿Cual es el motivo?
◆ ¿Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de cualquier peligro?

◆ ¿Su olfato le permite percibir olores que pudiera indicar peligro para su salud?
◆ ¿Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en buen estado?
◆ ¿Por medio de su tacto puede detectar forma, textura, temperatura, movimientos o estabilidad de un objeto que puede significarle peligro?
◆ ¿Si va en automóvil utiliza el cinturón de seguridad?
◆ ¿Está atento a cualquier peligro, qué pudiera surgir en su hogar, trabajo o escuela?
◆ ¿Acostumbra a consumir bebidas alcohólicas? ¿Con qué regularidad?
◆ ¿Fuma? ¿Con qué frecuencia?
◆ ¿Consume bebidas gaseosas, refrescos de “cola” u otras? ¿Con qué regularidad?
◆ ¿Consume café o té? ¿Con qué regularidad?

8. Normalidad

a) Recursos de salud

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

b) Prácticas personales de salud

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

c) Autoconcepto / imagen

◆ ¿Se acepta usted tal como es? ¿Por qué?
--

d) Salud mental

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

e) Espiritualidad

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

III. Requisito de Autocuidado para el Desarrollo

1. Etapa el ciclo vital

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

IV. Requisito de Autocuidado Desviación de la Salud

1. Desviación actual

a) Percepción de la desviación actual

◆ ¿Conoce su enfermedad?

◆ ¿Le preocupa su enfermedad?

◆ ¿Por qué?

2. Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud

◆ ¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad?

c) Cambios de la desviación de los estilos de vida

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

3. Historia de desviación de la salud

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

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

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

◆ ¿Con qué frecuencia?

◆ ¿Actualmente está con tratamiento a base de anticoagulantes?

4. Historia sanitaria familiar

◆ ¿Sus familiares han padecido algunas de las siguientes enfermedades?

Diabetes Mellitus:

Hipertensión arterial:

Enfermedades del corazón:

Obesidad:

Neuropatía:

V. Exploración Física

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

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

3. Tórax

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

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

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

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

4. Abdomen

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

5. Genito - urinario

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

6. Extremidades

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

Signos vitales

Presión arterial:

Frecuencia cardíaca:

Frecuencia respiratoria:

Temperatura:

VI. Exámenes de Laboratorio y Gabinete

1. Exámenes de laboratorio

Tipo	Valores de la persona	Valores normales	Fecha

1. 1 Gasometría arterial.

Tipo	Valores de la persona	Valores normales	Fecha
pH			
PaO2			
PaCO2			
Saturación arterial			
Saturación venosa			
HCO3			

2. Perfil hemodinámico.

Tipo	Valores de la persona	Valores normales	Fecha
PAS			
PAD			
PAM			
PCP			
PVC			
PAPS			
PAPD			
PAPM			
G. C			
I. C			
VL			
I. S			
RVS			
RVP			
PAo2			
DAaO2			
IRS			
Kirby			
Cco2			
Cao2			
CVo2			
Davo2			
QS/QT			
Do2			
Vo2			
Eo2			

3. Exámenes de gabinete.

TIPO	OBSERVACIONES
Electrocardiograma	
Ecocardiograma	
Rx de tórax.	
Endoscopia	
Cateterismo cardiaco	

Comentarios Generales:

Elaboró:

Apéndice B

Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado

Autor original: Isenberg y Evers., 1993. Versión en español: Esther Gallegos Cabriaes PhD., 1998.

Autocuidado	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
1. Conforme hago mi vida hago cambios para mantenerme sano.				
2. Casi nunca checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.				
3. Si no puedo moverme con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.				
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.				
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.				
6. No siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.				
7. Busco mejores formas de cuidarme a mí mismo.				
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpio.				
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en el correcto.				
10. Si es necesario puedo manejar la salud para mantenerme tal como soy.				
11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.				
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.				
13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.				

1 = Total Desacuerdo.

2 = Desacuerdo.

3 = Acuerdo.

4 = Total Acuerdo.

Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado

Autocuidado	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
14. Cuando obtengo información sobre mi salud raras veces, pido explicación sobre lo que no entiendo.				
15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.				
16. En otros tiempos he sido capaz de cubrir hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.				
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables.				
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.				
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud				
20. Conforme hago mi vida hago cambios para mantenerme sano.				
21. Casi nunca checo si las medidas que tomo para mantenerme sano son las adecuadas.				
22. Si no puedo moverme con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.				
23. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.				
24. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sano.				
Suma Total.				

1 = Total Desacuerdo.

2 = Desacuerdo.

3 = Acuerdo.

4 = Total Acuerdo.

Nota: las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20,23; cambia el orden de puntaje, si la respuesta es 4 corresponde a 1, 3 =2, 2 = 3, 1 = 4

Apéndice C

Consentimiento Informado al Familiar

Fecha:

Yo _____ como familiar de _____, autorizo el consentimiento a la Lic. Enfermería Beatriz Marcos López, para participar en el seguimiento del Estudio de Caso a mi esposo con fines de investigación; con base a los conceptos Teóricos del Autocuidado, relacionados con su enfermedad para mejorar los Cuidados especializados que se le otorguen durante su estancia hospitalaria, respetando su dignidad, intimidad y bienestar, con el derecho de retirarme en el momento que ya no desee participar.

Participante. (Familiar).

Enfermera: Beatriz Marcos López.

Apéndice D

Consentimiento Informado al Receptor de Autocuidado

Fecha:

Yo _____ autorizo el consentimiento a la Lic. Enfermería Beatriz Marcos López, para participar en el seguimiento del Estudio de Caso; con base en los conceptos Teóricos del Autocuidado, para mejorar en el Cuidado de mi Salud, respetando mi dignidad, intimidad y bienestar, con el derecho de retirarme en el momento que ya no desee participar.

Participante.

Enfermera: Beatriz Marcos López.