



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION SUPERIOR DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

ESTUDIO DE CASO

**ATENCION DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA CON
ENFOQUE TEORICO DE VIRGINIA HENDERSON A UNA
PERSONA CON AFECCION VALVULAR.**

Para obtener el grado de:
ESPECIALISTA CARDIOVASCULAR

Presenta
L.E. Gabriela Pichardo González

Asesor académico
EEC Carolina Ortega Vargas



MEXICO D.F

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por darme la oportunidad de vivir,
Por brindarme salud y bienestar.

A MIS PADRES: *Basilio y Carmen*

Por su ejemplo de superación,
Por apoyarme cuando más lo requería,
Por haber confiado en mí y orientarme.

A MI HIJA: *Joselina*

Por ser mi mayor aliciente para seguir adelante,
Por tu comprensión, tu espera y paciencia
en este proceso de superación.

A CARLOS:

Por compartir conmigo alegrías y tristezas,
Pero sobre todo por tu cariño, tu comprensión y
Tú ayuda incondicional para alcanzar mis metas.

A MI TUTOR CLINICO: *Lic. Carolina Ortega.*

Por sus conocimientos transmitidos,
Por su dedicación y el tiempo otorgado
en hacer crecer mis conocimientos.

AL Sr. ALFONSO Y A SU FAMILIA:

Por la colaboración y confianza depositada en mí,
Para la realización del presente estudio.

Contenido

INTRODUCCIÓN	I
1. JUSTIFICACION.....	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 Objetivo General	
2.2 Objetivos específicos	
3. MARCO CONCEPTUAL.....	3-26
3.1. Antecedentes	
3.3 Modelo de Virginia Henderson	
3.4 Proceso de Atención de enfermería	
3.4.1 Importancia y ventajas del proceso de enfermería	
3.4.2 Características del proceso de enfermería	
3.4.3 Etapas del proceso de enfermería	
3.5 Relación del PAE y la teoría de Virginia Henderson	
3.6 Daños a la salud	
3.6.1 Fisiología de la estenosis aórtica	
3.6.2 Evolución natural y complicaciones	
3.6.3 Síntomas	
3.6.4 Examen físico	
3.6.5 Diagnóstico	
3.6.6 Tratamiento	
4. METODOLOGÍA.....	27-29
4.1 Tipo de estudio	

4.2	Tiempo	
4.3	Lugar	
4.4	Instrumentos aplicados	
4.5	Fuentes de información	
4.6	Consideraciones éticas	
4.7	Metodología de trabajo	
4.8	Variables	
5.	PRESENTACION DEL CASO.....	30-31
6.	RESULTADOS.....	32-54
6.1	Primera valoración exhaustiva realizada en el periodo preoperatorio	
6.2	Plan de atención de enfermería preoperatorio	
6.3	Segunda valoración exhaustiva realizada en el postoperatorio mediato	
6.4	Plan de atención de enfermería posoperatorio mediato	
6.5	Tercera valoración exhaustiva realizada en el postoperatorio tardío	
6.6	Plan de atención de enfermería posoperatorio tardío	
6.7.	Valoración focalizada realizada en el servicio de hospitalización	
6.8	Plan de atención de enfermería servicio de hospitalización	
6.9	Cuarta Valoración exhaustiva realizada en hospitalización	
6.10.	Plan de atención de enfermería	
6.10.1	Plan de alta	
6.11.	Primera valoración focalizada vía telefónica	
6.12	Plan de atención de enfermería	
6.13	Segunda valoración focalizada vía telefónica	
6.14	Plan de atención de enfermería	

7. EVALUACION GENERAL.....	55-56
8. CONCLUSIONES.....	57-58
9. REFERENCIAS.....	59-61
10. BIBLIOGRAFIA.....	62
11. A N E X O S	63-107
Anexo I. Formato de valoración exhaustiva	
Anexo II Formato de valoración focalizada	
Anexo III. Consentimiento Informado	
Anexo IV Primera valoración exhaustiva realizada el día 23 de nov. 2009	
Anexo V Segunda valoración exhaustiva realizada el 24 de nov.2009	
ANEXO VI Tercera exhaustiva realizada el día 25 de nov. 2009	
Anexo VII Valoración focalizada realizada el día 27 de nov.2009	
Anexo VIII Cuarta valoración exhaustiva realizada el día 29 de nov. 2009	

INTRODUCCIÓN

La participación de la enfermería especializada se basa en la responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, misma que contribuye para que las personas obtengan bienestar en todos los aspectos de la vida.

Su mística es el cuidado del ser humano en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que requiere aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar sus intervenciones en las personas con el fin de conservar y recuperar la salud. Para lo cual, se requieren fundamentos científicos propios, plasmados en el proceso enfermero, que guíe en forma planeada, sistematizada y organizada sus acciones.

Los estudios de caso en los que se aplica el proceso atención de enfermería (PAE) y las teorías de enfermería es la forma más efectiva para la planeación de los cuidados del profesional de enfermería en cualquier tipo de personas, la elaboración de diagnósticos de enfermería permite individualizar las necesidades y aplicar cuidados específicos a cada persona.

Las personas con afecciones valvulares como la estenosis aórtica requieren de la participación del profesional de enfermería en las necesidades que se ven alteradas por la propia patología. En este trabajo se observan y analizan las necesidades de una persona con estenosis aórtica, se diseñan diagnósticos de enfermería, se muestra la planeación y evaluación de las estrategias utilizadas para favorecer la recuperación, logrando que la persona y su cuidador primario puedan satisfacer adecuadamente cada una de las necesidades alteradas hasta lograr su independencia.

1. JUSTIFICACION

La estenosis aórtica es una valvulopatía que se refiere a los cambios patológicos, fisiopatológicos y clínicos que se asocian a la disminución del área valvular aórtica, su evolución suele ser crónica de considerable morbilidad y mortalidad.

“La prevalencia de estenosis aórtica en mayores de 65 años es del 2% para la estenosis grave, del 5% para la estenosis moderada y del 9% para la estenosis leve”.¹ En Norteamérica y Europa, donde la población alcanza más edad, la prevalencia de la estenosis aórtica está aumentando.

La estenosis aórtica es un problema común; tiene un gran impacto personal, social económico.

En la actualidad se presenta un nuevo reto para la profesión de enfermería: igualarse al resto de las disciplinas en cuanto a las posibilidades de desarrollo académico, lo que conlleva un avance profesional especializado en el ámbito de la investigación y su unión con el desarrollo profesional.

Para el profesional de enfermería es importante contar con una base que sustente los cuidados especializados que se proporcionan a una persona con afección valvular basándose en el modelo teórico de Virginia Henderson.

La realización del estudio de caso que aborde a una persona con afecciones valvulares puede ser el método de trabajo ideal para lograr un nivel de excelencia en la práctica profesional; la necesidad de aplicar la teoría a la práctica llevando a cabo los principios profesionales y la posibilidad de evaluar los resultados, es incuestionable

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Proporcionar cuidados de enfermería especializada a la persona con afección valvular utilizando el proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar una valoración de enfermería e identificar las necesidades alteradas de la persona con afección valvular.
- Realizar un plan de atención de enfermería ejecutando las intervenciones especializadas a la persona.
- Proporcionar atención integral a la persona con afección valvular.
- Contribuir a la recuperación total o parcial de la persona sometida a cambio valvular aórtico, para facilitar su reintegración al entorno sociocultural.
- Involucrar a la familia para su participación en el proceso salud enfermedad de la persona con afección valvular.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Antecedentes

Durante la realización del estudio de caso, fue necesaria la revisión de varios estudios relacionados con el presente, a continuación se describen los siguientes: Parra y Heredia (2003) en su publicación *“Proceso de atención de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica”* refieren que el estudio de personas con estenosis aórtica crítica debe ser un reto fundamental para los profesionales de enfermería debido al incremento de esta patología, señalan que el proceso atención de enfermería constituye el método de elección para el cuidado de estas personas, está fundamentado en el modelo teórico de Virginia Henderson; la revisión de este estudio de caso permitió lograr la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y el apoyo en su rehabilitación por parte del profesional de enfermería, así como la comprobación de la efectividad del proceso.²

Chávez García (2007) en su estudio de caso *“Método de enfermería y el modelo de Henderson en un paciente con estenosis mitral y accidente cerebrovascular”*, refiere que la valoración de enfermería sigue centrándose en los trastornos funcionales de las actividades diarias de la persona.³

La atención de enfermería dentro de un área de especialidad en específico, no necesariamente implica que la atención sea focalizada, sino que la enfermera debe interactuar con los problemas derivados de la enfermedad, con los problemas reales y los potenciales, lo que implica un conocimiento científico y humanístico, donde el método enfermero y los modelos de enfermería son los principales guías de atención. En este estudio de caso el tiempo no fue un factor determinante para aplicar un modelo de atención para satisfacer las

necesidades de la persona y, sobre todo, para evaluar el impacto que tienen los cuidados de enfermería en ésta.

Zamarra (1992) empleo la teoría de Henderson, identificando como principales necesidades alteradas las de seguridad y comunicación, no solo en la persona si no también en el cuidador primario. Como podemos observar es necesario conocer no solo las alteraciones propias de la persona si no de su entorno, en este caso su cuidador primario.⁴

Durante la revisión de casos clínicos con enfoque de Virginia Henderson puedo destacar que en la elaboración de cada uno de ellos se realiza un proceso sistemático e individualizado con la finalidad de cubrir las necesidades alteradas detectadas durante una valoración de enfermería y así poder lograr un grado de independencia a la persona. Así mismo se encontró que los diagnósticos más relacionas con el tema son:

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por murmullo vesicular disminuido e hipoventilación de base derecha.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por pérdida de la fuerza muscular y limitación en la deambulacion.
- Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento y medidas de rehabilitación relacionado con cambio valvular aórtico, manifestado por las preguntas de la persona.
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y alteración de la continuidad de la piel (herida quirúrgica) y catéter venoso central.

- Ansiedad por temor a lo desconocido, a morir y al dolor.
- Alteración del intercambio gaseoso relacionado por el intercambio alveolo capilar, inmovilidad y alteración del flujo sanguíneo.
- Disminución del gasto cardiaco relacionado con factores mecánicos: disminución de la precarga y alteración de la contractilidad.²⁻⁵

Nettina (1998), refiere que la cirugía valvular es la que más comúnmente se realiza a personas con afecciones valvulares, señala una serie de cuidados de enfermería en las que destaca:

Atención preoperatoria.

1. Revisar la situación del enfermo para averiguar el estado de los sistemas pulmonar, renal, hepático, hemático y metabólico.
 - a. Anamnesis cardiaca; valorar antecedentes de disritmias.
 - b. Salud pulmonar; las personas con enfermedades pulmonares requerirán mayor tiempo el apoyo ventilatorio.
 - c. Antecedentes de consumo actual de alcohol y de tabaquismo.
2. Obtener estudios de laboratorio preoperatorios.
 - a. Biometría hemática completa, electrolitos séricos, perfil de lípidos, cultivos de nariz, esputo y orina.
 - b. Detección de anticuerpos.
 - c. Estudio de anticoagulación preoperatorio.
3. Valorar el régimen medicamentoso: registrar hipersensibilidad o alergias a fármacos.
 - a. Digital: puede que se suspenda antes de la cirugía para evitar disritmias tóxicas.

- b. Diuréticos: buscar depleción de potasio y de volumen; administrar complementos de potasio si así se requiere.
 - c. Bloqueadores betaadrenérgicos: casi siempre se continúa su uso.
 - d. Psicotrópicos: la abstinencia posoperatoria puede producir agitación extrema.
 - e. Anticoagulantes: se discontinúan días antes de la cirugía para permitir que los mecanismos normales de coagulación vuelvan a lo normal.
 - f. Se registran hipersensibilidad o alergias a los fármacos.
4. Enseñar los procedimientos de fisioterapia del tórax para optimizar el funcionamiento pulmonar.
- a. Hacer que la persona practique con el inspirómetro incentivo.
 - b. Mostrar y practicar técnicas de respiración diafragmática.
5. Preparar a la persona para hechos que pudieran ocurrir en el postoperatorio.
- a. Tratar las infecciones y congestión vascular y pulmonar.
 - b. Preparar a la persona para la presencia de monitores, sondas de toracotomía, líneas intravenosas, sonda urinaria, etc.
 - c. Indicarle que la cánula orotraqueal impedirá hablar.
 - d. Explicarle cual será su régimen alimenticio.
 - e. Comentar la necesidad de vigilar con frecuencia los signos vitales y la probabilidad de que el reposo sea interrumpido.
6. Valorar el estado emocional de la persona con afecciones valvulares e intentar reducir la ansiedad y temor que manifieste.
- a. Ofrecer apoyo y ayuda a la persona y su cuidador primario para que movilicen los mecanismos necesarios para enfrentar la situación.
 - b. Responder las preguntas y allanar temores y concepciones erróneas.

Atención postoperatoria.

1. Asegurar oxigenación adecuada en el postoperatorio temprano.
 - a. Se utiliza ventilación asistida las primeras 24 horas.
 - b. La radiografía de rayos x se debe de obtener inmediatamente después de la cirugía y diariamente a partir de entonces para valorar el estado de expansión pulmonar.

2. Usar monitoreo hemodinámico durante el posoperatorio inmediato, para conocer el estado cardiovascular y respiratorio así como el equilibrio de líquidos y electrolitos con la finalidad de evitar complicaciones o identificarlas lo más pronto posible.

3. Vigilar el drenaje de las sondas mediastinal y pleural.

4. Vigilar estrechamente el equilibrio de líquidos y electrolitos. Se necesita adecuado volumen sanguíneo circulante para óptima actividad celular; puede presentarse acidosis metabólica y desequilibrio de electrolitos luego de usar bomba para oxigenación.
 - a. La hipopotasemia puede deberse a una nutrición inadecuada, uso de diuréticos, vomito, drenaje nasogástrico excesivo.
 - b. La hiperpotasemia puede ser causada por mayor ingesta, degradación de eritrocitos por la bomba, acidosis, insuficiencia renal o tisular.
 - c. La hiponatremia puede deberse a reducción de sodio corporal total o al mayor consumo de agua.
 - d. La hipocalcemia puede deberse a la alcalosis o múltiples transfusiones sanguíneas.
 - e. La hipercalcemia puede producir disritmias parecidas a las causadas por intoxicación digital.

5. Administrar medicamentos en el postoperatorio y vigilar la aparición de complicaciones.⁵

3.2 Función de la teoría y los modelos en la sustentación de la práctica de enfermería.

La enfermería se consolidó en 1858 con Florence Nightingale, quien estableció que la ciencia de enfermería era diferente a la médica. Dijo que la enfermera se basaba en el conocimiento de la persona y su entorno. Solo hasta la década de los 50's se manifestó para empezar a desarrollar, articular y analizar una teoría de enfermería.⁶

Las teorías de enfermería surgen por la necesidad de fortalecer una doctrina para enfermería y establecerla como profesión. "En el pasado, la profesión de enfermería adoptó teorías de otras disciplinas como la medicina, la psicología y sociología como base de su práctica".⁷

Para que la enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su propio cuerpo de conocimientos, estos conocimientos pueden ser expresados como teorías y modelos conceptuales. "Los modelos y teorías de enfermería derivan de conceptos. Un concepto es una idea de un objeto, propiedad o situación y puede ser empírico o concreto".⁸

Un modelo conceptual es una idea que se expresa mediante una representación física y simbólica, es un grupo de conceptos y las proposiciones que lo integran en una configuración significativa.⁸

Los modelos y teorías conceptuales en enfermería se basados en el metaparadigma enfermero. Definiendo la palabra metaparadigma en el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o profesión.⁷

Según Fawcett, las funciones del metaparadigma son:

- Identificar un dominio distinto del dominio de otras disciplinas. Tal requerimiento se cumple cuando los conceptos y las proposiciones representan una perspectiva única para la práctica y la investigación.
- Debe abarcar todo fenómeno de interés para la disciplina, por esto son globales.
- Debe de ser una perspectiva neutra.
- Debe ser internacional en enlace y esencia.⁸

“El metaparadigma de enfermería agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería”.⁷

3.3 Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 especializándose como enfermera docente. Además incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.⁹

Desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar a la persona. Fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 definiendo a la enfermería como: *“La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento Además lo ayudaría a ganar independencia tan rápido como sea posible”*.¹⁰

La definición anterior no deja duda de que la enfermera es quien inicia y controla la función de su trabajo, es dueña de la situación. Además la enfermera ayuda a la persona a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte, como miembro del grupo médico, colabora con los demás miembros de este grupo, así como éstos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento de la persona o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Además de la definición de enfermería, Henderson define los conceptos del metaparadigma enfermero como:

Salud.

“Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.¹⁰

Entorno.

“Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo”.¹⁰

Persona.

“Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad”.¹⁰

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, cubiertas por cada persona cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Estas necesidades son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar a

las personas a cubrir estas necesidades Henderson las denomina como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades alteradas detectadas en la persona.¹⁰

Identifica 14 necesidades humanas básicas en las que se observa una similitud con la escala de necesidades de Maslow:⁷

1. *Necesidad de respirar normalmente.* Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. *Necesidad de beber y comer adecuadamente.* La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

3. *Necesidad de eliminar por todas las vías.* La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. *Necesidad de moverse y mantener la debida postura.* Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. *Necesidad de dormir y descansar.* Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. *Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse.* Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. *Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente.* Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. *Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.* Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad de la persona.

9. *Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.* Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima.

10. *Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o "sensaciones".* En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. *Necesidad de practicar su religión.* Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. *Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad.* Aceptación del rol de cada uno.

13. *Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.* Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos de la persona a que atiendan las necesidades recreativas de la misma.

14. *Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.* La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.¹¹

Partiendo de estas necesidades, Henderson señala que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.¹¹

Las fuentes de dificultad es el impedimento mayor para la satisfacción de una de las necesidades y pueden ser:

1. *Falta de fuerza:* se refiere no solo a las capacidades físicas o habilidades mecánicas de las personas, sino también a la capacidad del individuo para llevar a término acciones pertinentes a la situación, determinada por el estado emocional, psicológico o capacidad intelectual.
2. *Falta de conocimiento:* se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, así como los propios recursos de la persona para percibir información pero carece de conocimientos.
3. *Falta de voluntad:* se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución oportuna para la satisfacción de sus necesidades.¹²

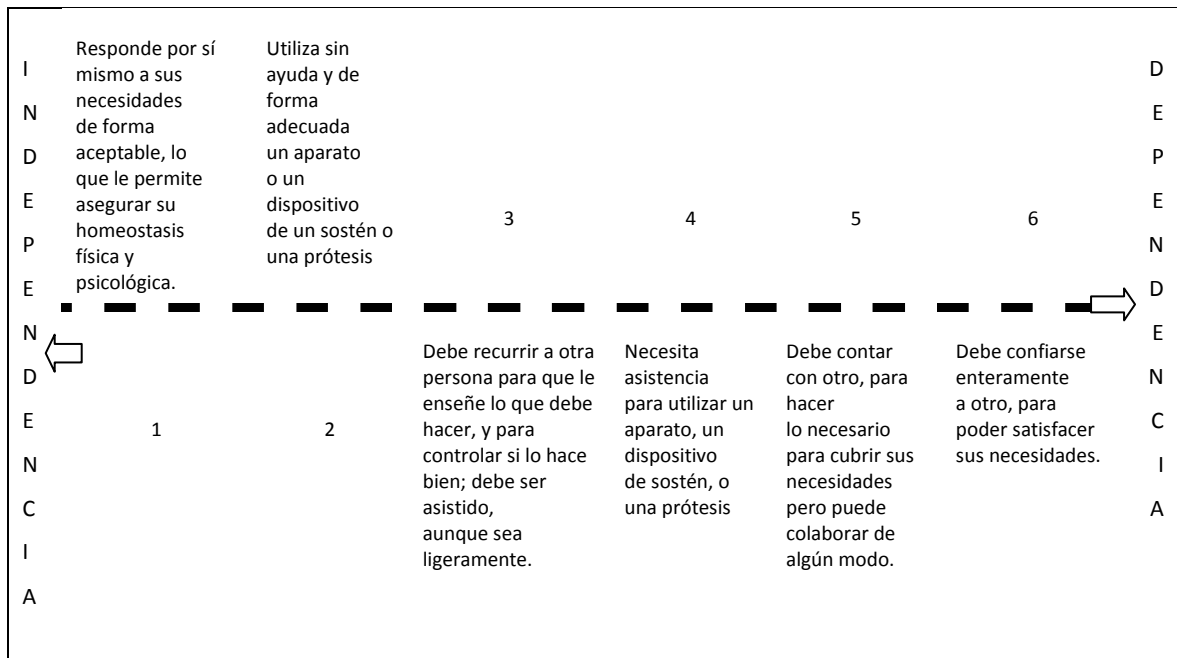
Por lo tanto las fuentes de dificultad pueden llevar a la persona a un nivel de independencia o dependencia teniendo en cuenta que:

Independencia: es la satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de acciones realizadas por sí mismo.¹¹

Dependencia: se denomina así cuando una persona es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y requiere de ayuda de los demás estando éste en edad adecuada para satisfacerlas por si mismo.¹¹

La independencia y la dependencia son dos aspectos que se pueden observar en un continuum. Es decir, existen grados de insatisfacción, sin que necesariamente exista dependencia de la persona. La dependencia se instala en el momento en que la persona acude a otra para la asistencia, la orientación o la suplencia en las cosas que no puede realizar por sí mismo.¹²

Cuadro 1. Niveles de independencia-dependencia.¹²



Henderson describe la relación enfermera-persona, destacando tres niveles de intervención:

1. *Como sustituta*: se da siempre que la persona tenga una enfermedad grave, la enfermera es un sustituto de las carencias debido a falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento de la persona.
2. *Como auxiliar*: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda para que la persona recupere su independencia.
3. *Como compañera*: la enfermera supervisa y educa pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera–médico: la enfermera tiene una función especial, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo.

Relación enfermera–equipo de salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado a la persona pero no deben realizar las tareas ajenas.¹¹

3.4 Proceso de Atención de enfermería

La aplicación del método científico en la práctica enfermera es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), éste permite a las enfermeras prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática.

El PAE tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975),

Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.¹³

El PAE es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, socio cultural y espiritual.¹⁴

3.4.1 Importancia y ventajas del proceso de enfermería.

Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.¹⁵

Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.¹⁶

El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.¹⁷

Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención, mejora la calidad de la atención propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.

Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.¹⁸

3.4.2 Características del proceso de enfermería.

Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.

Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: responde a un cambio continuo de la respuesta de la persona.

Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.

Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería.

Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería.¹⁹

3.4.3 Etapas del proceso de enfermería.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que puesto en práctica las etapas se superponen:

1. Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
2. Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
3. Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5. Evaluación: se comparan las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar las enfermedades.²⁰

3.5 Relación del PAE y la teoría de Virginia Henderson.

El PAE se ve influenciado encada una de sus etapas al adoptarse un modelo teórico en este caso se ve reflejado de la siguiente manera:

1. Etapa de valoración: la recogida de datos se realiza a través de una valoración de enfermería en base a las de las 14 necesidades básicas, determinando el grado de independencia y/o dependencia.
2. Etapa de diagnóstico: si bien el diagnóstico se formuló después de la definición de Henderson, y por tanto, no es tratado por ella; se puede inferir del análisis de los datos recogidos sobre las necesidades alteradas ya que ahí estaría el problema para formular el diagnóstico.
3. Etapa de planificación: esta etapa es parte esencial de todo cuidado enfermero, implica la determinación de un objetivo dirigido a terminar con el problema detectado, formulando las intervenciones específicas de enfermería otorgando un rol de ayuda para la satisfacción de las necesidades de la persona.

4. Etapa de ejecución: implica la realización de las actividades que la persona no puede hacer de manera independiente. Depende de la relación enfermera-persona, que permita una satisfacción de las necesidades.
5. Etapa de evaluación: es la observación del grado de alcance de las intervenciones realizadas para la satisfacción de las necesidades de la persona, es decir, compara a la persona antes y después de recibir un cuidado enfermero.

3.6 Daños a la salud

3.6.1 Fisiología de la estenosis aórtica.

La estenosis aórtica (EoAo) es una de las valvulopatías más frecuentes, ocupando el primer lugar en algunos países occidentales. Afecta principalmente a varones, siendo de origen congénito o degenerativo en la mayoría de casos. Hasta hace 30 años un importante porcentaje de personas presentaban una etiología reumática, pero actualmente el número de diagnósticos por esta causa es cada vez menor. Por otra parte, la muerte súbita como manifestación inicial de la enfermedad es muy infrecuente, representando menos del 1% de las formas de inicio del cuadro.²¹

Es la obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo (VI), lo cual dificulta el vaciamiento de sangre hacia la aorta (Ao) de tal forma que dicho ventrículo izquierdo prolonga su tiempo de expulsión según el grado de obstrucción que exista, es causada por fiebre reumática, calcificación de la válvula o anomalías congénitas.²²

El área valvular aórtica normalmente es de 3 a 4 cm². En general, el proceso de engrosamiento y fibrosis de los velos, con reducción de su apertura durante la sístole, es un proceso lento, de años de evolución, que impone al ventrículo un aumento creciente de la resistencia a su vaciamiento ("post-carga"), sin aumentos del volumen de eyección, lo que desencadena una hipertrofia que inicialmente no tiene dilatación de la cavidad: hipertrofia concéntrica. Este tipo de hipertrofia permite al ventrículo adaptarse adecuadamente al aumento de resistencia a la eyección, manteniendo un gasto cardíaco normal con volúmenes ventriculares y presiones diastólicas normales, mientras el área valvular es mayor de 0.8-0.9 cm².²

La expresión hemodinámica del aumento de resistencia al vaciamiento es una diferencia de presión sistólica entre la Aorta y el ventrículo izquierdo o gradiente transaórtico, que en las estenosis graves es mayor de 50 mmHg.²¹

3.6.2 Evolución natural y complicaciones.

Tanto por la lentitud de instalación del daño valvular como por lo eficaz de los mecanismos de compensación, los pacientes con una estenosis aórtica tienen largos períodos asintomáticos e incluso no es raro que fallezcan sin que hayan presentado nunca síntomas significativos. La estenosis aórtica ocurre aproximadamente en 5 de cada 10,000 personas, siendo más común en los hombres.²

3.6.3 Síntomas.

Entre las personas adultas, la aparición de los primeros síntomas se presenta habitualmente después de los 50 años, cuando el orificio valvular se ha reducido a menos de 0.6-0.7 cm². Los siguientes son los síntomas más característicos:

- *Angina*, como manifestación del desbalance entre la hipertrofia miocárdica y la irrigación coronaria. En un porcentaje de estos pacientes (20-30%) se demuestra que existe una enfermedad coronaria agregada.

- *Disnea de esfuerzos*, por elevación de la presión de la aurícula izquierda (AI), secundaria a hipertensión diastólica del ventrículo izquierdo, por disminución de la distensibilidad y deterioro de la capacidad contráctil del miocardio. En casos extremos se puede llegar a establecer una hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca global.

- *Síncope de esfuerzos*, expresión del desajuste entre la disminución de la resistencia vascular que acompaña al ejercicio y la dificultad del ventrículo de aumentar el gasto en forma instantánea.

Algunas personas con estenosis aórtica importante pueden presentar muerte súbita, la que podría deberse a hipotensión marcada y arritmias ventriculares.²²

3.6.4 Examen físico.

En el examen físico general, el elemento más específico es el pulso arterial que presenta una disminución de su amplitud y de la velocidad de ascenso ("tardus et parvus"), característica que disminuye en las personas mayores de 70 - 75 años.²³

Cuello: pulso arterial de ascenso lento, con soplo sistólico y frémito. Es un muy buen indicador del grado de estenosis. La existencia de hipertensión venosa es un signo tardío y de mal pronóstico.

Corazón: existe hipertrofia ventricular izquierda, con un choque de la punta más intenso y sostenido. En las fases más tardías puede haber desplazamiento

como consecuencia de la dilatación ventricular. En la auscultación puede aparecer un click de eyección, a continuación del 1º ruido (R). También es frecuente la presencia de un 4º R y en casos de falla ventricular, de un 3º R con galope. En personas con estenosis severa, con prolongación del período de eyección, el 2º R aórtico puede ubicarse más allá del componente pulmonar, produciéndose un desdoblamiento paradójico del 2º R incluso puede haber abolición del 2ºR Ao. El soplo característico es un soplo sistólico de eyección, que se ausculta bien en el ápex, borde esternal izquierdo y 2º espacio intercostal derecho, irradiado hacia los vasos del cuello; su intensidad no guarda necesaria relación con la magnitud de la estenosis.²³

Personas asintomáticos.

Las personas con estenosis aórtica asintomática, tienen una sobrevida similar a las personas de su mismo sexo y edad. Sin embargo la estenosis es progresiva (el gradiente aumenta aproximadamente 7 mmHg/año) y la aparición de síntomas en el tiempo es proporcional al grado de estenosis medida por el gradiente aórtico medio, el área valvular.

La tasa de sobrevida de las personas asintomáticas es casi normal hasta la aparición de los síntomas de angina, síncope o insuficiencia cardíaca. Aproximadamente el 35% de las personas que desarrollan síntomas presenta angina, y a menos que se proceda al reemplazo valvular el 50% sobreviven 3 años.²

Personas sintomáticos.

Si bien estas personas tienen un prolongado período asintomático, el pronóstico es malo cuando aparecen los primeros síntomas: en promedio, la sobrevida es de 2 a 4 años después de la aparición de angina o síncope y de menos de 2 años cuando presentan insuficiencia cardíaca congestiva, con un porcentaje importante de personas que fallecen en forma súbita.

La fibrilación auricular es una complicación menos frecuente que en los pacientes mitrales, pero cuando se presenta, produce una grave descompensación de estas personas.²²

3.6.5 Diagnóstico.

El diagnóstico de estenosis aórtica se puede plantear frente a distintos hallazgos o circunstancias: puede ser por los antecedentes de síncope o angina, o por los hallazgos del examen físico, incluso en personas asintomáticos. Suele sospecharse ante la presencia de una hipertrofia ventricular izquierda en el ECG o por la aparición de insuficiencia cardíaca sin causa evidente en personas de edad avanzada.

Para el diagnóstico y determinación de la magnitud de la estenosis, son útiles los siguientes exámenes de laboratorio:

- Electrocardiograma: en las personas con estenosis aórtica significativa, es habitual la presencia de hipertrofia ventricular de tipo "sobrecarga sistólica". Sin embargo la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) puede estar oculta por la presencia, también frecuente, de bloqueo de rama izquierda del Haz de His.

- Radiografía de tórax: debido a que la hipertrofia concéntrica produce poca dilatación de cavidades, la radiografía puede mostrar pocas alteraciones de la imagen cardíaca: dilatación de la raíz aórtica y discretos signos de crecimiento del ventrículo izquierdo. Un signo de utilidad es la presencia de calcificaciones valvulares aórticas en la radioscopia.

- Ecocardiograma: es de gran utilidad, permite apreciar el grado de hipertrofia ventricular y la presencia de engrosamiento y calcificación de los velos aórticos. Mediante el uso de Doppler se puede calcular el gradiente valvular, con muy

buena correlación con el estudio hemodinámico. Permite diferenciar las estenosis valvulares de otras formas de obstrucción: estenosis sub o supra aórtica y miocardiopatía.

- Estudio hemodinámico y angiográfico: si bien el cálculo de la severidad de las estenosis se puede hacer con métodos no invasivos, cuando existe angina la única manera de conocer el compromiso de las coronarias es a través de una angiografía.²³

3.6.6 Tratamiento.

El tratamiento de las personas con estenosis aórtica, independiente de su grado de severidad, debe incluir prevención de endocarditis infecciosa, eventualmente de Fiebre Reumática y controles periódicos para un seguimiento del grado de repercusión sobre el ventrículo izquierdo.

En las personas con una estenosis significativa (gradiente medio > 40 mmHg.) asintomática, debe limitarse los esfuerzos físicos, en particular los de tipo isométrico y establecerse un programa de controles cada 6 a 12 meses.

En las personas con estenosis aórtica significativa sintomática, está indicada la cirugía de reemplazo valvular. En algunos pacientes poco sintomáticos puede plantearse la cirugía cuando el gradiente transvalvular es muy importante (gradiente medio > 64 mmHg) en particular si el paciente no quiere cumplir con las limitaciones de la actividad física o tiene limitaciones para realizar controles médicos periódicos.

La indicación quirúrgica es compleja cuando hay compromiso miocárdico y disminución del gasto cardíaco. En estos casos es difícil evaluar la magnitud

anatómica de la estenosis y tampoco es fácil anticipar la recuperación de la función ventricular post-operatoria.

La valvuloplastia aórtica es una opción en niños. Ocasionalmente, se puede plantear la Valvuloplastia con Balón en adultos, como medida paliativa en personas con insuficiencia cardíaca avanzada.²³

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio.

Se realiza un seguimiento de estudio de caso, descriptivo, prospectivo y longitudinal.

4.2 Tiempo.

El presente estudio de caso se desarrolló del 23 de noviembre de 2009 al 5 de marzo del 2010.

4.3 Lugar.

Se eligió a una persona del sexo masculino dentro del servicio de Cardiología adultos "B" del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez a quien se le dio seguimiento en la unidad de cuidados intensivos y una vez que fue egresado se continuó el caso a través de comunicación vía telefónica.

4.4 Instrumentos aplicados.

Se realizó una primera valoración en el servicio de hospitalización utilizando el Instrumento de valoración exhaustiva de la especialización en enfermería cardiovascular (Anexo I).

Así mismo se llevó a cabo la recolección de necesidades específicas alteradas con base en el instrumento de valoración focalizada de la especialidad en enfermería cardiovascular (Anexo II).

4.5 Fuentes de información.

Directa: Persona

Indirecta: Expediente clínico

Cuidador primario.

Personal de Salud

4.6 Consideraciones éticas.

El presente estudio de caso está basado en las disposiciones que establece la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, tomando en cuenta el artículo 14 fracción V se otorga una Carta informativa en la primera entrevista el día 23 de noviembre para adquirir el consentimiento del estudio de caso. Para fines de desarrollo del estudio de caso se cambia el nombre de la persona. (Anexo III)

4.7 Metodología de trabajo.

Se utiliza el proceso de atención de enfermería, el cual se basa en las etapas de:

Valoración: con la perspectiva de las necesidades de Virginia Henderson para la recolección de datos a persona con afección valvular realizándose cuatro valoraciones exhaustivas y tres valoraciones focalizadas.

Diagnóstico de enfermería: utilizando el formato PES y las etiquetas de la NANDA para llegar a la conclusión que se produce tras la valoración.

Planificación de enfermería: donde se desarrollan las actuaciones de prevención, minimización o corrección de los problemas, y promoción de la salud.

Ejecución: es la puesta en práctica de las actuaciones planificadas, para el restablecimiento de la persona y logro de su independencia.

Evaluación: determinamos si se han conseguido los objetivos dirigidos a lograr la independencia de la persona y la satisfacción de sus necesidades.

4.8 Variables.

Dependiente: estenosis aórtica.

Independiente: diagnósticos de enfermería a partir de las necesidades evidenciadas.

5. PRESENTACION DEL CASO

Juan Vázquez Martínez persona de 56 años de edad, de sexo masculino, estado civil casado; tiene dos hijas las cuales son casadas y viven aparte. De religión cristiana. Actualmente no trabaja pero laboraba como cargador en la central de abasto, originario de Tehuacán Puebla, residente en Iztapalapa D.F.

Existe alteración en la necesidad de aprendizaje ya que no sabe leer y escribir. Sin embargo muestra interés para la ayuda y orientación. De estrato socioeconómico medio, habita en casa prestada la cual cuenta con servicios básicos de urbanidad. Hábitos higiénicos buenos con baño y cambio de ropa diario, cepillado dental por lo menos tres veces al día.

Alteración en la necesidad de alimentación la cual es irregular en cantidad y calidad, en cuanto a la necesidad de actividades recreativas se ve alterada al no realizar ninguna. Cuenta con factores de riesgo como tabaquismo positivo durante 35 años, hasta ocho cigarrillos al día. Alcoholismo positivo llegando a la embriaguez, suspendido hace 18 meses aproximadamente.

Como antecedentes familiares de interés refiere padre finado a los 30 años de edad desconociendo su causa, alcoholismo positivo. Madre finada a los 78 años de edad también desconoce la causa.

La necesidad de evitar peligros y daños se ve alterada al iniciar su padecimiento hace dos años con presencia de parestesias y sensación de calor que inicia de manera súbita desde el cuello hasta llegar a los miembros inferiores, sin embargo no acude al médico. Hace seis meses inicia con mareos, lipotimia y síncope en cinco ocasiones, motivo por el cual decide asistir al

médico a principios de octubre donde diagnostican Hipertensión arterial, dislipidemia, el electrocardiograma muestra bloqueo bifascicular, por lo que es referido al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH) para colocación de marcapaso.

Es visto en la consulta externa del INCICH el día 19 de octubre en compañía de su esposa quien es su cuidador primario; ambos muestran falta de conocimiento. Ingresa el 01 de noviembre al servicio de urgencias por falta de fuerza ya que presenta bajo gasto cardiaco, sincopes y crisis de Stokes Adams en repetidas ocasiones, surgiendo un problema de salud dependiente al presentar asistolia de 20 a 30 segundos de duración, motivo por el cual se decide colocación de marcapaso temporal trasvenoso.

Una vez cubierto parcialmente este problema de salud se realiza un ecocardiograma transtorácico el día 3 de noviembre donde se documenta hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo (HCVI), con fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) 66%, Válvula Aórtica con calcificación importante de sus valvas, estenosis Aórtica crítica (EoAo) con gradiente máximo de 92mm y gradiente medio de 52mm y AvAo de 0.8cm². Así mismo es realizado un cateterismo el cual no muestra lesiones coronarias. Ingresa al servicio de hospitalización el día 6 de noviembre mostrando falta de fuerza para continuar con su tratamiento pues finalmente el día 10 noviembre se realiza colocación de marcapaso definitivo bicameral con estimulación DDD, alcanzando un grado de dependencia por falta de fuerza. Posteriormente es presentado a sesión medico quirúrgica donde deciden que es candidato a un cambio valvular aórtico, por lo que se inicia con un rol de suplencia-ayuda para la preparación de erradicación de focos sépticos.

6. RESULTADOS

6.1 Primera valoración exhaustiva realizada en el periodo preoperatorio

(Anexo IV)

La primera valoración exhaustiva es realizada el día 23 de noviembre en el servicio de cardiología adultos lado “B” durante el periodo preoperatorio donde se observa persona del sexo masculino de edad aparente similar a la cronológica, ubicado en sus tres esferas biopsicosociales.

Necesidades:

Oxigenación.

Área pulmonar: Tórax simétrico con movimientos respiratorios normales, campos pulmonares con murmullo vesicular presente. Frecuencia respiratoria (Fr) de 18 x'. Refiere ser fumador desde hace 35 años aproximadamente con un índice tabáquico de 8 cigarros al día.

Área cardiovascular: Cuello sin plétora yugular, pulsos carotídeos homocrotos y tiroideos normal. Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad con presencia de soplo aórtico, frecuencia ventricular media de 80 latidos por minuto (lpm), presión arterial de 115/75mmHg Se observa región infra claviclar izquierda colocación de marcapaso. Extremidades sin edema, pulsos distales presentes de buena amplitud.

Alimentación e hidratación.

Palidez tegumentaria, hidratado, Normo encéfalo, cabello bien implantado.

Peso de 73,500 Kg, Talla 155cm, perímetro abdominal de 92cm, IMC 30.6. Su alimentación está basada en carnes blancas por lo menos una vez a la semana,

a base de verduras y frutas de temporada, con alto consumo de carbohidratos realizando de dos a tres comidas en casa.

Eliminación.

Patrón urinario: Con una frecuencia de cuatro veces al día aproximadamente de características macroscópicas normales.

Patrón intestinal: Con una frecuencia por lo menos una vez al día.

Termorregulación.

Temperatura axilar de 36.5° C.

Higiene.

Palidez tegumentaria, hidratada, baño y cambio de ropa diaria.

Movilidad.

Posición libremente escogida sin alteraciones en su marcha.

Seguridad.

Valoración de Norton de 16 con riesgo de caída medio. Refiere ser acompañado a todos lados dentro del hospital.

Reposo y sueño.

Refiere dormir bien e incluso duerme una siesta por la tarde y solo lo despiertan en la noche para su chequeo de signos vitales.

Aprendizaje.

Necesidad que se ve más alterada menciona “no sé si me van a operar pues ya lo iban a hacer la semana pasada y se suspendió por que tenía fiebre y ahora no me han dicho nada”.

6.2 Plan de atención de enfermería preoperatorio

Tipo de Valoración: Exhaustiva		Fecha: 23 nov. 09	Hora: 15:30	Servicio: Hospitalización adultos B
Necesidad Alterada: Aprendizaje		Causas de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Total /nivel 5
Datos Objetivos	Facies de angustia, inquietud, preguntas Presentado a sesión medico quirúrgica siendo candidato a cambio valvular aórtico por prótesis biológica. Inicia con erradicación de focos sépticos en dental y otorrinolaringología.			
Datos Subjetivos	Expresa "No sé si me van a operar pues ya lo iban a hacer la semana pasada y se suspendió por que tenía fiebre y ahora no me han dicho nada".			
Datos Complementarios	Se realiza ECOTT el día 3 de noviembre donde se documenta hipertrofia concéntrica de VI, FEVI 66% Válvula Ao con calcificación importante de sus valvas, estenosis Ao crítica con gradiente máximo de 92 y gradiente medio de 52mm y un AVAo de 0.8cm ² , el cateterismo realizado no muestra lesiones coronarias.			
Diagnóstico de Enfermería: Conocimientos deficientes relacionado con exposición insuficiente de las fuentes de información manifestado por referir " No sé si me van a operar pues ya lo iban a hacer la semana pasada y se suspendió por que tenía fiebre y ahora no me han dicho nada"				
Objetivo de enfermería: Incrementar el conocimiento acerca de su patología y régimen terapéutico del señor Juan y su cuidador primario.				
Objetivo de la persona: Adquirir conocimiento de su tratamiento.				
Plan de Intervención				
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación	
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud		
- Identificar el nivel de conocimientos que tiene la persona sobre su enfermedad. - Solicitar información al médico residente acerca de la situación terapéutica de la persona. - Pedir al médico residente que le explique su tratamiento a seguir. - Escuchar temores y preocupaciones, Transmitir seguridad y confianza a través de un trato cálido y el contacto. - Explicar los beneficios de la cirugía, disponibilidad y confianza de los recursos humanos e infraestructura. - Explicar la estructura y función del corazón y de las válvulas cardíacas los tipos de válvulas que existen. - Explicar la necesidad y finalidad de los procedimientos a realizar antes de la cirugía, y la instalación de los diferentes catéteres y sondas durante su estancia en la sala de quirófano.	Orientación Orientación. Orientación Orientación Orientación Orientación Orientación	Independiente Dependiente. Independiente Independiente Independiente Independiente Independiente	El señor Juan, su cuidador primario y sus hijas adquieren información acerca de su tratamiento el cual incluye en qué consiste la cirugía, su recuperación y las posibles complicaciones que pudieran surgir. Nivel de dependencia alcanzado: 3	

6.3 Segunda valoración exhaustiva realizada en el postoperatorio mediato.

(Anexo V)

El señor Juan ingresa al servicio de terapia procedente de la sala de quirófano donde se realizó descalcificación de anillo aórtico y cambio valvular aórtico por prótesis biológica INC 24 mm. Con pinzamiento aórtico de 65min y circulación extracorpórea (CEC) 80min, valorando:

Necesidades:

Oxigenación.

Área respiratoria: cánula orotraqueal número 8.5 con globo fija en el número 22, con apoyo ventilatorio en modalidad asisto control con volumen corriente de 450, frecuencia respiratoria de 12x', FiO₂ al 40%, flujo inspiratorio de 55 l/min, PEEP 4. Oximetría de pulso al 90 %, a la auscultación campos pulmonares con de estertores basales, secreciones blanquecinas por cánula y abundante sialorrea. Gasometría arterial pH 7.36, PaCO₂ 33, PaO₂ 96, HCO₃ 19.1, lactato 1.7. La placa de rayos x muestra presencia de infiltrado basal derecho. Es extubado a las 19: 30 hrs., se apoya con nebulizador al 50 %.

Área cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, frecuencia cardiaca de 80 lpm, registro electrocardiográfico en ritmo de marcapaso; electrodo epicardico conectado a fuente externa de marcapaso con FC de 50 miliamperaje (mAp) 3, a demanda. T/A de 101/ 55mmHg, G.C 6.7lts/min, I.C 3.9 lts/min con apoyo de dobutamina a 3.6 gammas.

Nutrición e Hidratación.

Mucosas orales hidratadas, Sonda nasogastrica a derivación.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos peristálticos presentes.

Presenta diaforesis profusa, PVC 8cm H₂O, PAP 31/ 14 (21) mmHg ,K 4.2mEq, calcio 7.8, sodio 159mEq/l, Hb.14.9g/dL, Hto. 50%, glucosa 229mg/dL, balance bomba de 790ml, ingresos de solución. hartman 500cc en 1 hr.

Eliminación.

Drenaje retroestaernal con salida de liquido seroso 110 ml en 4 hrs.

Sonda vesical, presenta volumen urinario 2 ml/kg/hr de características macroscópicas normales.

Termorregulación.

Presenta temperatura corporal de 36.7° C

Higiene.

Herida quirúrgica de esternectomía con apósito limpio.

Movilidad.

Bajo efectos residuales de sedación, totalmente dependiente para realizar cambios de posición.

Seguridad.

Tiene catéter central en yugular derecha, catéter de flotación por misma vía, línea arterial en miembro torácico izquierdo y catéter periférico en miembro torácico derecho.

6.4 Plan de atención de enfermería posoperatorio mediato

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 24 de nov. 09	Hora: 14:30 hrs.	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causas de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Temporal / nivel 6
Datos Objetivos	Cánula orotraqueal 8.5 fija en el numero 22, con apoyo ventilatorio en modalidad asisto control con volumen corriente de 450, frecuencia respiratoria de 12x', FiO ₂ al 40%, flujo de 55, PEEP 4. Ramsay 4.		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios	Gasometría arterial pH 7.36, PaCO ₂ 33, PO ₂ 96, HCO ₃ 19.1, lactato 1.7		
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la respiración espontanea relacionado con efectos residuales de la anestesia manifestado por presencia de cánula endotraqueal.			
Objetivo enfermera: Favorecer el retiro de cánula endotraqueal en las primeras 12 horas, disminuyendo el riesgo de complicaciones respiratorias.			
Objetivo de la persona: Iniciar la respiración espontanea.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Conectar al Sr. Juan al ventilador, previamente programado, auscultar campos pulmonares. - Tomar y valorar el la gasometría arterial, modificar parámetros del ventilador, si es necesario. - Colaborar con el técnico de rayos X en la toma de una placa de tórax y estar al pendiente del resultado para analizar posición del tubo endotraqueal, de catéteres centrales, alteraciones pulmonares y silueta cardíaca. - Explicar al Sr. Juan donde se encuentra y solicitar su colaboración, recordarle frecuentemente la necesidad de mantenerse despierto y respirar por sí solo. - Aspirar secreciones en caso de ser necesario. 	<p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Orientación</p> <p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p> <p>Interdependiente</p> <p>Interdependiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p>	<p>El Sr. Juan es extubado a las 7 horas después de su ingreso a la unidad de terapia postquirúrgica e inicia nebulización continua con mascarilla facial y FiO₂ al 50%.</p> <p>Nivel de dependencia alcanzado: 3</p>

Plan de atención de enfermería posoperatorio mediato

Tipo de Valoración: focalizada	Fecha: 24 de nov. 2009	Hora: 15:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: oxigenación			Grado de Dependencia: Total / nivel 6
Datos Objetivos	Oximetría de pulso al 90 %, campos pulmonares con estertores basales, abundantes secreciones blanquecinas por cánula y sialorrea.		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios	La placa de rayos x muestra presencia de infiltrado basal derecho.		
Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con exceso de secreciones bronquiales manifestado por presencia de estertores.			
Objetivo de enfermería: Mantener vía aérea libre de secreciones.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar campos pulmonares. - Proporcionar fisioterapia. - Colocar en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones. - Realizar aspiración de secreciones según sea necesario, valorando el paso de la sonda de aspiración, viendo si existe o no dificultad, para así comprobar la permeabilidad del tubo endotraqueal. - Corroborar la eficacia de la aspiración auscultando nuevamente campos pulmonares. - Efectuar la extracción de gasometrías y analizar resultados. - Proporcionar cuidados de la cánula orotraqueal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar la adecuada colocación de la cánula endotraqueal en la placa de rayos x de tórax. 	<p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Interdependiente</p> <p>Independiente</p>	<p>El Sr. Juan se mantiene con vías aéreas permeables.</p> <p>Nivel de dependencia alcanzado: 5</p>

Plan de atención de enfermería posoperatorio mediato

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 24 de nov. 09	Hora: 16:00 hrs	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Hidratación y eliminación	Causas de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Total / nivel 6
Datos Objetivos	FC 80 lpm, T/A 101/ 55mmHg, gasto cardiaco 6.7 lts/min índice cardiaco 3.9 lts/min, PVC 8 cmH ₂ O, PAP 31/ 14 (21)mmHg . Dobutamina a 3.6 gammas. Mucosas orales hidratadas. Sonda nasogastrica a derivación. Presenta diaforesis profusa.		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de déficit de volumen de líquidos y desequilibrio electrolítico relacionado con alteración hemodinámica transitoria.			
Objetivo enfermera: Mantener un adecuado balance hídrico.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
- Administrar líquidos IV según prescripción pero limitarlos si se presentan signos de sobrecarga. - Llevar el control de ingresos y egresos hídricos y sanguíneos. - Permanecer alerta para detectar cambios de electrolitos séricos.	Suplencia	Interdependiente	No presenta alteraciones. Nivel de dependencia alcanzado: 4
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

Plan de atención de enfermería posoperatorio mediato

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 24 de nov. 09	Hora: 16:00 hrs.	Servicio: Terapia intensiva.
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causas de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Total / nivel 6
Datos Objetivos	FC 80 lpm, rregistro electrocardiográfico en ritmo de marcapaso, electrodo epicardio conectado a fuente externa de marcapaso con FC de 50 mAp 3 a demanda. T/A de 101/ 55mmHg, G.C 6.7lts/min I.C 3.9lts/min		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios	Dobutamina a 3.6 gammas		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo potencial de disminución del gasto cardíaco relacionado con descenso de la contractilidad y trastornos de la conducción.			
Objetivo de Enfermería: Mantener un gasto cardíaco de 4 – 6 lts/min con el fin de lograr una buena circulación en el organismo y así disminuir la presencia de complicaciones.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Conectar los electrodos del monitor para el registro electrocardiográfico. - Registrar y analizar signos vitales cada hora. - Registrar y valorar el perfil hemodinámico cada hora. - Cuantificar y registrar uresis cada hora. - Valorar e identificar datos de hipoperfusión como: alteraciones de la FC, palidez tegumentaria, pulsos rápidos, llenado capilar mayor a 3 seg., estado de conciencia utilizando la escala de gasglow. - Registrar cantidad y aspecto del drenaje cada hora, facilitar el drenaje, ordeñar los tubos y retirar coágulos, para evitar taponamiento cardiaco. - Realizar Infusión de líquidos si es necesario. 	Suplencia	Independiente	Se disminuye la dobutamina gradualmente hasta 2 gammas, conservando un gasto cardíaco de 4.4lts/min. Nivel de dependencia alcanzado: 5
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Interdependiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

6.5 Tercera valoración exhaustiva realizada en el postoperatorio tardío.

(Anexo VI)

Necesidades:

Oxigenación.

Área respiratoria: Frecuencia respiratoria de 29x'. Apoyo de nebulizador al 40% alternando con oxígeno por puntas nasales a 3 lts, oximetría de pulso al 95 %, a la auscultación campos pulmonares con presencia de estertores, no logra expectorar secreciones refiere dolor al intentar hacerlo.

Gasometría arterial pH 7.34, PaCO₂ 28.8, PaO₂ 73.8, HCO₃ 18.3, lactato 1.1

Área cardiovascular: tórax anterior simétrico, se observa región infra claviclar izquierda con herida post colocación de marcapaso. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. FC 60x', registro electrocardiográfico en ritmo de marcapaso. T/A 98/60 mmHg, G.C. de 4.4 lts/min e I.C de 2.5 lts/min.

Nutrición e Hidratación.

Palidez tegumentaria Mucosas orales hidratadas. Consume todos sus alimentos.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos peristálticos presentes.

PVC 5cmH₂O, PAP 31/ 12 (20) mmHg, K 4.5mEq, Calcio 9.8, sodio mEq/l 159, Hb.8 g/dl, Hto. 37%, glucosa 134mg/dl.

Eliminación.

Drenaje retroestaernal con escasa salida de líquido seroso.

Sonda vesical, presenta volumen urinario bajo de 0.5 ml/kg/hr de características macroscópicas normales.

Movilización.

Consciente y orientado, limitación en la movilidad, refiere dolor de herida quirúrgica.

Necesidad de evitar peligros y daños.

Tiene catéter central, adopta las medidas de seguridad sugeridas.

Reposo y sueño.

Presenta sueño ligero debido al ruido períodos cortos de interrupción externo.

Creencias.

Pide a Dios por su pronta recuperación.

Aprendizaje.

No sabe cómo realizar los ejercicios respiratorios.

Actividades Recreativas.

Por el momento no realiza actividades recreativas, obedece a las enfermeras y médicos.

6.6 Plan de atención de enfermería posoperatorio tardío

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 25 de nov. 09	Hora: 7:30 hrs.	Servicio: Terapia intermedia
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causas de Dificultad: Falta de voluntad y conocimiento		Grado de Dependencia: Total / nivel 5
Datos Objetivos	Frecuencia respiratoria de 29x'. Apoyo de nebulizador al 40% alternando con Oxígeno por puntas nasales a 3 lts. Oximetría de pulso al 95 %, a la auscultación campos pulmonares con presencia de estertores, no logra expectorar. Herida quirúrgica de esternotomía. Valoración de escala análoga del dolor 8		
Datos Subjetivos	" No puedo sacar las flemas porque me duele al toser "		
Datos Complementarios	Gasometría arterial pH 7.34, PaCo ₂ 28.8, PaO ₂ 73.8, HCO ₃ 18.3, lactato 1.1		
Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio Ineficaz relacionado con dolor de herida esternal manifestado por frecuencia respiratoria de 29x' e incapacidad para expectorar.			
Objetivo de la persona: Minimizar el dolor. Objetivo de la persona: Conseguir expectorar sin aumentar su dolor.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar analgésicos prescritos cada 6 hrs. - Valorar frecuencia respiratoria cada hora. - Auscultar campos pulmonares cada 4 hrs. - Valorar placa de rayos x de tórax. - Explicar y valorar la realización correcta de los ejercicios respiratorios. - Brindar fisioterapia pulmonar con palmopercusión cada 2 hrs. - Explicar cómo toser y expectorar con facilidad. - Explicar cómo realizar respiraciones lentas y profundas, cómo toser sujetando firmemente una almohada contra la incisión, cómo realizar ejercicios con el inspirómetro incentivo y la importancia de la realización de estos ejercicios respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> Suplencia Suplencia Suplencia Orientación Suplencia Orientación Orientación 	<ul style="list-style-type: none"> Independiente Independiente Independiente Independiente Independiente Independiente Independiente 	<p>El Sr. Juan presenta disminución del dolor, acepta la fisioterapia e inicia ejercicios respiratorios con lo que mejora el manejo de las secreciones.</p> <p>Nivel de dependencia alcanzado: 3</p>

Plan de atención de enfermería posoperatorio tardío

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 25 de nov. 2009	Hora: 7:30	Servicio: Terapia intermedia
Necesidad Alterada: Seguridad e higiene	Causas de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Temporal /nivel 3
Datos Objetivos	Catéter central en yugular derecha. Herida de esternectomía cubierta con apósito. Línea arterial en miembro superior izquierdo.		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.			
Objetivo de la enfermera Prevenir, valorar y detectar oportunamente datos de infección en sitios de inserción del catéter y herida quirúrgica.			
Objetivo de la persona: Evitar una prolongación hospitalaria.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar lavado de manos antes y después de la realización de cualquier procedimiento invasivo. - Tomar y registrar temperatura corporal horaria. - Valorar datos de enrojecimiento, hipotermia y salida de secreción del sitio de inserción del catéter y herida quirúrgica. - Enseñar a reconocer los datos de infección de la herida. - Aplicar el protocolo de prevención de infecciones nosocomiales. - Concientizar al Sr. Juan de la importancia del baño diario. 	<p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Orientación</p> <p>Suplencia</p> <p>Orientación</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p>	<p>No presentó datos de infección de la herida, del sitio de inserción del catéter ni sitios de drenaje.</p> <p>Aprendió a identificar signos de infección y comprendió la importancia del baño diario.</p> <p>Nivel de dependencia alcanzado: 1</p>

6.7. Valoración focalizada realizada en el servicio de hospitalización

(Anexo VII)

Necesidad:

Aprendizaje.

Facies de angustia y desvió de la mirada. Refiere “Y podre realizar mis actividades normales luego que salga o faltara mucho tiempo, ya no me van a dar esos mareos, es que se sentían refeos”

6.8 Plan de atención de enfermería servicio de hospitalización

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 27 de nov. 09	Hora: 14:00 hrs	Servicio: Servicio de hospitalización lado B
Necesidad Alterada: Aprendizaje	Causas de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial /nivel 3
Datos Objetivos	Facies de angustia y desvió de la mirada		
Datos Subjetivos	Refiere "Y podre realizar mis actividades normales luego que salga o faltara mucho tiempo, ya no me van a dar esos mareos, es que se sentían refeos"		
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con falta de información referente a su actividad física manifestado por facies de angustia y desvió de la mirada, así como expresiones verbales: "¿Y podre realizar mis actividades normales luego que salga o faltara mucho tiempo, ya no me van a dar esos mareos, es que se sentían refeos?"			
Objetivo de Enfermería: Brindar información clara sobre inicio de la actividades cotidianas, signos y síntomas de alarma, para así disminuir sus inquietudes.			
Objetivo de la persona: Conocer información sobre sus dudas.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar medidas de rehabilitación para su reintegración a la sociedad. - Favorecer independencia explicándole como integrarse a sus actividades diarias. - Explicar los signos y síntomas de intolerancia a la actividad física que requieren de su asistencia inmediata al médico. - Explicar medidas de cuidado para su rehabilitación. 	Orientación.	Independiente.	El Sr. Juan refiere " Si entiendo que esto va hacer poco a poco" Nivel de dependencia alcanzado: 1
	Orientación.	Independiente.	
	Orientación.	Independiente.	
	Orientación.	Independiente.	

6.9 Cuarta Valoración exhaustiva realizada en hospitalización.

(Anexo VIII)

Necesidades:

Oxigenación.

Área respiratoria: Frecuencia respiratoria de 20x'. A la auscultación campos pulmonares ventilados.

Área cardiovascular: tórax anterior simétrico. Se observa región infra clavicular izquierda con herida post colocación de marcapaso. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. FC. 60x', registro electrocardiográfico en ritmo de marcapaso. T/A 100/60 mmHg.

Nutrición e Hidratación.

Buena coloración tegumentaria, mucosas orales hidratadas. Consume todos sus alimentos.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos peristálticos presentes.

Glicemia capilar 102mg/dl.

Eliminación.

Micción espontanea 1.5ml/kg/hr.

Movilización.

Consciente y orientado. Deambula dentro del servicio.

Reposo y sueño.

Refiere haber descansado mejor la noche anterior.

Creencias.

Da gracias a Dios por su pronta recuperación.

Aprendizaje.

Manifiesta “¿Me gustaría saber cuándo puedo iniciar mis actividades físicas y que voy a poder hacer, o en qué casos debo de acudir al médico? Quiero aprender a tomarme mis medicamentos de forma adecuada y seguir con mi tratamiento como el médico dice”.

6.10. Plan de atención de enfermería.

Plan de alta

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 29 de nov. 09	Hora: 15 : 00 hrs.	Servicio: Hospitalización adultos lado B
Necesidad Alterada: aprendizaje	Causas de Dificultad: falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial /nivel 3
Datos Objetivos	Manifiesta "Me gustaría saber cuándo puedo iniciar mis actividades físicas y que voy a poder hacer. En qué casos debo de acudir al médico"		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con falta de información manifestado por referir "me gustaría saber cuándo puedo iniciar mis actividades físicas y que voy a poder hacer. En qué casos debo de acudir al médico".			
Objetivo de enfermería: Proporcionar información necesaria al Sr. Juan sobre los cuidados que debe seguir en casa antes de irse de alta.			
Objetivo de la persona: Aclarar sus dudas.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar atentamente cuáles son sus dudas. - Realizar un plan de alta que incluya: <ol style="list-style-type: none"> 1. Información acerca de las actividades que realizará para continuar su rehabilitación. 2. Hacer recomendaciones sobre la alimentación que deberá seguir y la importancia que esta tiene. 3. Información sobre los medicamentos que tomará, haciendo énfasis en el uso de anticoagulantes. 4. Enseñar signos y síntomas que requieren atención de urgencia. 5. Enseñarle el cuidado de las heridas quirúrgicas. 6. Orientarle a que acuda puntualmente a sus interconsultas. 	Suplencia Orientación	Independiente Independiente	<p>Manifiesta "Gracias, si tenía muchas dudas porque uno no sabe que es lo que podemos hacer o no hacer. Si nos explican pues uno ya se va más tranquilo".</p> <p>Nivel de dependencia alcanzado: 1</p>

Plan de alta

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 29 de nov. 09	Hora: 15 : 00 hrs	Servicio: Hospitalización adultos lado B
Necesidad Alterada: Aprendizaje	Causas de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial /nivel 3
Datos Objetivos	Furosemide 20mg. IV cada 12 hrs. Sintrom ¼ de tableta D, L,M ,J,V y S. ½ de tableta los miércoles. Aspirina 100mg. VO cada 24 Hrs. Dolac 10mg VO cada 12 hrs. Por 7 días.		
Datos Subjetivos	Manifiesta: " Quiero aprender a tomarme mis medicamentos de forma adecuada y seguir con mi tratamiento como el médico dice "		
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con régimen terapéutico manifestado por expresión verbal de manejar el tratamiento de la enfermedad.			
Objetivo de Enfermería: Explicar al Sr. Juan el tratamiento farmacológico.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información a la persona y familiares sobre la importancia de establecer un horario específico para la toma de medicamentos. - Explicar los principales efectos de los fármacos que tienen en su estado de salud. - Aclarar sus dudas acerca del régimen alimenticio que deberá llevar a cabo. 	Orientación	Independiente	Refiere haber entendido la importancia de cada uno de sus medicamentos, así como los cuidados que debe tener.
	Orientación	Independiente	Nivel de dependencia alcanzado 1.
	Orientación	Independiente	

6.10.1 Plan de alta.

La persona con afecciones valvulares que han sido sometidas a un proceso quirúrgico requieren integrarse poco a poco a sus actividades cotidianas, para ello es indispensable que conozcan algunas situaciones importantes que mejorar esa integración.

El presenta plan de alta se realizo de manera verbal ya que la última valoración hospitalaria se realizo justamente el día que el egresa del hospital, haciendo mayor énfasis en los siguientes puntos:

Enseñanza sobre el ejercicio.

- El ejercicio lo podrá realizar gradualmente, empezara con actividades cotidianas, en la medida que usted no sienta fatiga.
- Debe de incrementar cada día el tiempo y la distancia andados.
- Puede subir escaleras (una o dos veces al día en la primera semana; y aumentar según la tolerancia.
- No deberá cargar cosas pesadas que excedan 10Kg, por lo menos los seis primeros meses.

Recomendaciones con respecto a la dieta.

- Es indispensable que siga la alimentación proporcionada por el departamento de dietas, ya que usted es portador de una válvula biológica la cual requiere de anticoagulación. Por lo tanto es importante que no consuma alimentos con altos contenidos de vitamina K, como son los alimentos de hoja verde en especial el brócoli y el aguacate.
- Se le proporciona la lista de alimentos que contienen vitamina K, así como los alimentos que tiene permitidos.

Recomendaciones sobre la ministración de los medicamentos.

- Se hace énfasis en la toma del anticoagulante el cual deberá tomar en un mismo horario preferentemente después de dos horas de la comida y seguir exactamente el esquema proporcionado por el personal médico.

- Así mismo se enseñan las posibles complicaciones que pudieran seguir en caso de que no se tomara o se excediera la dosis del anticoagulante.

+ Recomendaciones sobre cuidados del marcapaso.

- Se explica que deberá evitar actividades que puedan llevar al contacto brusco alrededor de la zona en que se encuentra el marcapasos; evitar tocar el marcapasos o masajes cerca de la zona alrededor de éste.
- Podrá volver a la rutina normal en su casa.
- Deberá informar a todos los médicos que visite que tiene un marcapasos.
- Debe de llevar siempre la tarjeta de propiedad del marcapasos para su consulta en caso de urgencias.
- Su marcapasos, aunque está bien protegido de interferencias eléctricas con las que es posible que se encuentre en la vida diaria, tiene algunos elementos que puede retardar o acelerar el marcapasos temporalmente: antenas transmisoras de alta potencia, dispositivos de tratamiento por calor intenso, campos electrónicos de alta tensión, equipos eléctricos: soldadores de arco y equipos similares.

+ Recomendaciones de los signos y síntomas que requieren atención de urgencia.

- Se explica el cuidado que debe de tener con la herida quirúrgica, así mismo se recomienda no colocar nada sobre esta misma, a menos que sea prescripción médica.
- Se indica que en caso de enrojecimiento, dolor o salida de líquido a través de sus heridas deberá acudir al médico.

+ Recomendaciones para acudir a sus interconsultas.

- Se hace mención que es muy importante con continúe con todas sus interconsultas especialmente la de clínica de anticoagulantes así como a todas sus citas programadas.

6.11. Primera valoración focalizada vía telefónica.

Necesidad.

Seguridad.

Presenta salida de líquido seroso en tercio inferior de herida esternal, por lo que se presenta al servicio de urgencias. Refiere “Fui al hospital porque se me abrió abajo en la herida, es muy poquito pero salió líquido como agua con sangre. Me tomaron muestras y luego me hicieron limpieza, me dijeron que me volviera a presentar en unos días para ver los resultados, que estaba bien”.

6.12 Plan de atención de enfermería

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 06 dic.09	Hora: 17:00 hrs.	Servicio: Vía telefónica
Necesidad Alterada: Seguridad	Causas de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial /nivel 3
Datos Objetivos	Dehiscencia de herida		
Datos Subjetivos	Refiere “Fui al hospital porque se me abrió la herida de abajo es muy poquito pero salió líquido como agua con sangre. Me tomaron muestras y luego me hicieron limpieza, me dijeron que me volviera a presentar en unos días para ver los resultados, que estaba bien”.		
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de la piel y salida de líquido seroso.			
Diagnostico de enfermería: Proporcionar los cuidados específicos para limitar el riesgo en la persona.			
Objetivo de la persona: Disminuir el riesgo de infección mediante una vigilancia continua.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
- Investigar signos y síntomas más específicos como son: presencia de hipertermia, enrojecimiento, dolor, características más específicas de la secreción y tamaño de la dehiscencia. - Reforzar medidas de higiene. - Reforzar toma de medicamentos. - Animar a la persona para que acuda a su próxima cita.	Orientación Orientación Orientación Orientación	Independiente Independiente Independiente Independiente	Refiere: “no he tenido fiebre y la abertura solo es un putito de abajo. Tengo limpia la herida y pues haber ahora que vaya a ver que dicen” Nivel de dependencia alcanzado: 1

6.13 Segunda valoración focalizada vía telefónica

Necesidad:

Seguridad.

Refiere” me presente a los análisis el viernes, pero la consulta me la dieron para el lunes y no fui, porque pues uno gasta en pasajes y no tenía dinero”.

6.14 Plan de atención de enfermería

Tipo de Valoración: Focalizada.	Fecha: 05- marzo-10	Hora: 18:00hrs.	Servicio: Vía telefónica
Necesidad Alterada: aprendizaje	Causas de Dificultad: falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial /nivel 3
Datos Objetivos	Refiere” Me presente a los análisis el viernes, pero la consulta me la dieron para el lunes y no fui, porque pues uno gasta en pasajes y no tenía dinero”.		
Datos Subjetivos			
Datos Complementarios			
Diagnóstico de Enfermería: Gestión ineficaz de la propia salud relacionada con dificultad económica manifestado por ausencia a su consulta médica.			
Objetivo de la Enfermera: Enseñar la importancia de la valoración médica, acudiendo puntualmente cuando sea reprogramado.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf-Persona	Enf-Equipo de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar a la persona atentamente. - Informar acerca de cómo reprogramar otra cita vía telefónica. - Explicar la importancia de que acuda a sus citas puntualmente. 	Orientación	Independiente	Manifiesta que va a reprogramar su cita y que esta vez si acudirá.
	Orientación	Independiente	Nivel de dependencia alcanzado: 3
	Orientación.	Independiente	

7. EVALUACION GENERAL

Para el Sr. Juan presentar una alteración valvular represento un problema de dependencia en el cual tuvo que trabajar día a día, ya que no solo altero su estado físico, sino también su estado emocional y económico, pues el dejar de trabajar no resultaba del todo satisfactorio para él, ya que este era el sostén de su esposa, misma que se convirtió en su cuidador primario.

Durante su estancia hospitalaria se pudieron identificar principalmente dos fuentes de dificultad: La falta de fuerza y la falta de conocimiento que lo llevaron a un grado de dependencia total, sin embargo gracias a su interés en aprender y su voluntad comprendió que puede lograr la independencia en sus actividades cotidianas.

Cada uno de los planes de cuidados se enfoco a lograr un objetivo particular cabe mencionar que la mayoría de estos se lograron satisfactoriamente pues la relación enfermera persona que se otorga es de suplencia, ayuda y orientación donde el Sr. Juan recupera su fuerza y conocimiento así como la satisfacción de sus necesidades que se vieron alteradas en su estancia hospitalaria.

Sin embargo es necesario reconocer que se debe de trabajar en las necesidades de seguridad y aprendizaje; mismas que se vieron alteradas desde la primera valoración de enfermería y a lo largo de su estancia hospitalaria e incluso aún después de su egreso.

Es importante no dejar de mencionar que un factor importante para no continuar con el régimen terapéutico es la economía como es el caso, sin embargo, esta es una situación común en nuestra población. Circunstancia que deberíamos tomar en cuenta para iniciar un programa que nos ayude a detectar a las personas que abandonan su tratamiento por esta causa.

Al realizar un estudio de caso, una de las experiencias más enriquecedoras y satisfactorias es proporcionar un trato de calidad y calidez tanto a la persona como a sus familiares. A través de un plan de cuidados con el objetivo de alcanzar la satisfacción de las necesidades humanas logrando un nivel de relación independiente. Sin dejar a un lado importancia que es proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del proceso salud-enfermedad.

8. CONCLUSIONES

Realizar un estudio de caso es la base que nos puede sustentar el hacer diario, pues como profesionales de enfermería dentro de un área especializada podemos encontrarnos ante situaciones complejas. Personas con afecciones valvulares no son la excepción, sin embargo debemos brindar una atención integral que nos permita resolver los problemas reales o potenciales derivados de la patología, sin dejar a un lado las respuestas humanas de la persona como lo menciona Virginia Henderson.

Considero que al realizar el estudio de caso podemos encontrar las evidencias necesarias que como profesión debemos tener, pues son indispensables para crecer cada día más. El Proceso de Enfermería aporta fines particulares y una forma de proceder que es propia, ya que su principal objetivo es construir una estructura teórica, individualizando las necesidades de la persona, familia y entorno.

Para comprender a la persona, el profesional de enfermería debe estar siempre atento a sus palabras y gestos, ha de alentarle a manifestar lo que en cada momento sienta. El análisis del significado de las palabras de la persona, de su silencio, de su expresión, de sus movimientos, no cesa nunca; es indispensable realizarlo con naturalidad para que no dificulte el desarrollo de una relación constructiva, entre la relación enfermera-persona.

La meta a alcanzar consiste en ayudar a mantener y mejorar los cuidados de enfermería por medio de educación, legislación y la organización profesional. Lo constante de esto es la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas; para ello es indispensable comparar el estado de salud de la persona con los resultados obtenidos en cada uno de los planes de atención.

Las intervenciones de enfermería son parte esencial del tratamiento y constituye una ayuda para la convalecencia y la rehabilitación de la persona con alguna necesidad

alterada; se necesitan, esencialmente, una buena organización y un sólido fundamento para la formación, lo que nos daría como resultado la independencia total de las personas.

La adopción de un modelo de enfermería puede servir de orientación, tanto en el fomento de la salud como en la prestación de servicios de atención a personas no solo dentro de las instituciones de salud, sino también al alcance fuera de estas. Se considera generalmente que las familias aceptan con más facilidad las prácticas encaminadas al fomento de la salud cuando son impartidas por el personal que ha prestado servicio durante una enfermedad; que es cuando la familia siente más la necesidad de ser atendida.

Adaptar un plan por escrito puede indicarnos un orden que hemos de seguir. No obstante, el bienestar de la persona puede exigir una modificación circunstancial o constante del plan. Asimismo, se tiene oportunidad, de escuchar a la persona, de conocer su idiosincrasia y la de sus familiares, para determinar sus necesidades y de ganarse la confianza que tan esencial es para la mayor eficacia de los cuidados de enfermería.

Tal vez baste ya con lo dicho para indicar que una función primordial es ayudar a la persona en sus actividades de la vida diaria, o sea, en aquellas actividades que ordinariamente ejecuta sin ayuda, es decir, respirar, comer, evacuar, descansar, dormir, moverse, además de los actos relacionados con la higiene personal, el abrigo corporal y el uso de ropas adecuadas. También se ve por aquellas actividades que hacen de la vida de la persona algo más que un mero proceso vegetativo: las relaciones sociales, la adquisición de ciertos conocimientos, y las ocupaciones recreativas y productivas. En otras palabras, debemos de ayudar a la persona a mantener o a crear un régimen de salud que si aquél hubiera tenido suficiente vigor, conocimiento y apego a la vida, lo habría seguido sin necesidad de ayuda.

Sin embargo la determinación de las necesidades de la persona exige entre otras cosas, conocimientos y un juicio crítico para brindar un cuidado de calidad sin importar donde se lleve a cabo.

9. REFERENCIAS

1. Branwald E. Tratado de Cardiología. 3ª ed. Vol. II, México, Interamericana McGraw-Hill, 1992.
2. Parra, A. Proceso de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Revista en línea].2003 [citado el 24 de abril 2010]:11(2):66-71. Disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032d.pdf.
3. Chávez, G. Método de enfermería y el modelo de Henderson en un paciente con estenosis mitral y accidente cerebrovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Revista en línea].2007 [citado el 24 de abril 2010]:15(1):14-18.Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032d.pdf.
4. Zamarra P., Giménez M. Intervención terapéutica en la comunidad y seguridad. En enfermería clínica.1992.
5. Nettina S. Enfermería practica de lippincott, 6ª ed. Vol. I, México, Interamericana McGraw-Hill; 1998.
6. Moreno E., Desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería. México, Interamericana McGraw-Hill; 1998.
7. Wesley R., Teorías y modelos de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1997.
8. Fawcett J., Modelos conceptuales, teorías e investigación. Philadelphia: FAD Davis Company; 1992.

9. Jiménez-Castro Ana Bertha. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson Revista de Enfermería del IMSS [en línea].2004 [Citado 2009 Oct. 22]; 12(2): 61-63
Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/pdf>.
10. Henderson, V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Suiza: Consejo internacional de Enfermeras 1971.
11. Enfermeras Teóricas: Henderson [en línea]. 2008 [Citado 2009 Oct 22]
Disponible en: [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/)
12. Phaneuf M., Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. España: Interamericana; 1993.
13. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan 2005; 5(1):86-95.
14. La enfermería una profesión de servicio. [en línea]. 2008 [Citado 2010 oct. 28]
Disponible en:
<http://encolombia.com/medicina/enfermería/Enfermeria.htm>
15. Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10(2):62-6.
16. Iyer P TB. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1993.
17. Reyes L. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Revista Ciencia y Enfermería 2007; 13(1):45-57.
18. Roldan A. Proceso de atención de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería 1999; 17(2).

19. Método enfermero. [En línea] 2006 [Citado 2009 Nov.25] Disponible en:
www.eseo.ipn.mx/map/map001/xtra/Metodo%20Enfermero.pdf
20. El proceso de atención en enfermería. [En línea] 2008 [Citado 2009 Nov. 25]
Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
21. Ruiz F. J., González Cortijo J., Zalba Etayo B., León Cinto C., Sánchez Miret J. I.. Estenosis aórtica asintomática y muerte súbita. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2003 Oct [citado 2010 oct.29];20(10):37-39.Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212
22. MEDLINE. *Enciclopedia Médica*. [En línea] 2008 [Citado 2010 Abr. 24]
Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
23. Guadalajara JF. *Cardiología*. 5ª. Edición, México, Méndez Editores, 2001.

10. BIBLIOGRAFIA.

1. Bruner L, Suddath D. *Enfermería médico quirúrgica*. Ciudad de México. Interamericana, 1989.
2. Fernández FC, Novel MG. *El proceso de atención de enfermería*. Estudio de casos. Barcelona España, Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1993.
3. Hospital Txagorritxu. “Guía de práctica clínica, cuidados críticos de enfermería” [en línea] 2004[citado el 24 de noviembre 2009] Disponible en: <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>
4. Johnson Marion. Et al. “Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC”. España: Elsevier; 2002.
5. L.J. Carpenito. *Diagnóstico de enfermería*. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill; 995.
6. Marriner. T.A. Raile, A.M. *Modelos y Teorías en Enfermería* .4ta Ed. España: Harcourt Brance; 1999.
7. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Madrid: Elsevier; 2009- 2011.
8. Owen A. *Monitorización en cuidados intensivos*. España: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
9. Urden L, Lough M. *Cuidados intensivos en enfermería*. España: Harcourt/Océano; 2003.

11. ANEXOS

Anexo I. Formato de valoración exhaustiva

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre: _____ Sexo: ___ Edad: ___ Servicio: _____ No. de Cama: _____ Registro: _____				
Institución: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____				
Lugar de procedencia: _____				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Rol de la persona: _____ Dinámica familiar: _____				
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA: Total de ingresos mensuales: _____				
c) MEDIO AMBIENTE:				
Tipo de vivienda: _____ Servicios con que cuenta: _____				
N° de habitaciones: _____ Tipo de fauna: _____				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta: _____				
Dx Médico reciente: _____				
Antecedentes de salud personal (alergias, cirugías): _____				
Antecedentes de salud familiar: _____				
Antecedentes de estudios recientes: _____				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Área Pulmonar				
Fr: ___ x' Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si No Clase funcional NYHA: I II III IV				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características: _____				
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales: Vesicular: Si No Broncovesicular Si No				
Anormales: Estertores Si No Sibilancias Si No Roce pleural Si No				
Fuma Usted: Si No Cuanto tiempo lleva fumando?: _____ Cuantos cigarrillo al día?: _____				

Suplemento de O₂: Nebulizador _____ %. Catéter nasal _____ lts x min. Sat. O₂: _____
 Ventilación mecánica: Si No Invasiva No invasiva No. de cánula _____ Modalidad: _____
 VC _____ FiO₂ _____ Flujo _____ P. soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____
 Gasometría arterial: Hora _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Gasometría venosa: Hora: _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Color de piel y mucosas: Palidez Cianosis central Cianosis periférica Otro: _____

Control radiológico: Normal Si No Congestión pulmonar
 Infiltrados Foco neumónico Derrame Atelectasia
 Datos subjetivos: _____



Área Cardiovascular

Fc: _____ lpm Presión arterial: _____ PANI _____ PAI _____ Perfil Hemodinámico: _____	Pulso (anotar características) : N=Normal D=Débil P=Paradójico A=Ausente Carotideo _____ Humeral _____ Radial _____ Popíteo _____ Pedio _____ Femoral _____
---	--

Llenado capilar: Miembro sup. _____ seg. Miembro inf. _____ seg. Ingurgitación yugular: Si No
 Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____
 Hepatomegalia: Si No Presenta dolor a la palpación: Si No
 Edema: Si No Sitio: _____ + ++ +++ ++++
 Acrocianosis: M. Sup: + ++ +++ ++++ M. Inferiores: + ++ +++ ++++

Marcapaso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/> Def. <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Amperaje: _____ Sensibilidad: _____ Datos subjetivos: _____	Trazo de EGC Ritmo: _____
---	--

Soporte Cardíaco: BIAC: Si No Inotrópicos: Si No
 Otros: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia


2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____ Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel: _____ Características del cabello: _____
Días a la semana que consume:
 Carne roja: _____ Carne blanca: _____ Verduras: _____ Frutas: _____ Cereales: _____ Lácteos: _____
 Leguminosas: _____ Vegetales: _____ Cantidad de: sal _____ azúcar: _____ tortillas: _____
 Pan blanco: _____ pza. Pan dulce: _____ por día; _____ a la semana. Agua natural: _____ litros por día. Agua
 con frutas naturales: _____ litros por día. Agua con sabores artificiales: _____ litros por día. Gaseosas:
 _____ por día Café: _____ por día. Té: _____ por día.

Consumo golosinas: S en caso afirmativo:
 Frituras: ___ veces por días; ___ a la semana Dulces: ___ veces por día; ___ a la semana.
 Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____
 En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____
 Como considera su alimentación (cantidad y calidad): _____

Estado de la cavidad oral:
 Mucosas orales: _____ Dentadura: Completa: ___ Incompleta: ___
 Caries: _____ Uso de prótesis dental: _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: _____ veces al día. características:
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo
 Incontinencia
 Color: Normal Hematurica Coliurica Otro _____
 Uso de diuréticos: Si No Acompañamiento al sanitario
 Proporcionar cómodo/orinal Pañal
 Sonda vesical D. Peritone Hemodiálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: _____ veces al día.
 Normal: Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Características:
 Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida C/sangre fresca Fétida
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal laxantes: Si No
 Dispositivos de drenaje: _____
 Menstruación: Vol. : Alto Medio Bajo FUM: _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura: _____ Normotermia Hipotermia Hipertermia
 Diaforesis: Si No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel:
 Pálida Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma

Estado de la piel:
Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica:
Proceso de cicatrización Infectada Dehiscente

2. Úlcera por presión: I II III IV
Proceso de cicatrización Infectada

3. Úlcera venosa: I II III IV
Proceso de cicatrización Infectada

4. Úlcera diabética: I II III IV
Proceso de cicatrización Infectada

5. Otra _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:
Deambulación:
Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama:
Se mueve sólo _____ Inmóvil _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor: No Si Localización: _____ Intensidad : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Etapa de la vida:
(neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto maduro, vejez): _____

Estado cognoscitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: No Si **Valoración de Norton:** _____

Deficiencias senso-perceptivas:
Visuales _____ Auditivas _____ Otras _____

Uso de anteojos y lentes de contacto: Si No Uso de dispositivos auditivos: Si No

Uso de prótesis en extremidades: Si No

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Agresivo Negativos Ansioso

Factores de riesgo:
HAS DM Obesidad Sincope Arritmias INR: _____

Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: _____

Cocina con leña o carbón: Si No Tiene algún tipo de adicción: Si...No ¿Cuál? _____

Ingesta de bebidas alcohólicas: Si No frecuencia: _____ Maneja automóvil: Si No

Se sabe portador de:

Prótesis valvulares cardíacas: _____ Endoprotésis vasculares: _____

Marcapaso definitivo: Si No... Desfibrilador interno: Si No

Ingiere algunos de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales: Si No Antihipertensivos: Si No Betabloqueadores: Si No Ansiolíticos: Si No
Antidepresivos: Si No Hipoglucemiantes: Si No

Uso de insulina de acción rápida o intermedia: Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: Si No En caso negativo ¿Cual es la causa? _____

No. de horas: _____ ¿Se despierta con frecuencia?: Si No En caso afirmativo ¿Cual es la
cual es la causa? _____ Duerme durante el día: Si No

Necesita de algún facilitador del sueño como: Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipos de medicación: _____ ¿Su entorno le favorece el reposo y sueño? Si No

La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es:

Clara Confusa Afásica Incapaz Limitaciones físicas para la comunicación: _____

Se expresa en otra lengua: Si NoCuál? _____

Manifiesta:

Emociones y sentimientos Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda

Como se concibe Autoconcepto): _____

Expresa Usted con facilidad sus sentimientos y pensamientos: Si No

¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No

¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?: _____

De acuerdo a su percepción ¿Cuáles son sus principales valores?: _____

Tipo relación: (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

Familia: E B R M Vecinos: E B R M Compañeros de Trabajo: E B R M

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión): _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece a algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? _____
Solicita apoyo religioso: Si No Asiste a actividades religiosas: Si No cuando? _____
Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No
Cuenta con trabajo actualmente: Si No Su trabajo le proporciona satisfacción: Si No
Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar? Si No
Se siente satisfecho en estos momentos con lo que realiza actualmente? Si No
Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si No Conoce su padecimiento: Si No Conoce su
tratamiento: Si No Tiene inquietudes sobre su salud: Si No
Cuáles? _____
Conoce los signos de alarma de su padecimiento?: Si No
Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

12. NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____
Cuál es su diversión preferida?: _____
Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? Si No
La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Si No
Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar: _____
El cambio de ropa cada cuando lo realiza?: _____
La forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y a las circunstancias? Si No
Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Etapa reproductiva Si No Menarca: _____ Uso de método para control natal: _____
No embarazos: _____ Eutócicos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Óbitos: _____
Vida sexual Activa: Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No
Andropausia Si No Menopausia Si No
Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

IV. Exploración Física

1. Cabeza (Facies, 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, poplíteo, 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).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.OXIGENACIÓN:

2.ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN:

3.ELIMINACIÓN:

4.TERMORREGULACIÓN:

5.HIGIENE:

6.MOVILIDAD:

7.SEGURIDAD:

8.REPOSO Y SUEÑO:

<p>9.COMUNICACIÓN:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>10.CREENCIAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11.APRENDIZAJE:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>12.ACTIVIDADES RECREATIVAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>13.ELEGIR ROPAS ADECUADAS:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>14. AUTOREALIZACION.</p> <hr/> <hr/> <hr/>

FECHA: _____/_____/_____
ENFERMERA(O): _____

Anexo II Formato de valoración focalizada



INSTRUMENTO DE VALORACION FOCALIZADA ENFERMERIA CARDIOVASCULAR



Ficha de identificación:

Nombre: _____ Servicio: _____
Registro: _____ Fecha: _____ Hora: _____

1.- Necesidad de Oxigenación

Datos subjetivos: _____

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos subjetivos: _____

3.- Necesidad de Eliminación

Datos subjetivos: _____

4.- Necesidad de Termorregulación

Datos subjetivos: _____

5.- Necesidad de Higiene

Datos subjetivos: _____

6.- Necesidad de Movilidad

Datos subjetivos: _____

7.- Necesidad de Seguridad

Datos subjetivos: _____

8.- Necesidad de Reposo y Sueño

Anexo III. Consentimiento Informado

México D.F. a 23 de Noviembre de 2009

ASUNTO: CARTA INFORMATIVA.

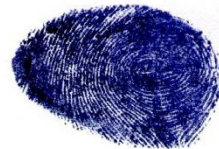
La que suscribe Lic. en Enfermería Gabriela Pichardo González, quien actualmente se encuentra cursando el Posgrado en Enfermería Cardiovascular, y realizando practicas en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez " desea realizar un seguimiento de caso clínico al Sr. Victor Alfonso Tuxpan Mendel quien cursa su estancia hospitalaria en este H. Instituto, y a quien se solicita su autorización para llevarlo a cabo.

El compromiso que se adquiere con la persona es visitarla periódicamente para evaluar su evolución medica, brindarle apoyo cuando así lo requiera y orientarla en cuanto a los cuidados que favorezca su estado de salud, cuando el paciente no pueda comprender las actividades que se le sugieren ya sean paliativas o correctivas se le explicara detalladamente así como a sus familiares que lo soliciten; de ninguna manera se intervendrá en la toma de desiciones en cuanto al tratamiento médico o quirúrgico, ya que esa decisión compete solo a la persona en tratamiento y/o familiares.

Por último si por alguna circunstancia la persona no quiere continuar con el seguimiento del caso clínico se dará por terminado y la información obtenida queda únicamente para fines académicos.



L.E. Gabriela Pichardo González
Est. De Posgrado en Enfermería
Cardiovascular.



C. Victor Alfonso Tuxpan Medel.

Anexo IV Primera valoración exhaustiva realizada el día 23 de nov. 2009

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ				
HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA				
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre: <u>Juan Vázquez Martínez</u> Sexo: <u>M</u> Edad: <u>57 años</u> Servicio: <u>7mo. Piso</u> No. de Cama: <u>734</u>				
Registro: <u>312060</u>				
Institución: <u>INC Ignacio Chávez</u> Escolaridad: <u>ninguna</u> Estado Civil: <u>Casado</u>				
Lugar de procedencia: <u>Tehuacan puebla.</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Herminia Mariano Rosas	55 años	Esposa	Ama de casa	Ninguna.
Ofelia	38 años	Hija	Ama de casa	Vive aparte.
Magdalena	25 años	hija	Ama de casa	Vive aparte.
Rol de la persona: <u>Proveedor</u> Dinámica familiar: <u>Buena</u>				
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA Total de ingresos mensuales: <u>2000.00</u>				
c) MEDIO AMBIENTE Tipo de vivienda: <u>Tabique</u> Servicios con que cuenta: <u>Drenaje, agua, luz habitaciones: 2</u>				
Tipo de fauna: <u>ninguna</u> III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta: <u>Hace dos presenta adormecimiento, calor desde el cuello hasta MPI/hace 6 meses presenta mareo, lipotimia y síncope en 5 ocasiones Es valorado en el INC el día 19 de oct.2009.E ingresa a urgencias el 1 de nov. con datos de bajo GC, síncope y crisis de Stoke Adams.</u>				
Dx Médico reciente: <u>HAS, dislipidemia, EGC con bloqueo bifascicular.</u>				
Antecedentes de salud personal: (alergias, cirugías) <u>.Negadas</u>				
Antecedentes de salud familiar: <u>Padre finado a los 30 años desconoce causa, etilismo. Madre finada a los 78 años, desconoce causa.</u>				
Antecedentes de estudios recientes: <u>Holter con pausas de más de 2' ECOTT con FEVI 66%, Calcificación de válvula Ao, EAo crítica aV0.8cm, Hipertrofia concéntrica. Cateterismo sin lesiones angiograficas significativas.</u>				
Tratamientos prescritos: <u>telmisartan 40mg c/24hrs.colocación de mcp definitivo DDD el 01 de noviembre. Presentado a sesión medico quirúrgica.</u>				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Area Pulmonar				
Fr: <u>18x'</u> Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Características: _____				
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales: Vesicular: Si No <input type="checkbox"/> Broncovesicular Si No <input type="checkbox"/>				
Anormales: Estertores Si No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si No <input type="checkbox"/> Roce pleural Si No <input type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando?: <u>35 años</u> Cuantos cigarrillo al día?: <u>8 años</u>				

Suplemento de O₂: Nebulizador _____ %. Catéter nasal _____ lts x min. Sat. O₂: _____
 Ventilación mecánica: Si No Invasiva No invasiva No. de cánula _____ Modalidad: _____
 VC _____ FiO₂ _____ Flujo _____ P. soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____
 Gasometría arterial: Hora _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Gasometría venosa: Hora: _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Color de piel y mucosas: Palidez Cianosis central Cianosis periférica Otro: _____

Control radiológico: Normal Si No Congestión pulmonar
 Infiltrados Foco neumónico Derrame Atelectasia
 Datos subjetivos: _____



Área Cardiovascular

Fc: <u>80</u> lpm Presión arterial: _____	Pulso (anotar características) :
PANI <u>115/75</u> mmHg PAI _____	N=Normal D=Débil P=Paradójico A=Ausente
Perfil Hemodinámico: _____	Carotideo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u>
	Popiteo <u>N</u> Pedio <u>N</u> Femoral <u>N</u>

Llenado capilar: Miembro sup. 2 seg. Miembro inf. 2 seg. Ingurgitación yugular: Si No
 Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____
 Hepatomegalia: Si No Presenta dolor a la palpación: Si No
 Edema: Si No Sitio: _____ + ++ +++ ++++
 Acrocianosis: M. Sup: + ++ +++ ++++ M. Inferiores: + ++ +++ ++++

Marcapaso: Si No Temp. Def.
 Frecuencia: _____ Amperaje: _____ Sensibilidad: DDD
 Datos subjetivos: _____

Trazo de EGC

Ritmo: marcapaso

Soporte Cardiaco: BIAC: Si No Inotrópicos: Si No
 Otros: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

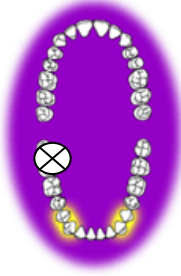
2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

Peso: 73.500kg Talla: 1.55 Índice de masa corporal (IMC): 30.6 Diámetro cintura: 92cm.
 Coloración de la piel: Pal Características del cabello: Bien implantado
Días a la semana que consume:
 Carne roja: no Carne blanca: 1 Verduras: 4 Frutas: 3 Cereales: no Lácteos: 1
 Leguminosas: 7 Vegetales: 4 Cantidad de: sal poca azúcar: casi no tortillas: 5
 Pan blanco: 1 pza. Pan dulce: 1 por día; 2 a la semana. Agua natural: 1 litros por día. Agua con frutas naturales: no litros por día. Agua con sabores artificiales: no litros por día.
 Gaseosas: no por día Café: no por día. Té: no por día.

Consumo golosinas: Si No en caso afirmativo:
 Frituras: ___ veces por días; ___ a la semana Dulces: ___ veces por día; ___ a la semana.
 Comidas que realiza al día en casa: 2 o 3 Comidas que realiza fuera de casa: rara vez
 En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____
 Como considera su alimentación (cantidad y calidad): Irregular

Estado de la cavidad oral:
 Mucosas orales: hidratadas Dentadura: Completa: ___ Incompleta: extracion de 2 molares Caries: no Uso de prótesis dental: no
 Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: 4 veces al día. características:
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo
 Incontinencia
 Color: Normal Hematurica Coliurica Otro _____
 Uso de diuréticos: Si No Acompañamiento al sanitario
 Proporcionar cómodo/orinal Pañal
 Sonda vesical D. Peritoneal Hemodiálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: 1 veces al día.
 Normal: Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Características:
 Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida C/sangre fresca Fétida
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal laxantes: Si No
 Dispositivos de drenaje: _____
 Menstruación: Vol. : Alto Medio Bajo FUM: _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura: ___ Normotermia Hipotermia Hipertermia
 Diaforesis: Si No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel:
 Pálida Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma

Estado de la piel:
Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica:
Proceso de cicatrización Infeccionada Dehiscente

2. Úlcera por presión: I II III IV
Proceso de cicatrización Infeccionada

3. Úlcera venosa: I II III IV
Proceso de cicatrización Infeccionada

4. Úlcera diabética: I II III IV
Proceso de cicatrización Infeccionada

5. Otra colocación de mcp

Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación:
Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama:
 Se mueve sólo Inmóvil

Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor: No Sí Localización: _____ Intensidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Etapas de la vida:
(neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto maduro, vejez): Adulto

Estado cognoscitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: No Sí **Valoración de Norton:** 16

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____

Uso de anteojos y lentes de contacto: Sí No Uso de dispositivos auditivos: Sí No Uso de prótesis en extremidades: Sí No

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativos Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR: _____

Sufre o ha sufrido de lipotimia: Sí No Riesgo laboral: Actualmente no trabaja

Adicciones: negadas

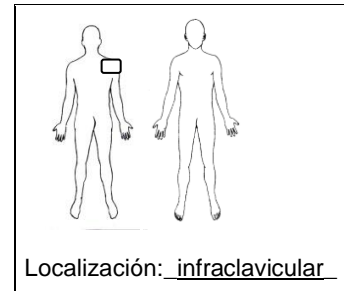
Cocina con leña o carbón: Sí No Tiene algún tipo de adicción: Sí No ¿Cuál? _____

Ingesta de bebidas alcohólicas: Sí No frecuencia: anteriormente hasta la embriaguez Maneja automóvil: Sí No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas: _____ Marcapaso definitivo: Sí No

Desfibrilador interno: Sí No Endoprotesis vasculares: _____

Ingiere algunos de los siguientes medicamentos: _____



Anticoagulantes orales: Si **No** Antihipertensivos: **Si** No Betabloqueadores: Si **No** Ansiolíticos: Si **No**
 Antidepresivos: Si **No** Hipoglucemiantes: Si **No** Uso de insulina de acción rápida o intermedia: Si **No**
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: **Si** No En caso negativo ¿Cual es la causa? _____ No. de horas: _____
 ¿Se despierta con frecuencia? Si **No** En caso afirmativo ¿Cual es la causa? _____
 Duerme durante el día: **Si** No
 Necesita de algún facilitador del sueño como: Música Masaje Lectura Medicamentos
 Tipos de medicación: _____ ¿Su entorno le favorece el reposo y sueño? **Si** No
 La estancia en el hospital le produce ansiedad? **Si** No
 Datos subjetivos: _____ "Por qué no sé cuando me voy o que me van hacer"

Dependencia **Independencia**

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es: **Clara** Confusa Afásica Incapaz Limitaciones físicas para la comunicación: ninguna
 Se expresa en otra lengua: Si **No** Cuál? _____
Manifiesta:
Emociones y sentimientos (temores) Problemas sociales **Le cuesta pedir ayuda** Le cuesta aceptar ayuda
 Como se concibe (Autoconcepto): _____
 Expresa Usted con facilidad sus sentimientos y pensamientos: **Si** No en caso negativo ¿por qué?: _____
 ¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? **Si** No
 ¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?: Tuve que venir a vivir con mi hija
 De acuerdo a su percepción ¿Cuáles son sus principales valores?: _____
Tipo relación: (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)
 Familia: E **B** R M Vecinos: E B **R** M Compañeros de Trabajo: E **B** R M
 Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión): _____
 Datos subjetivos: _____ "No me gusta molestar"

Dependencia **Independencia**

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece a algún grupo religioso o asociación? **Si** No Cuál? Cristiano
 Solicita apoyo religioso: Si **No** Asiste a actividades religiosas **Si** No Cada cuando? cuando puedo
 Sus creencias: **Le ayudan** No ayudan No interfieren
 Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? **Si** No
 Cuenta con trabajo actualmente: Si **No** Su trabajo le proporciona satisfacción Si No
 Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar? **Si** No
 Se siente satisfecho en estos momentos con lo que realiza actualmente? **Si** No
 Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales: **Si** No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Conoce el motivo de su ingreso: Si No	Conoce su padecimiento: Si No
Tiene inquietudes sobre su salud: Si No	Cuáles? _____
Conoce los signos de alarma de su padecimiento?: Si No	
Datos subjetivos: <u>Se que necesito una cirugia y medio me explican pero la verdad uno no sabe y aveces le explican a mi hija "</u>	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
12. NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	
Qué actividad realiza en su tiempo libre? <u>Anteriormente aminaba</u>	
Cuál es su diversión preferida?: <u>no tengo</u>	
Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? Si No	
La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Si No	
Datos subjetivos: <u>" Me gustaba caminar pero ahora no puedo ir solo a ningún lado"</u>	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS	
Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar : <u>Cómoda</u>	
El cambio de ropa cada cuando lo realiza?: <u>Diario</u>	
La forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y a las circunstancias? Si No	
Datos subjetivos: _____	
dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
14. NECESIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
Etapas reproductiva Si No Menarca: _____ Uso de método para control natal: _____	
No embarazos: _____ eutócicos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Óbitos: _____	
Vida sexual Activa: Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No	
Andropausia Si No Menopausia Si No	
Apoyo hormonal: Si No Cual en caso afirmativo?: _____	
Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>

IV. Exploración Física

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

Persona del sexo masculino, ubicado en sus tres esferas biopsicosociales, posición libremente escogida, sin alteración
En la marcha. Buena coloración tegumentaria, pupilas isocóricas, cabello bien implantado, sin alteraciones auditivas,
Mucosas orales hidratadas.

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

Cuello sin plétora yugular, pulsos carotídeos, homocrotos y tiroides normal, no se palpa inflamación ganglionar.

3. Tórax

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

Tórax simétrico movimientos de amplexión y amplexación normales, movimientos respiratorios normales.
Se observa en región infraclavicular izquierda herida postcolocación de marcapaso definitivo la cual esta en proceso
De cicatrización sin datos de infección.

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

Área precordial sin levantamiento paraesternal, con choque del ápex en 5to. Espacio intercostal, línea media
Clavicular.

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)

Campos pulmonares con murmullo vesicular bilateral normal.
Ruidos cardíacos rítmicos con presencia de soplo aórtico.

4. Abdomen

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

Abdomen con peristalsis audible, perímetro abdominal de 92cm.

5. Genito – urinario

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

Sin alteraciones

6. Extremidades

a) (pulso braquial, radial, femoral, poplíteo, 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).

Extremidades integrales, simétricas, eutróficas, pulsos distales presentes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

2.ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN:

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo a las necesidades metabólicas manifestado por IMC 30.6.

6.MOVILIDAD:

Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.

7.SEGURIDAD:

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
Riesgo de caída relacionado con vértigo secundario a hipotensión ortostática.

11.APRENDIZAJE:

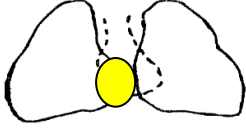

Conocimientos deficientes relacionado con exposición insuficiente de las fuentes de información manifestado por referir “ No sé si me van a operar pues ya lo iban a hacer la semana pasada y se suspendió por que tenía fiebre y ahora no me han dicho nada

FECHA: 23 /nov. /2009

ENFERMERA(O): Gabriela Pichardo González.

Anexo V Segunda valoración exhaustiva realizada el 24 de nov.2009

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA CARDIOVASCULAR				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre: <u>Juan Vázquez Martínez</u> Sexo: <u>M</u> Edad: <u>57años</u> Servicio: <u>TIQ</u> Registro: <u>312060</u>				
Institución: <u>INCICH</u> Escolaridad: <u>Ninguna</u> Estado Civil: <u>Casado</u>				
Lugar de procedencia: <u>Procedente del área de quirófano</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Herminia Mariano Rosas	55 años	Esposa	Ama de casa	Ninguna.
Ofelia	38 años	Hija	Ama de casa	Vive aparte.
Magdalena	25 años	hija	Ama de casa	Vive aparte.
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA Total de ingresos mensuales: <u>2000.00</u>				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda: <u>Urbana</u> Servicios con que cuenta: <u>Todos los intradomiciliarios</u>				
N° de habitaciones: <u>dos</u> Tipo de fauna: <u>Negada</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta: <u>Estenosis aortica critica con área valvular de 0.8 cm</u>				
Dx Médico reciente: <u>Cambio valvular aórtico por prótesis biológica INC 24mm</u>				
Antecedentes de salud personal: (alergias, cirugías) <u>Colocación de marcapaso definitivo DDD (10 de nov.)</u>				
Hallazgos: <u>Ligera dilatación aortica ascendente de paredes delgadas, con fusión a nivel de comisuras condicionando estenosis aortica critica con anillo aórtico de 25mm.</u>				
Tratamientos prescritos: <u>Solución salina de 1000cc + 40mEq KCL+1gr.MgSO4, haes al 10% para cargas, dobutamina 500mg en 250 cc solución glucosada a dosis respuesta.</u>				

1. NECESIDAD DE OXIGENACION	
Área Pulmonar	
Fr: <u>12</u> resp. X min. Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	
Secreciones bronquiales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Características: <u>Blanquecinas</u>	
Dificultad para la expectoración: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epi <input type="checkbox"/> xis	
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Broncovesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Anormales: Estertores Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fuma Usted : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando?: _____ Cuantos cigarrillo al día?: _____	
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____ O ₂ _____ Catéter nasal _____ Its.Xmin. Sat O ₂ : 90%	
Ventilación mecánica: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Invasiva <input checked="" type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula <u>8.5 fija no. 22</u> Modalidad: <u>AC</u>	
Vol. Corr. <u>450</u> FiO ₂ <u>40%</u> Flujo <u>55</u> P. soporte _____ PEEP <u>4</u> Sensibilidad <u>.5</u>	
Gasometría arterial: Hora: <u>14:20</u> PO ₂ <u>96</u> PCO ₂ <u>33</u> pH <u>7.36</u> HCO ₃ <u>19.1</u>	
Gasometría venosa: Hora: <u>14:20</u> Parametros: <u>91.9</u> <u>32.8</u> <u>7.38</u> <u>19</u>	
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input checked="" type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos: _____	
Área Cardiovascular	
Fc: <u>80</u> lpm Presión arterial: <u>101/55 (68)</u>	Pulso (anotar características):
PANI: _____ Invasiva: <input checked="" type="checkbox"/>	N=Normal D=Débil P=Paradójico A=Ausente
Perfil Hemodinámico: PAP <u>31/14(21)</u> PCP15	Carotideo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u>
PVC 8, GC 6.7 IC3.9, VL77.9, IS45.3, RVS 728, ITVI	Popiteo <u>N</u> Pedio <u>D</u> Femoral <u>N</u>
32.5, RVP 48, PPF 8686.	
DOBUTAMINA 3.6 gamas.	
Llenado capilar: Miembro sup. <u>2</u> seg.	Miembro inf. <u>2</u> seg. Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____	
Hepatomegalia: S <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Edema Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> tío: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Acrocianosis: M. Superiores: + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> M. Inferiores: + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	
Marcapasos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temp. <input checked="" type="checkbox"/> Def. <input checked="" type="checkbox"/>	
Frecuencia: <u>50</u> Amperaje: <u>3</u>	
Sensibilidad: <u>A demanda</u>	TRAZO ECG
Datos subjetivos: _____	Ritmo: MCP Alteraciones: _____
Soporte Cardíaco: BIAC <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Inotrópicos Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros: _____	
Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

Peso: 73.500Kg, Talla: 155cm Índice de masa corporal (imc): 30.6 Diámetro cintura: 89cm

Coloración de la piel: Palidez Características del cabello: Bien implantado

Días a la semana que consume:

Carne roja (res, cerdo, cordero): _____ Carne blanca (pollo, pescado, pavo): _____ Verduras: _____ Frutas: _____

Cereales: _____ Lácteos: _____ Leguminosas: _____ Vegetales: _____ Cantidad de: sal _____ azúcar: _____

No. de tortillas: _____

Pan blanco: _____ pzas. Pan dulce: _____ veces por día; _____ a la semana Agua natural: _____ litros por día.

Agua con frutas naturales: _____ litros por día. Agua con sabores artificiales: _____ litros por día. Gaseosas: _____

por día Café: _____ por día. Té: _____ por día.

Consumo golosinas: en caso afirmativo:

Frituras: _____ veces por días; _____ a la semana Dulces: _____ veces por día; _____ a la semana.

Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____

En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____

Como considera su alimentación (cantidad y calidad): _____

Estado de la cavidad oral:

Mucosas orales: Hidratada Dentadura: Completa: _____ Incompleta: _____

Caries: _____ Uso de prótesis dental: _____

Datos subjetivos: _____

En ayuno. Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: _____ veces al día. Características: 2ml/Kg/Hr

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia

Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otro _____ Uso de diuréticos: Si No:

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal

Sonda vesical D. Peritoneal Hemodiálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: veces al día. **No ha evacuado**

Normal: Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Características:

Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida C/sangre fresca Fétida

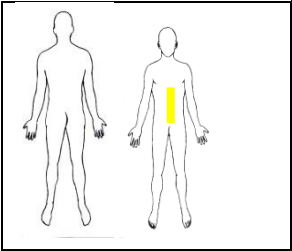
Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes: Si No

Dispositivos de drenaje: Drenaie retroesternal con escasa salida de liquido serohemático

Menstruación: Vol.: Alto Medio Bajo FUM: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN			
Temperatura: <u>36.5 a 37° C</u>	Normotermia <input checked="" type="checkbox"/>	Hipotermia <input type="checkbox"/>	Hipertermia <input type="checkbox"/>
Diaforesis: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Datos subjetivos: _____		
Dependencia <input type="checkbox"/>		Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	
5. NECESIDAD DE HIGIENE			
Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/>			
Estado de la piel: Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>			
Tipo de lesión:			
1. Quirúrgica:	Proceso de cicatrización <input checked="" type="checkbox"/>	Infectada <input type="checkbox"/>	Dehiscente
2. Úlcera por presión:	I II III IV	Proceso de cicatrización	Infectada
3. Úlcera venosa:	I II III IV	Proceso de cicatrización	Infectada
4. Úlcera diabética:	I II III IV	Proceso de cicatrización	Infectada
5. Otra _____	Proceso de cicatrización		Infectada
Datos subjetivos: _____			
Dependencia <input type="checkbox"/>		Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	
6. NECESIDAD DE MOVILIDAD			
Actividad física: Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera			
Bastón			
Movilidad en cama: Se mueve sólo:		Suplencia total: Inmóvil:	
Datos subjetivos: _____			
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>		Independencia <input type="checkbox"/>	
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD			
Dolor: No Si Localización: _____ Intensidad : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Etapa de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto maduro, vejez): <u>adulto</u>			
Estado cognoscitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Sedado			
Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto		Sujeción: No Si Valoración de Nortón: <u>6</u>	
Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____			
Uso de anteojos y lentes de contacto: Si No Uso de dispositivos auditivos: Si No Uso de prótesis en extremidades: Si No			
Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativos Ansioso			
Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Sincope Arritmias INR: _____			
Sufrir o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: _____			
Adicciones: _____			
Cocina con leña o carbón: Si No Tiene algún tipo de adicción: Si No ¿Cuál? _____			
Ingesta de bebidas alcohólicas: Si No frecuencia: _____ Maneja automóvil: Si No			

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas: biológica INC Marcapaso definitivo: **Si** No
Desfibrilador interno: Si **No** Endoprotesis vasculares: _____

Ingiere algunos de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales: Si **No** Antihipertensivos: Si **No** Betabloqueadores: Si **No** Ansiolíticos: Si **No**

Antidepresivos: Si **No** Hipoglucemiantes: Si **No** Uso de insulina de acción rápida o intermedia: Si **No**

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: Si No En caso negativo ¿Cual es la causa? _____ No. de horas: _____

¿Se despierta con frecuencia? : Si No En caso afirmativo ¿Cual es la causa? _____

Duerme durante el día: Si No

Necesita de algún facilitador del sueño como: Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipos de medicación: _____ ¿Su entorno le favorece el reposo y sueño? Si No

La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No

Datos subjetivos: _____ **NO VALORABLE POR SEDACION.**

Dependencia

Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es:

Clara Confusa Afásica **Incapaz** Limitaciones físicas para la comunicación: Intubación orotraqueal

Se expresa en otra lengua: Si **No**Cuál? _____

Manifiesta:

Emociones y sentimientos (temores) Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda

Como se concibe (Autoconcepto): _____

Expresa Usted con facilidad sus sentimientos y pensamientos: Si No en caso negativo ¿por qué?: _____

¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No

¿Como ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?: _____

De acuerdo a su percepción ¿Cuáles son sus principales valores?: _____

Tipo relación: (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

Familia: E B R M Vecinos: E B R M Compañeros de Trabajo: E B R M

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión): _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece a algún grupo religioso o asociación? **Si** NoCuál? Cristiano

Solicita apoyo religioso: Si **No** Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? _____

Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren

Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No

Cuenta con trabajo actualmente : Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No

Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar? Si No
 Se siente satisfecho en estos momentos con lo que realiza actualmente? Si No
 Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si No Conoce su padecimiento: Si No Conoce su tratamiento: Si No
 Tiene inquietudes sobre su salud: Si No
 Cuáles? _____
 Conoce los signos de alarma de su padecimiento?: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia
 No valorable en este momento

12. NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____
 Cuál es su diversión preferida?: _____
 Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? Si No
 La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia
 No valorable en este momento

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar : _____
 El cambio de ropa cada cuando lo realiza?: _____
 La forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y a las circunstancias? Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

14. NECESIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Etapas reproductiva Si No Menarca: _____ Uso de método para control natal: _____
 No embarazos: _____ Eutócicos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Óbitos: _____
Vida sexual Activa: Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No
 Andropausia Si No Menopausia Si No
 Apoyo hormonal: Si No Cual en caso afirmativo?: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia
 No valorable en este momento

IV. Exploración Física

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

Bajo efectos de sedación, Ramsey de 4. Palidez tegumentaria, hidratado, sonda nasogastrica a derivación con
Salida de líquido biliar. Cánula oro-traqueal 8.5 Fr. Fija en el numero 22 a nivel de comisura labial conectada a
Ventilador en modalidad Asisto control con frecuencia respiratoria de 14x', peep 4, volumen corriente de 450, FiO2 40%

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

Catéter trilumen en yugular derecha permeable a solución indicada a 41ml/hr., e infusión de dobutamina a 3.6
Gamas. Catéter de flotación con un GC 6.7 IC 3.9.

3. Tórax

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

Tórax anterior simétrico, MCP definitivo en región infraclavicular izquierda, herida de esternotomía con
Apósito limpio. Registro electrocardiográfico en ritmo de marcapaso, con electrodo epicardio profiláctico
Conectado a fuente externa de mcp con frecuencia ventricular media de 50 mili amperaje 5 a demanda.

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

Buena estabilidad esternal

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

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

Ruidos cardiacos de buena intensidad , FVM 80 lpm, campos pulmonares ventilados, con presencia de
Estertores.

4. Abdomen

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

Abdomen globoso, peristalsis audible, no hepatomegalia. Perímetro abdominal de 89 cm.
Drenaje retroesternal con salida de líquido serohemático.

5. Genito – urinario

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

Sonda vesical con un volumen urinario de 2ml/kg/hr. diuresis de características macroscópicas normales.

6. Extremidades

a) (pulso braquial, radial, femoral, poplíteo, 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).


Llenado capilar de 2”, línea arterial en miembro torácico izquierdo.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
<p>1.OXIGENACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la respiración espontánea relacionado con efectos residuales de la anestesia manifestado por presencia de cánula orotraqueal. - Limpieza ineficaz de vía aérea relacionado con el exceso de secreciones traqueobronquiales manifestado por campos pulmonares con presencia de estertores. - Riesgo potencial de disminución del gasto cardíaco relacionado con el descenso de la contractilidad y trastornos de la conducción.
<p>2.ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de déficit de volumen de líquidos y desequilibrio electrolítico relacionado con alteración hemodinámica transitoria.

FECHA: 24/ nov. / 2009 a las 14:30 hrs.

ENFERMERA(O): Gabriela Pichardo González

ANEXO VI Tercera exhaustiva realizada el día 25 de nov. 2009

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre: <u>VATM</u> Sexo: <u>M</u> Edad: <u>57 años</u> Servicio: <u>Terapia</u> No. de Cama: <u>522</u> Registro: <u>312060</u>				
Institución: <u>INC ICh</u> Escolaridad: <u>Ninguna</u> Estado Civil: <u>Casado</u>				
I. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Herminia Mariano Rosas	55 años	Esposa	Ama de casa	Ninguna.
Ofelia	38 años	Hija	Ama de casa	Vive aparte.
Magdalena	25 años	hija	Ama de casa	Vive aparte.
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA Total de ingresos mensuales: <u>2000.00</u>				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda: <u>Urbana</u> Servicios con que cuenta: <u>Todos los intradomiciliarios</u>				
N° de habitaciones: <u>dos</u> Tipo de fauna: <u>Negada</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta: <u>Estenosis aortica crítica con área valvular de 0.8 cm</u>				
Dx Médico reciente: <u>Cambio valvular aórtico por prótesis biológica INC 24mm</u>				
Antecedentes de salud personal: (alergias, cirugías) <u>Colocación de marcapaso definitivo DDD (10 de nov.)</u>				
Hallazgos: <u>Ligera dilatación aortica ascendente de paredes delgadas, con fusión a nivel de comisuras condicionando estenosis aortica crítica con anillo aórtico de 25mm.</u>				
Tratamientos prescritos: <u>Solución salina de 1000cc + 40mEq KCL+1gr.MgSO4, haes al 10% para cargas, Insulina 100UI en 100cc salina (dosis respuesta). Caporal 25mg VO c/8hrs.,Dolac 30mg IV PRN, Heflin 1gr.IV c/6hrs.</u>				

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

Peso: 73.500 Talla: 155cm. Índice de masa corporal (inc.): 30.6 Diámetro cintura: 90cm.

Coloración de la piel: Palidez Características del cabello: bien implantado

Días a la semana que consume:

Carne roja (res, cerdo, cordero): _____ Carne blanca (pollo, pescado, pavo): Verduras: Frutas:

Cereales: Lácteos: Leguminosas: _____ Vegetales: Cantidad de: sal _____ azúcar: _____

No. de tortillas: _____

Pan blanco: _____ pizzas. Pan dulce: _____ veces por día; _____ a la semana Agua natural: _____ litros por día.

Agua con frutas naturales: litros por día. Agua con sabores artificiales: _____ litros por día. Gaseosas: _____

por día Café: _____ por día. Té: por día.

Consumo golosinas: Si No en caso afirmativo:

Frituras: _____ veces por días; _____ a la semana Dulces: _____ veces por día; _____ a la semana.

Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____

En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____

Como considera su alimentación (cantidad y calidad): _____

Estado de la cavidad oral:

Mucosas orales: Hidratadas _____ Dentadura: Completa: _____ Incompleta:

Caries: No Uso de prótesis dental: No

Datos objetivos: Consume toda la dieta con agrado

Dependencia

Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: _____ veces al día. características:

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia

Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otro _____ Uso de diuréticos: Si No:

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal

Sonda vesical D. Peritoneal Hemodiálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: _____ veces al día.

Normal: Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Características:

Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida C/sangre fresca Fétida

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes: Si No

Dispositivos de drenaje: Drenaje retroesternal con escasa salida de líquido serohemático

Menstruación: Vol.: Alto Medio Bajo FUM: _____

Datos objetivos: No ha evacuado

Dependencia

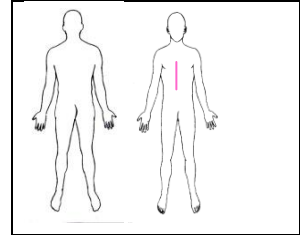
Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura: 36.5° C Normoter Hipotermia Hipertermia Diaforesis: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma
 Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Intgra Con lesión Petequias
 Tipo de lesión:
 1. Quirúrgica: Proceso de cicatrización Infectada Dehisciente
 2. Ulcera por presión: I II III IV Proceso de cicatrización Infectada
 3. Ulcera venosa: I II III IV Proceso de cicatrización Infectada
 4. Ulcera diabética: I II III IV Proceso de cicatrización Infectada
 5. Otra _____ Proceso de cicatrización Infectada
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia



6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física: Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón
 Movilidad en cama: Se mueve sólo: Suplencia total: Inmóvil Suplencia parcial
 Dato subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor: No Si Localización: Herida quirúrgica Intensidad : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Etapa de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto maduro, vejez): adulto
 Estado cognoscitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado
 Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: No Si Valoración de Nortón: 13
 Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____
 Uso de anteojos y lentes de contacto: Si No Uso de dispositivos auditivos: Si No Uso de prótesis en extremidades: Si No
 Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativos Ansioso
 Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Sincope Arritmias INR: _____
 Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: _____
 Adicciones: _____
 Cocina con leña o carbón: Si No Tiene algún tipo de adicción: Si No ¿Cuál? _____
 Ingesta de bebidas alcohólicas: Si No frecuencia: _____ Maneja automóvil: Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas: _____ Marcapaso definitivo: Si No
 Desfibrilador interno: Si No Endoprotesis vasculares: _____
 Ingiera algunos de los siguientes medicamentos:
 Anticoagulantes orales: Si No Antihipertensivos: Si No Betabloqueadores: Si No Ansiolíticos: Si No
 Antidepresivos: Si No Hipoglucemiantes: Si No Uso de insulina de acción rápida o intermedia: Si No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: Si No En caso negativo ¿Cual es la causa? Por el tratamiento No. de horas: _____
 ¿Se despierta con frecuencia? : Si No En caso afirmativo ¿Cual es la causa? me despiertan
 Duerme durante el día: Si No
 Necesita de algún facilitador del sueño como: Música Masaje Lectura Medicamentos
 Tipos de medicación: _____ ¿Su entorno le favorece el reposo y sueño? Si No
 La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es: Clara Confusa Afásica Incapaz Limitaciones físicas para la comunicación: _____
 Se expresa en otra lengua: Si No Cuál? _____
Manifiesta:
 Emociones y sentimientos (temores) Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
 Como se concibe (Autoconcepto): _____
 Expresa Usted con facilidad sus sentimientos y pensamientos: Si No en caso negativo ¿por qué?: _____
 ¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No
 ¿Como ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?: _____
 De acuerdo a su percepción ¿Cuáles son sus principales valores?: _____
Tipo relación: (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)
 Familia: E B R M Vecinos: E B R M Compañeros de Trabajo: E B R M
 Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión): _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia **Independencia**

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece a algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? _____
 Solicita apoyo religioso: Si No Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? _____
 Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren
 Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No
 Cuenta con trabajo actualmente : Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No
 Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar? Si No

Se siente satisfecho en estos momentos con lo que realiza actualmente? Si No
 Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: No Conoce su padecimiento: No Conoce su tratamiento: No
 Tiene inquietudes sobre su salud: Si No Cuáles? _____
 Conoce los signos de alarma de su padecimiento?: No
 Datos subjetivos: _____ " Si ya estoy mejor me cambiaron la válvula, pero porque sería lo que me pasaba _____
 Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____
 Cuál es su diversión preferida?: _____
 Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? No
 La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? No Tipo de ropa que le gusta usar : _____
 El cambio de ropa cada cuando lo realiza?: diario _____
 La forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y a las circunstancias? No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

14. NECESIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Etapa reproductiva Si No Menarca: _____ Uso de método para control natal: _____
 No embarazos: _____ Eutócicos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Óbitos: _____
Vida sexual Activa: Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No
 Andropausia Si No Menopausia Si No
 Apoyo hormonal: Si No Cual en caso afirmativo?: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia
 No valorable.

IV. Exploración Física

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

Movimientos limitados con buena fuerza y apoyo. Pupilas isocóricas; mucosas orales hidratadas, tolera bien la
Vía oral. Ligera palidez tegumentaria.

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

Catéter trilumen en yugular derecha permeable, se observa enrojecimiento. Pulso carotídeo de buena
Intensidad, sin plétora yugular.

3. Tórax

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

Tórax simétrico, en región infraclavicular marcapaso definitivo.

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)

Campos pulmonares ventilados con presencia de estertores vívaseles

4. Abdomen

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

Peristalsis audible.

5. Genito – urinario

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

Sonda urinaria con bajo volumen urinario de 0.9ml/kg/hr. Se intenta retirar sonda Foley sin embargo presenta
resistencia se interconsulta a urólogo.

6. Extremidades

a) (pulso braquial, radial, femoral, poplíteo, 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 cardiaca).

Se retira línea arterial.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.OXIGENACIÓN:

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor por presencia de herida esternal manifestado por una frecuencia respiratoria de 29x'e incapacidad para expectorar.

6.MOVILIDAD:

Deterioro de la movilidad física relacionada con dolor en la herida quirúrgica manifestado por perdida de la fuerza muscular y limitación en el movimiento.

7.SEGURIDAD:

Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos.

FECHA: 25 de noviembre de 2009

ENFERMERA(O): Gabriela Pichardo González

Anexo VII Valoración focalizada realizada el día 27 de nov.2009



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR



Ficha de identificación.

Nombre: Juan Vázquez Martínez

Servicio: Hospitalización lado B

Registro: 312060

Fecha: 27 de noviembre 2009.

1.- Necesidad de Oxigenación

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

3.- Necesidad de Eliminación

4.- Necesidad de Termorregulación

5.- Necesidad de Higiene

6.- Necesidad de Movilidad

7.- Necesidad de Seguridad

8.- Necesidad de Reposo y Sueño

9.- Necesidad de Comunicación

10.- Necesidad de Vivir según Creencias y Valores

11.- Necesidad de Aprendizaje

Facies de angustia y desvió de la mirada.

Datos subjetivos: “Y podre realizar mis actividades normales luego que salga o faltara mucho tiempo, ya no me van a dar esos mareos, es que se sentían refeos “.

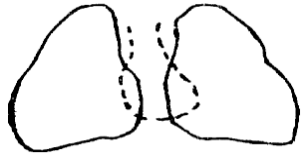

12.- Necesidad de Actividades Recreativas

13.- Necesidad de Elegir Ropas Adecuadas

14.- Necesidad de Sexualidad y Reproducción

Anexo VIII Cuarta valoración exhaustiva realizada el día 29 de nov. 2009

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA CARDIOVASCULAR				
. DATOS DE IDENTIFICACION				
Nombre: <u>Juan Vázquez Martínez</u> Sexo: <u>M</u> Edad: <u>57 años</u> Servicio: <u>7mo. piso</u> No. de Cama: <u>722</u> Registro: <u>312060</u> Institución: <u>INC ICh</u> Escolaridad: <u>Ninguna</u> Estado Civil: <u>Casado</u>				
I. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Herminia Mariano Rosas	55 años	Esposa	Ama de casa	Ninguna.
Ofelia	38 años	Hija	Ama de casa	Vive aparte.
Magdalena	25 años	hija	Ama de casa	Vive aparte.
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA Total de ingresos mensuales: <u>2000.00</u>				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda: <u>Urbana</u>		Servicios con que cuenta: <u>Todos los intradomiciliarios</u>		
N° de habitaciones: <u>dos</u>		Tipo de fauna: <u>Negada</u>		
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta: <u>Estenosis aortica critica con área valvular de 0.8 cm</u>				
Dx Médico reciente: <u>Postoperado de cambio valvular aórtico por prótesis biológica INC 24mm</u>				
Antecedentes de salud personal: (alergias, cirugías) <u>Colocación de marcapaso definitivo DDD (10 de nov.)</u>				
Tratamientos prescritos: <u>/Furosemide 20mg VO cada 12 hrs., Sintrom ¼ de tableta D,LM,J,V,S y ½ tableta los miércoles.</u>				
<u>Aspirina 100mg. VO cada 24 hrs. Y Dolac 10mg. VO cada 12 hrs.</u>				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Área Pulmonar				
Fr: <u>20</u> resp. X min. Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea : Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Características: _____				
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesicular Si No				
Anormales: Estertores Si No Sibilancias Si No Roce pleural Si No				
Fuma Usted : Si No Cuanto tiempo lleva fumando?: _____ Cuantos cigarrillo al día?: _____				
Suplemento de O ₂ : Nebulizador ___ O ₂ Catéter nasal ___ lts.Xmin. Sat O ₂ : <u>95%</u>				
Ventilación mecánica: Si <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva # <input type="checkbox"/> cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr. _____ FiO ₂ _____ Flujo _____ P. soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial: Hora: _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____				
Gasometría venosa: Hora: _____ Parametros: _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otro: _____				

Control radiológico: Normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/> Datos subjetivos: _____	
Área Cardiovascular	
Fc: <u>60</u> lpm Presión arterial: <u>100/60</u> PANI: <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva: _____ Perfil Hemodinámico: _____	Pulso (anotar características) : N=Normal D=Débil P=Paradójico A=Ausente Carotideo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u> Popliteo <u>N</u> Pedio <u>N</u> Femoral <u>N</u>
Llenado capilar: Miembro sup. <u>2</u> seg. Miembro inf. <u>2</u> seg. Ingurgitación yugular: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____ Hepatomegalia: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edema: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sitio: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> Acrocianosis: M. Superiores: + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> M. Inferiores: + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	
Marcapaso: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/> Def. <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Amperaje: _____ Sensibilidad: _____ Datos subjetivos: _____	TRAZO ECG  Ritmo: <u>mcp</u> Alteraciones: _____
Soporte Cardíaco: BIAc Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Inotrópicos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Otros: _____ Datos subjetivos: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </div>	
2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN	
Peso: <u>73.500</u> Talla: <u>155cm.</u> Índice de masa corporal (imc): <u>30.6</u> Diámetro cintura: <u>90cm.</u> Coloración de la piel: <u>Palidez</u> Características del cabello: <u>bien implantado</u> Días a la semana que consume: Carne roja (res, cerdo, cordero): _____ Carne blanca (pollo, pescado, pavo): <u>7</u> Verduras: _____ Frutas: <u>7</u> Cereales: <u>3</u> Lácteos: <u>3</u> Leguminosas: _____ Vegetales: <u>7</u> Cantidad de: sal _____ azúcar: _____ No. de tortillas: _____ Pan blanco: _____ pzas. Pan dulce: _____ veces por día; _____ a la semana Agua natural: <u>1</u> litros por día. Agua con frutas naturales: <u>medio</u> litros por día. Agua con sabores artificiales: _____ litros por día. Gaseosas: _____ por día Café: _____ por día. Té: <u>1</u> por día. Consume golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> en caso afirmativo: Frituras: _____ veces por días; _____ a la semana Dulces: _____ veces por día; _____ a la semana. Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____ En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____ Como considera su alimentación (cantidad y calidad): _____	

Estado de la cavidad oral:

Mucosas orales: Hidratadas _____ Dentadura: Completa: _____ Incompleta:

Caries: No _____ Uso de prótesis dental: No _____

Datos objetivos: Consumo toda la dieta con agrado

Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: _____ veces al día. características: 1.5 ml/Kg/hr.

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia

Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otro _____ Uso de diuréticos: Si No:

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal

Sonda vesical D. Peritoneal Hemodiálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: 1 veces al día.

Normal: Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Características:

Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida C/sangre fresca Fétida

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes: Si No

Dispositivos de drenaje: _____

Menstruación: Vol. : Alto Medio Bajo FUM: _____

Datos objetivos: _____

Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura: 36.5° C Normotermia Hipotermia

Hipertermia

Diaforesis: Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma

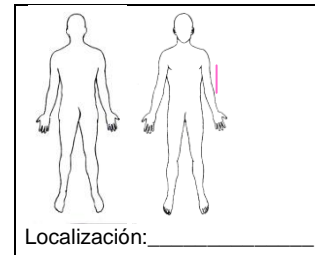
Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Intgra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

- 1. Quirúrgica: Proceso de cicatrización Infeccionada Dehiscente
- 2. Úlcera por presión: I II III IV Proceso de cicatrización Infeccionada
- 3. Úlcera venosa: I II III IV Proceso de cicatrización Infeccionada
- 4. Úlcera diabética: I II III IV Proceso de cicatrización Infeccionada
- 5. Otra _____ Proceso de cicatrización Infeccionada

Datos subjetivos: _____

Depend Independencia



Localización: _____

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física: Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón
Movilidad en cama: **Se mueve sólo:** Suplencia total: Inmóvil Suplencia parcial
Dato subjetivos: _____
Dependencia **Independencia**

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor: **No** Si Localización: Herida quirúrgica Intensidad : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Etapas de la vida
(neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto maduro, vejez): adulto
Estado cognoscitivo: Perceptivo **Alerta** **Orientado** Agitado Obnubilado Desorientado
Riesgo de caída: **Bajo** Mediano Alto Sujeción: **No** Si **Valoración de Nortón:** 13
Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____
Uso de anteojos y lentes de contacto: Si **No** Uso de dispositivos auditivos: Si **No** Uso de prótesis en extremidades: Si **No**
Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativos Ansioso
Factores de riesgo: **HAS** DM Obesidad Sincope Arritmias INR: _____
Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si **No** Riesgo laboral: _____
Adicciones: _____
Cocina con leña o carbón: Si No Tiene algún tipo de adicción: Si No ¿Cuál? _____
Ingesta de bebidas alcohólicas: Si No frecuencia: _____ Maneja automóvil: Si No
Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas: Biológica Marcapaso definitivo: **Si** No
Desfibrilador interno: Si **No** Endoprotesis vasculares: _____
Ingiere algunos de los siguientes medicamentos:
Anticoagulantes orales: **Si** No Antihipertensivos: **Si** No Betabloqueadores: Si **No** Ansiolíticos: Si **No**
Antidepresivos: Si **No** Hipoglucemiantes: Si **No** Uso de insulina de acción rápida o intermedia: Si **No**
Dato subjetivos: _____
Dependenc **Independencia**

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: **Si** No En caso negativo ¿Cual es la causa? _____ No. de horas: _____
¿Se despierta con frecuencia? : **Si** No En caso afirmativo ¿Cual es la cual es l causa? me despiertan
Duerme durante el día: Si **No**
Necesita de algún facilitador del sueño como: Música Masaje Lectura Medicamentos
Tipos de medicación: _____ ¿Su entorno le favorece el reposo y sueño? **Si** **No**
La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si **No**
Dato subjetivos: _____
Dependencia **Independencia**

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es: Clara Confusa Afásica Incapaz Limitaciones físicas para la comunicación: _____
Se expresa en otra lengua: Si No Cuál? _____

Manifiesta:

Emociones y sentimientos (temores) Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda

Como se concibe (Autoconcepto): _____

Expresa Usted con facilidad sus sentimientos y pensamientos: Si No en caso negativo ¿por qué?: _____

¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No

¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?: _____

De acuerdo a su percepción ¿Cuáles son sus principales valores?: _____

Tipo relación: (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

Familia: E R M Vecinos: E B R M Compañeros de Trabajo: E B R M

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negociación, evasión): _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece a algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? _____

Solicita apoyo religioso: Si No Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? _____

Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren

Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No

Cuenta con trabajo actualmente: Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No

Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar? Si No

Se siente satisfecho en estos momentos con lo que realiza actualmente? Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales: Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si No Conoce su padecimiento: Si No Conoce su tratamiento:

Si No

Tiene inquietudes sobre su salud: Si No Cuáles? Me gustaría saber cuándo puedo iniciar con mis

actividades y que es lo que voy a poder hacer, en qué casos debo de acudir al médico. Quiero aprender a tomarme mis
medicamentos de forma adecuada y seguir con m tratamiento

¿Conoce los signos de alarma de su padecimiento?: Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____

Cuál es su diversión preferida?: _____

Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? Sí No

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: Sí No

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Sí No Tipo de ropa que le gusta usar : _____

El cambio de ropa cada cuando lo realiza?: diario _____

La forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y a las circunstancias? Sí No

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Etapa reproductiva Sí No Menarca: _____ Uso de método para control natal: _____

No embarazos: _____ Eutócicos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Óbitos: _____

Vida sexual Activa: Sí No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Sí No

Andropausia Sí No Menopausia Sí No

Apoyo hormonal: Sí No Cual en caso afirmativo?: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

IV. Exploración Física

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

Ubicado en sus tres esferas, consiente, orientado. Posición libremente escogida. Pupilas isocóricas;

mucosas orales hidratadas, tolera bien la Vía oral. Ligera palidez tegumentaria.

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

Pulsos carotídeos de buena intensidad.

3. Tórax

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

Tórax simétrico, en región infraclavicular marcapaso definitivo.

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 cardiaca y frecuencia respiratoria, temperatura axilar)

Campos pulmonares ventilados

4. Abdomen

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

Peristalsis audible.

5. Genito – urinario

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

Micción espontanea.

6. Extremidades

a) (pulso braquial, radial, femoral, poplíteo, 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 cardiaca).

Pulso distales presentes con buena intensidad y tono.

--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

APRENDIZAJE.

- Déficit de conocimientos relacionados con la falta de información manifestado por referir “Me gustaría saber cuándo puedo iniciar mis actividades físicas y que voy a poder hacer. En qué caso debo de acudir al médico.”
- Disposición para mejorar los conocimientos relacionados con el régimen terapéutico manifestado por la expresión verbal de manejar el tratamiento de su enfermedad.

FECHA: 29 de noviembre de 2009

ENFERMERA(O): Gabriela Pichardo González