



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
IGNACIO CHÁVEZ**

**DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“PROCESO ENFERMERO APLICADO A UNA PERSONA
DE CAMBIO VALVULAR AÓRTICO CON TÉCNICA DE
BENTALL Y DE BONO Y REVASCULARIZACIÓN
CORONARIA”**

**ESTUDIO DE CASO PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

ALINE ITZEL CASTELLANOS MONTES

ASESORA: MTRA. MAGDALENA SIERRA PACHECO

CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2016



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.

Dedicatoria

A mis padres Angel Castellanos y Victoria Montes:

Admiro la fuerza que demuestran todos los días para poder sacar adelante a mis hermanos y a mí y la paciencia que siempre han reflejado por guiarnos por un buen camino.

Me siento feliz porque al fin tanto esfuerzo, desvelos y dedicación valieron la pena y nunca lo hubiera logrado sin ustedes el pilar más fuerte en mi formación académica y como persona. Sé reconocer que sin sus sabios consejos no hubiera podido aprender a tomar mis propias decisiones y hacerme responsable de las mismas.

Gracias por enseñarme a nunca abandonar mis sueños por muy duro que sea el camino y tan solo pido que me alcance la vida para poder regresarles aunque sea tan solo un poco de lo mucho que me dan.

A mis hermanos Lupita, Miguel Angel y Manuel y mi cuñada Ivonne:

Por la disposición que siempre han tenido en ayudarme cada vez que lo necesito, por cuidarme, permanecer a mi lado en momentos difíciles y hacerme feliz cuando el estrés me invadía.

A mi abuelita Rosita:

Gracias por darme todo lo que tenías y lo que no tenías, por cuidarme desde que era pequeña y verme como tu prioridad, aunque Dios no me dio la oportunidad de pagarte todo lo que me diste, sé que donde quiera que estés te sientes orgullosa de que este gran paso en mi vida lo dimos juntas.

A Ricardo Ventura:

Desde que te conocí aceptaste subirte al mismo barco que yo, enfrentar la marea en momentos de tormenta, apoyarme, entenderme, animarme en situaciones difíciles, escuchar hasta mi más insignificante problema y ayudarme a encontrar una solución, siempre sin pedir nada a cambio. Eres una excelente persona llena de virtudes y cualidades y me siento agradecida de tenerte a mi lado.

A mi familia y amigos:

Por comprender mi carácter, mi falta de tiempo y energía y brindarme siempre su apoyo.

Agradecimientos

A Dios:

Por otorgarme la misión de cuidar y ayudar al prójimo, por inspirarme siempre lo que debo pensar, lo que debo decir, como debo decirlo, lo que debo callar y como debo actuar. Por darme agudeza para entender, capacidad para retener, método y facultad para aprender, sutileza para interpretar, gracia y eficacia para hablar, acierto al empezar, dirección al progresar y perfección al acabar.

A mi asesora Mtra. Magdalena Sierra Pacheco:

Me siento afortunada y privilegiada por que una persona tan humana, exitosa, llena de logros, triunfos y sin duda un modelo a seguir creyó en mí. Le agradezco el tiempo que me brindó y la disposición que siempre mostró en ayudarme. Me llevo de su persona la perseverancia que se necesita para conseguir más allá de lo alcanzable.

Para mí fue un placer que pudiéramos trabajar juntas y espero algún día llegar a ser igual de exitosa que usted.

A mi coordinadora Mtra. Ana María Ledesma Navarro y a mis profesores:

Les agradezco el poder ayudarme a mi formación académica como Licenciada en Enfermería y Obstetricia, por brindarme su amistad, apoyo y tiempo.

Por aportarme los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un adecuado cuidado profesional y por inculcarme que la importancia de estudiar no solo es para pasar un examen, sino para poder enfrentar a la vida.

1. Índice

1. Índice	3
2. Introducción	5
3. Objetivos.....	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos	7
4. Marco teórico	8
4.1 Anatomía del corazón	8
4.2 Anatomía de la aorta	10
4.3 Enfermedades de la aorta	13
4.3.1 Aneurisma aórtico.....	13
4.3.2 Disección aórtica	18
4.4 Técnica de Bentall y De Bono.....	22
4.5 Cirugía de revascularización coronaria	23
5. Marco referencial	26
5.1 Disciplinar.....	26
5.1.1 Concepto de enfermería.....	26
5.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	26
5.2.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	27
5.3 Modelo teórico de Virginia Henderson	28
6. Metodología	32
7. Presentación del caso clínico	34
8. Proceso de Atención de Enfermería.....	38
8.1 Valoración exhaustiva (Anexo 4).....	38
8.1.1 Jerarquización de necesidades y problemas (12/02/2016)	40
8.1.2 Plan de intervenciones	41
8.2 Valoración focalizada (Anexo 11).....	50
8.2.1 Jerarquización de necesidades y problemas (16/02/2016)	51

8.2.2 Plan de intervenciones	52
8.3 Segunda valoración focalizada (Anexo 13)	58
8.3.1 Jerarquización de necesidades y problemas (17/02/2016)	59
8.3.2 Plan de intervenciones	60
8.4. Tercera valoración focalizada (Anexo 14)	61
8.4.1 Jerarquización de necesidades y problemas (18/02/2016)	62
8.4.2 Plan de intervenciones	63
9. Plan de alta	64
10. Resumen de evolución actual del día 19 de febrero al día 12 de abril del 2016	68
11. Discusión	71
12. Conclusiones	73
13. Referencias bibliográficas	74
14. Anexos	77

2. Introducción

El presente Proceso de Atención de Enfermería se encuentra dirigido a un paciente de cambio valvular aórtico con técnica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria.

En los Estados Unidos de América la enfermedad de la aorta ocupa el treceavo lugar dentro de las causas generales de muerte, con incidencia de aneurisma de aorta torácica de 5.9 casos por cada 100,000 personas por año, y una edad media de diagnóstico de entre los 59 a los 69 años de edad.

En México actualmente las enfermedades de la aorta no representan estadísticas certeras debido al alto costo y poco acceso a los métodos de diagnóstico por imagen de la aorta, por ende dificulta la detección oportuna, siendo diagnosticada por los síntomas y signos en fases avanzadas, lo que pueden ser confundidas por otras patologías como infarto o arritmias.

Su tratamiento de elección es por medio de técnicas quirúrgicas como el procedimiento de Bentall y De Bono, el cual reportes mencionan que se encuentra libre de complicaciones tardías con un 97,3% frente al 68% con técnicas como la de Cabrol, Wheat y David.

En el estudio del autor Roberto RF, se encontró que éste es un procedimiento de bajo riesgo, efectivo y durable. Su eficacia, seguridad y la reproducibilidad representa una mortalidad a los 30 días de 1,5% en cirugías electivas, 2,6% en urgentes y del 11,7% en máxima urgencia. En 6 y 7 años de seguimiento hubo 114 muertes tardías, la mayoría por disección o rotura de la aorta residual y arritmias, principalmente dentro de los 60 días tras la cirugía.

La arteria aorta cumple funciones vitales en nuestro organismo al encontrarse estrechamente vinculada con el corazón, encargada de transportar elementos sanguíneos, producción de hormonas, regulación de la presión arterial,

homeostasis del organismo y respuestas metabólicas con receptores locales y sistémicos.

Se lleva a cabo la investigación de un marco teórico que explica la patología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento tanto farmacológico como quirúrgico del padecimiento.

El Proceso de Atención de Enfermería se encuentra basado en la teoría de Virginia Henderson, se realizó una valoración exhaustiva y tres valoraciones focalizadas, con la finalidad de realizar intervenciones de enfermería.

Por último se plantea de manera inicial un plan de cuidados para el egreso a domicilio, el cual no es posible aplicar por las complicaciones que presenta la persona.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Elaborar un proceso enfermero a una persona de cambio valvular aórtico con técnica quirúrgica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria para proporcionar atención y cuidado integral por medio de un plan de intervenciones.

3.2 Objetivos específicos

- Detectar las necesidades alteradas de la persona para poder satisfacerlas.
- Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades vitales alteradas jerarquizando su prioridad de atención.
- Desarrollar y ejecutar planes de cuidados dirigidos a las necesidades vitales alteradas.
- Evaluar la evolución de la persona para corroborar si las intervenciones ejecutadas fueron las correctas o es necesario modificarlas.
- Formular un plan de cuidados para que la persona los realice posterior al alta hospitalaria.

4. Marco teórico

4.1 Anatomía del corazón

El corazón es un órgano muscular hueco que tiene un papel fundamental en el aparato circulatorio, propulsor de la sangre en el interior del organismo a través de los vasos sanguíneos, ubicado en el mediastino medio entre los pulmones, apoyado en el diafragma e inclinado en su parte inferior hacia el lado izquierdo.

Tiene forma de un cono aplanado, con el vértice abajo y hacia la izquierda, y la base arriba, dirigida un poco hacia la derecha; la base se continúa con los vasos sanguíneos arteriales y venosos (arteria aorta y pulmonar, venas pulmonares y cava). Contiene dos capas delgadas una adherida al órgano llamada epicardio y otra que se refleja en la base en torno al corazón y lo rodea completamente llamado pericardio, entre ellas existe una cavidad virtual que permite los libres movimientos de la contracción cardíaca que contiene el líquido pericárdico. ⁽¹⁾

Compuesto por tejido muscular miocardio que a su vez contiene células fibrosas estriadas, en menor proporción, por tejido conectivo y fibroso (tejido de sostén, válvulas), y subdividido en cuatro cavidades, dos derechas y dos izquierdas cada lado comunicado por un orificio auriculoventricular, separadas por un tabique medial; las dos cavidades superiores son llamadas aurículas; las dos cavidades inferiores se denominan ventrículos. ⁽²⁾

La aurícula izquierda es totalmente posterior, y del ventrículo se ve sólo una pequeña parte que forma el margen izquierdo del corazón. En la unión de los dos ventrículos se forma un surco interventricular, en el cual se encuentra la rama descendente de la arteria coronaria anterior. La punta del corazón está formada sólo por el ventrículo izquierdo.

El margen derecho está formado por la pared superior de la aurícula derecha, que se continúa hacia arriba con la vena cava superior; el ventrículo derecho, que forma el borde inferior, se continúa hacia arriba con la arteria pulmonar, que sobrepasa el ventrículo izquierdo, dirigiéndose hacia el margen izquierdo del corazón. ⁽¹⁾

Entre la vena cava superior y la arteria pulmonar se encuentra la parte inicial de la arteria aorta, que tiene su origen en la parte superior del ventrículo izquierdo y dirigiéndose también hacia la izquierda se cabalga sobre la arteria pulmonar y el bronquio izquierdo.

El tejido muscular es más abundante en el ventrículo izquierdo por que expulsa la sangre a todo el organismo y menor en el ventrículo derecho ya que este se encarga solo de la circulación pulmonar.

El tabique que divide las aurículas y los ventrículos contiene en su parte auricular, y en la porción supero-anterior de la ventricular, una constitución fibrosa, éste tejido también forma el perímetro de los orificios aurículo-ventriculares, aórtico y pulmonar, con fuertes anillos que sirven de sostén a las válvulas y de implantación a los haces musculares.

Las aurículas tienen una cavidad de forma irregular redondeada, más globosa la de la aurícula derecha, más ovoidal la de la aurícula izquierda; la cavidad ventricular derecha tiene la forma de una pirámide irregular triangular, con el lado medial cóncavo; la del ventrículo izquierdo tiene la forma de un cono aplanado en sentido latero-medial. ^{(1) (2)}

La aurícula derecha presenta en su parte superior cerca del tabique, dos anchos orificios uno superior y otro inferior que corresponden a la desembocadura de la vena cava superior e inferior, en su parte media se encuentra el núcleo del tejido miocárdico en donde se origina la contracción cardiaca y en la parte inferior la válvula tricúspide implantada.

La aurícula izquierda presenta las desembocaduras de las venas pulmonares en su porción posterosuperior, en la parte inferior se encuentra el orificio auriculoventricular sobre el cual está implantada la válvula mitral en ella sus dos valvas se encuentran sujetas al anillo fibroso y unidas a los músculos papilares del ventrículo izquierdo por medio de las cuerdas tendinosas.

Las válvulas se adaptan a sus paredes para permitir el paso de la sangre de la aurícula al ventrículo, y cuando se produce la contracción ventricular, forzadas por la presión sistólica, se alejan de las paredes causando el cierre e impidiendo el reflujo de la sangre.

Constan de un anillo fibroso, valvas, cuerdas tendinosas y músculos papilares, el anillo fibroso ocupa el contorno del orificio dándole rigidez para que no se deforme en las contracciones cardiacas y sirve de soporte a la válvula.

Las cuerdas tendinosas se encuentran entre los músculos papilares y las valvas se ponen en tensión por la contracción ventricular evitando que sean empujadas al interior de las aurículas. ⁽¹⁾

En los ventrículos se encuentra un orificio arterial formando un cono arterial que contienen válvulas llamadas semilunares o sigmoides, cada pared de la arteria tiene un margen cóncavo libre y arqueado que forma un saco llamado seno de valsalva el cual con el reflujo de la sangre al final de la sístole ventricular los velos se separan de las paredes y se ponen en tensión hasta cerrar completamente el orificio e impedir el reflujo a la cavidad ventricular. ⁽²⁾

4.2 Anatomía de la aorta

Es la principal arteria del cuerpo, de ella nacen todas las arterias que lo nutren. Contiene una capa media, constituida por una capa laminar de elastina, colágeno, células de músculo liso y fibrina; siendo más grueso en las porciones más proximales y más delgada conforme se aleja del corazón.

Se origina en el ventrículo izquierdo, sube y realiza una curvatura toma una dirección descendente que pasa a través del diafragma, entra al abdomen y desciende hasta la altura de la cuarta vértebra lumbar donde se divide en dos arterias ilíacas comunes y la arteria sacra media. Conformada por tres porciones, la aorta ascendente, el arco o cayado aórtico y la aorta descendente. ^{(1) (3)}

- La aorta ascendente, presenta un trayecto recto de aproximadamente tres centímetros de longitud, de ella emergen las arterias coronarias.
- El arco aórtico, es la porción curvada continúa de la aorta ascendente, ubicada en el mediastino superior, en su transcurso pasa por arriba del hilio pulmonar izquierdo (arteria pulmonar izquierda, bronquio izquierdo, venas pulmonares izquierdas). Emerge al tronco arterial braquiocefálico, la arteria carótida común izquierda y la arteria subclavia izquierda.
- La aorta descendente, posee dos porciones, separadas por el músculo diafragma. La porción torácica y la porción abdominal. Las ramas de la aorta torácica incluyen las arterias intercostales posteriores, las arterias subcostales, las arterias bronquiales que dan irrigación al pulmón y los bronquios. Las ramas de la aorta abdominal forman a las arterias parietales, compuesto por las arterias lumbares (L1 - L4), las arterias frénicas inferiores que irrigan la cara inferior del diafragma, y la arteria sacra media.⁽¹⁾

Los órganos abdominales del sistema digestivo se encuentran irrigados por el tronco celíaco y las arterias mesentéricas superior e inferior teniendo su drenaje venoso por la vena porta. También origina las arterias renales que proporcionan sangre a los riñones y las arterias espermáticas u ováricas, para irrigar a las gónadas. ⁽¹⁾

El tronco celíaco, es un vaso arterial corto que nace de la cara anterior de la aorta abdominal, forma tres ramas:

1. Arteria gástrica izquierda, la de menor calibre, que irriga a la curvatura menor del estómago y a la porción pilórica.

2. Arteria hepática común, de calibre intermedio, se dirige hacia la derecha, irriga la porción inferior del estómago y las primeras porciones del duodeno, la cabeza del páncreas, la vesícula biliar y al hígado. Presenta un trayecto horizontal de alrededor de 4 cm se divide en las ramas gastroduodenal y hepática propia.

La arteria gastroduodenal se divide en la arteria gastromental (o gastroepiploica) derecha y la arteria pancreatoduodenal superior que irriga la parte superior del duodeno y de la cabeza del páncreas.

La arteria hepática propia, da origen a la arteria gástrica derecha y asciende luego hacia el hilio hepático para dividirse en sus ramos terminales, las arterias hepática derecha e izquierda. La arteria hepática derecha, da origen a la arteria cística, rama que irriga la vesícula biliar y que acompleta la irrigación de la curvatura menor del estómago.

3. Arteria esplénica, de mayor calibre, grueso y tortuoso, se dirige hacia la izquierda, da ramas para el cuerpo y cola del páncreas, para el fondo gástrico, y la curvatura mayor del estómago, termina en varias ramas que penetran en el hilio del bazo. Entre éstas están, la arteria pancreática dorsal, la arteria pancreática magna, arteria de la cola del páncreas, la arteria gastromental izquierda, y las arterias gástricas cortas.

La arteria mesentérica superior, nace 1 a 3 cm. bajo el tronco celíaco, a nivel de L1, irriga al intestino delgado y a la parte derecha del intestino grueso (colon ascendente y colon transverso). Deriva como ramas a la arteria pancreatoduodenal inferior, las arterias yeyunales, la arteria cólica media, la arteria cólica derecha, y su rama terminal, la arteria ileocólica.

Las arterias renales son dos, una derecha y una izquierda (más corta), se dirigen al riñón, y se disponen posteriores a la vena en el hilio renal. De ellas surgen las arterias suprarrenales inferiores que junto con la arteria suprarrenal media y la arteria suprarrenal superior irrigan a la glándula suprarrenal.

La arteria mesentérica inferior irriga al colon descendente, colon sigmoideo y al tercio proximal del recto. A nivel de L4 la aorta se bifurca formando las arterias iliacas comunes derecha e izquierda.

La arteria iliaca interna irriga a los órganos intrapélvicos y las paredes de la pelvis. Se inicia un poco debajo del cuerpo de la quinta vértebra lumbar y se extiende hasta el nivel de la escotadura ciática mayor, se divide en un tronco anterior y otro posterior. Las ramas del tronco anterior, son la arteria obturatriz, la arteria umbilical, la arteria pudenda, la arteria vesical inferior, la arteria rectal media, la arteria uterina y la arteria vaginal. El tronco posterior, da origen a la arteria iliolumbar, arteria sacra lateral, la arteria glútea superior y la arteria glútea inferior. La arteria iliaca externa, pasa por el borde superior de la pelvis y se convierte en la arteria femoral. ⁽¹⁾

4.3 Enfermedades de la aorta

4.3.1 Aneurisma aórtico

Los aneurismas son una dilatación arterial producida por la debilidad de la pared mayor al 50% del diámetro normal del vaso (Tabla 1).

Aorta ascendente (hombre, mujer)	2,86
Arco aórtico (hombre)	3,63 a 3,91
Arco aórtico (mujer)	3,50 a 3,72
Aorta descendente proximal (hombre)	2,39 a 2,98
Aorta descendente proximal (mujer)	2,45 a 2,64
Aorta descendente distal (hombre)	2,43 a 2,69
Aorta descendente distal (mujer)	2,40 a 2,44

Vega J, González D, Yankovic W, Oroz J, Guaman R, Castro N. Aneurismas de la aorta torácica. Historia natural, diagnóstico y tratamiento. Rev Chil Cardiol [internet]. 2014 [citado mar 2016]; 33 (2): 127-135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602014000200007.

Fisiopatología

La aorta es un órgano que tiene una gran resistencia y distensibilidad para poder tolerar las grandes presiones y flujos, la estructura de sus capas hacen su pared una entidad biológica muy activa, en donde las células de músculo liso sintetizan y degradan la elastina, el colágeno y los proteoglicanos de la capa media de la aorta.

La fragmentación de alguno de estos productos o la alteración en la función de las células de músculo liso producen un debilitamiento de la pared de la aorta con una degeneración cística de la capa media que se puede convertir en una necrosis cística. Con el debilitamiento de la pared de la aorta y la pérdida de su elasticidad facilita más dilatación y más tensión a nivel de las capas de la aorta hasta que ocurre una disección y/ o una ruptura de la pared. ⁽³⁾

El tamaño de la aorta también es un factor muy importante en el riesgo de ruptura, este riesgo incrementa en relación al diámetro del aneurisma; 20% en mayores de 5 cm, 40% en mayores de 6 cm y del 50% en mayores de 7 cm. ^{(4) (5)}

Causas

- Degeneración cística idiopática de la capa media de la pared de la aorta.
- Aterosclerosis, fibrodisplasia o pseudoaneurismas.
- Enfermedades genéticas asociadas en la colágena como síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers – Danios.
- Disección de la aorta que produce aneurisma de la aorta.
- Enfermedad de la válvula aórtica asociada con dilatación como aorta bivalva o aorta monovalva.
- Infección por aneurismas bacterianos o aneurismas sífilicos.
- Enfermedades asociadas a arteritis como lupus, takayasu.
- Congénitos.
- Trauma.⁽³⁾

Clasificación

- Por el compromiso de su pared, son verdaderos por que afectan las tres paredes arteriales, íntima, media y adventicia y pseudoaneurisma cuando hay una sección parcial de la pared de la arteria, formada cuando la sangre de un vaso genera un hematoma que crea una pseudocápsula fibrosa.
- Por su forma, fusiformes por presentar una dilatación simétrica de toda la circunferencia y sacular con una dilatación más localizada semejante a una evaginación.
- Por los segmentos anatómicos afectados (Figura 1 y 2). ^{(3) (4)}

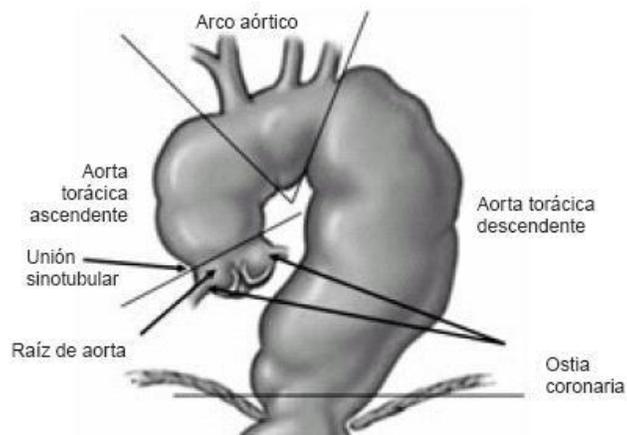


Figura 1. Porciones anatómicas de la aorta.

Martínez H. Los aneurismas de la aorta torácica y su enfoque terapéutico. Arch. Cardiol. Méx [internet]. Junio 2006 [citado mar 2016]; 76 (2): [aprox. 4p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000600015.



Figura 2. Clasificación de los aneurismas. A. Aneurisma fusiforme, B. Sacular, C. Pseudoaneurisma.

Vega J, González D, Yankovic W, Oroz J, Guaman R, Castro N. Aneurismas de la aorta torácica. Historia natural, diagnóstico y tratamiento. Rev Chil Cardiol [internet]. 2014 [citado mar 2016]; 33 (2): 127-135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602014000200007.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas dependerán de la región aórtica comprometida y las estructuras cercanas afectadas. Cuando la región afectada es la raíz aórtica y la aorta ascendente, se puede presentar un soplo de insuficiencia aórtica o signos de insuficiencia cardiaca.

Cuando el aneurisma causa compresión torácica se puede presentar dolor cervical, torácico o abdominal, el cual se refiere como sensación de compresión retroesternal que se irradia a la región interescapular o dolor en ambos flancos abdominales y a nivel de epigastrio.

Si se afecta la vía aérea se puede presentar tos, disnea, sibilancias, neumonía recurrente, hemoptisis o atelectasias, si se comprime el esófago se presenta disfagia. ⁽⁴⁾

Diagnóstico

En una radiografía de tórax se puede observar ensanchamiento del mediastino, alargamiento del botón aórtico y desviación de la tráquea.

La angiografía por tomografía computada (AngioTAC) o por resonancia magnética se consideran exámenes de elección ya que detectan con exactitud el tamaño del aneurisma y la anatomía de la aorta, se requiere al menos de 30 minutos para su realización y la cooperación del paciente.

La ecografía transtorácica es el gold standard ideal para pacientes inestables o con sospecha de disección aórtica.

La angiografía por sustracción digital es útil para obtener imágenes intraoperatorias durante el tratamiento endovascular, puede ocasionar toxicidad por el medio de contraste, embolia y lesión arterial causada por el catéter o la guía utilizada. ⁽⁴⁾

Tratamiento

Existen dos formas principales de tratamiento, la primera es la quirúrgica, en donde se substituye el segmento de la aorta que está enfermo eliminando el riesgo de ruptura y/o disección en esa zona, en la segunda se protege a la aorta colocando un injerto interno autoexpandible en la zona del aneurisma intentando producir el mismo efecto de estabilización y protección de la aorta.

Para la aorta torácica ascendente por arriba de la unión sinotubular y por debajo del tronco braquiocefálico, el tratamiento de elección es la sustitución del segmento por un injerto artificial de Dacrón principalmente con buenos resultados postoperatorios.

En enfermedad de la raíz aórtica y aorta torácica ascendente, la técnica dependerá si está afectada la válvula aórtica y/o los senos coronarios, si es así se realiza una sustitución de la válvula aórtica con reimplante de arterias coronarias y de la aorta ascendente, técnica de Bentall y De Bono, con un tubo valvado, utilizando válvulas biológicas o mecánicas, obteniendo una mortalidad de menos del 4% en cirugías programadas y de menos del 10% en cirugías de urgencias.

Si no se pudiera movilizar los ostios coronarios, se utiliza la técnica alterna Cabrol, en donde se anastomosan a un tubo artificial el cual a su vez se anastomosa al tubo ya colocado y se conserva la válvula aórtica nativa.

Con el uso de injertos endovasculares autoexpandibles se ha podido tener la posibilidad de proteger una mayor cantidad de aorta descendente, se puede fijar fácilmente a la aorta evitando así la posibilidad de que el sistema se movilice, además de que el cuello en donde el sistema se fija es un cuello artificial que ya no tiene posibilidad de dilatarse. En los pacientes que tienen dilataciones de aorta después de la arteria subclavia izquierda y que no tienen enfermedades de la colágena es preferible que se sometan a colocación de sistemas endovasculares autoexpandibles a través de las arterias femorales. ⁽⁶⁾

4.3.2 Disección aórtica

La rotura o disección de la raíz de aorta constituye la causa más frecuente de mortalidad en pacientes con síndrome de Marfán y es causa de la reducida esperanza de vida (menores de 30 años) que tienen estos pacientes en su evolución natural. Es una patología de alta letalidad. Durante las primeras 48 hrs la mortalidad se aproxima al 1%/hr, falleciendo 3/4 de los casos al cabo de una semana y casi 95% dentro de los primeros 30 días.

Se considera como la separación longitudinal de las tunicas de la pared arterial a partir de una laceración, desgarro o rotura intimal, que permite el flujo sanguíneo a través del espesor de la pared, dividiéndola en dos láminas concéntricas, creando así un segundo o falso lumen. La separación de las tunicas de la pared aórtica crea un "flap" intimal, que puede obliterar el ostium de sus ramas a lo largo del trayecto de la disección, produciendo isquemia de los territorios afectados.

El debilitamiento de la pared aórtica crea condiciones favorables para la dilatación progresiva, formando un pseudoaneurisma, o desencadenando la rotura aórtica hacia cavidades o estructuras vecinas (pericardio, mediastino, pleura, retroperitoneo).⁽⁷⁾

Fisiopatología

Se encuentra una ruptura de la íntima, al separarse las capas de la aorta produciendo un colgajo de disección. La extensión de la disección es la que provoca el dolor torácico intenso síntoma de disección aguda, conforme se va extendiendo la disección de forma distal se pueden obstruir diferentes ramas de la aorta incluyendo vasos del cuello, arterias medulares y viscerales.

Con forme se presentan nuevos sitios de ruptura de la íntima, la sangre se dirige nuevamente al lumen verdadero reapareciendo los pulsos que se encontraban ausentes.

Las principales causas de muerte son por la ruptura aórtica hacia el pericardio con taponamiento cardiaco e insuficiencia cardiaca por insuficiencia valvular aórtica. La posibilidad de ruptura se da por la presión ejercida internamente y por el radio de la aorta.

Clasificación

Basada en el sitio de origen de la rotura intimal y la extensión de la disección.

- Disección originada en la aorta ascendente, con compromiso del arco y aorta descendente.
- Disección iniciada y limitada a la aorta ascendente
- Disección originada distal a la subclavia izquierda con extensión variable en la aorta descendente.

Otra clasificación que divide las disecciones en dos grandes grupos:

- Disección que compromete la aorta ascendente o proximal
- Disección limitada a la aorta descendente o distal.

Las disecciones se clasifican convencionalmente en agudas y crónicas.

Signos y síntomas

En la disección aguda el síntoma más característico es el dolor, de comienzo súbito y habitualmente de gran intensidad referido hacia la región precordial o la región interescapular. La oclusión de ramas de la aorta puede generar síntomas de isquemia cerebral, medular, de las extremidades inferiores o de órganos intra-abdominales, según si compromete los vasos carotídeos, intercostales, iliacos, renales. Puede dañar el aparato de sostén de la válvula aórtica, causando insuficiencia valvular aguda y provocando insuficiencia cardiaca congestiva, manifestado por síncope.

Es frecuente que se confunda este cuadro con infarto del miocardio, insuficiencia aórtica aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, crisis hipertensiva, accidente espinal de tipo isquémico, accidente vascular cerebral o isquemia periférica.

En la disección aguda se puede evolucionar hacia la cronicidad, especialmente si afecta la porción descendente, se presenta insuficiencia cardiaca, dolor persistente, la formación de aneurismas o insuficiencia arterial de las extremidades inferiores.

Diagnóstico

En la radiografía de tórax antero-posterior y lateral incluyen el ensanchamiento mediastínico, imágenes de calcificación vascular a más de 1 cm del borde externo de la aorta y la asimetría entre la porción ascendente y descendente.

La angiografía es considerada el gold standard, permite definir la existencia de los 2 lúmenes y del "flap" de disección, únicos signos directos para el diagnóstico. Otros signos angiográficos incluyen la distorsión del lumen por compresión, la insuficiencia aórtica y la oclusión de ramas; su especificidad es cercana al 95%. Sus inconvenientes son que es un método invasivo y requiere del uso de un medio de contraste potencialmente nefrotóxico que puede desencadenar o agravar la insuficiencia renal en un paciente hemodinámicamente inestable.

La ecocardiografía puede ser efectuada por vía transtorácica o por vía transesofágica (más precisa). Complementa la evaluación con la visión de las 4 cámaras cardiacas, las válvulas y el saco pericárdico. Tiene una especificidad que se acerca el 95% si es realizada por un experto. Su única limitante se presenta por la necesidad de intubar bajo sedación a los pacientes graves.

La tomografía axial computada es un método no invasivo que permite ver el flap de disección y su trayectoria, especialmente si existen calcificaciones parietales en la aorta, además puede revelar lesiones asociadas como hemopericardio, derrame pleural, alteraciones en la perfusión renal etc.

La resonancia nuclear magnética efectúa cortes axiales y permite la reconstrucción computacional de cortes sagitales o coronales de gran precisión. Tiene el inconveniente de no poder ser empleada en pacientes portadores de clips o prótesis metálicas o que por sus condiciones de gravedad generalmente dependen de equipo de apoyo también metálico (respiradores, bombas de infusión entre otros).

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

El principal objetivo del tratamiento es disminuir la tensión sobre la pared aórtica, para bajar la velocidad y extensión de la disección. Se proporciona un manejo farmacológico en la fase aguda administrando nitroprusiato y bloqueantes betaadrenérgicos.

El nitroprusiato es un antihipertensivo de elección en el manejo inicial; se emplea una dosis de 1 a 2 mcg/kg/min para mantener una presión media entre 90 y 100 mmHg y ayudar a reducir la poscarga.

Los betabloqueadores disminuyen la fuerza de eyección del ventrículo izquierdo, el esmolol es beta selectivo de acción ultracorta, de elección en el manejo de disección aguda, tiene un pico de acción de 6 minutos y vida media de 9 minutos.

El propanolol se administra en bolos de 1 a 2 mg en intervalos no menor a 10 minutos, al alcanzar frecuencias de 60 a 70 lpm se continúa con una dosis de mantenimiento de 4 a 6 horas.

En el manejo crónico se realiza un control estricto de las presiones arteriales basado en betabloqueadores asociados a calcioantagonistas e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Tratamiento quirúrgico

La disección que se extiende hacia la aorta ascendente (disección proximal) es indicación absoluta de cirugía para prevenir ruptura hacia el pericardio.

Se debe realizar una resección y reemplazo de la aorta incluyendo el sitio del desgarro e injerto. Unificar las capas disecadas del cabo proximal con resuspensión de la válvula y reemplazar la aorta ascendente con injerto de Dacrón.

El manejo de la aorta distal debe ser cuidadoso ya que al colocar las pinzas en esta zona se producen traumatismos de la íntima que originan nuevas lesiones, es por eso que se propuso la hipotermia profunda de 18°C y paro circulatorio durante la anastomosis. ⁽⁸⁾

4.4 Técnica de Bentall y De Bono

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza cuando la válvula aórtica se encuentra afectada, en la cual se reseca la válvula y se utiliza un injerto de Dacrón con una válvula mecánica o biológica que se sutura al anillo aórtico.

Este procedimiento es de elección si la raíz aórtica tiene un diámetro superior a 60 mm, si existe insuficiencia aórtica moderada-severa, en prolapsos de varias cúspides asimétricas y si hay múltiples fenestraciones de los velos. ⁽⁷⁾

Se realiza una incisión en la pared del aneurisma en su cara anterior con aplicación de solución cardioplejica directamente en los ostios coronarios y se realiza exéresis de la válvula aórtica.

Se selecciona una prótesis valvular de un diámetro menor de 1 – 2 mm y se procede a suturar la válvula en el extremo del tubo de Dacrón de poliéster 2 – 0 de modo que se cubra parcialmente, se fija la prótesis valvular al anillo aórtico quedando el conducto en el sitio específico. Se aproximan las paredes del aneurisma al tubo de Dacrón para delimitar los ostios coronarios de la prótesis valvular, se realiza la sutura con polipropileno 3 – 0 comenzando por la parte inferior tomando profundamente la pared aórtica y un segmento del borde de Dacrón para evitar dehiscencia, una vez terminado se realizan puntos de sutura en la pared aórtica por fuera y se fija al Dacrón para disminuir la tensión de la sutura. Se mide el tubo de Dacrón para llegar al extremo distal de la aorta seccionando un ángulo de 45° con el extremo que se encuentra más largo hacia la parte de adelante y se anastomosa con prolene 3 – 0, si es necesario se puede realizar un reforzamiento con sutura de teflón. Una vez finalizado el procedimiento se retira el pinzamiento aórtico y se reinicia el latido cardíaco. ⁽⁶⁾⁽⁹⁾

4.5 Cirugía de revascularización coronaria

La cirugía de revascularización coronaria es considerada un método quirúrgico, que consiste en realizar injertos provenientes de arterias o venas del propio paciente, extraídas y preparadas previamente, sobre las arterias coronarias obstruidas por enfermedad aterosclerosa, para mejorar la perfusión miocárdica y el aliviar la isquemia.

Es realizada tras el fracaso del tratamiento médico mediante la administración de fármacos antianginosos y la angioplastia transluminal percutánea en donde se trata de abrir la arteria mediante un catéter conocido como stent.

En Estados Unidos, de acuerdo a datos de la Sociedad de Cirujanos Torácicos, se realizaron en 2005 aproximadamente 145.000 procedimientos de cirugía coronaria aislada, con mortalidad hospitalaria del 2,4%. En España, según datos de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, se practicaron 5.698 procedimientos de cirugía de revascularización miocárdica, con una mortalidad del 3,8%. ⁽¹⁰⁾

Indicaciones

Existen situaciones anatómicas en las que la cirugía ha demostrado ser el tratamiento de elección las cuales son:

- Obstrucción del tronco de la arteria coronaria izquierda.
- Obstrucción proximal de dos o tres arterias coronarias principales (sobre todo, si está afectada la arteria descendente anterior).
- Obstrucción proximal de la arteria descendente anterior en la que es imposible realizar una angioplastia coronaria.

Además es de importancia tomar en cuenta ciertos criterios como la extensión de la enfermedad coronaria (tronco izquierdo > 50% y número de vasos principales), estabilidad o no de la angina con elevación o sin elevación del segmento ST e infarto agudo de miocardio (IAM), etc.

Las indicaciones de acuerdo a la situación clínica son:

- Pacientes con cardiopatía isquémica estable y mala clase funcional.
- Datos clínicos de enfermedad coronaria extensa, o mala función ventricular (diabetes, infarto previo, insuficiencia cardíaca).
- Angina o isquemia con fracción de eyección deprimida.
- En el caso de IAM no complicado, se recomienda esperar el máximo tiempo posible antes de la cirugía (mínimo de 5-7 días o 3-4 semanas), para favorecer a su estabilización y se realiza de manera oportuna sólo en caso de existir complicaciones mecánicas.⁽¹¹⁾

Técnica

La intervención se puede realizar por medio de dos métodos, el primero requiere de la utilización de la circulación extracorpórea en donde se deriva la sangre del paciente a la máquina para oxigenarla e infundirla de nuevo al paciente sustituyendo así la función cardiopulmonar, permitiendo la realización de los injertos en un campo estable y libre de sangre.

En el segundo método se realizan los injertos con el corazón latiendo mediante unos dispositivos que lo estabilizan, conocido como cirugía sin bomba.

Para realizar esta cirugía se realiza una esternotomía media con ayuda de una sierra mecánica y se preparan los injertos que van a ser utilizados los cuales, regularmente son tomados de la vena safena interna y la arteria mamaria interna izquierda. En ocasiones se utilizan la arteria mamaria derecha, la arteria radial, la arteria gastroepiploica o la arteria epigástrica inferior.

Después de la preparación de los injertos, se realizan las uniones en las arterias coronarias. Una vez terminadas las anastomosis o uniones sobre las arterias coronarias, se unen nuevamente con la aorta ascendente.

Posteriormente se procede a la desconexión del paciente de la circulación extracorpórea, se corrobora el latido eficaz y se colocan unos tubos de drenaje,

Complicaciones

Las complicaciones más comunes posteriores a la intervención son:

- Infección de la herida quirúrgica, cuya probabilidad aumenta si el paciente es diabético, obeso, si tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o si ya le realizaron esta cirugía previamente (mediastinitis).
- Insuficiencia cardíaca.
- Ataque cerebrovascular.
- Arritmias.
- Insuficiencia respiratoria o renal.
- Daño neurológico.
- Infarto agudo al miocardio.
- Fibrilación auricular transitoria.
- Sangrado excesivo.
- Neumonía.
- Derrame pleural.
- Derrame pericárdico.

5. Marco referencial

5.1 Disciplinar

5.1.1 Concepto de enfermería

Según la OMS la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración, proporcionada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Es una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común que posteriormente con el nacimiento de la primera teoría de enfermería contemplo el conocimiento científico.

La enfermera es la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas. ⁽¹²⁾

5.2 Proceso de Atención de Enfermería

Sistema de planificación en la ejecución de los cuidados que el personal de enfermería brinda y se compone de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. ⁽¹²⁾

Su objetivo principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. ⁽¹³⁾

5.2.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

1. Valoración: consiste en la recopilación de datos significativos del estado de salud de una persona por medio de la observación, una entrevista con el paciente o cuidador primario, intercambio de experiencias y el examen físico cefalocaudal basado en la inspección, palpación, percusión y auscultación. ⁽¹⁴⁾

La información también puede ser obtenida de la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Posteriormente la recolección de información se clasifica en datos objetivos (aquellos que la enfermera determina con la valoración) y subjetivos (aquellos que refiere el paciente). Se clasifica en dos tipos de valoraciones, la exhaustiva, que se refiere al primer contacto con la persona y la focalizada que es realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. ⁽¹²⁾

2. Diagnóstico: En esta etapa se produce la identificación de los problemas de salud, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales, los cuales han sido evolucionando mediante la investigación y en los años 80 la American Nurses Association (ANA) adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. Planificación: determinación de intervenciones o actividades dirigidas a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados. ⁽¹⁵⁾

4. Ejecución: es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar de enfermería, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo.

5. Evaluación: proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente midiendo los resultados obtenidos. ⁽¹⁵⁾

5.3 Modelo teórico de Virginia Henderson

Virginia Henderson nace en Kansas (Missouri) en 1897 y fallece en 1996. En la primera Guerra Mundial inició su interés por la enfermería ingresando en 1918 a la escuela de enfermería de la armada de Washington DC, graduándose en 1921. Su primer trabajo como enfermera fue en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Presentó experiencia como docente, realizó su licenciatura en el Teachers College de la Universidad de Columbia. En 1930 comienza a publicar sus primeros artículos, años después inicia su actividad investigadora y la publicación del libro de “Principios y práctica de enfermería” incluyendo su propia definición de enfermería.

Además de ser autora de diversos artículos, libros, publicaciones y estudios comprendió que la enfermedad va más allá de un estado de dolencia y que es importante la participación de la familia para cubrir todas las necesidades. Propone un modelo teórico basado en las catorce necesidades vitales del ser humano necesarias para una autonomía y autodependencia. Dicho modelo da una visión clara de los cuidados de enfermería, mostrando al individuo sano o enfermo como un todo, en donde el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. ⁽¹⁶⁾

Menciona conceptos principales en los cuales está basada su teoría:

Necesidad fundamental: Es una necesidad vital, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Satisfacción de las necesidades humanas a través de acciones que realiza la persona por sí misma, o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se refiere a no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación. ⁽¹⁶⁾

Los postulados que hace mención en su teoría hacen referencia a que cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia, cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades y cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Sus valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo, afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar. ⁽¹⁶⁾

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención:

- La enfermera como sustituta del paciente (suplencia), cuando debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, la enfermera sustituye los cuidados que el paciente debería realizar con autonomía.
- La enfermera como auxiliar del paciente (ayuda) en sus periodos de convalecencia para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente (compañía), en donde se encarga de supervisar y educarlo sobre su propio cuidado.

Menciona la relación enfermera – médico donde la enfermera depende de un plan terapéutico para poder realizar sus cuidados y la relación enfermera – equipo de salud donde participan de manera interdependiente diferentes áreas de la salud con el objetivo de restablecer la salud del paciente.

Virginia Henderson postula catorce necesidades vitales en las personas las cuales son:

- 1.- Necesidad de respirar.
- 2.- Necesidad de beber y comer.
- 3.- Necesidad de eliminar.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.

13.- Necesidad de recrearse.

14.- Necesidad de aprender.

Se enfocaba en un metaparadigma que comprende cuatro elementos:

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida, básica para el funcionamiento del ser humano, requiere independencia e interdependencia.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales, debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, la mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

d) Enfermería: La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a conseguir independencia a la mayor brevedad posible. ⁽¹³⁾

6. Metodología

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue desarrollado durante la realización del servicio social en el servicio de 3er piso Cardiología adultos A del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se seleccionó una persona de sexo masculino de 70 años de edad, proporcionándole continuidad de cuidados desde el mes de febrero hasta el mes de abril del 2016, de los cuales se realizó una valoración exhaustiva el día 12 de febrero y tres focalizadas los días 16, 17 y 18 de febrero (Tabla 2). Se utilizó el instrumento de valoración de enfermería con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson y la escala de Phaneuff para determinar los grados de dependencia e independencia (Anexo 1 y 2).⁽¹⁷⁾

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de fuentes directas (paciente) y fuentes indirectas (cuidador primario y expediente clínico).

Se realizó una investigación documental mediante búsquedas bibliográficas de artículos de revistas electrónicas y libros.

Se elaboró un consentimiento informado basado en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, donde el paciente y cuidador primario comprenden la información y aceptan la participación para la elaboración de este trabajo (Anexo 3).

El consentimiento informado le permite al paciente decidir opciones disponibles sobre su atención sanitaria, de manera libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades. Se encuentra sustentado en el principio de autonomía, el cual surge como manifestación de la libertad humana, el reconocimiento de la dignidad y valor de la persona, plasmado en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre e incorporado a la Ley General de Sanidad.

Tabla 2. Tipos de valoraciones.

Valoración	Fecha	Servicio	Necesidades alteradas
Exhaustiva	12 – 02 – 16	3er piso Cardiología adultos A	Oxigenación, alimentación e hidratación, eliminación, higiene y protección de la piel, seguridad, movilidad.
Primera focalizada	16 – 02 – 16		Oxigenación, seguridad, movilidad.
Segunda focalizada	17 – 02 – 16		Comunicación.
Tercera focalizada	18 – 02 – 16		Movilidad.

7. Presentación del caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: RGT Registro: 349298 Género: masculino
Fecha de nacimiento: 28 – 02 - 1945 Edad: 70a
Fecha de ingreso al INCICH: 31 – 12 - 15
Fecha de ingreso al 3er piso: 04 – 02 - 2016
Fecha de egreso: 12 – 04 – 16 (defunción)
Lugar de nacimiento: México - Jalisco
Lugar de residencia: Oregon, EUA
Estado civil: casado
Ocupación: pensionado Religión: católica

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

El paciente radica en Oregon viniendo de vacaciones a la ciudad de México en diciembre para visitar a un familiar, consumo de 10 cigarrillos diarios desde hace 40 años, se le realizó una cirugía por hernioplastía inguinal izquierda a los 55 años.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Hipertensión arterial sistémica desde hace 3 años sin complicaciones aparentes, hipercolesterolemia desde hace 4 años con control.

MOTIVO DE INGRESO:

Síndrome aórtico agudo.

HISTORIA CARDIOVASCULAR:

Inicia su padecimiento el **24 de diciembre del 2015** mientras caminaba al presentar dolor opresivo precordial irradiado a la espalda sin disnea, náuseas o diaforesis con duración de 20 minutos.

El **29 de diciembre** acude a hospital de Cuautitlán donde se mantuvo con descontrol hipertensivo y episodios de dolor opresivo precordial, se le realizó un ecocardiograma encontrando el ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, diámetro telediastólico 36.4mm, telesistólico 24.4mm, hipertrofia concéntrica del VI con alteración de la movilidad segmentaria con hipocinesia leve de la pared inferior, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 60%, función sistólica conservada, desplazamiento sistólico del plano del anillo tricúspide (TAPSE) 26.7mm, aneurisma de aorta ascendente, probable disección aórtica, pericardio normal.

Se realiza una angiotomografía observando disección aórtica ascendente, torácica y abdominal sin compromiso renal por este motivo se decide traslado al Instituto Nacional de Cardiología para iniciar el tratamiento correspondiente.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Al ingreso al Instituto se realiza una angiotomografía de aorta, la cual reporta disección de aorta de Stanford tipo A con flap de disección que inicia superior al origen de las arterias coronarias con trayecto dólico, dilatación aneurismática en aorta ascendente posterior al origen de las arterias coronarias de 51 mm de diámetro, asociado a disección extensa extendido desde la aorta ascendente hasta la bifurcación de las arterias iliacas involucrando la arteria iliaca común izquierda. A nivel del cayado aórtico se observa zona focal de reentrada de 7 mm. Lesión significativa >70% en la circunfleja proximal extendida al ostium del ramo primero, estenosis intermedia 50 – 69% en la unión del segmento proximal con el medio de la descendente anterior.

El **5 de enero del 2016** se realiza tratamiento quirúrgico con procedimiento de Bentall y De Bono con oclusión de las arterias coronarias, puentes venosos a la descendente anterior (DA) y coronaria derecha (CD). Tiempo de circulación extracorporea (CEC) de 504 minutos, con pinzamiento aórtico en tres ocasiones: la primera de 201 minutos, la segunda por 48 minutos y la tercera por 42 minutos respectivamente por presentar sangrado intenso. Se deja el esternón abierto colocando empaquetamiento con tres rollos.

Presentó sangrado total de 5000 ml con una recuperación de 3092 ml. Cursa las primeras horas posquirúrgicas hipotenso, sin pulsos periféricos palpables, se retira empaquetamiento e inicia con tratamiento antimicrobiano profiláctico con vancomicina y ceftriaxona. Presenta fibrilación auricular (FA) con inestabilidad hemodinámica que requiere cardioversión de 50 Joules (J) en dos ocasiones y se inició tratamiento antiarrítmico con amiodarona. El **6 de enero** presenta un nuevo evento de FA con conversión farmacológica a ritmo sinusal.

El **12 de enero** se realiza aislamiento por contacto al encontrar *E.Coli* multirresistente en cultivo de secreción bronquial tratado con levofloxacino 500 mg cada 24 horas. El **14 de enero** se extuba, realizando una nueva intubación el **18 de enero** por presencia de secreciones verdes fétidas y presentar dificultad respiratoria. El mismo día se toma un nuevo cultivo de secreción bronquial, se agrega amikacina al tratamiento antimicrobiano y se inicia tratamiento con noradrenalina. Proteína C Reactiva (PCR) 193 mg./L.

El **19 de enero** se realiza la colocación de sonda oroyeyunal por gastroenterología con inicio de dieta enteral, se suspende dieta parenteral por presentar hepatitis isquémica y se repone agua por sonda debido a hipernatremia. Se debridan heridas de safenectomía con toma de cultivos. El **20 de enero** se inicia tratamiento con fluconazol por encontrar levaduras en cultivo de secreción bronquial.

El **21 de enero** se suspende tratamiento con noradrenalina y pasa nuevamente a debridación y lavado de heridas de safenectomías, se coloca cánula de traqueostomía por intubación de tiempo prolongado. El **22 de enero** se toma un nuevo cultivo de herida de safenectomía izquierda siendo positivo a *E. Coli Blee* por lo que se inicia tratamiento con Tigeciclina y se suspende tratamiento con Levofloxacino.

El **24 de enero** presenta paroxismo de fibrilación auricular con compromiso hemodinámico, se descarga en dos ocasiones con 50 y 90 J con cardioversión a ritmo sinusal. El **26 de enero** se realiza la colocación de esponjas con sistema VAC en safenectomía derecha e izquierda solo drenaje por succión. El **28 de enero** se desteta de la ventilación mecánica con tolerancia a oxígeno con mascarilla por traqueostomía. El **31 de enero** pasa a curación de heridas de safenectomías dejando las heridas abiertas.

Para el **3 de enero** persiste con esquema de antibióticos. Neurológicamente con hipoactividad, alerta con respuesta a estímulos verbales, escala de Glasgow de 12 puntos, presenta hipercalemia que se corrige con diurético. Continúa con alimentación por sonda oroyeyunal trasladándose a tercer piso para continuar con manejo a tratamiento y modificar alimentación a vía oral o gastrostomía, mantener cuidados de traqueostomía y curación de heridas en miembros inferiores.

8. Proceso de Atención de Enfermería

8.1 Valoración exhaustiva (Anexo 4)

Fecha: 12/02/2016

Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A

La persona se encuentra cursando su 8vo día de estancia hospitalaria en el servicio de 3er piso Cardiología Adultos A, en su 38vo día posoperado de la técnica quirúrgica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria se muestra inquieto, poco cooperador, consiente, alerta a estímulos verbales, escala de Glasgow de 12 puntos (Anexo 5).⁽¹⁸⁾

Necesidad de oxigenación: se observa con ligera palidez de tegumentos fosas nasales permeables, cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 98%, saturación de oxígeno al 99%, presenta abundantes secreciones espesas de características verdosas a la aspiración, pulso carotideo palpable, catéter yugular derecho cubierto con apósito de clorhexidina permeable a solución glucosa al 10% 500ml a 40ml/hr, campos pulmonares con estertores de predominio en bases derecha e izquierda, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, frecuencia respiratoria de 20 rpm.

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, se monitoriza en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 92 lpm, presión arterial de 121/71 mmHg, pulsos radial, humeral, poplíteo y pedio palpables rítmicos, llenado capilar de 2 segundos.

Necesidad de alimentación e hidratación: último peso del paciente 80 kg y talla de 1.74 m, su alimentación es a base de líquidos a tolerancia vía oral aceptándolos en disminuida cantidad, presencia de tos a la deglución con salida de líquidos por traqueostomía.

La cavidad oral con mucosas orales semi – hidratadas no se perciben las piezas dentales faltantes por falta de cooperación del paciente. Glucemia capilar de 109 mg/dl.

Necesidad de eliminación: sonda vesical #14 funcional, con volumen urinario de 0.3 ml/kg/hr, orina colúrica sin mal olor forzada con diurético, abdomen blando con ruidos peristálticos disminuidos y ausencia de evacuaciones durante el turno.

Necesidad de termorregulación: eutérmico con temperatura axilar de 36.5°C sin datos de diaforesis o picos febriles.

Necesidad de higiene y protección de la piel: adecuada implantación de cabello canoso con alopecia en la región media cefálica, úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal afrontada con grapas cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocélular y algodón interglúteo, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje (Anexo 6 y7).⁽¹⁹⁾

Necesidad de movilidad: función motriz limitada, se moviliza con dificultad y falta de fuerza.

Necesidad de seguridad: se mantiene en cama con barandales en alto, riesgo de caídas alto de 6 puntos (Anexo 8).⁽²⁰⁾

Necesidad de reposo y sueño: permanece con reposo absoluto se muestra activo durante el día y dormir solo por pequeños lapsos. El familiar refiere que el

paciente no puede dormir toda la noche por las abundantes secreciones y tos nocturna.

Plan médico a seguir: se solicita a Gastroenterología la realización de gastrostomía debido a que los últimos días se ha intentado la colocación de sondas enterales por vía nasal y oral por parte del personal de enfermería y medico sin obtener cooperación del paciente.

8.1.1 Jerarquización de necesidades y problemas (12/02/2016)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Oxigenación	Total	Falta de fuerza	5
Alimentación e hidratación	Total	Falta de fuerza	5
Eliminación	Total	Falta de fuerza	5
Higiene y protección de la piel	Total	Falta de fuerza	5
Seguridad	Total	Falta de fuerza	5
Movilidad	Total	Falta de fuerza	5

8.1.2 Plan de intervenciones

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: oxigenación	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Abundantes secreciones espesas verdosas. • Campos pulmonares con estertores de predominio en bases. • Frecuencia respiratoria de 20 rpm. • Saturación de oxígeno al 99%. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • Cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 98%.
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) r/c falta de fuerza para la expectoración m/p abundantes secreciones espesas verdosas, campos pulmonares con estertores de predominio en bases. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Mantener una vía aérea permeable.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. Persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de datos de esfuerzo respiratorio. • Monitorización de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. • Proporcionar aporte de oxígeno por medio de nebulizador. • Colocar al paciente en posición semifowler para facilitar la ventilación.⁽²²⁾ 	Suplencia	Independiente	<p>No presenta datos de dificultad respiratoria. El paciente se mantiene con aporte de oxígeno a través de nebulizador al 98% presentando una frecuencia respiratoria de 20 rpm con saturación de oxígeno <95%.</p> <p>La posición semifowler favorece una adecuada ventilación y el paciente nos refiere por medio de gesticulación y señas sentirse más cómodo.</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación de campos pulmonares. • Fisioterapia pulmonar 3 veces por turno. • Aspiración de secreciones 3 veces por turno. • Vigilar características de las secreciones. • Promover la eliminación de secreción por medio de la expectoración. • Micronebulizaciones con combivent c/6 hrs, pulmicort c/8hrs, acetilcisteína c/8hrs y solución hipertónica c/8hrs por vía inhalatoria. 	Suplencia	Independiente	<p>Los campos pulmonares continúan con ligeros estertores en bases. Tolera adecuadamente la fisioterapia pulmonar. Logra disminuir las secreciones, las cuales continúan presentándose de color verdoso.</p> <p>El paciente logra expectorar las secreciones.</p> <p>Posterior a la colocación de las nebulizaciones, la aspiración de secreciones resulta con menor dificultad ya que estas se vuelven más fluidas.</p> <p style="text-align: right;">Nivel de dependencia grado 5</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Interdependiente	

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: alimentación e hidratación	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Tos a la deglución con salida de dieta líquida a través de cánula de traqueostomía. Glucemia capilar de 109 mg/dl. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> El paciente presenta un catéter yugular derecho y una cánula de traqueostomía.
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de glucemia inestable (00179) r/c intolerancia a la vía oral, tos a la deglución con salida de dieta líquida por cánula de traqueostomía. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Mantener un nivel de glucemia en cifras normales y estables durante el turno.			
Plan de intervenciones.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> Medición de glucemia capilar preprandial, si es <70 mg/dl valorar y vigilar alteraciones en el estado de alerta y datos de hipoglucemia como visión borrosa, temblores finos, taquicardia, cefalea, diaforesis letargia. Ministración de soluciones endovenosas con solución glucosa 5% de 500ml a 40 ml/hr alternada con solución salina 0.9% de 500 ml con 60 meq Kcl, 3 gr MgSo4 y 1 ampula de multivitamínico a 40 ml/hr. 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente se mantiene orientado, activo, reactivo a estímulos táctiles y verbales, sin datos de cansancio e hipoglucemia, con debilidad generalizada.</p> <p>Presenta una glucemia capilar en ayuno de 110 mg/dl.</p> <p>Permanece con aporte de glucosa y electrolitos por medio de soluciones endovenosas, presentando un K 4.7 mmol/L y un Mg de 2.8 mg/dl en laboratorios séricos (Anexo 9).</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 5</p>
	Suplencia	Interdependiente	

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: eliminación	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Volumen urinario de 0.3 ml/kg/hr. • Orina colúrica sin mal olor. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente presenta una sonda vesical #14 y un catéter yugular derecho. • BUN 40 mg/dl. • Creatinina 1.0 mg/dl (Anexo 9).
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria (00016) r/c alteración en la función renal m/p sonda vesical con volumen urinario de 0.3 ml/kg/hr y orina colúrica sin mal olor. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Vigilancia de la función renal.			
Plan de intervenciones.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de las características de la orina. • Palpación abdominal en busca de presencia de globo vesical. • Vigilancia del estado de la piel en la periferia de la instalación de la sonda vesical. • Aseo genital una vez por turno con agua y jabón. • Cuantificación de ingresos y egresos. • Ministración de furosemida 20 mg/2ml vía intravenosa cada 12 horas. 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente continúa con sonda vesical con orina colúrica.</p> <p>Sin presencia de globo vesical a la palpación abdominal inferior.</p> <p>El estado de su piel sin lesiones ni datos de infección a la realización del aseo genital.</p> <p>Mantiene un balance de -175 ml/día.</p> <p>Continúa con micción forzada con diurético con un volumen urinario de 0.4 ml/kg/hr.</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia Suplencia	Independiente Independiente	
	Suplencia	Interdependiente	

<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de soluciones endovenosas con solución glucosa 5% de 500ml a 40 ml/hr alternada con solución salina 0.9% de 500 ml con 60 meq Kcl, 3 gr MgSo4 y 1 ampula de multivitamínico a 40 ml/hr. • Toma y registro de laboratorios. 	Suplencia	Interdependiente	Permanece con aporte de líquidos e hidratación endovenosa.
	Suplencia	Interdependiente	<p>Sus niveles de BUN 38 mg/dl se mantienen elevados y creatinina de 1.0 mg/dl sin alteración.</p> <p>Nivel de dependencia grado 5</p>

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: higiene y protección de la piel	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Úlcera occipital grado II. • Úlcera grado II en sacro. • Sospecha de daño tisular en glúteo derecho, glúteo izquierdo y talón izquierdo. • Heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo quirúrgico de 504 minutos en circulación extracorpórea. • Heridas de safenectomía derecha e izquierda conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg.
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c falta de continuidad en tejido tisular y ausencia de autonomía a la movilización m/p úlcera occipital grado II, úlcera grado II en sacro, sospecha de daño tisular en glúteo derecho, glúteo izquierdo y talón izquierdo, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes (Anexo 6 y 7). ⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Mantener la integridad de la piel y evitar la progresión de las úlceras y daño del tejido tisular de zonas del cuerpo sin alteración.			
Plan de intervenciones.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición en cama cada 2 horas. • Lubricación de la piel. • Colocación de colchón de polímero para liberar zonas de presión. • Aplicación de ulcoderma dos veces por turno en región occipital y sacra. • Colocación de apósito hidrocélular en glúteo derecho y glúteo izquierdo. • Lubricación de la piel en talón izquierdo y vendaje de protección. 	Enf. persona	Enf. equipo de salud	<p>El paciente se mantiene con tejido de granulación de exudado escaso en la úlcera occipital, la herida media esternal cubierta con gasas y micropore, úlcera en sacro seca, glúteo izquierdo cubierto con apósito hidrocélular y vendaje en miembros pélvicos, continúa con cuidados de enfermería preventivos para evitar la aparición de nuevas úlceras y lesiones en la piel.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 5</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Interdependiente	
Suplencia	Interdependiente		
Suplencia	Interdependiente		
Suplencia	Independiente		

<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de apósito hidrocélular en femoral derecha. 	Suplencia	Interdependiente	
<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de apósito de plata en femoral izquierda. ⁽²³⁾ 	Suplencia	Interdependiente	
<ul style="list-style-type: none"> • Vendaje de miembros pélvicos para protección. 	Suplencia	Independiente	

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: seguridad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Presencia de tos a la deglución con salida de dieta líquida por cánula de traqueostomía. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> Cánula de traqueostomía
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración (00039) r/c cánula de traqueostomía. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Reducir el riesgo de aspiración del paciente.			
Plan de intervenciones.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> Posición semifowler para mejorar la ventilación. Enseñar al paciente a toser para favorecer la salida de secreciones cuando se realice la aspiración de secreciones. Mantener permeable el dispositivo de la traqueostomía. Vigilar características de líquidos salientes por traqueostomía. 	Enf. persona	Enf. equipo de salud	<p>Se mantiene en posición semifowler, con cambios de posición frecuentes procurando que la vía aérea se encuentre con adecuada salida y entrada de aire. El paciente muestra interés por toser previo a la aspiración de secreciones.</p> <p>Posterior a la aspiración se mantiene limpia la traqueostomía favoreciendo la ventilación adecuada del paciente sin mostrar datos de alteración en el patrón respiratorio.</p> <p>Se deja al paciente en ayuno por mostrar datos de intolerancia a la deglución, ya que los líquidos salientes por la traqueostomía son iguales a las características de la dieta líquida.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 5</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

Tipo de valoración: exhaustiva	Fecha: 12-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: movilidad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Función motriz limitada. • Falta de fuerza para sostener el vaso. • Debilidad generalizada. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se mantiene en reposo absoluto.
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física (00085) r/c alteración neuromuscular m/p función motriz limitada, falta de fuerza para sostener el vaso y debilidad generalizada. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Promover el autocuidado en el paciente.			
Plan de intervenciones.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado de fuerza de extremidades superiores con la escala de MRC (Anexo 10).⁽²⁴⁾ • Realizar ejercicios pasivos en extremidades superiores e inferiores. • Motivar al paciente a que realice actividades por sí mismo como dar objetos y pedir que los sostenga el tiempo que pueda. 	Enf. persona	Enf. equipo de salud	<p>Se le pide al paciente que apriete sus manos con mis manos para medir su fuerza mostrando un poco de debilidad. Escala de MRC de 3 puntos.</p> <p>Los ejercicios pasivos solo se realizan en miembros superiores debido a la condición física del paciente y al referir dolor a la movilización de los miembros pélvicos.</p> <p>Se muestra más cooperativo y entusiasta. Logra sostener objetos en su mano por aproximadamente 10 segundos dejándolos caer en la cama.</p> <p style="text-align: right;">Nivel de dependencia grado 5</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
Suplencia	Independiente		

8.2 Valoración focalizada (Anexo 11)

Fecha: 16/02/ 2016

Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A

La persona se encuentra cursando con su 12vo día de estancia hospitalaria en el servicio de 3er piso Cardiología Adultos A, en su 42vo posoperado de la técnica quirúrgica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria se muestra inquieto, consiente, alerta a estímulos verbales, en ocasiones poco cooperador, escala de Glasgow de 12 puntos (Anexo 5).⁽¹⁸⁾

Necesidad de oxigenación: ligera palidez de tegumentos, cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 98%, saturación de oxígeno al 99% presenta abundantes secreciones espesas amarillo - verdosas a la aspiración, catéter yugular derecho cubierto con apósito de clorhexidina permeable a solución glucosa al 10% 500ml a 40ml/hr, campos pulmonares con ligeros estertores de predominio en bases derecha e izquierda, frecuencia respiratoria de 22 rpm.

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, se monitoriza en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 90 lpm, presión arterial de 110/74 mmHg, llenado capilar de 2 segundos.

Necesidad de eliminación: sonda vesical #14 funcional, con volumen urinario de 0.5 ml/kg/hr, orina amarilla concentrada forzada con diurético, ruidos peristálticos presentes, presenta dos evacuaciones pastosas.

Necesidad de higiene y protección de la piel: continua con úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal afrontada con grapas con salida de secreción purulenta cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo

izquierdo cubierta con apósito hidrocélular y algodón interglúteo, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje (Anexo 6 y 7).⁽¹⁹⁾

Necesidad de movilidad: función motriz limitada, se moviliza con dificultad presentando facies de dolor a la movilización, el refiere con señas sentirlo en miembros pélvicos, escala de EVA de 5 puntos (Anexo 12).⁽²⁵⁾

Necesidad de seguridad: se mantiene en cama con barandales en alto, riesgo de caídas alto de 6 puntos (Anexo 8).⁽²⁰⁾

Plan médico a seguir: se intenta colocar sonda nasoyeyunal sin éxito queda pendiente la colocación, se solicita a cirugía por valoración de Infectología, valorar retiro alterno de grapas de herida media esternal por salida de secreción purulenta.

8.2.1 Jerarquización de necesidades y problemas (16/02/2016)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Oxigenación	Total	Falta de fuerza	5
Seguridad	Total	Falta de fuerza	5
Movilidad	Total	Falta de fuerza	5

8.2.2 Plan de intervenciones

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 16-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: oxigenación	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Abundantes secreciones espesas amarillo – verdosas. • Campos pulmonares con ligeros estertores de predominio en bases derecha e izquierda. • Frecuencia respiratoria de 22rpm. • Saturación de oxígeno al 99%. 	Datos subjetivos:	Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • Cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 98%. 	
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) r/c falta de fuerza para la expectoración m/p abundantes secreciones espesas amarillo – verdosas, campos pulmonares con ligeros estertores de predominio en bases derecha e izquierda. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Mantener una vía aérea permeable.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación de campos pulmonares. • Monitorización de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. • Proporcionar aporte de oxígeno por medio de nebulizador. • Colocar al paciente en posición semifowler para facilitar la ventilación. 	Enf. persona	Enf. equipo de salud	<p>Sus campos pulmonares se auscultan ventilados. El paciente presenta una frecuencia respiratoria de 20 rpm saturación de oxígeno de 99%.</p> <p>Se observa mejoría en la ventilación con la posición semifowler.</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia pulmonar 3 veces por turno. • Aspiración de secreciones 3 veces por turno. • Vigilar características de las secreciones. • Micronebulizaciones con combivent c/6 hrs, pulmicort c/8hrs, acetilcisteina c/8hrs y solución hipertónica c/8hrs por vía inhalatoria. 	<p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Interdependiente</p>	<p>Se observa disminución en la cantidad de las secreciones y más fluidez a la aspiración por ayuda de la fisioterapia y las nebulizaciones.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 4</p>
--	---	--	---

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 16-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: seguridad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Herida media esternal afrontada con grapas con salida de secreción purulenta. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> Catéter yugular derecho. Cánula de traqueostomía. Sonda vesical #14.
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección (00004) r/c dispositivos invasivos y discontinuidad de la integridad de la piel. (21)			
Objetivo enfermera: Disminuir el riesgo de infección del paciente.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> Utilizar las precauciones estándar al realizar lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después del riesgo de exposición con líquidos corporales y después del contacto con el entorno del paciente, utilizar guantes, cubrebocas, lentes protectores y bata. Mantener limpia, seca y lubricar la piel del paciente. Cubrir herida media esternal con gasas y micropore para protección. 	Suplencia	Independiente	El paciente no presenta infecciones agregadas.
	Suplencia	Independiente	Se mantiene limpio, seco y con la piel lubricada.
	Suplencia	Independiente	Su herida media esternal se mantiene afrontada con grapas con salida de secreción purulenta, cubierta con gasas y micropore para protección. Se solicita a cirugía valorar retiro alterno de grapas.

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar en herida media esternal, sitio de inserción de catéter yugular, sonda vesical y cánula de traqueostomía la presencia de enrojecimiento, cambios en la coloración de la piel, salida de secreción purulenta o fiebre. • Tomar cultivo de secreción de herida media esternal. • Colocación de apósito de clorhexidina en catéter yugular derecho. 	<p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p> <p>Suplencia</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p> <p>Independiente</p>	<p>Para el día 17 – 02 – 16 las grapas se encuentran alternas observándose aparente espacio muerto que continúa con salida de secreción purulenta. Es valorado por médicos cirujanos quienes consideran pasarlo a exploración mediastinal, aseo de herida quirúrgica, colocación de drenaje o valorar cierre de herida. La cánula de traqueostomía, el catéter yugular y la sonda vesical no muestran signos y síntomas de infección.</p> <p>Se toma cultivo de secreción de herida media esternal sin proporcionar aún tratamiento antimicrobiano específico. Permanece con su catéter yugular cubierto con apósito de clorhexidina sin datos de infección en sitio de inserción.</p> <p>Nivel de dependencia grado 5</p>
--	--	--	---

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 16-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: seguridad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Permanece en cama con reposo absoluto. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios:
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas (00155) r/c deterioro de la movilidad física y falta de fuerza generalizada. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Reducir los factores que puedan ocasionar una caída al paciente.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> Explicar al paciente la localización del timbre y asistir oportunamente a su llamada. Mantener al paciente en cama con los barandales en alto. Colocar la pulsera de estratificación del riesgo de caídas. Valorar y revalorar continuamente la escala de riesgo de caídas (Anexo 8).⁽²⁰⁾ 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente comprende la localización del timbre del cual hace uso en diversas ocasiones, solicitando nuestro apoyo para cambiarlo de posición en la cama.</p> <p>Se mantiene en cama con los barandales en alto por su seguridad.</p> <p>Se valora con un riesgo alto de caídas de 6 puntos colocándose una pulsera roja.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 4</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 16-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: movilidad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Función motriz limitada. • Se moviliza con dificultad. • Permanece en cama con reposo absoluto. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios:
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física (00085) r/c alteración neuromuscular m/p función motriz limitada, se moviliza con dificultad. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Mantener una movilidad física adecuada en el paciente.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambios de posición al paciente cada 2 horas para mantenerlo cómodo. • Realizar ejercicios pasivos en miembros superiores e inferiores y posteriormente solicitar al paciente que los realice por sí mismo.⁽²²⁾ • Mantener comunicación frecuente con el paciente para saber que tan limitada se encuentra su función motriz. 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente se mantiene cómodo en su cama lo que favorece a que se encuentre de buen humor y con disposición para realizar ejercicios por sí solo.</p> <p>Los ejercicios pasivos se realizan con poca dificultad en miembros pélvicos debido a la condición física del paciente. Muestra interés por recuperar la movilidad de sus miembros pélvicos, sin embargo presenta fascias de dolor al realizar esfuerzo.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 4</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

8.3 Segunda valoración focalizada (Anexo 13)

Fecha: 17/02/2016

Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A

La persona se encuentra cursando con su 13vo día de estancia hospitalaria en el servicio de 3er piso Cardiología Adultos A, en su 43vo posoperado de la técnica quirúrgica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria se muestra consiente, alerta a estímulos verbales, cooperador, en ocasiones inquieto, escala de Glasgow de 12 puntos (Anexo 5).⁽¹⁸⁾

Necesidad de oxigenación: ligera palidez de tegumentos, cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 60%, saturación de oxígeno al 97% presenta abundantes secreciones espesas amarillo - verdosas a la aspiración, catéter yugular derecho cubierto con apósito de clorhexidina permeable a solución glucosa al 10% 500ml a 40ml/hr, campos pulmonares con ligeros estertores de predominio en bases derecha e izquierda, frecuencia respiratoria de 17 rpm.

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, se monitoriza en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 89 lpm, presión arterial de 119/73 mmHg, llenado capilar de 2 segundos.

Necesidad de alimentación e hidratación: último peso del paciente 80 kg y talla de 1.74 m, permanece en ayuno para pasar a cirugía a lavado de herida quirúrgica. Glucemia capilar de 120 mg/dl.

Necesidad de higiene y protección de la piel: continúa con úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca cubierta con apósito hidrocélular y micropore, herida media esternal con bordes dehiscentes afrontada con grapas alternas con salida de abundante secreción purulenta, aparente espacio muerto, cubierta con gasas y

micropore, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocelular y algodón interglúteo, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocelular y micropore y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje (Anexo 6 y 7).⁽¹⁹⁾

Necesidad de comunicación: su comunicación es poco clara por su limitación anatómico-fisiológica, expresa incomodidad o dolor por medio de señas.

Plan médico a seguir: en espera de colocación de sonda nasoyeyunal por parte de Gastroenterología quien difiere colocación de gastrostomía, valorado por médicos cirujanos quienes consideran pasarlo a exploración mediastinal, aseo de herida quirúrgica, colocación de drenaje o valorar cierre de herida.

8.3.1 Jerarquización de necesidades y problemas (17/02/2016)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Comunicación	Total	Falta de fuerza	5

8.3.2 Plan de intervenciones

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 17-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: comunicación	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Su comunicación es poco clara por su limitación anatómico-fisiológica. Expresa incomodidad o dolor por medio de señas. 	Datos subjetivos:		Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> Cánula de traqueostomía.
Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la comunicación (00157) m/p expresar por medio de señas y facies deseos de mejorar la comunicación. ⁽²¹⁾			
Objetivo enfermera: Promover la comunicación entre enfermera – paciente.			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer una relación de confianza entre enfermera paciente. Brindar apoyo emocional cuando el paciente lo requiera. Proporcionar un ambiente cálido y acogedor. Mantener comunicación frecuente con el paciente para fomentar la expresión de sentimientos. 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente se muestra con interés de comunicarse con el personal multidisciplinario al mostrarse participativo en las intervenciones hacia su persona, haciéndonos saber con gestos o señas incomodidad o satisfacción.</p> <p>Nivel de dependencia grado 4</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	

8.4. Tercera valoración focalizada (Anexo 14)

Fecha: 18/02/ 2016

Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A

La persona se encuentra cursando con su 14vo día de estancia hospitalaria en el servicio de 3er piso Cardiología Adultos A, en su 44vo posoperado de la técnica quirúrgica de Bentall y De Bono y revascularización coronaria se muestra consiente, inquieto, ansioso, alerta a estímulos verbales, escala de Glasgow de 12 puntos (Anexo 5).⁽¹⁸⁾

Necesidad de oxigenación: ligera palidez de tegumentos, cánula de traqueostomía con aporte de oxígeno por medio de nebulizador con Fio2 al 60%, saturación de oxígeno al 97% presenta abundantes secreciones espesas amarillo - verdosas a la aspiración, se instala catéter yugular izquierdo sellado, campos pulmonares con ligeros estertores de predominio en bases derecha e izquierda, frecuencia respiratoria de 17 rpm.

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad sin presencia de soplos, se monitoriza en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 80 lpm, presión arterial de 120/78 mmHg, llenado capilar de 2 segundos.

Necesidad de higiene y protección de la piel: continúa con úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca cubierta con apósito hidrocélular y micropore, herida media esternal con bordes dehiscentes afrontada con grapas alternas con salida de abundante secreción purulenta, se observa espacio muerto, cubierta con gasas y micropore, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocélular y algodón interglúteo, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y micropore y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje (Anexo 6 y 7).

Necesidad de movilidad: presenta facies de dolor a la movilización el refiere ser generalizado y molestia en región torácica, escala de EVA de 6 puntos (Anexo 12).

⁽²⁵⁾

Plan médico a seguir: se difiere el paso a lavado quirúrgico por indicación de infectología, se toma nuevo cultivo de secreción de herida quirúrgica ya que el anterior resultó ser negativo. Se instala catéter yugular izquierdo debido a que el paciente se retira el anterior.

8.4.1 Jerarquización de necesidades y problemas (18/02/2016)

Necesidad alterada	Grado de dependencia	Causa de la dificultad	Nivel de dependencia
Movilidad	Total	Falta de fuerza	5

8.4.2 Plan de intervenciones

Tipo de valoración: focalizada	Fecha: 18-02-16	Hora: 18:00pm	Servicio: 3er piso Cardiología Adultos A
Necesidad alterada: movilidad	Causas de dificultad: falta de fuerza		Grado de dependencia: 5 (Anexo 2).
Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Facies de dolor a la movilización • Escala de EVA de 6 puntos (Anexo 12). 	Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente refiere por medio de señas tener dolor generalizado y molestia en región torácica. 	Datos Complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • Catéter yugular izquierdo. 	
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo (00132) r/c condición física del paciente y deterioro neuromuscular m/p facies de dolor a la movilización y el paciente refiere por medio de señas tener dolor generalizado y molestia en región torácica, escala de EVA de 6 puntos (Anexo 12). ⁽²¹⁾⁽²⁵⁾			
Objetivo enfermera: Disminuir el dolor en el paciente			
PLAN DE INTERVENCIONES.			
Intervenciones de enfermería	Nivel de relación		Evaluación.
	Enf. Persona	Enf. equipo de salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Medir el dolor por medio de la escala de EVA (Anexo 12).⁽²⁵⁾ • Vigilar duración y situación de episodios del dolor. • Colocación de colchón de polímero en zonas de presión. • Ministración de 1gr de paracetamol intravenoso cada 8 hrs. 	Suplencia	Independiente	<p>El paciente se mantiene cómodo en su cama, reduce el dolor que había presentado quedando en una escala de EVA de 2 puntos.</p> <p>Nos manifiesta por medio de señas mejoría en su persona.</p> <p style="text-align: center;">Nivel de dependencia grado 4</p>
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Independiente	
	Suplencia	Interdependiente	

9. Plan de alta

Cuidados a la cánula de traqueostomía

- Al estoma: quitar la cánula, limpiar la mucosa y la piel con gasa estéril y suero fisiológico y/o antiséptico tipo povidona yodada, dejar secar, aplicar una ligera capa de solución antiácida (almagato, antiácido) en las zonas irritadas, una vez limpio el estoma se puede volver a colocar la cánula, intercalar entre la piel del paciente y la cánula gasas limpias para eliminar la humedad de las secreciones y ayudar a mantener la zona lo más limpia y seca posible.
- Al cambio de cánula: retirar la cánula sucia, previo vaciado del globo (esto puede provocar tos al paciente), depositarla en un contenedor para luego proceder a su limpieza, limpiar el estoma y secar la piel circundante, tomar una cánula nueva con la cinta de fijación en uno de los extremos, humedecer el cuerpo de la cánula con suero fisiológico y con la ayuda de la guía introducir la cánula en el estoma, despacio y con movimientos firmes, inmediatamente después, pasar la cinta detrás del cuello del paciente y sujetarlo por el otro extremo, retirar la guía e inflar el globo si es necesario. El llenado del globo en cánulas de polietileno se hace introduciendo aire con una jeringa, en las cánulas de silicona se deben sellar los globos con suero fisiológico introducido con una jeringa. A continuación se puede ajustar la cánula interna comprobando su correcta sujeción, dando un giro sobre la cánula madre en sentido contrario a las agujas del reloj para evitar su movilización.

Para limpiar el material se debe separar la cánula madre de la cánula interna, limpiar con escobilla, agua y jabón suave. Una vez limpia de secreciones depositar durante 30 minutos en líquido antiséptico, después, enjuagar bien y aclarar con suero fisiológico y secar con una gasa estéril. Guardar en su caja cerrada para su reutilización.

- A la aspiración de secreciones: llenar previamente con dos centímetros de agua el contenedor del aspirador para que las secreciones se puedan retirar mejor del vaso del aspirador, conectar a la red eléctrica, colocar la cánula de aspiración en el tubo del aspirador y encender, lavarse las manos y ponerse guantes estériles, introducir la sonda en el orificio de la cánula madre, aspirando las secreciones previas en la entrada y cuerpo de la cánula. Posteriormente, introducir la sonda hasta la parte más interna sin aspirar, y comenzar a aspirar de abajo hacia arriba, intentado extraer todas las secreciones, al terminar se debe desechar la sonda y conectar nuevamente al ventilador o poner la cánula interna y el tapón según necesidades del paciente.

Para limpieza del aspirador primero se deben limpiar los tubos aspirando agua limpia de un contenedor, retirar el contenedor del aspirador y desechar el agua contenida y lo aspirado. Lavar con agua jabonosa y dejar secar al aire. Finalmente, volver a dejarlo montado para su próxima utilización.

Cuidados a heridas quirúrgicas y úlceras

- Realizar lavado de manos antes del contacto con las heridas quirúrgicas y úlceras.
- Vigilar cambios en la textura de la piel.
- Para la herida quirúrgica media esternal y heridas de safenectomías realizar lavado con agua y jabón, secando suavemente con esponjeo sin dejar humedad en la piel.
- Para las úlceras se debe realizar lavado con agua de irrigación y secado suavemente con esponjeo colocar ulcoderma en la zona afectada y cubrir con apósito hidrocélular y proteger con micropore. Realizar curación solo 1 vez al día o antes si el apósito llegara a humedecerse.

- Acudir con médico tratante si llegara a observar cambio de color en la piel de la periferia de la herida, enrojecimiento, salida de secreción, separación de los bordes de la herida y fiebre acompañada de escalofríos.

Cuidados postmortem

Los cuidados postmortem se empiezan después de la confirmación del diagnóstico por parte del médico responsable, el cual deberá informar a la familia cuanto antes después de verificar la identificación y parentesco.

En familias con culturas diferentes, consultar costumbres y ritos. Después de informar al médico avisar al servicio de mortuorio para que se ponga en contacto con la empresa funeraria que la familia desee. Mantener en todo momento la intimidad de la familia y permitir que tenga tiempo para estar con el fallecido si se ha pedido con anterioridad.

Identificar correctamente el cadáver y tenerlo preparado con toda la documentación para su traslado. Verificar que el paciente tenga colocada la pulsera de identificación (colocársela si no la tuviera). Los certificados de defunción serán otorgados por el médico responsable.

Se debe verificar y confirmar el fallecimiento por parte del médico, solicitar a la familia que salga de la habitación, colocarnos guantes, preparar todo el material necesario, dejar el cuerpo en decúbito supino; desconectar y retirar catéteres, vías intraóseas e intravenosas, drenajes, tubos, sueros, que llevara el fallecido, proporcionar un aseo parcial o total según sea el caso, lavar la cara, limpiar las secreciones, sangre y fluidos si las hubiera, lavar las heridas y taparlas si procede, por su extensión o porque sean muy llamativas, estirar las extremidades inferiores, juntar los tobillos y colocar los brazos a lo largo del cuerpo o doblados sobre el pecho, cerrar los ojos bajando los párpados superiores suavemente, colocarle la dentadura si es que fuese portador y cerrarle la boca intentando sujetar la mandíbula (posible sujeción con venda alrededor de la cabeza).

Realizar técnica de amortajamiento colocando algodón en todos los orificios naturales, colocar al cadáver en decúbito lateral retirar la sábana sucia y colocar una limpia en forma de rombo, girar al cadáver y colocarlo en posición supino, doblar el pico superior sobre la frente y asegurar el doblado a nivel del cuello, envolver el tórax posteriormente el abdomen y por último las extremidades inferiores.

Realizar un registro de todos los datos concernientes al fallecimiento, entregar a la familia los objetos de valor retirados del fallecido, siempre con testigos, registrando en el informe de enfermería nombre y apellidos de la persona que se hace cargo de estas pertenencias y la hora de la entrega. Recoger y limpiar lo mejor posible la habitación, o zona dónde se encuentre el cadáver.

10. Resumen de evolución actual del día 19 de febrero al día 12 de abril del 2016

Desde el día **19 al 23 de febrero**, el paciente se mantuvo sin cambio. El **24 de febrero** tuvo que ser trasladado al servicio de Terapia Intermedia por presentar deterioro en el estado de salud con hipotensión que requirió apoyo de noradrenalina, sangrado importante en herida quirúrgica media esternal, presentó datos de anemia con hemoglobina de 6.5 md/dl que requirió transfusión sanguínea, se realizó una tomografía contrastada de tórax que reportó colección retroesternal la cual se consultó con infectología quien indicó se mantuviera con tratamiento antimicrobiano de Amikacina y Ceftriaxona.

El **25 de febrero** inició tratamiento por choque séptico de origen mediastinal, los hemocultivos tomados el 24 de febrero se reportaron positivos a *serratia marcescens*. Presentó trombocitopenia y tiempos de coagulación prolongados que ameritó transfusión con múltiples concentrados plaquetarios y plasma fresco.

El **27 de febrero** reingresa a quirófano para exploración mediastinal documentando ausencia de tejido de granulación en los bordes con abundantes material fibrinopurulento y tejido friable con sangrado fácil, procedente a realización de lavado local y colocación de esponjas y sistema VAC, considerando la existencia de comunicación entre colección retroesternal y secreción de traqueostomía con la herida quirúrgica. Presentó abundantes secreciones de aspecto purulento por medio de cánula de traqueostomía que condicionaron deterioro respiratorio y reinicio de ventilación mecánica invasiva.

El **5 de marzo** se realizó cambio del sistema VAC en herida media esternal aún reportando natas fibrinopurulentas y cambio del sistema VAC en heridas de safenectomías. Se presentó hipertenso por lo que requirió inicio de tratamiento con nitroglicerina.

El **8 de marzo** se realizó un cuarto lavado quirúrgico. El **12 de marzo** el quinto lavado y cambio del sistema VAC. Presentó deterioro de la eliminación renal con

oliguria y elevación de azoados, el **14 de marzo** se inició terapia de ultrafiltración por medio de catéter niagara yugular izquierdo.

El **15 de marzo** se realizó sexto lavado quirúrgico con cambio de sistema VAC. Debido a que el paciente se mantuvo con sepsis prolongada se decidió realizar esternectomía total el día **19 de marzo** encontrándose esternón necrótico, se colocó nuevamente sistema VAC. El mismo día se colocó drenaje en herida de safenectomía en pierna derecha y en pierna izquierda, se drenó absceso inguinal de aproximadamente 20cm, con abundante salida de líquido purulento fétido, se realizó lavado y se colocó sistema VAC con succión de 125 cmH₂O. Se reportó sangrado de capa de mediastino y de pierna izquierda sin lograr identificar punto de sangrado, se le administraron 3 plasmas y 1 paquete globular con lo que se mostró con mejoría. Se encontró abertura en pleura derecha que ameritó se realizara cierre directo y colocación de sonda pleural.

El **26 de marzo** se realizó cambio en sistema VAC de pierna izquierda reportando presencia de material purulento.

De acuerdo a infectología se modificó tratamiento antimicrobiano debido a que el paciente continuó con aislamiento por *E.coli* multirresistente positivo en heridas de safenectomías, urocultivo positivo a *enterobacter aerogenes*, cultivos de biopsias mediastinales positivos a *pseudomona aeruginosa* y *enterobacter aerogenes*, cultivo de biopsia de hueso esternal positivo a *pseudomona aeruginosa*, *serratia marcenses* y *staphylococo epidermidis*, cultivo de líquido mediastinal positivo a *pseudomona aeruginosa* y *staphylococo epidermidis*. Había permanecido con Tigeciclina, Fluconazol y Amikacina desde el 27 de febrero hasta el 7 de marzo en donde se incluyó al tratamiento Meropenem.

El **16 de marzo** se reportó crecimiento de *Enterococo faecalis* en herida quirúrgica de pierna derecha, motivo por el cual se agregó cobertura con Daptomicina suspendiendo la Amikacina.

Desde el **31 de marzo** permaneció en malas condiciones generales con deterioro de función respiratoria que ameritó ajustes en parámetros de ventilador aun con inestabilidad hemodinámica motivo por el cual impidió continuar con tratamiento dialítico. Las heridas quirúrgicas en miembro inferior izquierdo se mantuvieron con abundante descarga purulenta, cursando con hipotensión a pesar de aminas vasoactivas y antibióticos de amplio espectro. Se decide su traslado a tercer piso de hospitalización para cuidados paliativos ya sin terapia antimicrobiana y fármacos vasopresores.

Al reingreso a 3er piso presentó mala evolución, con choque séptico de origen mediastinal refractario a antibióticos de amplio espectro, manteniéndose con falla multiorgánica. El **12 de abril** presento asistolia, se proporcionaron maniobras de reanimación sin presentar respuesta, se declaró hora de fallecimiento a las 15:40 horas.

11. Discusión

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos sanitarios, se encuentran entre las principales causas de defunción y aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, infecciones en vías urinarias y vías respiratorias inferiores, ocurridas con mayor frecuencia en unidades de cuidados intensivos y en quirófanos. Existe mayor prevalencia en pacientes de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia, estancia hospitalaria prolongada, uso de múltiples dispositivos invasivos que genera mayor contacto físico del trabajador de la salud, además de la manipulación de equipos o productos médicos.

La incidencia de las infecciones nosocomiales son un problema que hoy en día continúa siendo una de las complicaciones de mayor riesgo en los establecimientos hospitalarios a pesar de los rigurosos programas para el control de las infecciones. Dentro de las complicaciones más graves se encuentra el choque séptico, el cual muestra una incidencia incrementada en pacientes menores de 1 año o mayores de 60 años de edad, inmunocomprometidos, uso previo de antibióticos, resistencia antimicrobiana, pacientes con heridas quirúrgicas, con adicciones y con procedimientos invasivos.

Es importante mencionar que agregada a la incidencia de las infecciones nosocomiales se encuentran las úlceras por presión, originadas en muchas ocasiones por factores como: la inmovilización prolongada, la edad, la disminución del gasto cardíaco, la falta de lubricación e hidratación de la piel que genera en pacientes con estancia hospitalaria prolongada o que debido a su condición física no puedan satisfacer sus necesidades por sí mismos el desarrollo de lesiones agregadas al padecimiento.

Dentro de los derechos de los pacientes se estipula que son merecedores de recibir cuidados de calidad, ya que de acuerdo al aspecto legal, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona en el artículo 4to que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; la Ley General de Salud en el artículo 51 menciona que el paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, así como recibir atención profesional y éticamente responsable y; el Código Penal Federal en el artículo 288 menciona que bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones y contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa. Por ende, la atención de salud debe considerar todos aquellos factores que influyen de manera intrínseca y extrínseca de la persona para prevenir complicaciones que agraven el estado clínico condicionando a la persona a una estancia hospitalaria prolongada.

Además un adecuado uso de las precauciones estándar y de las técnicas de asepsia ayuda a prevenir complicaciones en el estado de salud de los pacientes, ya que constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de pacientes.

12. Conclusiones

La realización del proceso de atención de enfermería permite implementar planes de cuidados con intervenciones específicas que nos ayudan a resolver problemas y necesidades alteradas de la persona con afección cardiovascular, dando siempre prioridad al cuidado holístico.

Es fundamental que el personal de enfermería cuente con los conocimientos suficientes y juicio crítico que le permita tomar decisiones asertivas al brindar atención y cuidado, favoreciendo con ello la autonomía e independencia de la persona.

Es de importancia el realizar un plan de alta que nos permita otorgar educación al paciente de acuerdo a su nivel de estudios, a cerca de los cuidados extra hospitalarios que se deben realizar para lograr una evolución favorable, evitar reingresos frecuentes y ayudar a un apego al tratamiento farmacológico, sin embargo debido a que el paciente falleció, se tuvo que realizar de segunda instancia un plan de cuidados posmortem.

Mi experiencia personal al realizar el proceso de atención de enfermería fue satisfactoria ya que pude aprender la importancia de brindar cuidados específicos a una persona de acuerdo a su patología, condición clínica, estado de salud, enfermedad y muerte. Comprendí que a pesar de que a nivel mundial las enfermedades cardiovasculares sean repetitivas, se debe evitar generalizar la atención y los cuidados, ya que cada paciente posee necesidades diferentes.

13. Referencias bibliográficas

1. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Tresguerres JAF, Villanúa MA, López - Calderón A. Anatomía y fisiología del cuerpo humano. 1ª ed. España: McGraw-Hill; 2009.
3. Martínez H. Los aneurismas de la aorta torácica y su enfoque terapéutico. Arch. Cardiol. Méx [internet]. Junio 2006 [citado mar 2016]; 76 (2): [aprox. 4p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000600015.
4. Vega J, Gonzalez D, Yankovic W, Oroz J, Guaman R, Castro N. Aneurismas de la aorta torácica. Historia natural, diagnóstico y tratamiento. Rev Chil Cardiol [internet]. 2014 [citado mar 2016]; 33 (2): 127-135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602014000200007.
5. Albertos J, Pueyo J, Zarzar J, Moran E, Jorda R, Merino A. Enfermedades de la aorta y su tratamiento con endoprótesis aórticas. Medicina Balear [internet]. 2009 [citado abr 2016]; 24 (2): 12-18. Disponible en: <http://www.medicinabalear.org/numeros%20anteriores/revistas/VOL24/Vol24%20N2/originales24n2.pdf>.
6. Ramírez AF, Careaga G, Téllez S, Argüero R. Tratamiento quirúrgico de los aneurismas de la aorta torácica. Rev Mex Cardiol [internet]. 2003 [citado abr 2016]; 14 (4): 118-127. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2003/h034b.pdf>.
7. Forteza A, Cortina JM, Sánchez V, Centeno J, López MJ, Pérez E. Experiencia inicial con la preservación de la válvula aórtica en el síndrome de Marfan. Rev Esp Cardiol [internet]. 2007 [citado may 2016]; 60 (05): 471. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/experiencia-inicial-con-preservacion-valvula/articulo/13106179/>.
8. Favalaro R, Casabé JH, Segura M, Abud J, Casas J, López C, Dulbecco E, Raffaelli H. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la aorta

- ascendente en el síndrome de Marfan. Resultados inmediatos y a largo plazo. Rev Esp Cardiol [internet]. 2008 [citado may 2016]; 61 (08): 884. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/tratamiento-quirurgico-las-complicaciones-aorta/articulo/13125000/>.
9. Concha M. Tratamiento quirúrgico de la raíz de la aorta. Cir Cardio [internet]. 2007 [citado may 2016]; 14(4):305-10. Disponible en: <http://appswl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA0004N&piiltem=S113400960770236X&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>.
 10. Pérez VMA, Poblano MM, Aguirre SJ, Martínez SJ. Indicaciones actuales de cirugía de revascularización coronaria (CRVC), experiencia del Centro Médico ABC. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int [internet]. 2007 [citado may 2016]; 21(2):105-108. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11984>.
 11. Pérez E. Indicaciones de la cirugía de revascularización miocárdica. Cir Cardio [internet]. 2006 [citado may 2016]; 13(4):245. Disponible en: <http://appswl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA0004N&piiltem=S1134009606702893&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>.
 12. García ML, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto Enferm [internet]. 2011 [citado mar 2016]; 20: 74-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>.
 13. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. México: Manual Moderno; 1999.
 14. Nettina S. Manual de Enfermería Práctica de Lippincott. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
 15. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [internet]. 2010 [citado mar 2016]; 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.

16. King EM, Wieck L, Dyer M. Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1989.
17. Sierra M. Preescolar con alteración de las necesidades básicas secundario a tetralogía de Fallot [estudio de caso]. México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009.
18. Muñana – Rodríguez JE, Ramírez – Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm. univ [internet]. 2014 [citado jul 2016]; 11 (1): 24 – 35. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>.
19. Islas-Pérez J. Atención de enfermería a una persona con sospecha de daño tisular profundo. Rev Mex de Enf Cardiol [internet]. 2014 [citado jul 2016]; 22 (2): 60-69. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142d.pdf>.
20. Ortega MC, Leija C, Puntunet M. Manual de Evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. 2ª ed. México: Medica Panamericana; 2009.
21. NANDA International, diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. España: Elsevier; 2009.
22. Jonhson M. Interrelaciones nandaníc y noc. Segunda edición. España: Editorial elsevier; 2007.
23. Guía de práctica clínica. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Instituto Mexicano del Seguro Social [internet]. 2009. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>.
24. Brigadier G. Medical Research Council of the UK, Aids to the investigation of Peripheral Nerve Injuries. London, Pendragon House; 1976.
25. Larrea B, Ávila M, Roddatz C. Manejo del dolor en pacientes quemados. Rev Chil Anest [internet]. 2015 [citado jul 2016]; 44(1): 78-95. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados/>.

14. Anexos

Anexo 1 Formato de valoración de enfermería del INCICH.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXAHUSTIVA				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre _____	Sexo _____	Edad _____	Servicio _____	No. Cama _____ Registro _____
Institución _____	Escolaridad _____	Estado civil _____	Institución _____	
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 _____		
Nº de habitaciones _____		Tipo de fauna _____		
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta _____				
Dx Médico reciente _____				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) _____				
Antecedentes de salud familiar _____				
Antecedentes de estudios recientes _____				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Área pulmonar				
FR _____ resp x min	Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/>		Disnea: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Anormales <input type="checkbox"/>	Vesicular <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Broncovesiculares <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuánto tiempo lleva fumando? _____		Cuántos cigarrillos al día? _____	
Suplemento de O ₂ : Nebulizador _____	O ₂ _____	Catéter nasal _____	Lts x min _____	Sat O ₂ : _____
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/>	# de cánula _____	Modalidad: _____	
Vol. Corr: _____	FiO ₂ : _____	Flujo: _____	P. soporte: _____	PEEP _____ Sensibilidad _____
Gasometría arterial	Hora _____	PO ₂ _____	PCO ₂ _____	pH _____ HCO ₃ _____
Gasometría venosa	Hora _____	Parámetros _____		
Color de piel y mucosas: Palidez <input type="checkbox"/>	Cianosis central <input type="checkbox"/>	Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	Otros: _____	
Control radiológico: Normal Si <input 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: _____				

Area Cardiopulmonar

Fc: _____ Lat x min Presión arterial: _____ PANI _____ Invasiva _____ Perfil Hemodinámico:	Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente Carotídeo _____ Humeral _____ Radial _____ Popíteleo _____ Pedio _____ Femoral _____
---	--

Llenado capilar: Miembro torácico. _____ seg Miembro pélvico. _____ 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.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

Marcapasos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____ _____	Trazo ECG Ritmo _____ Alteraciones: _____
---	--

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

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION

Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____ Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel _____ Características del cabello _____
Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) Carne blanca (pollo, pescado) 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 Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día
Consumo golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras _____ por día _____ 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: Mucosa oral _____ Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Caries _____ Uso de prótesis dental: _____ Datos subjetivos: _____ Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
--	---

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Patrón urinario: Frecuencia: _____ Veces al día Características _____
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente
 Color: Normal Hematúrica Coliurica Otros _____ Uso de diuréticos Si No
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis 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 _____ Menstruación Vol Alto Medio Bajo FUM _____
 Datos subjetivos _____
 Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura _____ Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

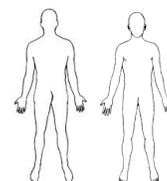
5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	Dehisciente	<input type="checkbox"/>
2. Úlcera por presión	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>
3. Úlcera venosa	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>
4. Úlcera diabética	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>
5. Otra _____		<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>



Localización: _____

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si 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 mayor, vejez) _____

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No **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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

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

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólica Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardiacas _____ Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No 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 ¿cuál es la causa? _____ Nº de horas _____

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

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ 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 COMUNICACION

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

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud 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 de 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 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 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 Cuál? _____Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia **12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE**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 los que realiza actualmente Si No Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales 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 y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____
 Cuál es su diversión preferida? _____
 Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No
 Etapa reproductiva Si No Menarca _____ Uso de método para control natal _____
 N° embarazos _____ Eutócicos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Óbitos _____
Vida sexual activa Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No Con que lo relaciona? _____
 Andropausia Si No Menopausia Si No
 Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____
 Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

Anexo 2 Escala de Phaneuff: grado de dependencia e independencia

Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por sí mismo sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su hemostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su hemostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente su tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.

Sierra M. Preescolar con alteración de las necesidades básicas secundario a tetralogía de Fallot [estudio de caso]. México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009.

Anexo 3

Consentimiento informado

Respetado (a) señor (a) Blanca Gutierrez Muñoz
por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización de un estudio de caso para obtener el título de Licenciada en enfermería y obstetricia en base a la realización de un proceso enfermero titulado: "Proceso enfermero aplicado a una persona de cambio valvular aórtico con técnica de Bentall y De Bono" que se ha redactado como parte de una modalidad de titulación.

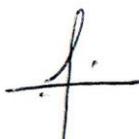
Sera desarrollado durante la realización del servicio social en el servicio de 3er piso Cardiología adultos A del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

La información obtenida a través de su colaboración, tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre y el de su familiar no se harán públicos por ningún medio.

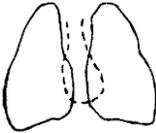
En consideración de lo anterior se agradece su participación voluntaria en la realización de esta prueba (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio asignado).

Yo Blanca Gutierrez Muñoz Identificado con el documento anterior, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización del proceso enfermero en el lugar previsto por la autora del trabajo investigativo.

En constancia firma:



Anexo 4 Formato de valoración exhaustiva del día 12/02/2016.

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA 12/02/2016.				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre <u>RGT</u> Sexo <u>M</u> Edad <u>70</u> Servicio <u>3er piso</u> No. Cama <u>317</u> Registro <u>349298</u>	<u>Cardiología</u> <u>Adultos A</u>			
Institución <u>INCICH</u> Escolaridad <u>primaria</u> Estado civil <u>casado</u>				
Lugar de procedencia <u>Oregon, EUA.</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
BGM	65	Esposa	Ama de casa	
HGG	25	Hijo	Estudiante	
MGG	30	Hijo	Trabajador independiente	
JGG	34	Hijo	Trabajador independiente	
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA				
Total de ingresos mensuales _____				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda <u>Concreto</u> Servicios con que cuenta <u>todos</u>				
Nº de habitaciones <u>2</u> Tipo de fauna <u>0</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta <u>Referido de hospital de Cuautitlán</u>				
Dx Médico reciente <u>Posoperado de cambio valvular aórtico con técnica de bentall y de bono y revascularización coronaria</u>				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Cirugía por hernioplastia inguinal izquierda a los 55 años.</u>				
Antecedentes de salud familiar _____				
Antecedentes de estudios recientes <u>Angiotomografía</u>				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Area pulmonar				
FR <u>20</u> resp x min Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si <input checked="" type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I II III <input checked="" type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características <u>Espesas verdosas</u>				
Dificultad para la expectoración: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Anormales Estertores Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____				
Suplemento de O ₂ : Nebulizador <u>98%</u> O ₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O ₂ : _____				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____ FiO ₂ : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial Hora _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____				
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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: _____				

Area Cardiopulmonar

Fc: 92 Lat x min Presión arterial: 121/71 mmHg
 PANI _____ Invasiva _____
Perfil Hemodinámico:

Pulso (anotar características):
 N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente
 Carotídeo N Humeral N Radial N
 Popíteo N Pedio N Femoral N

Llenado capilar: Miembro torácico. 2 seg Miembro pélvico. 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.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

Marcapasos: Si No Temporal Definitivo
 Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____
 Datos subjetivos: _____

Trazo ECG
 Ritmo _____ Alteraciones: _____

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

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION

Peso: 80 kg Talla: 1.74 m Índice de masa corporal (IMC): 26.4 Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel Tez clara Características del cabello Canoso con alopecia en la región media cefálica.
Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) Carne blanca (pollo, pescado) 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 Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día
Consumo golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras _____ por día _____ 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:
 Mucosa oral Semi -hidratadas Dentadura Completa Incompleta
 Caries _____ Uso de prótesis dental: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Patrón urinario: Frecuencia: 5 Veces al día Características Orina colorica sin mal olor
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente
 Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis 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 subjetivos _____
 Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura 36.5 °C Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

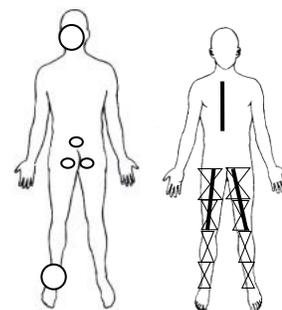
5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input checked="" type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/> Dehisciente	<input type="checkbox"/>
2. Úlcera por presión	<input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada <input type="checkbox"/>
3. Úlcera venosa	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada <input type="checkbox"/>
4. Úlcera diabética	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada <input type="checkbox"/>
5. Otra	Safenectomías derecha e izquierda	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Dehisciente <input checked="" type="checkbox"/>



Datos subjetivos: úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal afrontada con grapas cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocelular, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocelular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje.

Dependencia

Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si 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 mayor, vejez) Adulto mayor

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No 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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

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

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólica Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardiacas _____ Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No 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 ¿cuál es la causa? Abundantes secreciones y tos nocturna N° de horas 4

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

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ 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 Inca ~~pez~~

Limitaciones físicas para la comunicación: Cánula de traqueostomía

Se expresa en otra lengua Si No Cuál? _____

Manifiesta:
Emociones y sentimientos Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud 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 de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

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

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece 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

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 Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

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 los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales 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? Diario

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____
 Cuál es su diversión preferida? _____

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

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 Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

Anexo 5 Escala de coma de Glasgow

Tabla 1 Apertura ocular		
Respuesta	Descripción	Valor
Espontánea	Abre los ojos espontáneamente	4 puntos
Al hablarle	Hay apertura al estímulo verbal, no necesariamente por la orden "abra los ojos", puede tratarse de cualquier frase	3 puntos
Al dolor	No abre los ojos con los estímulos anteriores, abre los ojos con estímulos dolorosos	2 puntos
Ninguna	No abre los ojos ante ningún estímulo	1 punto

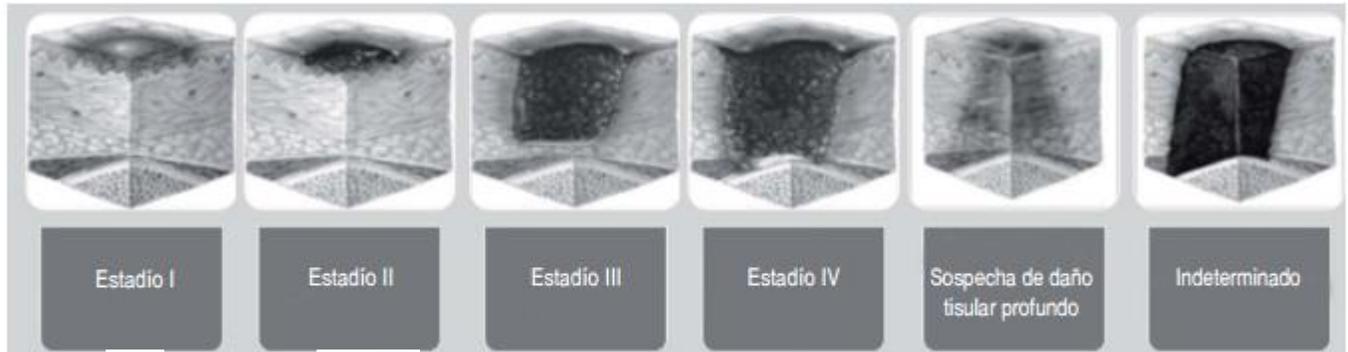
Tabla 2 Respuesta verbal		
Respuesta	Descripción	Valor
Orientada	En tiempo, lugar y persona	5 puntos
Confusa	Puede estar desorientado en tiempo, lugar o persona (o en todos), tiene capacidad de mantener una conversación, sin embargo no proporciona respuestas precisas	4 puntos
Palabras inapropiadas	Usa palabras que tienen poco o ningún sentido, las palabras pueden decirse gritando, esporádicamente o murmurando	3 puntos
Sonidos incomprensibles	Hace sonidos ininteligibles (quejidos o gemidos)	2 puntos
Ninguno	No emite sonidos ni habla	1 punto

Si el paciente se encuentra intubado o con traqueotomía debe ser documentado, de igual forma si presenta afasia u otro tipo de disfasia, además de las mencionadas anteriormente.

Tabla 3 Respuesta motora		
Respuesta	Descripción	Valor
Obedece órdenes	Sigue órdenes, inclusive si hay debilidad	6 puntos
Localizada	Se intenta localizar o eliminar los estímulos dolorosos	5 puntos
De retirada	Se aleja de estímulos doloroso o puede flexionar el brazo hacia la fuente de dolor, pero en realidad no localizar o eliminar la fuente de dolor	4 puntos
Flexión anormal	Flexión anormal y aducción de los brazos, además de extensión de miembros pélvicos con flexión plantar (posición de decorticación)	3 puntos
Extensión anormal	Aducción y rotación interna de las extremidades superiores e inferiores (descerebración)	2 puntos
Ninguna	No hay respuesta, incluso con estímulos dolorosos	1 punto

Muñana – Rodríguez JE, Ramírez – Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm. univ [internet]. 2014 [citado jul 2016]; 11 (1): 24 – 35. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>.

Anexo 6 Clasificación de las úlceras por presión



Estadio I. Cambios de coloración, consistencia o temperatura con una epidermis intacta.

Estadio II. Pérdida de la epidermis, se presenta como flictena intacta o rota. Úlcera superficial brillante o seca sin esfacelo o hematoma.

Estadio III. Pérdida completa del tejido. Atraviesan el espesor total de la piel (dermis), tejido celular subcutáneo y penetran hasta antes de la fascia muscular (los huesos, tendones o músculos no están expuestos). Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

Estadio IV. Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Una vez que la úlcera ha penetrado la fascia, indica que la presión dañó los tejidos más profundos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Existe tejido necrótico y exudado abundante, el hueso o músculo es visible o directamente palpable.

Sospecha de daño tisular profundo. Se estableció para diferenciarlas del estadio I, ya que éstas se identifican también con un cambio de coloración (violáceo) evidenciando que la presión ya generó un daño mayor y que se trata de la formación de una úlcera profunda en proceso; la piel puede estar intacta o formar una ampolla llena de sangre.

Estadio indeterminado. Se caracteriza por la presencia de una escara o tejido necrótico que no permite valorar la profundidad de la misma. Para poder determinar el estadio, es necesario desbridar dicho tejido

Anexo 8 Valoración del riesgo de caídas

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE		
Factores de riesgo		Puntos
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Paciente sin factores de riesgo evidentes		1
Total de puntos		10
DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 – 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde

Ortega MC, Leija C, Puntunet M. Manual de Evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. 2ª ed. México: Medica Panamericana; 2009.

Anexo 9 Resultados de laboratorios de valoración exhaustiva.

Laboratorios	Resultados	Valores de referencia
Plaquetas	164 10 ³ /μl	150 – 450 10 ³ /μl
Leucocitos	8.47 10 ³ /μl	4.0 – 10.5 10 ³ /μl
Calcio	9.48 mg/dl	8.50 – 10.50 mg/dl
Creatinina	1.0 mg/dl	0.70 – 1.30 mg/dl
BUN	40 mg/dl	8 – 18 mg/dl
Potasio	4.7 mmol/L	3.55 – 5.20 mmol/L
Magnesio	2.8 mg/dl	1.8 – 3.6 mg/dl
Sodio	148 mmol/L	136 – 145 mmol/L
Hemoglobina	15.8 g/dl	14.5 – 17.7 g/dl

Laboratorio clínico del INCICH.

Anexo 10 Escala de fuerza muscular modificada del MRC (Medical Research Council)

0 Ausente: parálisis total.

1 Mínima: contracción muscular visible sin movimiento

2 Escasa: movimiento eliminada la gravedad.

3 Regular: movimiento parcial sólo contra gravedad. 3+ Regular +: movimiento completo sólo contra gravedad.

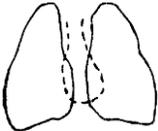
4- Buena -: movimiento completo contra gravedad y resistencia mínima. Buena: movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada.

4+ Buena +: movimiento completo contra gravedad y fuerte resistencia.

5 Normal: movimiento completo contra resistencia total.

Brigadier G. Medical Research Council of the UK, Aids to the investigation of Peripheral Nerve Injuries. London, Pendragon House; 1976.

Anexo 11 Formato de valoración focalizada del día 16/02/2016.

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA 16/02/2016.				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre <u>RGT</u> Sexo <u>M</u> Edad <u>70</u> Servicio <u>3er piso</u> <u>Cardiología</u> No. Cama <u>317</u> Registro <u>349298</u> <u>Adultos A</u>				
Institución <u>INCICH</u> Escolaridad <u>primaria</u> Estado civil <u>casado</u>				
Lugar de procedencia <u>Oregon, EUA.</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
BGM	65	Esposa	Ama de casa	
HGG	25	Hijo	Estudiante	
MGG	30	Hijo	Trabajador independiente	
JGG	34	Hijo	Trabajador independiente	
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA				
Total de ingresos mensuales _____				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda <u>Concreto</u> Servicios con que cuenta <u>todos</u>				
Nº de habitaciones <u>2</u> Tipo de fauna <u>0</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta <u>Referido de hospital de Cuautitlán</u>				
Dx Médico reciente <u>Posoperado de cambio valvular aórtico con técnica de bentall y de bono y revascularización coronaria</u>				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Cirugía por hernioplastia inguinal izquierda a los 55 años.</u>				
Antecedentes de salud familiar _____				
Antecedentes de estudios recientes <u>Angiotomografía</u>				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Area pulmonar				
FR <u>22</u> resp x min Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si <input checked="" type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I II III <input checked="" type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características <u>Abundantes, espesas color amarillo - verdosas</u>				
Dificultad para la expectoración: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Anormales Estertores Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____				
Suplemento de O ₂ : Nebulizador <u>98%</u> O ₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O ₂ : _____				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____ FiO ₂ : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial Hora _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____				
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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: _____				

Area Cardiopulmonar

Fc: 90 Lat x min Presión arterial: 110/74 mmHg
 PANI _____ Invasiva _____
 Perfil Hemodinámico:

Pulso (anotar características):
 N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente
 Carotídeo N Humeral N Radial N
 Popíteo N Pedio N Femoral N

Llenado capilar: Miembro torácico. 2 seg Miembro pélvico. 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.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

Marcapasos: Si No Temporal Definitivo
 Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____
 Datos subjetivos: _____

Trazo ECG
 Ritmo _____ Alteraciones: _____

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

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION

Peso: 80 kg Talla: 1.74 m Índice de masa corporal (IMC): 26.4 Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel Tez clara Características del cabello Canoso con alopecia en la región media cefálica.
 Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) Carne blanca (pollo, pescado) Verduras Frutas Cereales Lácteos Leguminosas Vegetales
 Cantidad de:
 Sal Azúcar N° 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 Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día
 Consume golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras _____ por día _____ 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:
 Mucosa oral Semi -hidratadas Dentadura Completa Incompleta
 Caries _____ Uso de prótesis dental: _____
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Patrón urinario: Frecuencia: 4 Veces al día Características Orina colorica sin mal olor
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente
 Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis

Patrón intestinal Frecuencia habitual 2 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 subjetivos _____
 Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura 36 °C Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

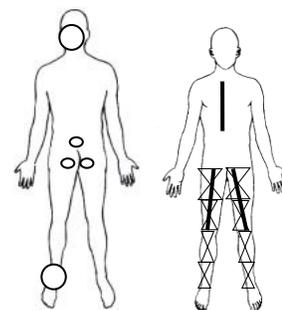
5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input checked="" type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/> Dehisciente
2. Úlcera por presión	<input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>
3. Úlcera venosa	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>
4. Úlcera diabética	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>
5. Otra	Safenectomías derecha e izquierda	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Dehisciente <input checked="" type="checkbox"/>



Datos subjetivos: úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal afrontada con grapas con salida de secreción purulenta, cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocélular, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscientes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje.

Dependencia

Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si Localización Miembros pélvicos Intensidad 1 2 3 4 6 7 8 9 10

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

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No 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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

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

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólicas Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No 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 ¿cuál es la causa? Abundantes secreciones y tos nocturna N° de horas 4

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

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ 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 Incaz

Limitaciones físicas para la comunicación: Cánula de traqueostomía

Se expresa en otra lengua Si No Cuál? _____

Manifiesta:

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

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud 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 de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

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

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

Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece 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

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 Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

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 los que realiza actualmente Si No

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

Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

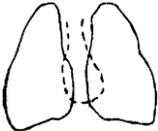
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS	
Requiere de apoyo para vestirse?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de ropa que le gusta usar _____
El cambio de ropa cada cuando lo realiza?	_____ diario
La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
Qué actividad realiza en su tiempo libre?	_____
Cuál es su diversión preferida?	_____
Su estado de salud modificó su forma de divertirse?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Etapa reproductiva Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Menarca _____	Uso de método para control natal _____
Nº embarazos _____	Eutócicos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Óbitos _____
Vida sexual activa Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con que lo relaciona? _____	
Andropausia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menopausia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Apoyo hormonal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál en caso afirmativo? _____	
Datos subjetivos _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>

Anexo 12 Escala de EVA 13



Larrea B, Ávila M, Roddatz C. Manejo del dolor en pacientes quemados. Rev Chil Anest [internet]. 2015 [citado jul 2016]; 44(1): 78-95. Disponible en: <http://revistachileneanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados/>.

Anexo 13 Formato de valoración focalizada del día 17/02/2016.

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA 17/02/2016.				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre <u>RGT</u> Sexo <u>M</u> Edad <u>70</u> Servicio <u>3er piso Cardiología Adultos A</u> No. Cama <u>317</u> Registro <u>349298</u>				
Institución <u>INCICH</u> Escolaridad <u>primaria</u> Estado civil <u>casado</u>				
Lugar de procedencia <u>Oregon, EUA.</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
BGM	65	Esposa	Ama de casa	
HGG	25	Hijo	Estudiante	
MGG	30	Hijo	Trabajador independiente	
JGG	34	Hijo	Trabajador independiente	
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA				
Total de ingresos mensuales _____				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda <u>Concreto</u> Servicios con que cuenta <u>todos</u>				
Nº de habitaciones <u>2</u> Tipo de fauna <u>0</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta <u>Referido de hospital de Cuautitlán</u>				
Dx Médico reciente <u>Posoperado de cambio valvular aórtico con técnica de bentall y de bono y revascularización coronaria</u>				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Cirugía por hernioplastia inguinal izquierda a los 55 años.</u>				
Antecedentes de salud familiar _____				
Antecedentes de estudios recientes <u>Angiotomografía</u>				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Area pulmonar				
FR <u>17</u> resp xmin Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si <input checked="" type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I II III <input checked="" type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características <u>Abundantes, espesas amarillo - verdosas</u>				
Dificultad para la expectoración: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Anormales Estertores Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____				
Suplemento de O ₂ : Nebulizador <u>60%</u> O ₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O ₂ : _____				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____ FiO ₂ : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial Hora _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____				
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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: _____				

Area Cardiopulmonar

Fc: <u>89</u> Lat x min Presión arterial: <u>119/73</u> mmHg PANI _____ Invasiva _____ Perfil Hemodinámico: _____	Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente Carotídeo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u> Popíteo <u>N</u> Pedio <u>N</u> Femoral <u>N</u>
--	---

Llenado capilar: Miembro torácico. 2 seg Miembro pélvico. 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.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

Marcapasos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____	Trazo ECG Ritmo _____ Alteraciones: _____
---	---

Soporte Cardiaco: Si No Inotrópicos: Si No

Otros: _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION

Peso: 80 kg Talla: 1.74 m Índice de masa corporal (IMC): 26.4 Diámetro cintura: _____

Coloración de la piel Tez clara Características del cabello Canoso con alopecia en la región media cefálica.

Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) Carne blanca (pollo, pescado) 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 Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día

Consumo golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras _____ por día _____ 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:
 Mucosa oral Semi -hidratadas Dentadura Completa Incompleta

Caries _____ Uso de prótesis dental: _____
 Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Patrón urinario: Frecuencia: 5 Veces al día Características Orina colorica sin mal olor

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente

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

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis 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 subjetivos _____

Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura 36.4 °C Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

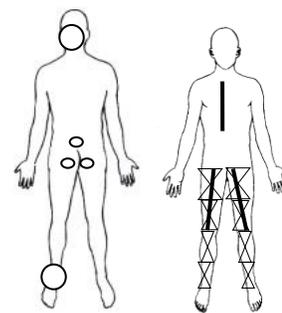
5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

- | | | | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Quirúrgica | Proceso de cicatrización | <input type="checkbox"/> Infectada | <input type="checkbox"/> Dehiscente | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Úlcera por presión | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> III IV | Proceso de cicatrización | <input type="checkbox"/> Infectada | <input type="checkbox"/> |
| 3. Úlcera venosa | I II III IV | Proceso de cicatrización | <input type="checkbox"/> Infectada | <input type="checkbox"/> |
| 4. Úlcera diabética | I II III IV | Proceso de cicatrización | <input type="checkbox"/> Infectada | <input type="checkbox"/> |
| 5. Otra | Safenectomías derecha e izquierda | Proceso de cicatrización | <input type="checkbox"/> Dehiscente | <input checked="" type="checkbox"/> |



Datos subjetivos: úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal con bordes dehiscentes afrontada con grapas alternas con salida de abundante secreción purulenta, aparente espacio muerto, cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocélular, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscentes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje.

Dependencia

Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si 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 mayor, vejez) Adulto mayor

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No 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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

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

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólicas Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No 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 ¿cuál es la causa? Abundantes secreciones y tos nocturna N° de horas 4

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

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ 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 Incaja

Limitaciones físicas para la comunicación: Cánula de traqueostomía

Se expresa en otra lengua Si No Cuál? _____

Manifiesta:

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

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud 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 de 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 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

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 Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

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 los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales 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? diario

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____

Cuál es su diversión preferida? _____

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

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 Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

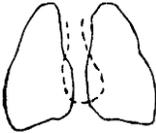
Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

Anexo 14 Formato de valoración focalizada del día 18/02/2016.

 INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA 18/02/2016.				
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre <u>RGT</u> Sexo <u>M</u> Edad <u>70</u> Servicio <u>3er piso Cardiología Adultos A</u> No. Cama <u>317</u> Registro <u>349298</u>				
Institución <u>INCICH</u> Escolaridad <u>primaria</u> Estado civil <u>casado</u>				
Lugar de procedencia <u>Oregon, EUA.</u>				
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL				
a) ESTRUCTURA FAMILIAR				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
BGM	65	Esposa	Ama de casa	
HGG	25	Hijo	Estudiante	
MGG	30	Hijo	Trabajador independiente	
JGG	34	Hijo	Trabajador independiente	
b) ESTRUCTURA ECONÓMICA				
Total de ingresos mensuales _____				
c) MEDIO AMBIENTE				
Tipo de vivienda <u>Concreto</u> Servicios con que cuenta <u>todos</u>				
Nº de habitaciones <u>2</u> Tipo de fauna <u>0</u>				
III. HISTORIA DE SALUD				
Motivo de la consulta <u>Referido de hospital de Cuautitlán</u>				
Dx Médico reciente <u>Posoperado de cambio valvular aórtico con técnica de bentall y de bono y revascularización coronaria</u>				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Cirugía por hernioplastia inguinal izquierda a los 55 años.</u>				
Antecedentes de salud familiar _____				
Antecedentes de estudios recientes <u>Angiotomografía</u>				
Tratamientos prescritos _____				
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN				
Area pulmonar				
FR <u>17</u> resp xmin Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: Si <input checked="" type="checkbox"/> Clase funcional NYHA: I II III <input checked="" type="checkbox"/>				
Secreciones bronquiales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Características <u>Abundantes, espesas amarillo - verdosas</u>				
Dificultad para la expectoración: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Anormales Estertores Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____				
Suplemento de O ₂ : Nebulizador <u>60%</u> O ₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O ₂ : _____				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____ FiO ₂ : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial Hora _____ PO ₂ _____ PCO ₂ _____ pH _____ HCO ₃ _____				
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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: _____				

Area Cardiopulmonar

Fc: <u>80</u> Lat x min Presión arterial: <u>120/78</u> mmHg PANI _____ Invasiva _____ Perfil Hemodinámico: _____	Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente Carotídeo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u> Popíteo <u>N</u> Pedio <u>N</u> Femoral <u>N</u>
--	---

Llenado capilar: Miembro torácico. <u>2</u> seg Miembro pélvico. <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 Si <input type="checkbox"/> No <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 checked="" type="checkbox"/> Sitio: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>		
Acrocianosis M.Torácicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/> M.Pélvicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>		

Marcapasos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____	Trazo ECG Ritmo _____ Alteraciones: _____
---	---

Soporte Cardiaco: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Inotrópicos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Otros: _____ Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>

2. NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION

Peso: <u>80</u> kg	Talla: <u>1.74</u> m	Índice de masa corporal (IMC): <u>26.4</u>	Diámetro cintura: _____
Coloración de la piel <u>Tez clara</u> Características del cabello <u>Canoso con alopecia en la región media cefálica.</u>			
Días a la semana que consume: Carne roja (res, cerdo) <input type="checkbox"/> Carne blanca (pollo, pescado) <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Leguminosas <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/>			
Cantidad de: Sal <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Nº de tortillas <input type="checkbox"/> Pan blanco <input type="checkbox"/> pzas Pan dulce <input type="checkbox"/> veces por día <input type="checkbox"/> a la semana Agua natural _____ Litros por día Agua con frutas naturales _____ Litros por día Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día Gaseosas _____ por día Café _____ por día Té _____ por día			
Consume golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Frituras _____ por día _____ 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: Mucosa oral <u>Semi -hidratadas</u> Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Caries _____ Uso de prótesis dental: _____ Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Patrón urinario: Frecuencia: <u>4</u> Veces al día Características <u>Orina colorica sin mal olor</u>	
Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polaquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/>	
Color: Normal <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Coliúrica <input checked="" type="checkbox"/> Otros _____ Uso de diuréticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input checked="" type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/>	
Patrón intestinal Frecuencia habitual <u>2</u> veces al día	
Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>	
Características Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> c/sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/>	
Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Uso de laxantes Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Dispositivos de drenaje _____ Menstruación <input type="checkbox"/> Vol Alto Medio Bajo FUM _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura 36.6 °C Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

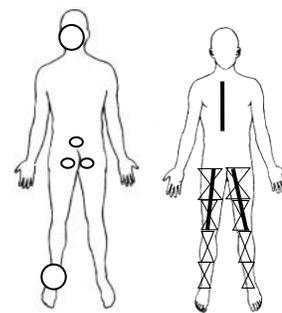
5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/> Dehisciente	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Úlcera por presión	<input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/>
3. Úlcera venosa	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/>
4. Úlcera diabética	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Infectada	<input type="checkbox"/>
5. Otra	Safenectomías derecha e izquierda	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/> Dehisciente	<input checked="" type="checkbox"/>



Datos subjetivos: úlcera occipital grado II con tejido de granulación de exudado escaso, bordes delimitados y piel periférica seca, herida media esternal con bordes dehiscientes afrontada con grapas alternas con salida de abundante secreción purulenta, aparente espacio muerto, cubierta con gasas y micropore para protección, úlcera grado II en sacro limpia y seca, sospecha de daño tisular en glúteo derecho y glúteo izquierdo cubierta con apósito hidrocélular, talón izquierdo con sospecha de daño tisular profundo cubierto con venda, heridas de safenectomía derecha e izquierda dehiscientes conectadas a sistema de VAC intermitente con succión de -150mmHg, femoral derecha con apósito hidrocélular y femoral izquierda con apósito de plata ambas extremidades cubiertas con vendaje.

Dependencia

Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si Localización Generalizado, región torácica Intensidad 1 2 3 4 5 7 8 9 10

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

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No 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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

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

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólicas Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No 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 ¿cuál es la causa? Abundantes secreciones y tos nocturna N° de horas 4

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

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ 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 Incaja

Limitaciones físicas para la comunicación: Cánula de traqueostomía

Se expresa en otra lengua Si No Cuál? _____

Manifiesta:
Emociones y sentimientos Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud 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 de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

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

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece 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

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 Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

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 los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales 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? diario

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____

Cuál es su diversión preferida? _____

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

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 Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia