

302112⁴

SCIENTIA OVE DISERVIAIT COBBI



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

ESCUELA DE ENFERMERIA

INSTITUTO N. DE
CARDIOLOGIA
IGNACIO CHAVEZ

ATENCIÓN AL PACIENTE CON DISFUNCIÓN
VALVULAR MITRAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

TANIA AZUCENA CORONA HERNANDEZ

ASESORA: LIC. ENFERMERIA MARIA DE JESUS PEREZ HERNANDEZ

MEXICO, D.F.,

2001



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 DIOS:

Por darme la oportunidad de vivir y poder ver realizado mi mas grande anhelo y por no abandonarme cuando más te necesite.

A MIS PADRES:

AGUSTINA HERNÁNDEZ Y EDUARDO CORONA, por darme la oportunidad de tener una carrera profesional y por estar siempre presentes cuando los necesite a lo largo de mi formación, por ayudarme a salir adelante con los principios, cuidados y consejos que fueron un factor importante para poder realizarme como profesionista.

A MI HERMANO:

VICTOR ALEJANDRO, por tu entusiasmo, alegría y apoyo que fueron factores muy importantes para concluir mi carrera profesional y lo más importante gracias por demostrarme día con día que puedo contar siempre con tu ayuda.

A MIS PROFESORES:

ANGELA SORIA, por su empeño y dedicación que tuvo hacia mi persona a lo largo de la carrera.

MARIA DE JESÚS PEREZ, por tu dedicación y confianza que fue un factor importante para concluir mi tesis.

En General gracias al grupo de profesores que durante mi carrera profesional dejaron en mi gran parte de su dedicación y sabiduría porque sin ustedes jamás hubiera sido posible este sueño.

A MIS COMPAÑERAS:

En especial a Ivonne, Liliana, Vanessa y Carolina que durante nuestra formación como profesionistas me inyectaron alegría, entusiasmo cariño, confianza y amistad gracias por estar conmigo en los momentos difíciles en esta etapa de mi vida y por demostrarme día con día que puedo confiar en ustedes.

A MIS AMIGOS:

JOSE ANGEL y JUAN PEDRO por darme la oportunidad de conocerlos y ser parte de mi inspiración para poder realizar mi tesis.

FRANCISCO (PIOLIN) Por formar parte de mí en esta etapa importante de mi vida.

En Especial a RODRIGO ZAMORA Por tu confianza y cariño porque a pesar de la distancia que nos separa podemos estar unidos y demostrarnos el gran amor que existe entre nosotros. TE AMO....

A MI FAMILIA:

Por darme su apoyo en los momentos difíciles y demostrarme que puedo seguir confiando en ustedes.

En especial a ti Tío Urbano porque siempre me motivaste a seguir con este sueño y es una lastima que ya no te encuentres aquí para ver culminada mi meta.

MUCHAS GRACIAS POR TODO SU APOYO!!

INDICE

Φ Dedicatoria	I
Φ Introducción	IV
Φ Justificación	VI
Φ Objetivos	VII
Φ Fundamentación teórica	1
Φ Anatomía Clínica del Corazón.....	2
Φ Camaras del Corazón.....	3
- Aurícula Derecha.	
- Aurícula Izquierda.	
- Ventrículo Derecho.	
- Ventrículo Izquierdo.	
Φ Válvulas del Corazón.....	6
- Válvula Mitral.	
- Válvula Tricúspide.	
Φ Fiebre Reumática.....	8
Φ Insuficiencia Mitral.....	9

Φ Estenosis Mítral.....	11
Φ Indicación Quirúrgica de una Valvuloplastia.....	15
Φ Tratamiento Quirúrgico	16
- Prótesis Biológicas.	
- Prótesis Mecánicas.	
Φ Disfunción Protésica.....	19
- Alteraciones Hemodinámicas	
+ Obstrucción Hemodinámica.	
+ Prótesis Inadecuada.	
+ Hemólisis.	
+ Trombosis, Tromboembolismo y Hemorragias.	
+ Tromboembolia.	
+ Degeneración del material y durabilidad de las válvulas.	
Φ Anticoagulantes Orales.....	24
- Efectos sobre la coagulación de la sangre.	
- Mecanismo de acción.	
- Acenocumarol – Sintrom.	
Φ Antecedentes del cuidado enfermero.....	26
Φ Proceso Atención de Enfermería.....	32
- Diferentes definiciones del Proceso Atención de Enfermería.	

- Elementos del Proceso Atención de Enfermería.
- Descripción de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería.
 - + Valoración.
 - + Diagnóstico.
 - + Planeación.
 - + Ejecución.
 - + Evaluación.

Φ Valoración de Enfermería en pacientes con Disfunción Valvular Mitral.....	47
Φ Conclusiones.....	68
Φ Bibliografía.....	69

INTRODUCCIÓN

La disfunción protésica es un padecimiento crónico que afecta principalmente pacientes con prótesis mecánica y/o biológica siendo una repercusión y secuela a causa de la Fiebre Reumática.

Para el tratamiento de las valvulopatías se ha motivado al desarrollo de diversos métodos quirúrgicos para resolver el problema de la Disfunción Protésica, acarreada por estenosis y/o insuficiencia valvular donde es necesario realizar cirugía valvular donde los objetivos del procedimiento quirúrgico son disminuir la estrechez valvular, con ello disminuir la presión de la aurícula izquierda venocapilar de la arteria pulmonar y por ende disminuir la carga sobre el ventrículo derecho, aumentar el gasto cardíaco, extraer trombos intraauriculares y reducir el riesgo de fibrilación auricular. Los tipos de cirugía son: Comisurotoma cerrada y abierta.

La mortalidad por comisurotomias cerradas o abiertas es del 1-13% donde puede haber estenosis valvular, la cual obliga a una segunda operación, en un 10% de los casos.

Se utiliza una esternotomía de la línea media para los replazamientos valvulares múltiples que incluye la valva aortica, se coloca al paciente en circulación extracorpórea completa y se mantiene en hipotermia sistémica moderada.

Las complicaciones graves de cualquier prótesis son la formación de trombos y endocarditis infecciosa.

La población que atiende el Instituto son pacientes que acuden en diferentes etapas de la enfermedad.

En la actualidad los cuidados enfermeros son primordiales para la atención a la salud de estos pacientes afectados por su disfunción protésica, porque de esos cuidados depende su restablecimiento total o parcial de su padecimiento valvular.

En el presente trabajo se desarrollan los aspectos fisiopatológicos de la disfunción valvular, considerando al proceso atención de enfermería como el método para valorar, diagnosticar, planificar y establecer el plan de cuidados y la evaluación de los mismos, cuyo fin es de satisfacer las necesidades y problemas de una manera individualizada para cada paciente y de forma holística.

JUSTIFICACIÓN

En México las enfermedades Cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad, de estas la mortalidad por Fiebre Reumática activa ha descendido y la tendencia de prevalencia a esta enfermedad va en declive se habla de prevalencias del 1%, sin embargo las secuelas van en incremento.

En el Instituto Nacional de Cardiología en el año de 1999 se registraron 255 casos de valvulopatías. En base a las anteriores estadísticas que denotan un importante problema de salud actual ya que estos pacientes son sometidos en su mayoría a cambio valvular, ya sea de origen biológico o mecánico teniendo el riesgo de presentar a largo o corto plazo una disfunción valvular. Considerando el interés que tiene esta patología, la participación del profesional de enfermería en la atención al paciente con disfunción valvular y debido a la trascendencia que tiene el recambio valvular por prótesis mecánica y biológica, el impacto que causa en los pacientes la disfunción protésica, es necesario que enfermería valore las necesidades de cada paciente para planificar y ejecutar sus intervenciones con la finalidad de lograr el máximo bienestar físico, mental y social del paciente.

OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Establecer Cuidados Enfermeros al paciente con Disfunción Valvular con prótesis mecánica y/o biológica con base al Proceso Atención de Enfermería.

ESPECIFICOS

- ❖ Favorecer la recuperación e incorporación a su rol familiar social y laboral del paciente con Disfunción Valvular.
- ❖ Orientar al paciente sobre los cuidados específicos de las prótesis mecánicas y/o biológicas.
- ❖ Orientar al paciente sobre el uso e importancia de tomar anticoagulante.
- ❖ Comunicar e informar sobre las posibles complicaciones del uso del anticoagulante.

FUNDAMENTACIÓN

TEORICA

ANATOMIA CLINICA DEL CORAZÓN

El corazón se localiza en el mediastino medio, apoyado sobre el diafragma. De forma cónica, tiene inclinación de su vértice hacia la izquierda y abajo, de modo que dos tercios del corazón están a la izquierda de la línea media y el vértice se sitúa a nivel del quinto espacio intercostal izquierdo en intersección con la línea media clavicular en donde normalmente puede ser palpable. Esta estructura es hueca y forma cuatro cavidades con función de bomba: dos aurículas y dos ventrículos.

El corazón derecho impulsa la sangre venosa a la circulación arterial pulmonar de presión baja, el corazón izquierdo impulsa sangre arterial a la circulación arterial sistémica de presión elevada.

En el corazón normal no hay comunicación sanguínea entre el corazón derecho e izquierdo, los que son separados por tres tabiques musculares alineados que se denominan septum interauricular al que separa a las aurículas y septum interventricular al que separa a los ventrículos.

CÁMARAS DEL CORAZÓN

AURÍCULA DERECHA

En la porción posterior de la pared delgada se vacían las venas y el seno coronario, esta formada a partir del seno venoso y se compone de tejido semejante al de las grandes venas. La porción muscular más anterior incluye la orejuela derecha y el anillo de la válvula tricúspide. La fosa oval yace a la mitad de la porción de pared delgada y es el sitio de formación del agujero oval.

Esta comunicación intraauricular que se encuentra presente durante la vida fetal permite el flujo de sangre placentaria oxigenándose desde la vena cava inferior hasta las cavidades izquierdas del corazón.

El orificio oval permanece abierto o potencialmente abierto aproximadamente 15 % de los sujetos normales, pero debido a que es una válvula colgante que solo permite el flujo de derecha a izquierda en condiciones normales esta funcionalmente cerrado.

AURÍCULA IZQUIERDA

Está compuesta de una porción semejante a las venas, dentro de la cual drenan las venas pulmonares y una porción anterior más muscular que incluye la orejuela izquierda.

Su pared es ligeramente más gruesa que la pared de la aurícula derecha y la zona más delgada correspondiente a la fosa oval puede observarse sobre su superficie superior.

VENTRÍCULO DERECHO

Tiene forma triangular y forma una estructura hueca como luna creciente, envuelta sobre el tabique ventricular. Se divide en una porción inferior o cámara de llenado que contiene la válvula tricúspide y sus pilares y una parte superior que es la zona de expulsión, de donde surge el tronco pulmonar. La línea de demarcación entre las dos porciones consiste en bandas de músculo formado por la cresta supraventricular, la banda parietal, la banda del tabique y la banda moderadora.

La zona de expulsión del ventrículo derecho proviene del bulbo cardíaco embrionariamente diferente, y en contraste con la cámara de llenado, la cual deriva del tejido ventricular.

VENTRÍCULO IZQUIERDO

Tiene la forma de huevo. La base del huevo esta formada por el anillo de la válvula mitral.

La pared del ventrículo izquierdo tiene un grosor 3-4 veces mayor que el ventrículo derecho y representa casi 75% de la masa cardíaca.

Los anillos de las válvulas aortica y cardiaca yacen juntas con la valva anterior móvil de la válvula mitral adyacente a las válvulas izquierda y posterior de la válvula aortica. La válvula posterior inmóvil es mas corta y junto con la anterior esta sujeta a los músculos papilares anteriores y posteriores en forma de paracaídas, mediante los pilares tendinosos, algunos de los cuales son compartidos por las dos valvas.

El tabique interventricular que forma la cara anterior del ventrículo derecho, haciendo que el corte horizontal de la porción intermedia del ventrículo izquierdo muestre una forma circular.

VÁLVULAS DEL CORAZÓN

El corazón tiene cuatro válvulas bien definidas. Dos de estas válvulas auriculoventriculares, comunican a las aurículas con sus ventrículos y las dos restantes , válvulas sigmoideas o semilunares a los ventrículos derecho e izquierdo con las arterias pulmonar y aortica respectivamente.

Su función es mantener el flujo sanguíneo impuesto por la contracción miocárdica en un solo sentido, de aurícula a ventrículo y de ventrículo hacia la arteria.

VÁLVULA MITRAL

Su área de apertura normal es de 4-6 cm² la componen dos valvas en cuyo borde libre se fijan las cuerdas tendinosas unidas a los músculos papilares anterolateral y posteromedial del ventrículo izquierdo.

La valva anteromedial es la mayor en superficie y movilidad, es la que tiene continuidad fibrosa con la pared posterolateral de la raíz aortica, este ultimo dato anatómico es de gran importancia en ecocardiografía, ya que cuando se muestra la discontinuidad mitro

aórtica, se establece el diagnóstico de doble cámara de salida del ventrículo derecho, junto con el septum interventricular, la valva antero medial contribuye a formar la cámara de salida del ventrículo izquierdo.

VÁLVULA TRICÚSPIDE

Es de superficie mayor que la mitral, la componen tres valvas septal, anterior y posterior, en cuyo borde libre principalmente se fijan las cuerdas tendinosas que provienen del músculo papilar usualmente único del ventrículo derecho. La tricúspide esta separada de la pulmonar por la crista supra-ventricular, razón por la que normalmente no hay continuidad tricúspide –pulmonar.

FIEBRE REUMÁTICA

La Fiebre Reumática es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta predominantemente el corazón y desencadena la infección a causa del Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A, esta enfermedad puede llegar a ser mortal.

La secuela valvular residual de un brote agudo de Fiebre Reumática el cual es del 55%. Aumenta al 80 % con recurrencia de brotes.

En el 75% de los enfermos la válvula mitral se lesiona de manera aislada, le sigue la aortica con 5% de los casos y lesiones mitro aórticas constituyen el 30%.

En la actualidad la Fiebre Reumática se encuentra erradicada y solo proporciona tratamiento a los pacientes con secuela de enfermedad como: Lupus Eritematoso Sistémico, Carditis, Miocarditis, Corea de Sydenham, Neumonía Reumática, Encefalopatía Reumática entre otras.

INSUFICIENCIA MITRAL

El aparato de la válvula mitral comprende las valvas en sí, las cuerdas tendinosas, los músculos papilares y el anillo valvular. Las anomalías de cualquiera de estas estructuras causan insuficiencia o reflujo de la válvula. El síndrome del prolapso de la válvula mitral, una causa importante de este padecimiento.

La insuficiencia de la válvula mitral ocasionada por afección de sus valvas se presenta mas comúnmente en la cardiopatía reumática crónica y es mas frecuente en varones que en mujeres. Es consecuencia del acortamiento, rigidez, deformidad y retracción de una o ambas valvas de la válvula, así como del acortamiento y fusión de las cuerdas tendinosas y músculos papilares.

Cuando la insuficiencia de la mitral acompaña a la fiebre reumática aguda en niños o adolescentes de países en vías de desarrollo, la insuficiencia suele ser secundaria a la combinación de prolapso de la válvula anterior, alargamiento de las cuerdas y dilatación del anillo.

En el adulto normal, el anillo de la válvula mitral mide 10 cm de circunferencia; es suave y flexible y durante la sístole, la contracción del músculo ventricular que lo rodea hace que se constriña. La insuficiencia mitral secundaria a dilatación del anillo puede presentarse en cualquier forma de cardiopatía caracterizada por dilatación grave del ventrículo izquierdo, en particular miocardiopatía dilatada.

La calcificación idiopática del anillo de la mitral es una de los trastornos cardiacos más comunes en necropsia.

FISIOPATOLOGÍA

En virtud del orificio mitral regurgitante funciona paralelamente con la válvula aórtica, en caso de insuficiencia mitral se aminora la impedancia para el vaciamiento del ventrículo izquierdo y cerca de la mitad del volumen que refluye se impulsa hacia la aurícula izquierda antes de abrirse la válvula aórtica.

El volumen de insuficiencia mitral depende de la impedancia para el vaciado del ventrículo izquierdo y aumenta por hipertensión y estenosis de la válvula aórtica, al tiempo que disminuye en estado de choque.

ESTENOSIS MITRAL

La causa de la estenosis mitral es la fiebre reumática. Con menos frecuencia su forma congénita y se observa en lactantes y niños pequeños, muy rara vez es complicación de carcinoide maligno, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y mucopolisacaridosis del fenotipo de Hunter-Hurley.

Cerca de 25% de todos los enfermos con cardiopatía reumática sufren estenosis mitral pura; 40% tienen una combinación de estenosis e insuficiencia y 66% de todos los pacientes con estenosis mitral reumática son mujeres.

La fiebre reumática produce cuatro formas de fusión del aparato mitral que originan estenosis:

1. - Comisural.
2. - Cuspídea.

3. - Cordal.

4. - Combinada.

El engrosamiento de las solas comisuras se presenta en 30%, de las cúspides solas en 15% y de las cuerdas solas en 10%; en el resto hay engrosamiento e más de una de estas estructuras.

En formas característica, las cúspides de la válvula mitral se fusionan en sus bordes y la fusión de las cuerdas provoca engrosamiento y acortamiento de estas estructuras.

La válvula mitral estenosada adquiere forma de embudo, y el orificio semeja una "boca de pescado" o un ojal, con depósitos de calcio en las valvas, que a veces se extienden y afectan al anillo valvular, el cual se engruesa bastante.

FISIOPATOLOGÍA

En adultos normales, el orificio de la válvula mitral tiene un área de 4-6 cm². Cuando la cifra se reduce en 2 cm², se considera estenosis mitral leve, la sangre circula de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo sólo se es impulsada por un gradiente de presión anormal, aunque este sea pequeño.

Cuando la abertura mitrlica se halla reducida a 1 cm² se considera una estenosis crítica, se requiere de un gradiente auriculoventricular izquierdo de presión 20 mmHg, para mantener el gasto cardiaco normal en reposo.

El aumento de la presión de la aurícula izquierda eleva a su vez la presión venosa y de los capilares pulmonares, lo que provoca disnea de esfuerzo. Los primeros cuadros de disena en pacientes con estenosis de la mitral son desencadenados por el ejercicio, tensión emocional, el coito, infección, fibrilación auricular; estos factores provocan el aumento de la velocidad del flujo sanguíneo a través del orificio valvular y provocan mayor elevación de la presión de la aurícula izquierda.

Para valorar la gravedad de la obstrucción de la válvula mitral, es indispensable medir el gradiente de presión transvalvular y la velocidad de flujo.

La presión diastólica del ventrículo izquierdo es normal en pacientes con estenosis pura de la válvula mitral, la insuficiencia mitrlica coexistente, lesiones valvulares aórticas, hipertensión sistémica, cardiopatía isquémica o miocardiopatía, son la causa de la elevación de la presión diastólica del ventrículo izquierdo.

En 85% de los enfermos con estenosis pura de la mitral, el volumen telediastólico se halla dentro de límites normales, mientras que en el resto se reduce.

En 25% de los pacientes con estenosis pura de la mitral, la fracción de expulsión y de los demás índices de expulsión de la función sistólica se encuentran por debajo de lo normal, por la reducción crónica en la precarga y elevación en la poscarga, al tiempo que esta última se relaciona con el gasto cardíaco crónicamente deprimido.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE UNA VALVULOPLASTIA

Para indicar el tratamiento quirúrgico en cualquier enfermedad valvular se deben tener en cuenta los siguientes preceptos:

1. La sola presencia de una valvuloplastia no es indicativa de cirugía.
2. Para considerar la probabilidad quirúrgica debe tener importante repercusión hemodinámica.
3. Se debe conocer la historia natural de la enfermedad valvular en cuestión y saber si con el procedimiento quirúrgico se cambia favorable la calidad de vida del paciente y/o sobrevida.
4. También debe tomarse en cuenta el riesgo quirúrgico a la que el enfermo será sometido y si el beneficio que se obtendrá lo justifica.
5. Finalmente, él médico deberá conocer la respuesta de la función ventricular a la sobre carga hemodinámica impuesta por la lesión valvular la cual le permitirá saber si el cambio producido por el tratamiento quirúrgico será benéfico o no para el paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La mortalidad operatoria de una sustitución valvular es baja, alrededor de 5-8%.

1. PRÓTESIS BIOLÓGICAS (HANCOCK, ST. JUDE, CARPENTIER-EDWARDS Y LONESCU-SHIRLLEY).

La función hemodinámica de estas prótesis es adecuada y tienen como principal ventaja el que no requieren de anticoagulación crónica, desafortunadamente se calcifican con especial rapidez niños, jóvenes y pacientes con insuficiencia renal, por lo que en ellos esta contraindicada, se degeneran, se rompen, se obstruyen y se infectan, por lo que una considerable proporción de los pacientes tiene que ser reoperada entre los cinco y diez años después del implante.

La mayoría de las prótesis disfuncionan a los 10 años de implantadas, sin embargo, este tipo de prótesis es benéfica en aquellos pacientes mayores de 60 años que requieren un cambio valvular mitral, en quienes el tratamiento anticoagulante tienen mayor riesgo, especialmente si padecen HTA, úlcera péptica, aneurisma de arterias intracraneanas, etc.

También se considera apropiada para mujeres jóvenes en edad reproductiva que eventualmente tendrán un embarazo, ya que en ellas el programa de anticoagulación lleva un alto riesgo tanto para la paciente como para el producto, aun cuando de antemano se sabe que tendrá que ser reintervenida en un lapso comprendido entre 5 y 10 años después del implante.

El mejor método para el diagnóstico de disfunción protésica por ruptura, infección u obstrucción es la eco cardiografía bidimensional complementada con la técnica Doppler.

2. PRÓTESIS MECANICAS (STARR- EDWARDS, BJORK-SHIRLLEY, MEDTRONIC-HALL Y ST JUDE).

Estas prótesis requieren en forma obligada anticoagulación crónica con medicamentos cumarínicos: (Warfarina, Coumadin) o Acenocumarina (Sintrom), lo cual permite una sobrevida prolongada prácticamente sin síntomas atribuibles a la enfermedad valvular. Sin embargo, la anticoagulación crónica puede dar lugar a sangrados, que en ocasiones no tienen importancia clínica (gingivorragia, hemorragias subconjuntivales, equimosis) pero otras pueden ser muy graves (sangrado de tubo digestivo, hematuria, hemorragia intracraneana o retroperitoneal) por la que se requiere de un control periódico del anticoagulante mediante determinaciones del tiempo de protombina que deberá ser aproximadamente de 20-30".

DISFUNCIÓN PROTESICA

La disfunción protésica, es una alteración de la función normal de las prótesis valvulares, mecánica y biológicas, esta puede causar la muerte del paciente y por lo general se requiere del reemplazo de la válvula.

La disfunción puede deberse a:

- ❖ Obstrucción hemodinámica.
- ❖ Prótesis inadecuada.
- ❖ Hemólisis.
- ❖ Trombosis
- ❖ Fuga paravalvular.
- ❖ Endocarditis.
- ❖ Alteraciones estructurales.

ALTERACIONES HEMODINÁMICAS

OBSTRUCCIÓN HEMODINÁMICA

Todas las válvulas protésicas presentan algún grado de obstrucción al flujo antero grado, así como cierto grado de regurgitación. Ya que el orificio valvular protésico siempre es menor que el de la válvula nativa, esta obstrucción hemodinámica puede acentuarse en las prótesis pequeñas. En cierta manera esto podría contribuir a que se presentaran complicaciones como trombosis protésica, muerte súbita, deterioro progresivo de la función cardiaca.

PRÓTESIS INADECUADA

La obstrucción hemodinámica también puede guardar relación con el tipo de prótesis, con la selección inadecuada de la prótesis de jaula y bola son las que presentan mayor obstrucción al flujo.

Las bioprótesis presentan flujo central por lo que tienen una mejor hemodinámica con respecto a la prótesis de jaula y bola.

Las de disco ofrecen un flujo lateral, por lo que se consideran hemodinamicamente inferiores a las bivalvas y bioprótesis.

HEMOLISIS

La destrucción de los elementos formes de la sangre es una complicación frecuente en las prótesis mecánicas. La hemólisis del grado mínimo se puede presentar hasta 70% de los pacientes.

Las prótesis biológicas presentan hemólisis en forma mínima cuando existe disfunción protésica. En los pacientes con prótesis valvulares cardíacas es alta la incidencia de hemosiderosis renal, así como hasta un 39% puede presentar colelitiasis como consecuencia de hemólisis crónica.

TROMBOSIS, TROMBOEMBOLISMO Y HEMORRAGIAS

Las complicaciones tromboticas son unas de las mayores causas de morbimortalidad en pacientes con prótesis valvulares cardíacas. La trombosis de las válvulas mecánicas es una consecuencia frecuente de una anticoagulación oral deficiente.

La incidencia de trombosis de prótesis mecánicas varía de 0.5-6%/paciente / año, en la posición tricúspide.

El tratamiento de elección es el recambio valvular, aunque también debe plantearse la trombolisis como alternativa terapéutica en pacientes que pudieran tener un alto riesgo en el tratamiento quirúrgico.

TROMBOEMBOLIA

La trombosis protésica también se puede asociar a tromboembolia arterial complicada cuya incidencia varía ampliamente y depende del ritmo cardíaco, control del anticoagulante, válvula reemplazada y prótesis usada.

La incidencia de tromboembolismo es de 1-4%/paciente por año. De 12-14% de los accidentes tromboembólicos detectados son fatales en general son más frecuentes en la posición mitral que en la aórtica.

DEGENERACIÓN DEL MATERIAL Y DURABILIDAD DE LAS VÁLVULAS

La degeneración del material y durabilidad de las válvulas ha limitado el éxito a largo plazo de los reemplazos valvulares cardíacos. La durabilidad varía ampliamente y está en relación con el material de que se confeccionan, es decir, si son válvulas mecánicas y/o biológicas. La disfunción de las prótesis mecánicas secundarias a la falta estructural es hoy muy poco frecuente pero cuando sucede puede llegar a ser la causa de muerte hasta de un 19%.

ANTICOAGULANTES ORALES

EFFECTOS SOBRE LA COAGULACION DE LA SANGRE

Los anticoagulantes por vía bucal solo tienen un efecto farmacológico importante que es la inhibición de los mecanismos anticoagulantes interfiriendo con la síntesis hepática de factores dependientes de la vitamina K. A diferencia de la heparina, no son activos in vitro y solo ejercen su efecto inicial in vivo después de un periodo de latencia de 24 horas por lo menos.

MECANISMO DE ACCIÓN

Los anticoagulantes orales no tienen efecto directo sobre factores de coagulación circulantes. Lo que hacen es bloquear la formación hepática de factores II, VII, IX y X, estableciendo competencia con la acción de la vitamina K e inhibiéndola.

El dicumarol y la warfarina son los dos anticoagulantes más usados y tienen esencialmente la misma acción en el organismo.

ACENOCUMAROL-SINTROM

Inhibe la producción de factores de la coagulación dependientes de la vitamina K. Sus contraindicaciones son hipersensibilidad al acenocumarol, embarazo, enfermedad hepática o renal grave, deficiencia activa, HTA grave con poco control, EVC. Como efectos secundarios pueden existir: hemorragia, urticaria, irritación gastrointestinal, dermatitis.

Los medicamentos que aumentan el efecto anticoagulante son: ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos, metronidazol, cotrimazol, clofibrato, hormonas tiroideas, cimetidina y sulfipirazona.

Los que disminuyen su efecto son: barbitúricos, rifampicina y benzodiacepinas.

Para su dosificación hay que iniciar con 4-8 mg al día reduciendo la dosis de manera progresiva hasta lograr una prolongación del tiempo de protombina (TP) de 1.3-1.5 veces sobre el valor normal o hasta dos veces en caso de tromboembolia pulmonar la dosis de mantenimiento fluctúa entre 1-8 mg/día.

ANTECEDENTES DEL CUIDADO ENFERMERO

La Enfermería hoy en día es muy diferente de lo que fue hace 50 años. Se requiere una imaginación para visualizar cómo evolucionará la profesión de enfermería durante los próximos 50 años en un mundo en continuo cambio. Para comprender la enfermería de hoy y a la vez prepararse para la enfermería del mundo de mañana, se deben entender no sólo los sucesos pasados, sino también la práctica contemporánea y los factores sociológicos que la afectan.

Hace más de 100 años, Florence Nightingale definió a la enfermería como " el acto de utilizar el ambiente del paciente para asistirlo en su recuperación ". Consideró esencial un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo para ésta. A menudo se considera a Nightingale como la primera teórica que elevó el nivel de la enfermería por medio de la educación.

Las enfermeras no eran ya amas de casa desentrenadas, sino gente capacitada en el cuidado de los enfermos. Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la enfermería.

Cien años después de Nightingale, Henderson escribió: " La única función de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o ayudarlos a bien morir que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fortaleza, voluntad o conocimiento para hacerlo y lo hace de manera que le ayude a recuperar su independencia lo antes posible. Al igual que Nightingale, Henderson describe a la enfermería en relación con el paciente y su ambiente.

A diferencia de Nightingale, visualiza a la enfermera como alguien que se preocupa tanto por los individuos sanos como por los enfermos, reconoce que las enfermeras interactúan con los pacientes aun cuando su recuperación puede ser viable y menciona las funciones de enseñanza y dedicación de la enfermera.

Las asociaciones profesionales de enfermería también la examinan y desarrollan sus propias definiciones.

La American Nurses Association (ANA) describe la práctica de enfermería como directa, orientada a la consecución de metas y capaz de adaptarse a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, durante la salud y la enfermedad .

En 1980 la American Nurses Association publicó esta definición de enfermería: " La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas actuales o potenciales ". La definición posterior describe las diferencias entre las enfermeras profesionales y las técnicas. " La profundidad y amplitud con que la enfermera individual se compromete para alcanzar la completa práctica clínica de la enfermería se definen por la base de conocimiento que posee, su función como enfermera y la naturaleza de la población de pacientes dentro del entorno de la práctica".

La Canadian Nurses Association (CNA) publicó una definición en 1984 que sirve como estándar profesional para las enfermeras en Canadá.

En su convención de delegados de 1987, la ANA adoptó una definición sobre la perspectiva de la práctica de enfermería: " Hay un panorama de práctica de enfermería clínica. El núcleo o esencia de esa práctica es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad ".

La historia de la enfermería muestra una continua evolución. La profesión debe mucho a la influencia de Florence Nightingale, mujer visionaria. En una época en que a la enfermería se le consideró con desprecio, Nightingale abrazó la campaña de cambiar la manera que tenía el mundo de contemplar a la enfermería.

Esta profesión ya no carece de reputación como ocurría en el siglo XIX. Nightingale creyó en la educación, en el desarrollo de sus teorías de prácticas de enfermería y técnicas de higiene, además de su campaña para enfatizar la prevención en el cuidado de la salud, todas ellas importantes facetas de la enfermería de hoy.

Sin embargo, en los comienzos del siglo XX, la gente perdió de vista de manera temporal algunas de las ideas de Nightingale.

La medicina, en su intento por controlar la enfermedad, con frecuencia se dedicó más a la cura que a la prevención. La función de la enfermera era la de asistir al médico.

Por tradición, las enfermeras se entrenaban en escuelas de hospital, en un lugar de hacerlo en instituciones de enseñanza superior.

A las enfermeras sólo se les permitía seguir órdenes y no tomar decisiones por su cuenta sobre el cuidado del paciente. Las intenciones de Nightingale para la profesión de enfermería fueron ignoradas, pero por fortuna no se olvidaron. Pioneras de la enfermería compartieron su visión durante los años que siguieron y esta visión representa la fuerza de motivación.

En la segunda mitad del siglo XX, se desarrolló un cierto número de teorías producto de particulares puntos de vista. Una enfermera teórica es una persona que busca definirlos principios básicos de la práctica de enfermería, de manera sistemática.

Ciertos temas son comunes a muchas de estas definiciones: que la enfermería significa cuidado, adaptación, individualización, hostilidad, con interrelación entre la familia y la comunidad;

implica la enseñanza y servicios directos e indirectos y se define como la ciencia y el arte que promueven la salud, su mantenimiento, su restauración y el cuidado de los que mueren.

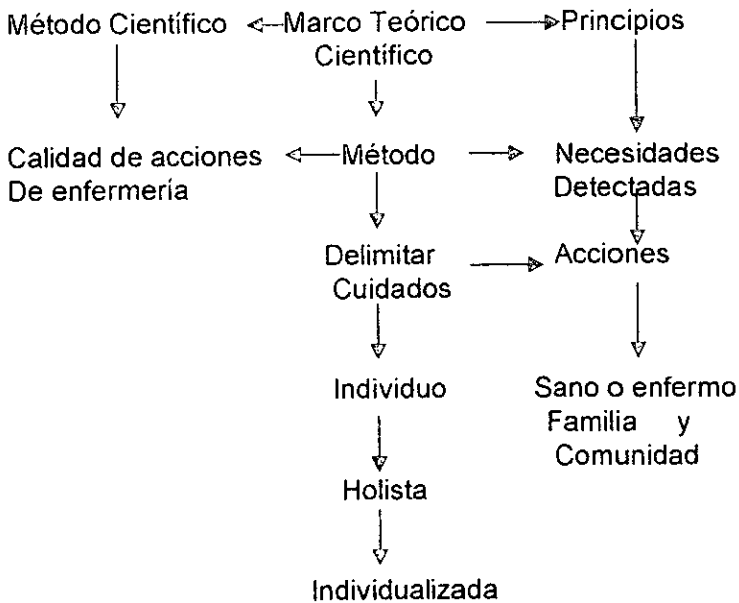
Nuestra sociedad cambiante avanza en la medicina, las propuestas sobre los derechos humanos y la visión de Nightingale continúan su rápido cambio en la práctica de enfermería.

El crecimiento del profesionalismo en la enfermería se puede visualizar en relación con la educación especializada, las bases del conocimiento, la ética y autonomía.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El proceso de atención de enfermería va a estar fundamentado en un marco teórico científico y nos conduce a los principios de enfermería. El marco teórico se realiza a través de un método de enfermería que nos ayuda a realizar las acciones para fundamentar principios auxiliándonos del método científico.

Profesión de Enfermería



PERSPECTIVA HISTORICA

Antes de que se desarrollará el proceso de la enfermería las enfermeras tenían la tendencia a proporcionar sus atenciones con base en las ordenes médicas escritas y enfocadas hacia las condiciones de una enfermedad específica en lugar de proporcionar cuidado a la persona. La práctica de la enfermería que se proporcionaba en forma independiente de la del médico, a menudo era guiada por la intuición en lugar de llevar un orden como el método científico.

El término, proceso de la enfermería y la estructura implícita son relativamente nuevos.

En 1955, se da origen al término proceso de enfermería y desde entonces hay diferentes teóricas que describen de forma diferente el proceso de atención de enfermería.

En 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America propone cuatro componentes para el proceso: Valoración, Planeación, Intervención y Evaluación.

Conforme las enfermeras han utilizado el método, se han aumentado componentes adicionales.

En 1982, el National Council of State Boards of Nursing definió y describió el proceso mediante cinco pasos con términos de comportamientos: Valorar, Analizar, Planear, Ejecutar y Evaluar.

En este contexto, analizar se utiliza para describir una actividad necesaria que realizan las enfermeras para el desarrollo del diagnóstico. Los teóricos en enfermería pueden utilizar diferentes términos para describir estos pasos, pero a pesar de estas diferencias las actividades de las enfermeras que utilizan este proceso son similares.

Para evitar malos entendidos, ellas deben familiarizarse con diversos términos que describen los pasos en este proceso.

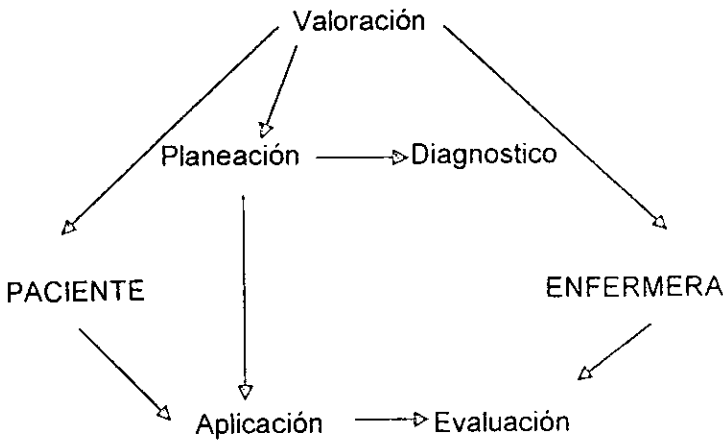
Por ejemplo: Diagnosticar puede llamarse analizar.

Ejecutar puede llamarse intervenir.

DIFERENTES DEFINICIONES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método racional y sistemático mediante el cual se planean y proporcionan cuidados de enfermería, su meta es identificar las necesidades de salud actuales o potenciales del paciente con el fin de establecer planes para cubrir las necesidades y proporcionar las intervenciones específicas para lograr, disminuir y/o eliminar las necesidades detectadas.

Interrelación del paciente, enfermera y el proceso de atención de enfermería



En 1977, la OMS definió el proceso de atención de enfermería como un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de individuos, familia, comunidad o ambos, implica el uso de métodos científicos para la identificación de necesidades de salud del paciente, familia, comunidad. Así como cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería incluyendo la planeación para cubrir las necesidades, la administración de los cuidados y la evaluación de los resultados.

El Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza por ser Dinámico, Sistemático, Interactivo, Flexible, Creativo y Productivo porque todas sus etapas se relacionan entre sí y aplicable de diferentes formas para cada individuo.

ELEMENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCESO: Es una serie de acciones u operaciones planeadas que se dirigen hacia un resultado en particular.

META: Identificar las necesidades de salud actuales o potenciales del paciente con el fin de establecer planes para cubrir las necesidades y proporcionar las intervenciones específicas para el logro de esas necesidades.

NECESIDAD: Es un requisito para vivir por ejemplo la alimentación, la oxigenación, etc

PROBLEMA: Es algo impropio que interfiere en la capacidad del individuo para completar sus necesidades, por ejemplo el insomnio, la dificultad para respirar etc.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de la enfermería y abarca el conseguir y verificar datos. Con el fin de identificar el diagnóstico del paciente, antes de analizar los datos es necesario valorar.

La valoración también se realiza durante otras fases del proceso como, por ejemplo, al ejecutar y al evaluar, sin embargo algunas enfermeras se refieren a estos puntos como revaloración.

El propósito de valorar es establecer una base de datos acerca de la salud del paciente con la inclusión de problemas actuales y potenciales. Las enfermeras son fundamentalmente responsables del diagnóstico y de los cuidados de la salud del paciente en las áreas de salud y de vivencia diaria. Las enfermeras también hacen valoraciones en la zona biomédica y consideran las implicaciones de estos datos en la vida diaria y en el logro del desarrollo de las tareas.

El término dato abarca toda la información relevante acerca del paciente. Consiste en información, hechos y descubrimientos, incluyendo la fortaleza y necesidades del paciente. La base de datos consiste en la información disponible acerca de un paciente, abarca el historial médico y el examen físico, la valoración por la enfermera, el examen físico de salud, y el material con que contribuya todo el personal de salud.

La obtención de datos es el proceso de conseguir información alrededor el estado de salud del paciente. Esta actividad debe ser sistemática y continua.

El hacerlo sistemático puede impedir en gran manera la omisión de datos significativos y el hacerlo en forma continua mantiene el flujo de datos lo que refleja los cambios en la salud del paciente.

Valorar involucra la participación activa del paciente y de la enfermera. El paciente puede ser uno o más individuos, una familia o hasta una comunidad. Tanto la enfermera como el paciente entran en una interrelación con información específica y experiencias previas que influyen sus percepciones e interpretaciones.

DIAGNÓSTICO

El término diagnóstico se deriva de la palabra griega *diagignoskein*, que significa "distinguir". El proceso de diagnóstico se utiliza en muchas profesiones para identificar aspectos del paciente que son del interés del profesional. Por lo tanto, el término diagnóstico no se restringe a una profesión en particular, como el diagnóstico médico o el diagnóstico de enfermería.

Se han desarrollado muchas definiciones acerca del diagnóstico de enfermería. Cada una tiene diferente énfasis, pero todas tienen muchas similitudes.

En 1973, The First National Conference on the Classification of Nursing Diagnosis aceptó la siguiente definición: Un diagnóstico en enfermería es el juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración en enfermería.

En 1976 Gordón dice que el diagnóstico en enfermería, o el diagnóstico clínico hecho por enfermeras profesionales describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, los cuales competen a las enfermeras quienes en virtud de su educación y experiencia tienen la autoridad, capacidad y responsabilidad para resolverlos.

En 1980, la American Nurses Association declaró que la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las reacciones humanas a problemas actuales o potenciales de salud.

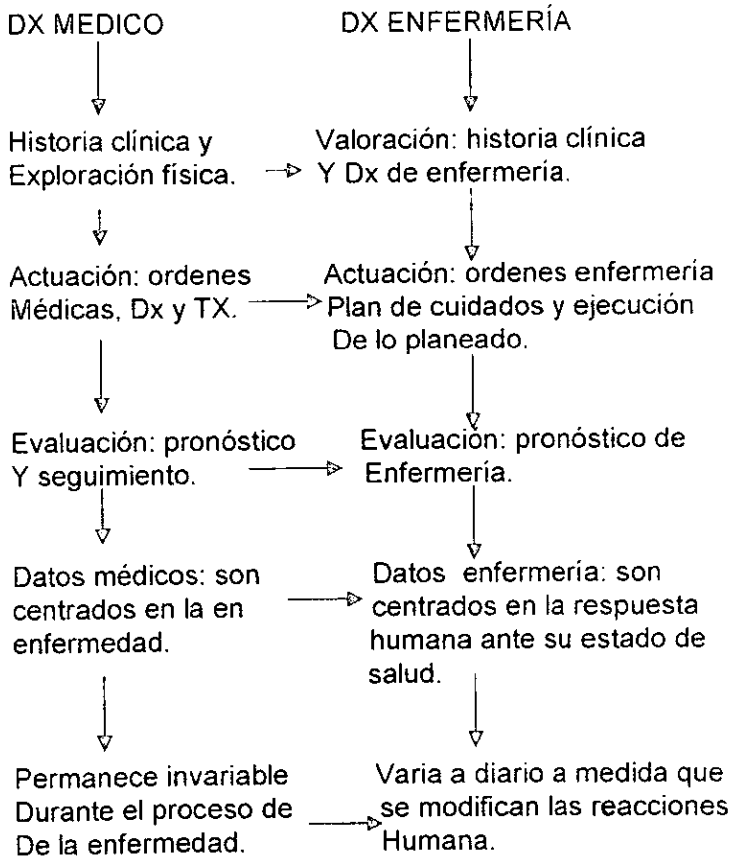
En 1982, El National Group on the Classification of Nursing Diagnoses aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconociendo la participación y la contribuciones tanto de enfermeras de Estados Unidos como de Canadá.

Por medio de los esfuerzos de este grupo se han obtenido muchos progresos en la definición, clasificación y descripción del diagnóstico en enfermería.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) funciona como un centro de distribución de información acerca del diagnóstico en enfermería y publica un boletín de noticias trimestral, respalda investigaciones para estudiar el diagnóstico en enfermería y promueve conferencias bienales para actualizar la lista de diagnósticos aceptados de enfermería.

El diagnóstico es un proceso de análisis y de síntesis, es decir, es la conclusión de las necesidades detectadas y se realiza de manera cefalocaudal.

**COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y
MEDICO**



PLANEACIÓN

La planeación es el tercer paso del proceso de enfermería y consiste en identificar los objetivos del paciente y criterios para evaluar los resultados, además de idear las estrategias de intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del enfermo. Es posible que en la planeación de estrategias de enfermería participen: una o más enfermeras, el paciente, individuos de importancia en su vida que le brindan apoyo o quienes se encargan de sus cuidados personales y en ocasiones miembros de otras profesiones de la salud.

Aunque la planeación es responsabilidad de la enfermera, los datos obtenidos del paciente o personas de apoyo son indispensables para que el plan tenga eficacia.

Los cuatro componentes de la planeación en el proceso de enfermería son: definir prioridades, establecer objetivos del paciente y criterios para evaluar los resultados, planear estrategias de enfermería y redactar un plan de cuidados.

Se deben fijar objetivo y metas para planear las acciones de enfermería.

Hay que establecer un orden de preferencia decreciente para las estrategias de enfermería. Para esto es necesario que la enfermera y el paciente decidan que diagnóstico de enfermería merece atención en primer término y cual en segundo y así sucesivamente. Los diagnósticos pueden agruparse en las categorías de prioridades alta, intermedia y baja.

EJECUCIÓN

Las intervenciones de enfermería son la puesta en práctica de las estrategias enumeradas en el plan de cuidados de enfermería. Según Marriner (1983), abarcan la ejecución de las órdenes de enfermería y de las órdenes del médico.

El grado de participación del paciente con frecuencia depende de su estado general. Las intervenciones de enfermería son las actividades que se emprenden para lograr los objetivos del paciente o los resultados que se pretendan.

Los adjetivos independiente, dependiente y colaborativa o interdependiente con frecuencia se utilizan para describir las acciones de enfermería. Una acción independiente es la actividad que inicia la enfermera con base en sus conocimientos y habilidades. La enfermera determina que el paciente necesita ciertas intervenciones de enfermería, las efectúa o las delega en otras enfermeras y es responsable de tales decisiones y acciones.

EVALUACIÓN

En el contexto del proceso de enfermería, es la última y quinta fase y significa determinar si se lograron cumplir los objetivos planteados para el paciente. Es un aspecto muy importante del proceso de enfermería, dado que sirve de base para decidir si pueden terminar las intervenciones de enfermería o es necesario revisa-las o modificarlas.

La evaluación es un proceso concurrente y terminal. Es concurrente porque la enfermera normalmente practica evaluaciones durante la fase de intervención del proceso.

En esta etapa, la enfermera tal vez modifique una acción para ayudar al logro de los objetivos del paciente. También es terminal porque la enfermera evalúa si se lograron o no los objetivos del paciente una vez completada la actividad de enfermería.

La evaluación es una actividad intencionada y organizada. Por medio de ella la enfermera se responsabiliza de sus acciones, refleja su interés en los resultados de estas muestra su intención de no perpetuar acciones ineficaces, sino adoptar otras más eficaces.

La evaluación es un subproceso con seis componentes:

- ❖ Identificación de los criterios con base en resultados que se utilizan para medir el logro de los objetivos.
- ❖ Recopilación de datos relacionados con los criterios con base en los resultados.
- ❖ Comparación de los datos recopilados con los criterios con base en los resultados y determinación de si se lograron o no los objetivos.
- ❖ Correlación de las acciones de enfermería con los criterios.
- ❖ Retroalimentación del plan de cuidados.
- ❖ Modificación del plan de cuidados.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VALVULAR MITRAL

NECESIDAD / PROBLEMA	MANIFESTADO POR
<p>Deterioro del intercambio gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disminución de la energía y fatiga. ◦ Ruidos respiratorios anormales: estertores y silbilancias. ◦ Disnea. ◦ Cianosis. ◦ Cambios de frecuencia o profundidad respiratoria.
<p>Hipertermia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Aumento de la temperatura corporal por encima de los valores normales. ◦ Piel enrojecida. ◦ Caliente al tacto.

Disminución del gasto cardiaco.

- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Deshidratación.
- Aumento del metabolismo basal.

- Alteración en los cambios inotropicos del corazón.
- Alteración en la frecuencia.
- Alteración en el ritmo.
- Alteración en la conducción.
- Cambios
Electrocardiográficos:
arritmias.
- Fatiga.
- Distensión yugular.

- Cianosis. palidez tegumentaria y deshidratación.
- Oliguria.
- Estertores.
- Disnea.

Exceso del volumen de líquidos

- Deterioro de la contractilidad miocárdica con retención de líquidos.
- Ingesta excesiva de sodio.
- Edema.
- Derrame.
- Anasarca.
- Acortamiento de la respiración.
- Ingesta mayor que excreción.
- Congestión pulmonar en imagen radiológica.
- Ruidos respiratorios anormales: estertores.
- Descenso de la hemoglobina y hematocrito.
- Cambios en la PVC.
- Distensión yugular

Alteraciones en la nutrición por defecto de la nutrición

- Oliguria.
- Elevación de azoados.
- Alteración electrolítica.
- Inquietud y ansiedad.
- Incapacidad para digerir el alimento o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos, económicos y farmacéuticos.
- Pérdida de peso.
- Debilidad muscular.
- Diferencia cultural.
- Relacionados con la edad.
- Disnea.
- Desorientación.
- Incapacidad para encontrar palabras.

Alteraciones en la comunicación verbal.

Falta de información sobre el anticoagulante.

Alto riesgo de infección.

Angustia y depresión.

- Sobreanticoagulación
- Anemia.
- Sangrado a cualquier nivel
- Enfermedad crónica.
- Técnicas invasivas.
- Agentes farmacéuticos.
- Conocimiento insuficiente para evitar agentes patógenos.
- Amenaza o cambio en el estado de salud.
- Cambio en el estado socioeconómico.
- Movimientos extraños de brazos y manos.
- Aumento de la respiración.
- Insomnio.
- Necesidades no satisfechas.

**DX. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO.
RELACIONADO A ALTERACIÓN EN EL APORTE DE OXÍGENO;
HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR.**

ACCIONES DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN

- Listar actividades que no compitan por el aporte de oxígeno con las funciones corporales vitales.
- Evitar actividad después de comer.
- Aliviar el miedo o angustia para evitar aumentar la demanda de oxígeno.
- Mantener la temperatura corporal al nivel normal.
- Posición semifowler.
- Apoyar con oxígeno, puño y palmopercusión.
- Administrar broncodilatadores.
- Mantener vías aéreas permeables del paciente dormido o despierto.

- Resolver la hipoxemia.
- Ayudar al paciente a poseer técnicas de conservación de energía durante sus actividades cotidianas
- Mejorar la entrada y salida de aire a través de mascarillas o tiendas faciales.

DX. HIPERTERMIA. RELACIONADO A UN PROCESO INFECCIOSO Y EXPOSICIÓN DE UN AMBIENTE CALIENTE.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
◦ Monitorizar la temperatura y signos vitales cada hora.	◦ Ausencia de signos y síntomas de hipertermia, taquicardia,
◦ Aplicar medidas de enfriamiento internas y externas.	hiperventilación, enrojecimiento cutáneo y convulsiones.
◦ Monitorizar los gases arteriales, pruebas de laboratorio en orina y sangre, avisar eventualidades.	◦ Temperatura 35.8 y 37.3°C.
◦ Administrar antipiréticos.	◦ Respiración, pulso y presión arterial dentro de parámetros normales.
◦ Ambiente confortable y temperatura controladas.	

**DX. DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO. RELACIONADO
ALTERACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA DEL RITMO
(BRADIARRITMIA O TAQUIARRITMIAS)**

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Administrar e instruir sobre los agentes antiarrítmicos cuando sea necesario.◦ Monitorizar regularmente el estado bradiarritmia o taquiarritmia y consultar médico para posibles cambios en la medicación, dosificación, frecuencia, etc.◦ Vigilar un posible déficit del pulso con un examen de pulsos apicales y radiales.◦ Seleccionar las actuaciones adecuadas para cumplir ordenes e implementarlas según juicio de enfermería cuando se desarrolle un complejo ventricular como extras, bigeminismo, etc.◦ Implementar monitoreo de la frecuencia cardíaca. | <ul style="list-style-type: none">◦ Restaurar el nivel del gasto cardíaco a unos niveles normales para el paciente, que se manifestaba por la modificación de los signos y síntomas.◦ Que el ritmo y la frecuencia cardíaca sean estables y dentro del intervalo normal.◦ Que se reduzca gradualmente la incidencia de bradiarritmia o taquiarritmia.◦ Que se manifieste menos miedo y ansiedad a través de la terapia ocupacional proporcionada: periódico, libro, juego de mesa, etc. |
|--|--|

ritmo, presión arterial, frecuencia respiratoria, estado de conciencia durante el tratamiento antiarrítmico.

- Si se presenta arritmia mortal, fibrilación ventricular, desfibrilar según protocolo y seguir pasos de RCP.
- Auxiliarlo con una terapia ocupacional para combatir el miedo, ansiedad que pueden agravar la arritmia.
- Proporcionar medidas de bienestar y confianza al paciente.

DX. EXCESO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS. RELACIONADO A RETENCIÓN DE LÍQUIDOS CON DETERIORO DE LA CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Administración de diuréticos según prescripción; enseñar al paciente el uso racional de esta medicación.◦ Pesarse diariamente al paciente.◦ Monitorizar los niveles de electrolitos especialmente K, en caso de hipopotasemia: diuréticos ahorradores de K, suplemento de K vía oral o endovenosa.◦ Restringir la ingesta de líquidos en presencia de hiponatremia.◦ Administración de dieta pobre en sodio. | <ul style="list-style-type: none">◦ Que el peso corporal este dentro de los límites normales para el paciente.◦ Que el estado hemodinámico se restaure a un nivel normal aceptable sin medicación.◦ Que el nivel de electrolitos permanezca dentro de límites normales.◦ Que mejoren o se alivien las manifestaciones subjetivas y objetivas.◦ Que el paciente manifieste una menor disnea y experimente mayor bienestar. |
|--|---|

- Administrar y enseñar el uso de los agentes inotropicos como la digital, si fueran necesarios.
- Explicar y valorar los agentes vasopresores, dopamina y dobutamina, vasodilatadores, nitroprusiato, hidralazina, monitorizar efectos colaterales tóxicos de los fármacos.
- Monitoreo hemodinamico.
- Colocarlo en una posición que le permita desplazar líquidos y ayude aliviar la disnea (semifowler).
- Proporcionar soporte en áreas edematisadas con almohadas bajo los brazos y soporte escrotal.

DX. ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN POR DEFECTO DE LA NUTRICIÓN. RELACIONADO AUMENTO DE TRABAJO DE LA RESPIRACIÓN; INGESTA INADECUADA DE NUTRIENTES EN LA DIETA; DISMINUCIÓN DE LA RESERVA DE ENERGÍA.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Enseñar y vigilar el uso de un diario alimentario, incluyendo a los miembros de la familia y al paciente.◦ Ayudar al paciente a reconocer las preferencias alimentarias incluyendo los alimentos altos en carbohidratos, proteínas y ricos en vitamina K.◦ Ayudar a los miembros de la familia a planificar comidas altas en calorías, proteínas y vegetales verdes ricos en vitamina K.◦ Establecer una prescripción dietética en colaboración con un dietista. | <ul style="list-style-type: none">◦ Utilizar una guía de alimentación variada que no interfieren con el anticoagulante.◦ Que establezca su peso.◦ Que la familia logre comprender la supresión de alimentos ricos en vitamina K.◦ Que la familia se una al paciente a llevar una dieta restringida. |
|---|--|

**DX. ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN VERBAL.
RELACIONADO A BARRERA PSICOLÓGICA; FACTORES
EVOLUTIVOS O RELACIONADOS CON LA EDAD.**

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Transmitir mensajes claros y simples, utilizando un lenguaje que el paciente pueda entender.◦ Ayudar a corregir los defectos de la percepción.◦ Proporcionar los medios para que el paciente se comunique de forma no verbal con otras personas: lápiz papel, etc.◦ Animarle a iniciar conversaciones y expresar sus sentimientos.◦ Aumentar la autoestima del paciente. | <ul style="list-style-type: none">◦ Que seleccione y responda a estímulos importantes◦ Que perciba los estímulos con corrección.◦ Que muestre orientación temporoespacial y personal.◦ Que utiliza la forma adecuada de comunicación◦ Que exprese sentimientos de forma adecuada.◦ Que escuche activamente.◦ Que utilice retroacciones en el proceso de comunicación. |
|--|---|

DX. ALTO RIESGO DE INFECCIÓN. RELACIONADO A SUPRESIÓN DEL SISTEMA INMUNE.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">◦ Monitorizar temperatura.◦ Auscultar diariamente pulmones.◦ Analizar los líquidos corporales en busca de alteraciones en el color, olor o consistencia.◦ Animarle a que se duche y observe una buena higiene bucal diariamente.◦ Obtener cultivos, según indicación e informar, anomalías. | <ul style="list-style-type: none">◦ Cultivos negativos◦ Que este afebril◦ Signos vitales en parámetros aceptables.◦ Que el paciente y familia manifiesten conocer como prevenir una infección.◦ Leucos normales |
|--|---|

DX. ANGUSTIA Y DEPRESIÓN. RELACIONADO A NECESIDADES NO SATISFECHAS; LA EVOLUCIÓN DE SU TRATAMIENTO.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN

- Mantener un entorno tranquilo y seguro.
- Disminuir los estímulos, hablar y tranquilizar al paciente y eliminar objetivos nocivos.
- Ayudar al paciente a identificar las posibles fuentes de estrés.
- Ayudar al paciente a identificar como se manifiesta la ansiedad a través de la conducta.
- Explorar los mecanismos de afrontamiento con el paciente.
- Ayudarle a identificar aquellos mecanismos de afrontamiento que son útiles para disminuir la ansiedad, angustia y depresión.
- Que se muestre un nivel de ansiedad reducido, manifestado por la disminución de la tensión.
- Disminución de insomnio.
- Disminución de la inquietud.
- Capacidad para identificar posibles estresantes.
- Que aumente su participación en las actividades.
- Que aumente la capacidad para monitorizar su propia ansiedad.
- Que muestre técnicas de afrontamiento eficaces, manifestadas por:
 - Capacidad para resolver problemas.
 - Demostración de

◦ Enseñar técnicas de técnicas de relajación. relajación

Capacidad para satisfacer las necesidades de autocuidado.

Capacidad para establecer relaciones interpersonales.

DX. FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ANTICOAGULANTE

ACCIONES DE ENFERMERIA PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE EL USO DEL ANTICOAGULANTE

El tratamiento con anticoagulantes es preventivo. Evita la formación de coágulos dentro de las arterias o venas o en las válvulas protésicas. La acción de los anticoagulantes consiste en evitar que se formen coágulos.

No obstante el tratamiento con anticoagulantes puede ser riesgoso.

Por lo tanto el tratamiento con anticoagulantes es benéfico pero lleva consigo un riesgo.

Para lograr el beneficio deseado y evitar el peligro hay que llevar un buen control del tratamiento anticoagulante. El buen control consiste en llevar el tiempo de protrombina óptimo de acuerdo con su médico, él recomendará que tiempo de protrombina es ideal para usted. Este es individual para cada paciente.

El efecto anticoagulante depende de la dosis del medicamento. Si se toma mucho, el efecto es mayor y hay peligro de sangrado.

Si se toma poco el efecto es pobre y hay peligro de que se formen coágulos se vayan al cerebro y provoquen una embolia.

La dosis se debe tomar diariamente, siempre a la misma hora de preferencia dos horas antes o dos horas después de ingerir alimentos. Es importante evitar distracciones para no cometer el error de no tomarlo o tomarlo dos veces.

La dosis diaria se administra por miligramos (ejemplo: SINTROM)

1 miligramo (Mg) = $\frac{1}{4}$ de tableta (tab)

2 miligramos (Mg) = $\frac{1}{2}$ de tableta (tab)

3 miligramos (Mg) = $\frac{3}{4}$ de tableta (tab)

4 miligramos = 1 tableta (tab)

La dosis se regula según el tiempo de protrombina (TP). Si el tiempo de protrombina es alto, puede haber sangrado. Si por el contrario es bajo, pueden formarse coágulos. Es muy importante mantener un apego al tratamiento indicado.

Si usted toma vitaminas evite las que tienen vitamina K, porque puede no funcionar el anticoagulante o requerir mas dosis.

Si usted nota un sangrado, no olvide comunicarlo por ejemplo:

Nariz: Goteo de sangre roja, al sonarse.

Encías: Sangre en la boca, al lavarse los dientes sin haberse lastimado.

Heridas: Sangrado prolongado, más de lo habitual.

Orina: Orina roja o como vino tinto.

Estomago: Vómito negro o como " asientos de café ".

Intestino: Heces negras o con sangre roja.

Bajo la piel: Moretones aún sin haberse golpeado.

Con relación a los alimentos hay que evitar las verduras de hoja verde porque contienen vitamina k como: Acelgas, Berros, Espinacas, Lechuga, Verdolaga, Etc.

En el caso de las mujeres la menstruación debe ser normal, 3-4 días. Si es más abundante, más prolongado o con coágulos, puede ser indicativo de sangrado mayor. En las mujeres de edad fértil, es importante informar al médico acerca de un posible embarazo, para evitar algún daño al bebé o abortos en este caso existe un programa especial de anticoagulantes.

Es importante evitar cortarse, golpearse y juegos peligrosos como los juegos mecánicos, también es importante que si le van a realizar una extracción dentaria, una cirugía no cardíaca comentar que está haciendo uso de anticoagulante para evitar cualquier complicación

CONCLUSIONES

Las enfermedades valvulares del corazón implican un tratamiento a largo plazo y posibles complicaciones graves, por consiguiente hay que vigilar continuamente al paciente y modificar su plan de atención de acuerdo al estado clínico cambiante de éste.

La enfermera tiene que investigar las razones por las que el paciente buscó tratamiento, que incluyen el inicio y la duración de los síntomas, el empleo del anticoagulante, su eficacia y otros factores agravantes o aliviantes.

Los problemas más comunes por lo que los pacientes deciden dejar su tratamiento anticoagulante, es el costo del medicamento, porque la mayoría de ellos son de recursos económicos bajos y carentes de educación por lo tanto al seleccionar el tipo de válvula eligen la biológica por el bajo costo.

Al terminar la realización de este trabajo se pudo corroborar que el paciente aprendiera un poco mas acerca del uso e importancia del anticoagulante así como que alimentos debe comer y cuales evitar.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ AMEZCUA, Aranda Fiebre Reumática y Valvulopatía, IMSS, México 1990 pp. 450.
- ❖ ARNOLD J. Robert, Unidades Médicas y quirúrgicas de Cardiología, Editorial. Salvat Barcelona, España 1995. pp. 1114.
- ❖ BONNIE, Wesorick, Estandares de calidad para cuidados de enfermería, Ed Masloy/Doyma, México 3ª. Edición, pp. 470.
- ❖ BRAUNWALD, Tratado de Cardiología, Ed. Interamericana, mayo 2000 5º edición Vol. 1.
- ❖ CHAVEZ Rivera Ignacio, Cardiología, Editorial Panamericana México 1993. pp. 1400.
- ❖ COLLIERE, Marre Francoise, Promover la vida de la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Ed Interamericana, Barcelona España 1992, pp. 240.
- ❖ DALEN J.E. Alpert, Enfermedad valvular cardiaca, Editorial Salvat. Barcelona España 1990. pp. 450.

- ❖ ESPINO Vela Jorge. Introducción a la Cardiología. Ed. Méndez, México, DF. 1991. pp. 430.
- ❖ FERNÁNDEZ DE LA REGUERA, Barragán, Alzaya y Cols, Evolución a largo plazo de pacientes con reemplazo valvular con prótesis, INCICH. 1992. Arch. Inst. Cardiol Méx.
- ❖ GUADALJARA J. Fernando. Cardiología, Editorial Méndez México. DF. 1997. Pág. 800.
- ❖ HARRISON. Tratado De Medicina Interna, Editorial Interamericana, México, DF. 1994. pp. 1436, tomo 1
- ❖ INSTITUTO Nacional de Cardiología, Manual de urgencias Cardiovasculares, Editorial Interamericana. , México 1996. pp.507.
- ❖ INSTITUTO Nacional De Cardiología Departamento de Bioestadística.
- ❖ INSTITUTO Nacional de la Nutrición, Manual de Terapéutica Médica, Ed. Interamericana, México 2000, pp.1105.
- ❖ LOPEZ, Alzaya, Álvarez y Cols, Válvulas Cardíacas, Ach. Inst. Cardiol. Mex. 1991.

- ❖ KOZIER, Erb, Bufalino, Fundamentos de Enfermería, Ed. Panamericana, México 1995, pp. 965
- ❖ KIM, Mcfarland, Mclane, Diagnóstico de Enfermería, editorial Interamericana, Madrid, España 1993, pp.309.
- ❖ KLUSEK, Hamilton Helen, Enfermedades Cardiovasculares, Ed Científica, México 1991, pp.200.
- ❖ LOGSTON, Bogss, Terapia Intensiva, Ed Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina 2000,pp.956.
- ❖ PATER, Patricia, Fundamentos de Enfermería, Ed Masloy/Doyma, México 3ª. Edición pp. 850.
- ❖ ROBLEDO, Sánchez Torres, Actividad y Valvulopatía Crónica Reumática en la Época Actual, Arch. Inst. Cardiol Mex 1991.
- ❖ SOKOLOW, Maurice, Malcolm B. Mclroy, Cardiología Clínica, Editorial Manual Moderno.México 1994. pp. 639.

FUENTES ELECTRÓNICAS CONSULTADAS

❖ <http://www.medinet.net.mx>.

❖ <http://www.yahoo.com.mx>.

❖ <http://cl.areasalud.com>

❖ <http://www.cardiosource.com>

❖ <http://www cardiologia.org.mx>

❖ <http://www.msn.com.mx>