

302112



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"

ESCUELA DE ENFERMERIA

"CASO CLINICO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
CLAUDIA SANCHEZ CAMACHO



ASESOR EXPERTO EN EL AREA: LIC. ENF. NELLY E. MALDONADO RAMIREZ
ASESORA METODOLOGICA: LIC. ENF. AIDA MONROY CABRERA

MEXICO, D. F.

2005

m347481



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

to a la Dirección de Bibliotecas de I.
a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Claudia Sánchez
FECHA: 01-Sept-05
FIRMA: *Claudia Sánchez*

CONTENIDO

Agradecimientos	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	4
Enfermedad de Kawasaki.....	5
Manifestaciones clínicas.....	6
Clasificación.....	7
Criterios clínicos.....	9
Diagnostico.....	12
Tratamiento.....	15
Historia Clínica.....	20
Nota de evolución.....	24
Diagnostico.....	27
Discusión del manejo Médico.....	28
Modelo de Virginia Henderson.....	29
Proceso Atención de Enfermería.....	33
Conclusión.....	82
Bibliografía.....	87
Anexos.....	90

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis esta dedicada a todas aquellas personas que siempre vieron en mí a una persona valiosa, que con una simple sonrisa me alentaron para seguir adelante.

Principalmente a Dios por darme vida,

A mi madre por estar siempre conmigo a pesar de lo duro de su enfermedad.

A mi bebé, Osvaldo, que con su sonrisa dio a mi vida el verdadero significado para seguir adelante y ser el motorcito que algún día alguien dijo sería.

Al grupo docente de la escuela, que cuando necesite de su apoyo me alentaron a seguir adelante, y nunca me dejaron caer.

Y sobre todo a esas ocho personitas con las cuales conviví durante cuatro años y con las cuales compartí momentos importantes de mí vida.

Justificación

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una enfermedad inespecífica y “poco conocida en nuestro medio”, en los últimos años la EK ha sido considerada como la cardiopatía adquirida más común durante la infancia, aumentando el número de casos y llegando a sobrepasar a la fiebre reumática. Ambas patologías cursan a futuro con complicaciones que llevan al paciente a realizar cambios en su estilo de vida, las cuales son difíciles de aceptar, y si consideramos que el paciente es pediátrico lo es aún más, o por el contrario, no se toman las precauciones necesarias, llevándolo a un desenlace fatal.

Se considera que el aumento de esta enfermedad es debido al desconocimiento tanto de la patología, así como la falta de actualización del personal de salud que día con día labora en los hospitales.

La presente revisión de caso tratará de aportar los elementos más destacados de la EK así como la evolución, diagnóstico y tratamiento, además de ofrecer al personal de enfermería un documento útil para el cuidado del paciente que cursa con EK.

Objetivos

Reconocer el cuadro clínico de un paciente con enfermedad de Kawasaki para establecer un diagnóstico preciso y temprano e iniciar un cuidado de enfermería adecuado y oportuno a fin de evitar secuelas cardíacas.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI (EK)

También conocida como síndrome ganglionar mucocutáneo. Se describió por primera vez en Japón en 1967 por el Dr. Tomisaku Kawasaki. En los países desarrollados se ha transformado en la primera causa de enfermedad cardiovascular adquirida en la infancia y se considera que ha venido a reemplazar a la fiebre reumática aguda como la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en niños (Coronel 2005, Banfi2001, Goldman 2002, Luis 2001, Tori 2002, Stanford 1991, Gonzalez 1991, Vizcaíno 1991, Braunwald, 2004, Fuster, 2002, Attie 1993, Meissner 2003, Rodríguez 2002, Sánchez 1986, Eagle 1991).

El síndrome mucocutáneo es una vasculitis aguda multisistémica que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre con predilección de las arterias coronarias. Su etiología es desconocida, la presentación clínica y la epidemiología de la enfermedad sugieren un origen infeccioso señalando algún agente patógeno de tipo viral o bacteriano como agente causal, haciendo hincapié en el retrovirus que causa disminución de linfocitos T8 y la elevación de los linfocitos T4 observados en la fase aguda y subaguda de la enfermedad, esta relación inversa se ha visto en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El uso previo de detergentes y shampoo especiales para el lavado de alfombras se ha relacionado con Enfermedad de Kawasaki (EK), así como la exposición a los antígenos de ácaros del polvo doméstico o a los ácaros vivos que actúan como vectores de microorganismos. En la actualidad las investigaciones se dirigen a los superantígenos bacterianos. La hipótesis más aceptada se debe a toxinas proteicas bacterianas que actúan como superantígenos, las toxinas se absorben a través de la mucosa inflamada y estimula las células mononucleares locales para que produzcan citocinas proinflamatorias que a su vez provocan la fiebre y en la que además se atacan los vasos del propio organismo, produciendo una

inflamación de las arterias. Esta inflamación afecta en la fase inicial al endotelio, después de la primera semana se propaga a la capa media de las arterias con destrucción de su estructura elástica y producción de aneurismas, lo que facilita que se formen trombos en dichos sitios que obstruyen las arterias y producen infarto del miocardio (Coronel 2005, Luis 2001, Stanford 1991, Fernández 2000, Gonzalez 1991, Myyng 2003, Ambriz 2000, Fukunishi 2000, Attie 1993, Meissner 2003, Rodríguez 2002, , Eagle 1991).

La EK afecta en un 80% a niños menores de cinco años de edad, el 50% son menores de dos años, siendo excepcional en niños mayores de 12 años, su incidencia en varones es de 1.5 a 1 con respecto al sexo femenino al igual que la mortalidad; afecta a niños de todas las razas y grupos étnicos, el número de casos varía en cada país en su mayoría en Japón y en aquellos paciente que cuentan con ancestros asiáticos. La incidencia anual de EK en Japón es de 95 casos por cada 100.000 menores de 5 años. Afecta preferentemente a la clase media y alta y su prevalencia aumenta en los picos estacionales de invierno y primavera. La incidencia de EK entre hermanos es mayor que en la población general (Alva 1995, Stanford 1991, Gonzalez 1991, Myyng 2003, Ambriz 2000, Fernández 2000, Machado 2002, Banfi 2001, Attie 1993).

La EK se manifiesta como un síndrome febril en la niñez temprana; se caracteriza por un cuadro clínico que incluye fiebre alta en picos, irritabilidad, cambios en los miembros, entre otras que se describirán más adelante. Hasta el momento no existen pruebas de laboratorio específicas para detectar el síndrome por lo que el diagnóstico es puramente clínico basado en una serie de criterios (González 1991, Rodríguez 2002).

Aunque es excepcional se presentan casos de recidivas generalmente después de 3 meses del episodio inicial, tras regresar la velocidad de sedimentación

glomerular (VSG) y normalizarse el recuento plaquetario, por ello se concluye que es una recurrencia de la enfermedad; en estos casos la afección cardíaca es más frecuente y generalmente sucede en japoneses.

La forma típica de la enfermedad se clasifica en tres fases de duración variable: aguda, subaguda y de convalecencia. Cada fase de la enfermedad se caracteriza por síntomas y signos típicos.

Fase febril aguda. A partir de los primeros 10 días. Caracterizada por fiebre alta en picos 38-40°C, que no responde a tratamiento, erupción, adenopatías, eritema o edema periférico, conjuntivitis y enantema. Se complica con la presentación de perivasculitis aguda de arterias de pequeño calibre, afectando a las arterias coronarias principales, además de pericarditis, miocarditis, artritis, insuficiencia mitral, insuficiencia cardíaca, meningitis e iridociclitis.

Fase subaguda. Con duración de 11 a 25 días tras el inicio de la fiebre, se caracteriza por trombocitosis, descamación y resolución de la fiebre. La panvasculitis afecta las tres capas de la pared arterial produciendo dilatación aneurismática de las arterias coronarias principales en el 10 al 40% de los pacientes así como formación de trombos.

Fase de convalecencia. Fase en la que hay mayor riesgo de complicaciones graves. Dura de 28 a 31 días, tiempo en el que la elevación de la velocidad de sedimentación globular y el recuento plaquetario regresan a la normalidad. Durante esta fase desaparecen poco a poco los signos clínicos. Los aneurismas pueden resolverse o persistir. Se produce recanalización, fibrosis, cicatrización y en ocasiones calcificación de las arterias coronarias, lo que a la larga se traducirá en miocarditis, infarto del miocardio o ruptura de aneurismas (González 1991, Vizcaíno 1991, Coronel 2005, Fernández 2000, Attie 1993, Sánchez 1986, Eagle 1991).

La EK puede acompañarse de irritabilidad en el 100% de los casos, cambios de humor, artralgias, meningitis aséptica, neumonitis, uveítis, disuria, piuria estéril, otitis, hepatitis, aumento de las trasaminasas, hidrocele, miositis, diarrea, dolor abdominal, hepatomegalia, ictericia.

Los siguientes datos son de importancia en el estado del paciente y su evolución:

1. Auscultación cardíaca (soplo, galope, tonos apagados).
2. Datos al ECG (prolongación de PR-QT, ondas Q anormales, segmento ST anormal, arritmias, taquicardia).
3. Datos radiológicos (cardiomegalia).
4. Ecocardiograma modo M y bidimensional sirven para detectar alteraciones en la función ventricular (dilatación e hipertrofia de cavidades, derrame pericardico, aneurismas de arterias periféricas, angina o infarto del miocardio).
5. Sangre periférica: leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis $> 450.000/mm^3$, con pico de $650.000-2.000.000/MM^3$, elevación de eritrosedimentación, proteína C reactiva (PCR) positiva, siendo mayor en los días previos al décimo día de la enfermedad, hipoalbuminemia, elevación de alfa 2-globulina, leve descenso de niveles de hemoglobina y eritrocitos, hipertriglicemia, concentraciones bajas de HDL, elevación de enzimas cardíacas TGO, TGP, bilirrubinas.
6. Aumento en la velocidad de sedimentación, a1-antitripsina.

7. Pleocitosis moderada en LCR.
8. Orina: proteinuria, leucocituria, piuria estéril.
9. Aparato respiratorio: tos, rinorrea, infiltrados radiológicos.
10. Neurológico: trastornos de conciencia, parálisis facial, parálisis de extremidades.

Otros síntomas menos significativos e inespecíficos son los que afectan el corazón: miocarditis, pericarditis, endocarditis con valvulitis y cardiopatía isquémica. Menos importantes; diarrea, artralgias o artritis, meningitis aséptica, ictericia, colecistitis, uretritis y neumonía (Coronel 2003, González 1991, Vizcaíno 1991, Ambriz 2000, Myyng 2003, Fukunishi 2000 Rodríguez 2002, Fernández 2000, Rodríguez 2002, Braunwald, 2004, Rodríguez 2002, Sánchez 1986).

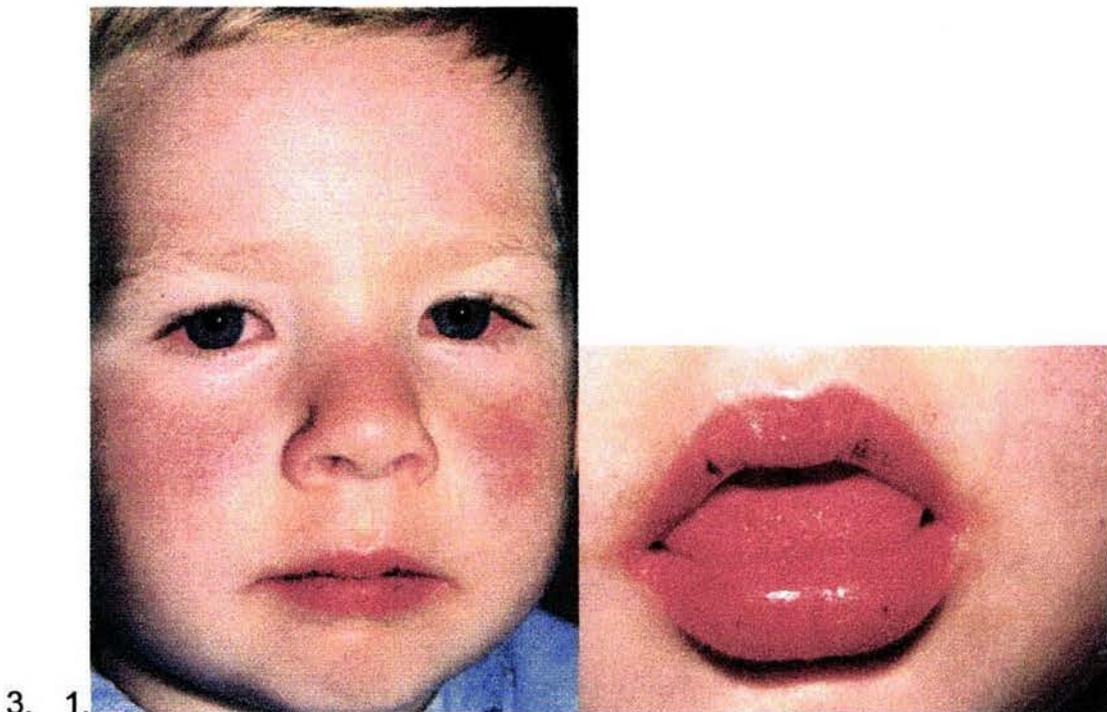
Los criterios clínicos para el diagnóstico propuestos por Kawasaki y utilizados en la actualidad son:

Fiebre persistente con picos de 38 hasta 40°C, durante cinco días o más que no responde a antibióticos (95%).

La presencia de cuatro de las cinco condiciones siguientes:

1. Hiperemia conjuntival bilateral sin exudado. Al examinar con lámpara de hendidura muestra una ligera uveítis anterior en un 80% de los casos. Esto ayuda a diferenciar en forma temprana la enfermedad e Kawasaki de otros padecimientos exantemáticos. Aparece entre 2 y 4 días siguientes al inicio de la fiebre y remite en 1 semana en un 99%. (Ver Fig. 1).
2. Cambios en la boca y labios: lengua aframbuesada, enrojecimiento difuso de la cavidad oral, eritema rojo brillante que a los tres días evoluciona con

agrietamiento, fisuras y sangrado labial. Se observa en el 4 ó 5 día y persiste de 2 a 4 semanas (90%). Ver Fig.



3. 1.

Fig. 1 Se muestran algunos de los criterios clínicos de EK como la hiperemia conjuntival bilateral sin exudado y los cambios que sufre la mucosa oral.

4. Exantema polimorfo en tronco sin vesículas ni costras. Aparece al 5 ó 6to día del comienzo de la enfermedad. Puede ser escarlatiniforme, urticariforme o multiforme (92%) y afectar cara, tronco y extremidades. (Ver fig. 2)
5. Adenopatías cervicales agudas no supurativas e indoloras, mayores de 1.5cm de diámetro. Desaparece al ceder la fiebre (75%).
6. Cambios en las extremidades periféricas como edema o eritema de manos (Ver. Fig. 2) pies o de ambos, así como descamación de pulpejos en palmas y plantas de manos y pies. Inicia al finalizar la primera semana (75-94%). Coronel 2005, González 1991, Vizcaíno 1991, Myng 2003, Ambriz

2000, Rodríguez 2002, Barone 2000, Fernández 2000, Machado 200, Braunwald, 2004, Attie 1993, Rodríguez 2002, Sánchez 1986, Eagle 1991).



Fig. 2 Se presenta el exantema en tronco y extremidades de un paciente con EK.

El síndrome de kawasaki atípico o incompleto es una categoría usada para describir a aquellos pacientes que desarrollan arteriopatía coronaria detectada por

ecocardiograma sin criterios clínicos estrictos, ó que tienen anomalías de laboratorio compatibles y ninguna otra explicación a su enfermedad, esta forma de EK es cada vez más frecuente, y se observa especialmente en niños menores de un año y mayores de cinco, que son los más expuestos a hacer complicaciones vasculares. Entre el 20 al 60% de los niños con daño coronario no presentaron el cuadro típico de la enfermedad, lo que se traduce a un retraso en el diagnóstico y un deterioro cardíaco a futuro (Ambriz 2000, Banfi 2001, Michie 2000, Meissner 2003).

Se necesita realizar exámenes de estrés seriados con técnicas radioisotópicas para determinar la necesidad de efectuar un angiografía coronaria o intervenciones por cateterismo como el stent endovascular o cirugía coronaria de by-pass.

La ecocardiografía Doppler color es el instrumento diagnóstico de elección para establecer las anomalías coronarias iniciales y su objetivo es identificar la progresión o regresión de los aneurismas, detectar oclusión proximal o distal al aneurisma, así como evaluar la función ventricular y la participación valvular. Los aneurismas se producen generalmente después de la segunda semana y no se producen después de los 60 días. En aneurismas no gigantes el ECO debe realizarse cada mes: si hay regresión del aneurisma, cada 6 a 12 meses; si por el contrario, el aneurisma es gigante, deberá realizarse ECO cuando sea necesario según la evolución y tomar un ECG para establecer correlación entre ambos. El seguimiento ecocardiográfico seriado deberá iniciarse entre 10 y 14 días iniciada la enfermedad. Cabe señalar que aunque los aneurismas desaparecen, estas arterias no tienen respuesta a estímulos para producir vasodilatación o vasoconstricción (Alva 1995, González 1991, Vizcaino 1991, Banfi 2001, Machado 2002, Braunwald, 2004, Attie 1993).

Los aneurismas son considerados pequeños cuando miden menos de 5mm de diámetro interno, medianos cuando su diámetro va de 5 a 8mm o gigantes cuando el diámetro interno es mayor a 8mm, que son los de peor pronóstico ya que a menudo son los que desarrollan trombosis, estenosis progresiva, oclusión, tamponamiento cardíaco por la rotura, infarto de miocardio y muerte súbita (Alva 1995, Stanford 1991, González 1991, Banfi 200, Braunwald, 2004).

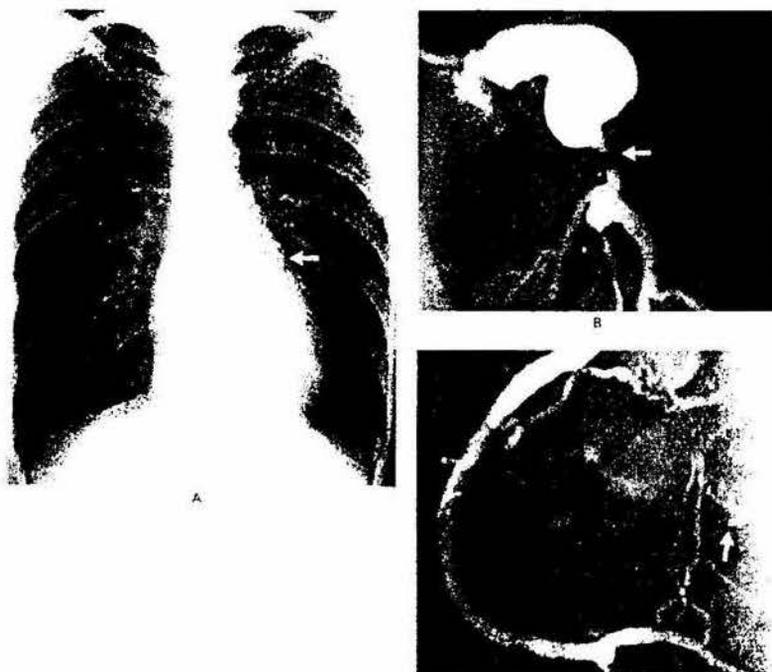


Fig. 3 Se observa el grado de dilatación que puede llegar a sufrir los vasos coronarios con la EK.

La obstrucción coronaria ocurre regularmente dentro de los 4 años siguientes del inicio de la enfermedad. El 41.7% de obstrucción se observa en la arteria coronaria derecha y el 15.4 % en la coronaria izquierda. En aneurismas gigantes el 46% sufren de estenosis coronaria. La incidencia de aneurismas sistémicos es de 2.2%, de enfermedad valvular del 1.2% de enfermedad cardíaca isquémica el 4.7% y de infarto de miocardio el 1.9%.

La coronariografía no debe ser una exploración de rutina, se indica en pacientes con aneurismas gigantes o múltiples, con signos eléctricos de isquemia en reposo o desencadenados por prueba de esfuerzo y en pacientes infartados. La clasificación de las arterias coronarias usada en el Coronary Artery Surgery Study, Takahashi define los aneurismas arteriales coronarios registrados por angiografía como localizados o difusos. Los aneurismas localizados, confinados a un segmento arterial, se subclasifican en fusiformes (forma de huso) o saculares. Los aneurismas difusos que afectan a más de un segmento y pueden ser ectásicos (dilatados) o segmentados (múltiples dilataciones unidas por segmentos normales o estenóticos).



Fig. 3. Trombosis (D). Desaparición del trombo con anticoagulación (E). Arteriografía coronaria (F)

El compromiso máximo de las arterias coronarias ocurre dentro de las 6 y 8 semanas posteriores al inicio de la fiebre.

La persistencia de los aneurismas es de un 72% luego de un año y de un 41% a los 5 años de seguimiento. La regresión de ellos depende de la severidad de los mismos, de la rapidez del diagnóstico y del tratamiento inicial. El 80% de los aneurismas coronarios pequeños o medianos regresionan dentro de los primeros 5 años, mientras que los aneurismas gigantes no lo hacen. Hay aneurismas gigantes que persisten sin causar fenómenos obstructivos por más de 10 años, generalmente se localizan en la coronaria izquierda.

La mayor parte de las muertes ocurren en la tercera o cuarta semana de la enfermedad. Otros niños mueren a consecuencia de infarto miocárdico.

Ninguna de las características de la EK es patognomónica, por lo que se requiere de un diagnóstico diferencial con escarlatina, sarampión, infección estreptocócica, rubéola (Tori 2002, Meissner 2003).

El uso de la detección rápida de adenovirus en secreciones nasofaríngeas puede ser de utilidad en aquellos casos en los que resulta difícil la distinción de EK con infección aguda por adenovirus.

El manejo de la EK ha sido muy debatido. Durante la fase aguda el tratamiento inicial se orienta a reducir la inflamación, principalmente de arterias coronarias y el miocardio, posteriormente se intenta prevenir la trombosis coronaria, por inhibición de la agregación plaquetaria (Coronel 2005, Stanford 1991, González 1991, Vizcaíno 1991, Myyng 2003, Ambriz 2000, Banfi 2001, Rodríguez 2002, Fukunishi 2000, Fernández 2000, Machado 2002, Braunwald, 2004, Attie 1993, Meissner 2003, Rodríguez 2002, Eagle 1991, Sánchez 1986).

Tratamiento en la enfermedad de Kawasaki

Fase aguda:

- Gammaglobulina 2 g/kg, dosis única, intravenosa, por 10-12 horas. El esquema de tratamiento previo se maneja con dosis de 400mg/kg/día durante 4-5 días consecutivos, en niños de cualquier edad.

Esquema de IGIV	Dosis total	Resultado
Dosis múltiples	<1 g	Negativo
Dosis múltiples	1,2-2 g	Favorable
Dosis única	1g	Relativo*
Dosis única	2g	Favorable

- Aspirina 80-100 mg/kg/día en 3-4 dosis por 10-15 días.

Fase convaleciente en casos no complicados:

- Aspirina 3-5 mg/kg, 1 vez al día por 8 semanas o hasta que las plaquetas vuelvan a la normalidad.

Enfermedad arterial coronaria:

- Aspirina 3-5 mg/kg 1 vez al día por 6-8 semanas.

Enfermedad persistente:

- Gammaglobulina 2-3 g/kg, dosis única, intravenosa en 10-12 horas. Hasta 3 dosis cada 5 días.
- Metilprednisolona 30 mg/kg/día, 3 días. (aumenta agregación plaquetaria)

Casos refractarios:

- Metilprednisolona 30 mg/kg/día, 3 días, 2 dosis, con intervalo de una semana.
- Ciclosporina 3 mg/kg, 3 veces al día, hasta desaparecer la fiebre.

Pacientes sin anomalías de arterias coronarias

- No antiagregantes plaquetarios, tres meses después de iniciada la EK
- No restringir actividad física
- Evaluación cardíaca y ECG cada 2-3 años

Paciente con aneurisma coronario gigante

- Aspirina 3-5mg/kg/día en forma indefinida
- Tratamiento con anticoagulante oral o subcutáneo durante los 2 primeros años.
- Evaluación cada 6 meses ECG, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, angiografía inicial y cada que la evaluación reporte alteraciones.

Pacientes con isquemia miocárdica crónica:

- Angioplastia transluminal.
- Cirugía para colocación de puentes coronarios.

El 80-90% de los pacientes responde al tratamiento médico, reduciendo la fiebre y lo más importante las complicaciones cardíacas. La aspirina se utiliza como terapia estándar, por su efecto antiinflamatorio y antitrombótico, pero no disminuye el número de aneurismas arteriales coronarios en los pacientes.

La gammaglobulina intravenosa destaca por su efecto en el bloqueo de las citocinas y anticuerpos sobre las células endoteliales de la pared vascular.

Debe tenerse en cuenta que en los niños tratados con inmunoglobulina IV, las vacunaciones contra rubéola, sarampión y parotiditis deben retrasarse ya que no serían efectivas. De no administrarse IGIV se desarrollara dilatación

arterial coronaria o aneurismas en 15 a 20% de los niños afectados. Solo un 61% de los pacientes recibieron tratamiento con IGIV el día 10 ó antes del inicio de la enfermedad esto fue publicado en un estudio que realizo Stockheim y colab.

El uso combinado de IGIV y ASA ha constituido la base del tratamiento de EK durante casi 20 años. Los corticosteroides según estudios realizados tienen mayores efectos perjudiciales que benéficos ya que aumentan el riesgo de arteriopatía coronaria.

Los pacientes con EK que persisten con fiebre después de 48 horas de la administración IGIV se consideran casos "no reaccionadores" a IGIV, plantean un dilema clínico importante porque la fiebre prolongada es un factor de riesgo de arteriopatía coronaria más grave. Los datos limitados y no controlados, sugieren que estos niños se benefician con dosis adicionales de IGIV, pero se han descrito complicaciones después de recibir grandes dosis de está como IC por aumento de volemia y meningitis aséptica (Tori 2002).

Según los parámetros de Fukunishi y col. que sirven para identificar al momento del ingreso, que pacientes no tendrán una respuesta adecuada a la IGIV a dosis habituales. Los pacientes que no respondieron tenían valores mucho más altos de PCR >10mg/dl y de deshidrogenasa láctica (560 UI/L), hemoglobina menor de 10g/dl. Estos parámetros sirven como auxiliar en la identificación de pacientes que no responderán a la terapia tradicional con IGIV. A pesar de esto no hay todavía un marcador confiable para identificar aquellos pacientes que serán resistentes a la IGIV. En este caso se sugiere administrar 3 ó 4 g/kg de IGIV como terapia inicial (Rodríguez 2002).

El tratamiento quirúrgico consiste en la derivación aortocoronaria de los vasos con lesiones obstructivas. Las indicaciones para el procedimiento no están

establecidas, pero debe considerarse cuando se demuestra isquemia reversible y no se aprecien lesiones arteriales distales al punto de implante del injerto, o si presenta aneurismas gigantes o múltiples. Kitamura, describe mejores resultados con injertos de arteria mamaria interna en pacientes pediátricos, ya que el diámetro y longitud de estos, aumentan con el crecimiento somático del niño; por el contrario, los injertos de vena safena, se acortan ligeramente con el tiempo (Ambriz 2000, Banfi 2001, Myyng 2003, Braunwald, 2004, Attie 1993, Sánchez 1986, Eagle 1991).

Se ha estudiado posibilidades terapéuticas frente a la isquemia miocárdica, los hallazgos sugieren que el tratamiento con heparina y ejercicio programado durante 10 días puede tener un efecto dramático en disminuir la isquemia miocárdica a través de un fenómeno de revascularización no invasiva.

Los pacientes con peor diagnóstico son aquellos con aneurismas gigantes, por el paso de flujo lento en el espacio vascular dilatado, aunado al desarrollo de lesiones estenóticas en el extremo distal o proximal del aneurisma, causando oclusión e infarto de miocardio, siendo la primera causa de muerte en la EK.

La mortalidad de la EK es muy baja menor al 1 %, la muerte ocurre con mayor frecuencia en las fases subaguda y de convalecencia, pero el futuro impacto de esta enfermedad es incierta sobre todo en la edad adulta y en aquellos pacientes afección vascular.

Los aspectos que sugieren un mal pronóstico son la fiebre durante más de 16 días, recurrencia de ésta después de un período afebril de más de 48 horas; arritmias distintas al bloqueo cardiaco de primer grado, género masculino; edad menor de un año; cardiomegalia y plaquetopenia, hematocrito y albúmina sérica durante la primera evaluación.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: DIMR	Edad: 14 años
Sexo: Masculino	Registro: 283535
Religión: Católica	Escolaridad: 3º secundaria
Lugar de nacimiento: México, D.F.	Fecha de Ingreso: 17/11/2004
Fecha de nacimiento: 06/Noviembre/1990	

HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Abuelo paterno padece de diabetes mellitus. Abuela materna padece epilepsia. Sus padres aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Originario y residente del D.F. nivel socioeconomico bajo.

Habitación. Propia, de tipo urbano, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Comparte con 4 personas.

Alimentación: Seno materno durante 8 meses, ablactación a los 8 meses a base de frutas, se integra a la dieta familiar a los 9 meses.

Inmunizaciones. Completas sin mostrar cartilla de vacunación.

Desarrollo psicomotor: succión y deglución al momento del nacimiento, sostén cefálico a los 4 meses, sedestación con ayuda a los 5 meses, sedestación solo a los 6 meses, bipedestación a los 9 meses, marcha a los 12 meses, con adecuado proceso de socialización y buen aprovechamiento escolar.

ANTECEDENTES PERINATALES.

Producto de la GI, con control prenatal regular, ingiriendo vitamínicos así como aplicación de toxoide tetánico, curso con embarazo normoevolutivo obtenido vía vaginal a termino en medio hospitalario, lloro y respiro al nacer. Desconoce Apgar. Egresado binomio madre e hijo a las 24 horas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Varicela hace 2 años sin complicaciones. Antecedentes alérgicos, traumáticos, quirúrgicos negados. Se transfunde a los 6 años, los familiares desconocen la causa.

HISTORIA CARDIOVASCULAR.

Asintomático cardiovascular hasta los 6 años. Inicio con fiebre cuantificada de 39° a 40°C con ataque al estado general, estado nauseoso y vómitos así como evacuaciones diarreicas, en número de 4 en 24 horas acudió al Hospital Infantil, y se diagnostica hepatitis viral. Dado que persistió con la sintomatología, acude al Hospital ABC decidiendo su ingreso por presentar datos de insuficiencia cardiaca y se ingresa a la terapia intensiva con diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki, egresa con tratamiento a base de ácido acetilsalicílico. A los 8 años se realizo cateterismo cardiaco que reporto lesiones gigantescas de ambas arterias coronarias no se cuenta con el estudio, al igual que una medicina nuclear pero se reporta sin alteraciones por lo que continuo con tratamiento a base de aspirina. Continuo bajo vigilancia por pediatra cursando asintomático.

PADECIMIENTO ACTUAL

Asintomático cardiovascular hasta el día de hoy que inicio a las 7:00 con dolor en brazo izquierdo tipo punzante durante 20 minutos. A las 9:00 hrs. En reposo inicio con dolor precordial, tipo punzante y posteriormente opresivo, intensidad 9/10 con acmé de 15 minutos acompañado de diaforesis, y disminuyendo posteriormente a

7/10 por ello acude con medico cardiólogo el cual lo refiere al INC. A su ingreso el paciente continua con dolor precordial, localizado, tipo punzante 4/10 sin descarga neurovegetativa, se toma ECG con ondas T positivas en DI y AVL e infradesnivel del segmento ST V2 y V3 por lo que se decide su ingreso.

Se observo elevación enzimática importante, y cambios electrocardiográficos, diagnosticando IAM de cara lateral alta. Por el tiempo de evolución, se decide trombólisis con Alteplase, iniciada a las 19 horas, con dudosos criterios de reperfusión miocárdica. A su llegada a la UCC con dolor 2/10, el cual desaparece posterior a la trombólisis. No presento arritmias de reperfusión.

LABORATORIOS AL INGRESO

Hb. 15 Hto. 47 Leucocitos 9800, Plaquetas 251.000 TP 14.2 TTP. 47 Urea 6 Cr 0.8 CK-MB 20.21, CK 254 Trop. I 0.479

ELECTROCARDIOGRAMA

Ingreso.

Ritmo sinusal, FC 75 lpm FR 60 min. P 60ms, PR 160mseg. QRS 80 mseg, Qr con onda T prominente DI y AVL con supradesnivel del segmento ST de 1mm, infradesnivel de 1mm en V2 y desnivel negativo de 2mm V3 (Ver anexos).

POST TROMBOLISIS.

Ritmo sinusal, AQRS +150°, FC 60 min. P 60ms PR 160mseg, QRS 100msg, imagen de bloqueo incompleto de rama derecha por rR en V1 con desviación del eje a la derecha. Disminución del ST en DI y AVL con QS y onda T invertida. Transición súbita en V3 con QS de V1 y V2 con ondas T acuminadas.

EXPLORACION FÍSICA

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, con adecuada coloración tegumentaria e hidratación.

Cráneo normocéfalo sin exostosis ni hundimiento, pupilas isocóricas.

Cuello sin plétora yugular, con pulsos carotídeos de adecuada intensidad y amplitud, sin presencia de adenomegalias.

Tórax con ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.

Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin presencia de visceromegalias y peristalsis presente.

Genitales externos aparentes a la edad y sexo.

DIAGNOSTICOS.

- I. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. LESIONES CORONARIAS GIGANTES. SINDROME CORONARIA AGUDO. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ANTEROLATERAL TROMBOLIZADO CON ALTEPLASE CON 9 HORAS DE EVOLUCION CON CRITERIOS DE REPERFUSION.
- II. KILLIP KIMBAL I
- III. INMUNOLOGICO. SECUNDARIO.

Se realiza ecocardiograma el 18 de noviembre encontrándose :

- Dilatación de tronco de coronaria izquierda y derecha
- Insuficiencia tricuspidea y mitral ligera
- Disfunción sistólica del VI moderada
- Disfunción diastólica de VI severa

El 19 de noviembre se realiza coronariografía con los siguientes hallazgos:

- I. Tronco corto sin lesiones angiograficas
- II. DA a nivel del segmento proximal y parte del segmento medio aneurismatico con importante carga de trombo interno. Distalmente sin lesiones angiográficas. Flujo distal TIMI 3.
- III. Circunfleja sin lesiones angiograficas
- IV. CD. A nivel del segmento proximal esta aneurismatica sin evidencia de trombo y posteriormente todo el trayecto hasta el segmento distal con múltiples y pequeños aneurismas (imagen de rosario) sin lesiones obstructivas, con flujo distal TIMI 3 (Ver anexos).

En la ventriculografía se observa: hipocinesia anterolateral con una FEVI arriba del 50%. El 22 del mismo mes se traslada a 6° piso con el mismo tratamiento a base de ramipril, ASA, clexane, previamente con HBPM y ranisen.

El 24 de noviembre se realiza medicina nuclear siendo negativa para isquemia. En la prueba de esfuerzo se demuestra que existe tejido viable en la porción lateral y apical. Las dimensiones de los aneurismas en los sistemas coronarios derecho y de la descendente anterior son de 9 y 13mm respectivamente. Se acordó que su caso amerita ser sometido a revascularización coronaria con colocación de un injerto arterial pediculado de arteria mamaria interna hacia el territorio de la DA, e intentar revascularizar el sistema coronario derecho(que se aprecia muy dañado y con lesiones críticas). Se acordó suspender anticoagulante con heparina de bajo

peso molecular, e iniciar heparina no fraccionada, así como suspender los antiagregantes plaquetarios.

El 9 de diciembre se realiza ecotransesofágico hallándose hipocinesia de la pared anterior en segmento medio y apical del ventrículo izquierdo. Pared lateral hipocinética en segmento apical, Insuficiencia tricuspídea ligera con FE 59%.

Se erradican focos sépticos y pasa a quirófano el 22 de diciembre del mismo año realizando revascularización con injerto de Arteria mamaria interna izquierda a la descendente anterior y Arteria Mamaria Interna Derecha a la Coronaria Derecha con un tiempo de perfusión de 62 min. y un tiempo de pinzamiento Aórtico de 39 min. Se despinza aorta y sale corazón a fibrilación ventricular descargándose con 15 Joules revirtiendo a ritmo sinusal estable hemodinámica y gasométricamente con apoyo de dopamina a 3mcg/kg sin marcapaso, sale de sala sin accidentes. Con los siguientes resultados de laboratorio Hb 11.6 Hto. 31 leucocitos 9.9 plaquetas 123 TP 17.7 /13.3 INR 1.46 TTP 47.1/33.4 glucosa 282 urea 12 creatinina 1.0 AST 42 LDL 167 CK 397 Cl 108 Na 128 K 4.0 Gasometría arterial. Ph 7.35 Pco₂ 35.1 pO₂ 134 sO₂ 99.1 HCO₃ 19.9. FIO₂ 100%.

Se traslada a la cama 510 de la terapia intensiva con datos de hipovolemia y un volumen de 654ml de sangrado por drenaje retroesternal y se decide transfundir 1 aféresis y 1 concentrado eritrocitario, con el siguiente perfil hemodinámico FC 126 PAS 129/60 PAP 19/9 PCP 7 PVC 4 GC 6.2 IC 3.9 VL 50.0 IS 75 RVS 799 ITVI 25.6 RVP 67 PPF 12600 pCO₂ 35 PO₂ 79.2 PH 7.39 FIO₂ 21%.

23 de diciembre, en su primer día postoperatorio con los siguientes datos de evolución, con estabilidad hemodinámica, sin apoyo de aminas con FC 89-110 TA 110/68 - 164/70 PVC 4-10 GC 7 l/min BH -1267ml, drenaje retroesternal con salida de líquido hemático 784ml, pulsos centrales y periféricos presentes y de buena intensidad y llenado capilar menor a 2 seg. Con Hb 11.6 Hto 31 leucocitos

9.9 plaquetas 123 TP 15.2 TTP 39.4/33.2 glucosa 144 urea 11 creatinina 4.1 Na 138 K 4.1.

VENTILATORIO con evolución adecuada y manejo dinámico de ventilador así como disminución progresiva de parámetros ventilatorios que permitió extubación electiva, con adecuada tolerancia sin signos de dificultad respiratoria, con control gasométrico en equilibrio ácido-base y adecuadas oxemias. Sus campos pulmonares bien ventilados sin ruidos agregados. Última gasometría arterial pH 7.39 pCO₂ 34.6 pO₂ 58.2 SO₂ 90.3 HCO₃ 21.9.

INFECTOLOGICO. No distermias, afebril, continua con tratamiento con cefalotina, control de biometría hemática. En ayuno con control de electrolitos séricos y función renal normal.

NEUROLOGICAMENTE Alerta, activo, colaborador, con adecuada respuesta a estímulos.

Evolución en la terapia intensiva en sus primeras horas con tendencia a la hipoxemia y desaturación con incremento de los corto circuitos intrapulmonares, con equilibrio ácido base. Curso con hiponatremia probablemente dilucional y trombocitopenia. Por monitoreo invasivo se determina que cursó con GC e IC adecuados, sin embargo siempre con tendencia a mantener RVS y RVP bajas, y PVC promedio de 9cmH₂O. Amérito apoyo con nitropusiato y dopamina a dosis de 3mg.

El 24 de diciembre se traslada a 6° piso ya sin aminas y con drenaje retroesternal el cual no se retira por drenar líquido hemático. Sube con los siguientes laboratorios Hb 10.1 Hto 29 leucos 7.900 plaquetas 117.000 TTP 40/33.2 Na 139 K 4.1 TPNI 1.018 MB 3.47 CO 1.44. Se retira drenaje retroesternal el 28 de diciembre y se inicia anticoagulación oral con sintrom.

Egresa el 31 de diciembre de 2004 con cita a cardiopediatria y clínica de anticoagulantes con INR final de 1.6 con el fin de mantener un INR 1.7-2.3 y tratamiento a base de ramipril 2.5mg 1x1; ASA 100mg y Sintrom.

DX. EGRESO. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. LESIONES CORONARIAS GIGANTES. SINDROME CORONARIO AGUDO. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ANTEROLATERAL TROMBOLIZADO CON ALTEPLASE CON 9 HORAS DE EVOLUCION CON CRITERIOS DE REPERFUSION. REVASCULARIZACION CON INJERTO DE ARTERIA MAMARIA INTERNA IZQUIERDA A LA DA Y ARTERIA MAMARIA INTERNA DERECHA A LA CORONARIA DERECHA.

DISCUSIÓN DEL MANEJO MEDICO

El caso se observo ya cursando las complicaciones dichas de la EK. Durante la fase aguda de la enfermedad que presento a los 6 años, fue hospitalizado por presentar diarrea, y fiebre persistente diagnosticándose Hepatitis, al observar que no había mejoría se decide consultar otro médico el cual diagnostica EK, no se sabe cuanto tiempo paso entre una situación y otra y si hubiese podido administrarse dosis única de inmunoglobulina en conjunto con aspirina, ya que el tratamiento que refiere su familiar es solo la administración de ASA por tiempo indefinido. Se llevo un seguimiento por cardiólogo peditra el cual no fue el adecuado ya que según la bibliografía debería de llevar un seguimiento por ECO cada 6 meses mínimo por las lesiones que presentó.

Por interrogatorio directo su mamá refiere que presento descamación de miembros inferiores; por ello podemos pensar que se encontraba en la fase subaguda, en la cual si se hubiese administrado IGIV no se hubieran obtenido beneficios, lo que hace suponer que la falla en el tratamiento fue el tiempo en que se tardó en diagnosticar dicha enfermedad confirmándose por las lesiones gigantescas que presentó en las arterias coronarias, ya que de haber sido administrada era menos probable que desarrollara los aneurismas.

El tratamiento quirúrgico que se le realizo debido a las complicaciones de la EK fue el adecuado conforme a la bibliografía pero a futuro se desconoce el pronóstico, ya que no se sabe si pueda volver a presentar la fase aguda de la enfermedad la cual agravaría su condición, pudiendo afectar arterias de gran importancia en la circulación coronaria o renal.

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

En el presente trabajo se tomara como modelo conceptual el creado por Virginia Henderson el cual se define como: La organización de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

La base del modelo de Virginia Henderson se considera en el rol de la enfermera; el cual consiste, en ayudar al individuo sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevarla a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello, o poseyera los conocimientos necesarios, así como la autonomía que lo ayudará a recuperar su autoestima.

Se fundamenta en las necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual (hospital).

NECESIDADES: Es el objeto de los cuidados de enfermería que son integrales (bio-psico-social) y son individualizados. Son requisitos, aspectos, etc. del ser humano que hay que satisfacer y que las satisface el ser humano si está sano, pero si está enfermo es la enfermera mediante actividades quien las va satisfacer y a estas actividades es a lo que ella llama cuidados básicos de enfermería

Las necesidades y requerimientos susceptibles de ser atendidas en el Hospital son:

1. - Respirar con normalidad .
- 2º .- Comer y beber adecuadamente .
- 3º .- Eliminar los desechos del organismo .
- 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .

- 5° .- Descansar y dormir .
- 6° .- Seleccionar vestimenta adecuada .
- 7° .- Mantener la temperatura corporal .
- 8° .- Mantener la higiene corporal .
- 9° .- Evitar los peligros del entorno .
- 10° .- Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones .
- 11° .- Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .
- 12° .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado .
- 13° .- Participar en todas las formas de recreación y ocio .
- 14° .- Estudiar , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

Son comunes a todo ser humano, las siete primeras son biológicas y las restantes psicosociales. Son universales y se ven afectadas por factores que pueden modificarlos.

Los cuidados enfermeros se aplican en relación con el nivel de dependencia del paciente, a medida que el paciente es más dependiente la enfermera actúa como sustituto:

1. **Sustituto** → Enfermedad grave, recién nacido o persona inconsciente.

Otro nivel de menor dependencia es lo que Virginia habla como ayuda:

2. **Ayuda** → Tratamiento, convalecencia.
3. **Compañera** → Planificación de cuidados.

Cuando hay una mayor independencia la enfermera actúa como compañera planificando los cuidados ratificados por el paciente (Ver figura. 4)

Los cuidados suponen tomas de decisiones y es un proceso de solución de problemas. A continuación se muestra un esquema que resume el modelo de Virginia Henderson.

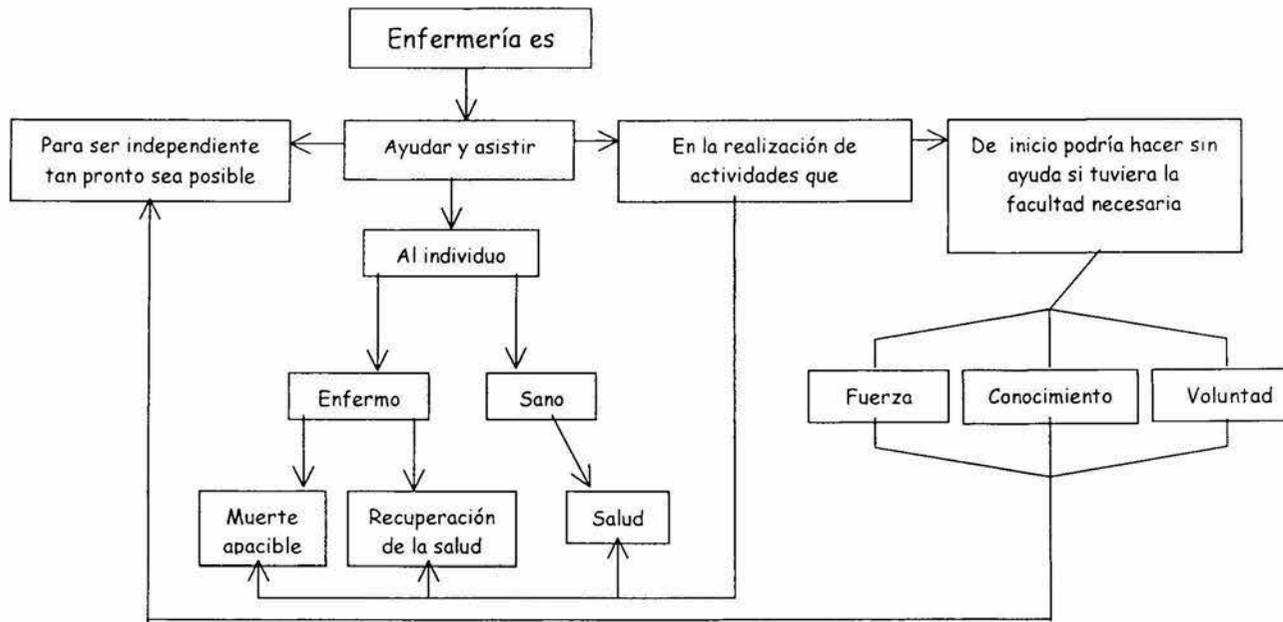


Fig. No. 4. Se esquematiza el modelo conceptual de Virginia Henderson

Los cuidados de enfermería necesitan de un método que apoye a la enfermera en la planificación de estos, es por ello que se utiliza el proceso de enfermería que es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto

es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

La satisfacción de las necesidades alteradas en el individuo y el mantenimiento de las que no lo están en un plazo de tiempo dado, de acuerdo a lo que la persona quiere y espera de nosotros es la forma de evaluar el PAE.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Fecha de intervención

Del 24-Diciembre-2005 al 28-Diciembre-2005

24 de Diciembre

Problema

Elevado volumen hemático por sonda retroesternal

Justificación

La salida de líquido hemático 784ml durante 24 horas previas disminuyeron el nivel de Hb 10.1g/dl Hto 29%.

Diagnostico de Enfermería

- Déficit de volumen relacionado con la presencia de sonda pleural manifestado por perdida de líquido hemático.
- Alteración en la perfusión tisular relacionado con salida de líquido hemático por sonda pleural manifestado por hemoglobina 10.1g/dl y hematocrito 29%.

Objetivo

- Mantener un equilibrio de volumen sanguíneo e hidroelectrolítico en el paciente.

Intervenciones de Enfermería

- Valorar las características del drenaje en cuanto a volumen y color. La salida de líquido y sus características ayudan a la eliminación y evaluación para el retiro del drenaje.
- Vigilar que el drenaje no este obstruido por un coágulo y las líneas estén limpias sin presencia de fibrina. La obstrucción del drenaje no permite el libre paso del líquido hacia el exterior provocando un tamponade cardiaco por acumulación de líquido en el mediastino.
- Vigilar que el sello de agua este succionando y con los niveles de agua necesarios para la succión y sello. Ejerce presión negativa mejorando la salida de líquido hacia el exterior.
- Valorar hemoglobina y hematocrito. La salida de líquido hematico por el drenaje indica trastornos en la coagulación, disminuyendo el volumen circulante sistémico y perdida de células sanguíneas.
- Transfusión de paquete globular. Permite reponer volumen y células sanguíneas.
- Vigilar respuesta anafiláctica. La entrada al torrente sanguíneo de células incompatibles provoca una respuesta antígeno- anticuerpo.
- Checar los datos del PG y del paciente, verificando y preguntando al paciente su nombre. El transfundir un grupo sanguíneo diferente al del paciente puede provocar reacción anafiláctica y hasta la muerte.
- Checar signos vitales antes, durante y después de la transfusión. Permite valorar respuesta anafiláctica en el paciente.
- Vigilar el goteo, temperatura y el tiempo de duración en la transfusión. Un aumento repentino de volumen en la circulación se traduce a una incapacidad del corazón para manejar el volumen. La administración rápida de sangre fría puede producir arritmias cardíacas.

Evaluación

El paciente no presentó ninguna sintomatología de reacción anafiláctica, disminuyó el nivel de salida de líquido por la sonda pleural, a pesar de que siguió hemático, pero se repuso el volumen perdido aumentando su hemoglobina 12.8g/dl y hematocrito 37%.

Problema

Dolor



4

Justificación

Presenta fascies de dolor y durante el manejo del drenaje, catéter y a la movilización este aumentaba, presento FC 110x', FR 21x' TA 130/100.

Diagnostico de enfermeria

Dolor agudo relacionado a intervención quirúrgica manifestado verbalmente y por fascies de dolor.

Objetivo

- Identificar la causa y valorar regularmente el grado de dolor del paciente para ofrecer medidas que lo ayuden a minimizarlo.

Cuidados de Enfermería

- Valorar expresión de dolor. Con el fin de valorar que tanto funcionan los cuidados aplicados y reducir la ansiedad en el paciente, así como hacerle entender al paciente que la enfermera está con él para ayudarlo.

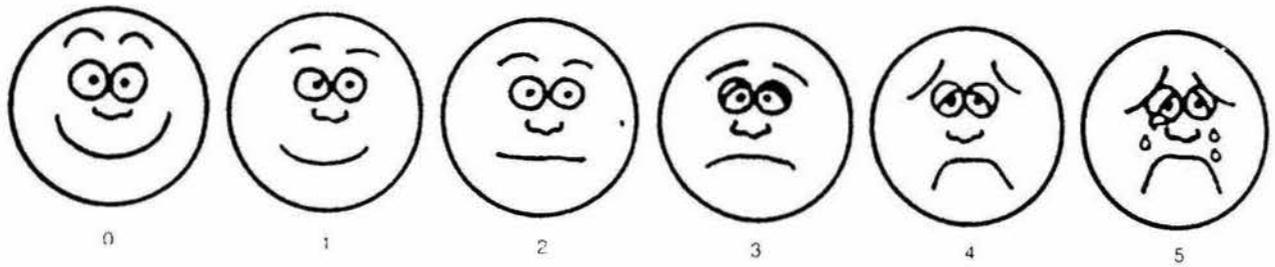


Fig. 5. Escala para la graduación del dolor FACES de Wong-Baker. Se explica al paciente que las caras corresponden a personas que se sienten felices porque no tienen dolor o tristes porque tienen un poco o mucho dolor. La cara 0 es muy feliz porque no tiene ningún dolor. La cara 1 tiene sólo un poquito de dolor. La cara 2 tiene un poco más de dolor. La cara 3 tiene aún más dolor. La cara 4 tiene mucho dolor. La cara 5 tiene todo el dolor que puedas imaginar, aunque "no es necesario que uno lllore para sentirse así de mal. Se pide a la persona que identifique la cara que mejor describa cómo se siente.

- Toma de signos vitales. El dolor aumenta la respuesta adrenérgica del paciente manifestándose por taquicardia, taquipnea y aumento de la TA.
- Explicar procedimientos al paciente ya que el desconocimiento causa ansiedad y descontrol en el manejo del dolor por el mismo paciente.
- Administración de analgésicos. Antiinflamatorio no esteroideo. Se utilizo ketorolaco por razón necesaria, su mecanismo de acción es analgésico y antiinflamatorio, ya que inhibe la síntesis y liberación de prostaglandinas. Antes de administrar el analgésico se valoro antecedentes medicamentosos del paciente, sensibilidad o alergia al fármaco, así como la necesidad de administrarlo, valorando el nivel del dolor.
- Control del dolor por calor. El calor produce vasodilatación, lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido lesionado, favorece la relajación muscular, reduciendo la tensión; además según la teoría del control del dolor por compuerta, el calor estimula fibras nerviosas mielinizadas de gran diámetro, de modo que se cierra la compuerta a la transmisión de estímulos dolorosos a los centros cerebrales superiores.

- Técnicas de relajación, distracción y visualización. Se producen estímulos sensoriales definidos por un tiempo determinado, además se cree que estimula endorfinas que inhiben o modulan la transmisión de estímulos dolorosos y con ello disminuye la percepción del dolor. La distracción consiste en el uso de estímulos sensoriales que se convierten en el foco de atención del paciente para que este menos conciente del dolor. En la relajación pueden utilizarse los ejercicios de respiración los cuales se centran en el manejo de está, haciendo que el paciente se olvide o distraiga la atención en otra cosa, además de que favorecen la relajación muscular.
- Respetar deseo de soledad. La privación de esta produce estrés, fatiga, irritabilidad e inquietud en el paciente, lo cual influye en la percepción del dolor y reduce la sensación de bienestar.
- Reposo y sueño. Durante este el organismo permite la relajación tanto física como mental, disminuyendo la ansiedad e irritabilidad y a nivel fisiológico la disminución de la demanda de oxígeno, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, lo cual resulta en menor estimulación de los tejidos lesionados.

Evaluación

DIMR manifestó disminución del dolor el cual aumentaba al realizar movimientos bruscos o que requerían de mayor esfuerzo, pero siempre cuestiono sobre el nivel de dolor que presentaba el cual en este día si considero importante.

Problema

Tolera con poco agrado su dieta

Justificación

Durante la hora de la comida refirió que estaba satisfecho, así como se le dificultaba el corte de alimentos como carnes. Al final de su alimentación la charola contenía aproximadamente la mitad de la comida.

Diagnostico de Enfermería

Deficit de autocuidado en la alimentación relacionado con dolor y debilidad manifestado por incapacidad para ingerir la cantidad suficiente de alimento.

Objetivo

Lograr que el paciente consuma una dieta balanceada en cantidad y nutrientes.

Cuidados de Enfermería

- Proporcionar un ambiente tranquilo, el cual disminuye estrés y ansiedad.
- Escuchar al paciente. La confianza proporciona tranquilidad y seguridad para expresar y sugerir a la enfermera.
- Explicar la importancia de la alimentación. Una dieta balanceada proporciona nutrientes que ayudan en la recuperación de tejidos lesionados.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y que le facilite comer. Una posición funcional (fowler, semifowler), ayuda a facilitar el proceso de masticación y deglución.
- Determinar la capacidad del paciente para alimentarse por sí solo. El identificar la causa, permite tomar medidas que apoyen al paciente durante la comida.
- Colocar los alimentos al alcance de la mano y dentro del campo visual. Asegurarse de que pueda abrir los recipientes especiales. Apoyarlo en tareas que se le dificulten como: cortar carne, untar mantequilla, etc. El acercamiento de los objetos y el apoyo en actividades que por el momento le resulten difícil facilita y disminuye el esfuerzo y ansiedad.
- Valorar que alimentos se le dificultan comer, así como los alimentos que le desagradan. El conocer las dificultades que sufre el paciente así como gustos y desagradados permiten al personal ofrecer una dieta equilibrada, variada y apetecible.

- Asegurar el mantenimiento o recuperación de la nutrición e hidratación adecuadas. Una dieta balanceada proporciona los nutrientes básicos para la realización de actividades cotidianas y la reparación de tejidos lesionados.

Evaluación

DIMR no consumió la mayoría de sus alimentos, refiriendo que no le gustaban, que se le dificultaban al pasar y que ya estaba satisfecho.

Problema

Movimiento

Justificación

Después de su reingreso a piso la permanencia del drenaje retroesternal, del catéter central y la herida quirúrgica así como su estado anémico Hb 10.1 le impedían realizar movimientos laterales y se le dificultaba mucho sentarse así como levantarse de la cama manifestando mareos y dolor.

Diagnostico de Enfermería

- Deterioro de la movilidad física relacionado con intervención quirúrgica, dolor y anemia manifestado por inestabilidad postural, limitación de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.

Objetivo

Ayudar al paciente a recobrar su máxima capacidad de movimiento e identificar métodos para el alivio del dolor.

Cuidados de Enfermería

- Permitir la libre expresión de sentimientos de incapacidad. Cuando el paciente expresa lo que siente disminuye la ansiedad y miedo, permitiendo que la enfermera le informe sobre los cuidados que debe tener y movimientos que puede realizar.
- Adaptar lo mejor posible el entorno físico por medio de bancos, barandales. El paciente siente mayor seguridad al desplazarse cuando tiene un apoyo firme.
- Fijar el drenaje retroesternal de modo que no interfiera con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades. Mantener seguro al paciente y brindarle un espacio amplio que brinde seguridad para realizar sus movimientos y evitar preocupaciones y riesgos innecesarios.
- Acercar objetos que la persona pueda necesitar, timbre y medios de distracción. Evita esfuerzos innecesarios y se siente apoyado por la enfermera.
- Proteger zonas de presión por medio de lubricación de la piel, cambios frecuentes de posición, etc. Al lubricar la piel se vuelve más elástica e hidratada siendo menos propensa a sufrir lesiones por fricción o presión. Los cambios continuos de posición disminuyen zonas de presión.
- Animar al paciente a que realice por sí solo todas aquellas actividades que pueda hacer, para que sienta que es autosuficiente y mejore su autoestima.
- Incentivar al paciente a que realice movimientos de amplitud de movimientos pasivos y activos. Ayuda a mejorar la coordinación y tono muscular.
- Valorar signos de fatiga o intolerancia a la actividad. Identificar la capacidad funcional del paciente con el fin de evitar agotamiento que se traduzca en mayor consumo de oxígeno miocárdico, aumento del GC y FC, entre otras.

- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización. La silla de ruedas, o barandales sirven como apoyo brindando mayor estabilidad y seguridad en los movimientos que realiza el paciente.
- Identificar aquellas actividades que pueda realizar por sí solo, y aquellas en las que necesita apoyo y el grado de este. El paciente siente mayor seguridad al realizar actividades por sí solo o con ayuda de la enfermera.
- Ayudar y estimular al paciente a levantarse y deambular cerca de su cama. La iniciación de movimientos pequeños mejoran el tono muscular, que a futuro permitirán en mejor desplazamiento.

Evaluación

Se apoyo en lo necesario para su movilización, se bajo al reposet y por momentos pedía que se le apoyará para ponerse de pie, el cual no toleraba por mucho tiempo, porque manifestaba mareo.

Problema

Presencia de catéter central y drenaje retroesternal

- Alteración de la integridad cutánea relacionado a tratamiento quirúrgico manifestado por perdida de continuidad cutánea.
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

Objetivo

- Evitar el crecimiento de microorganismos causantes de una infección.

Intervenciones de Enfermería

- Revisar el tiempo de permanencia del catéter. La vida media de un catéter es de 21 días el prolongar su permanencia favorece al crecimiento de microorganismo.
- Vigilar datos de infección. Indica datos de cicatrización de la herida y el riesgo de crecimiento de microorganismos en el sitio de inserción.
- Valorar la realización o no de una curación. La humedad favorece el crecimiento de microorganismos así como la exposición al medio ambiente.
- Realizar curación de heridas
- Fijar el catéter de forma que el paciente este cómodo y no tropiece con él.
- Brindar seguridad al desplazarse.
- Mantener el catéter permeable y manejarlo con técnica estéril. Al ministrar medicamentos realizar la asepsia correspondiente. Preparar medicamentos y soluciones con previo lavado de manos y utilización de cubrebocas, en un área limpia. Vigilar la caducidad de las soluciones y equipos y cambiarlos cuando se requieran. El catéter es una vía de entrada al torrente sanguíneo el manejo con técnica estéril evita infecciones adicionales.

Drenaje retroesternal.

- Tomar signos vitales. En busca de datos de hipovolemia.
- Auscultar campos pulmonares. Permite valorar la capacidad pulmonar del paciente y si existe acumulación de líquido anormal.
- Realizar curación del drenaje
- Vigilar sitio de salida del drenaje en busca de signos de infección o fuga.

Evaluación

Se realizó curación del catéter y del drenaje retroesternal, sin observarse datos de infección.

Problema

Herida quirúrgica

Justificación

La herida quirúrgica se encontraba en buen proceso de cicatrización, limpia seca y sin signos de infección; sin embargo el estado nutricional y anémico con Hb 10.1 Hto 29 del paciente podían afectar el proceso adecuado de cicatrización.

Diagnostico de Enfermería

Alteración de la integridad cutánea relacionado con esternotomía media manifestado por falta de continuidad en la piel.

Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad cutánea

Objetivo

Vigilar el adecuado proceso de cicatrización con el fin de recuperar la integridad cutánea evitando complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería

- Localizar el tipo y tamaño de la herida, así como la presencia de sangrado, infección, drenaje, etc. Indica el estado de cicatrización de la herida.
- Valorar proceso de cicatrización. La cicatrización de la herida depende de un ambiente húmedo y limpio que facilite la granulación y la epitelización, así como de factores como la edad, nutrición, tamaño y aseo de la herida.

- Valorar estado general de la piel, movimiento y la presencia de drenajes.
- Vigilar signos vitales. Al perder la integridad de la piel, los microorganismos penetran al interior del cuerpo provocando infecciones, manifestándose por fiebre, aumento de la FC y TA. La alteración en la continuidad de la piel puede provocar sangrado manifestándose por hipotensión, taquicardia, hipotermia, etc.
- Lubricar la piel. Permite hidratar la piel mejorando la elasticidad y promueve la epitelización.
- Realizar curación de las heridas. Evita la contaminación de una zona previamente limpia y ayuda a reducir el crecimiento de microorganismos así como se protege la herida del medio ambiente externo. Facilita el desbridamiento que permite mejor cicatrización de la herida.
- Vigilar el consumo de una dieta balanceada, evitando irritantes y grasas. Una dieta balanceada ayuda a la recuperación y proceso de cicatrización de la piel.
- Valorar hábitos higiénicos y cuidado personal. Mantener la herida limpia y seca evita infecciones innecesarias.

Evaluación

Continua en buen proceso de cicatrización

25-Diciembre-2004

Problema

Presencia de EV que se convierten en trigeminismo e hipertensión arterial.

Justificación

Durante mi estancia en el servicio comenzó presentando extrasístoles ventriculares aisladas, las cuales al finalizar el turno comenzaron a hacerse más

frecuentes observándose períodos de trigeminismo, se tomo K 3.4 Na 141 Ca 3.1 CI 103. TA 130/100 FC 104-98 .

Diagnóstico de Enfermería

Perfusión tisular inefectiva relacionado a disminución de la concentración de hemoglobina en sangre manifestado por palidez tegumentaria, debilidad, y presencia de arritmia.

Objetivo

Identificar la causa de la arritmia y actuar sobre el problema

Cuidados de Enfermería

- Monitorización continua
- Toma de ECG. Vigilar la desaparición de la arritmia o la aparición de arritmias ventriculares TV o FV. Permite actuar en un momento preciso y aplicar el tratamiento adecuado identificando el tipo de arritmia.
- Toma de signos vitales. Permite valorar si la arritmia tiene repercusión hemodinámica.
- Administrar antihipertensivos. Provocan vasodilatación disminuyendo RVS y por lo tanto la presión arterial, así como el riesgo de perjudicar los hemoductos que se colocaron durante la cirugía.
- Valorar niveles de electrolitos K, Na, Cl y MgSO₄. Verificar valores normales y reponer electrolitos de ser necesario. La falta o exceso de algunos electrolitos provocan trastornos en la conducción miocárdica.
- Ministrar infusión continua con K y MgSO₄. Mejora la estabilidad celular.
- Vigilar estado de conciencia. La repercusión hemodinámica disminuye el gasto cardiaco, disminuyendo el aporte de oxígeno a nivel cerebral y órganos blanco.

Evaluación

El paciente seguía monitorizado en ritmo sinusal, las extrasístoles ventriculares continuaron a pesar de la reposición de K, pero eran aisladas sus últimos laboratorios post carga referían K 4.4 Na 143 Cl 104 Ca 9.08 y manejo TA110/60 – 110/75mmHg FC 88-98x´´FR 18-20x´

Problema

Dolor



Justificación

Continuo de facies de dolor sobretodo al movilizarse y manejar el catéter y drenaje retroesternal.

Diagnostico de Enfermería

Dolor agudo relacionado a intervención quirúrgica manifestado verbalmente y por facies de dolor.

Objetivo

Identificar la causa y valorar regularmente el grado de dolor del paciente para ofrecer medidas que lo ayuden a minimizarlo.

Cuidados de Enfermería

- Valorar expresión de dolor. Con el fin de valorar que tanto funcionan los cuidados aplicados y reducir la ansiedad en el paciente, así como hacerle entender al paciente que la enfermera está con él para ayudarlo.
- Toma de signos vitales. El dolor aumenta la respuesta adrenérgica del paciente manifestándose por taquicardia, taquipnea y aumento de la TA.
- Explicar procedimientos al paciente ya que el desconocimiento causa ansiedad y descontrol en el manejo del dolor por el mismo paciente.

- Administración de analgésicos.
- Control del dolor por calor. El calor produce vasodilatación, lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido lesionado, favorece la relajación muscular, reduciendo la tensión; además según la teoría del control del dolor por compuerta, el calor estimula fibras nerviosas mielinizadas de gran diámetro, de modo que se cierra la compuerta a la transmisión de estímulos dolorosos a los centros cerebrales superiores.
- Técnicas de relajación, distracción y visualización. Se producen estímulos sensoriales definidos por un tiempo determinado, además se cree que estimula endorfinas que inhiben o modulan la transmisión de estímulos dolorosos y con ello disminuye la percepción del dolor. La distracción consiste en el uso de estímulos sensoriales que se convierten en el foco de atención del paciente para que este sea menos consciente del dolor. En la relajación pueden utilizarse los ejercicios de respiración los cuales se centran en el manejo de ésta, haciendo que el paciente se olvide o distraiga la atención en otra cosa, además de que favorecen la relajación muscular.
- Respetar deseo de soledad. La privación de esta produce estrés, fatiga, irritabilidad e inquietud en el paciente, lo cual influye en la percepción del dolor y reduce la sensación de bienestar.
- Reposo y sueño. Durante este el organismo permite la relajación tanto física como mental, disminuyendo la ansiedad e irritabilidad y a nivel fisiológico la disminución de la demanda de oxígeno, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, lo cual resulta en menor estimulación de los tejidos lesionados.

Evaluación

Se controla el dolor con medios físicos y químicos así como medios de distracción, música y pláticas con el personal.

Problema

Tolera con poco agrado su dieta

Justificación

Continuo con poco apetito.

Diagnostico de Enfermería

Deficit de autocuidado en la alimentación relacionado con dolor y debilidad manifestado por incapacidad para ingerir la cantidad suficiente de alimento.

Objetivo

Lograr que el paciente consuma una dieta balanceada en cantidad y nutrientes.

Cuidados de Enfermería

- Proporcionar un ambiente tranquilo, el cual disminuye estrés y ansiedad.
- Escuchar al paciente. La confianza proporciona tranquilidad y seguridad para expresar y sugerir a la enfermera.
- Explicar la importancia de la alimentación. Una dieta balanceada proporciona nutrientes que ayudan en la recuperación de tejidos lesionados.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y que le facilite comer. Una posición funcional (fowler, semifowler), ayuda en el fácil proceso de masticación y deglución.
- Determinar la capacidad del paciente para alimentarse por sí solo. El identificar la causa, permite tomar medidas que apoyen al paciente durante la comida.
- Colocar los alimentos al alcance de la mano y dentro del campo visual. Asegurarse de que pueda abrir los recipientes especiales. Apoyarlo en tareas que se le dificulten como: cortar carne, untar mantequilla, etc. El

acercamiento de los objetos y el apoyo en actividades que por el momento le resulten difícil facilita y disminuye el esfuerzo y ansiedad.

- Valorar que alimentos se le dificultan comer, así como los alimentos que le desagradan. El conocer las dificultades que sufre el paciente así como gustos y desagradados permiten al personal ofrecer una dieta equilibrada, variada y apetecible.
- Asegurar el mantenimiento o recuperación de la nutrición e hidratación adecuadas. Una dieta balanceada proporciona los nutrientes básicos para la realización de actividades cotidianas y la reparación de tejidos lesionados.

Evaluación

Mejoro el consumo de los alimentos en cantidad, no manifestó desagrado por la comida, simplemente no tenía ganas de comer.

Problema

Movimiento

Justificación

Después de su reingreso a piso la permanencia del drenaje retroesternal, del catéter central y la herida quirúrgica así como su estado anémico Hb 10.1 le impedían realizar movimientos laterales y se le dificultaba mucho sentarse así como levantarse de la cama manifestando mareos y dolor.

Diagnostico de Enfermería

Deterioro de la movilidad física relacionado con intervención quirúrgica, dolor y anemia manifestado por inestabilidad postural, limitación de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.

Objetivo

Ayudar al paciente a recobrar su máxima capacidad de movimiento e identificar métodos para el alivio del dolor.

Cuidados de Enfermería

- Permitir la libre expresión de sentimientos de incapacidad. Cuando el paciente expresa lo que siente disminuye la ansiedad y miedo, permitiendo que la enfermera le informe sobre los cuidados que debe tener y movimientos que puede realizar.
- Adaptar lo mejor posible el entorno físico por medio de bancos, barandales. El paciente siente mayor seguridad al desplazarse cuando tiene un apoyo firme del cual apoyarse.
- Fijar el drenaje retroesternal de modo que no interfiera con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades. Mantener seguro al paciente y brindarle un espacio amplio en el cual brinde seguridad para realizar sus movimientos y evitar preocupaciones y riesgos innecesarios.
- Acercar objetos que la persona pueda necesitar, timbre y medios de distracción. Evita esfuerzos innecesarios y se siente apoyado por la enfermera.
- Proteger zonas de presión por medio de lubricación de la piel, cambios frecuentes de posición, etc. Al lubricar la piel se vuelve más elástica e hidratada siendo menos propensa a sufrir lesiones por fricción o presión. Los cambios continuos de posición disminuyen zonas de presión.
- Animar al paciente a que realice por sí solo todas aquellas actividades que pueda hacer, para que sienta que es autosuficiente y mejore su autoestima.
- Incentivar al paciente a que realice movimientos de amplitud de movimientos pasivos y activos. Ayuda a mejorar la coordinación y tono muscular.

- Valorar signos de fatiga o intolerancia a la actividad. Identificar la capacidad funcional del paciente con el fin de evitar agotamiento que se traduzca en mayor consumo de oxígeno miocárdico, aumento del GC y FC, entre otras.
- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización. La silla de ruedas, o barandales sirven como apoyo brindando mayor estabilidad y seguridad en los movimientos que realiza el paciente.
- Identificar aquellas actividades que pueda realizar por sí solo, y aquellas en las que necesita apoyo y el grado de este. El paciente siente mayor seguridad al realizar actividades por sí solo o con ayuda de la enfermera.
- Ayudar y estimular al paciente a levantarse y deambular cerca de su cama. La iniciación de movimientos pequeños mejoran el tono muscular, que a futuro permitirán un mejor desplazamiento.

Evaluación

El uso de barandales, el apoyo por parte del personal del servicio al moverse, el control del dolor y la reposición de sangre, permitieron al paciente mejorar su movilidad sin sufrir ningún daño en la integridad cutánea.

Problema

Mantener higiene corporal

Justificación

Al indicar al paciente que se le iba a bañar, refería que se sentía cansado, con dolor, debilidad y pena.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de autocuidado en el baño e higiene relacionado a debilidad, dolor y falta de continuidad tisular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo

Lograr que el paciente colabore en los cuidados realizados para su higiene personal.

Cuidados de Enfermería

- Respetar la individualidad del paciente. Preserva la intimidad y seguridad del paciente así como la confianza en la enfermera.
- Preguntar al paciente sobre la temperatura del agua y si le agrada. Hacer del paciente una persona activa.
- Utilizar ayudas técnicas como el uso de barandales, barras de apoyo. Apoyar al paciente a realizar aquellas actividades en las que necesite apoyo
- Reconocer y elogiar los logros obtenidos. Permite mejorar el autoestima y ganas de superación por el paciente.
- Realizar baño de esponja. El reposo en cama y la intervención quirúrgica reducen el tono y fuerza muscular, así como los riesgos de caídas y complicaciones.
- Utilizar agua tibia. Provoca relajación y disminución del dolor, ya que alivia la tensión muscular.
- Dejar los objetos necesarios cerca del alcance de la mano.

Evaluación

Durante el baño de esponja, refería mucha pena y no cooperaba mucho durante el procedimiento, sin embargo mejoro su aceptación.

Problema

Presencia de catéter central y drenaje retroesternal

Diagnostico de Enfermería

- Alteración de la integridad cutánea relacionado a tratamiento quirúrgico manifestado por pérdida de continuidad cutánea.
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

Objetivo

- Evitar el crecimiento de microorganismos causantes de una infección.

Intervenciones de Enfermería

- Revisar el tiempo de permanencia del catéter. La vida media de un catéter es de 21 días el prolongar su permanencia favorece al crecimiento de microorganismo.
- Vigilar datos de infección. Indica datos de cicatrización de la herida y el riesgo de crecimiento de microorganismos en el sitio de inserción.
- Valorar la realización o no de una curación. La humedad favorece el crecimiento de microorganismos así como la exposición al medio ambiente.
- Realizar curación de heridas
- Fijar el catéter de forma que el paciente este cómodo y no tropiece con él.
- Brindar seguridad al desplazarse.
- Mantener el catéter permeable y manejarlo con técnica estéril. Al ministrar medicamentos realizar la asepsia correspondiente. Preparar medicamentos y soluciones con previo lavado de manos y utilización de cubrebocas, en un área limpia. Vigilar la caducidad de las soluciones y equipos y cambiarlos cuando se requieran. El catéter es una vía de entrada al torrente sanguíneo el manejo con técnica estéril evita infecciones adicionales.

Drenaje retroesternal.

- Tomar signos vitales. En busca de datos de hipovolemia.

- Auscultar campos pulmonares. Permite valorar la capacidad pulmonar del paciente y si existe acumulación de líquido anormal.
- Realizar curación del drenaje
- Vigilar sitio de salida del drenaje en busca de signos de infección o fuga.

Evaluación

No se observaron signos de infección en sitio de salida de catéter y drenaje retroesternal.

Problema

Herida quirúrgica

Justificación

La herida quirúrgica se encontraba en buen proceso de cicatrización, limpia seca y sin signos de infección; sin embargo el estado nutricional y anémico con Hb 10.1 Hto 29 del paciente podían afectar el proceso adecuado de cicatrización.

Diagnostico de Enfermería

Alteración de la integridad cutánea relacionado con esternotomía media manifestado por falta de continuidad en la piel.

Riesgo de infección relacionado con perdida de la continuidad cutánea

Objetivo

Vigilar el adecuado proceso de cicatrización con el fin de recuperar la integridad cutánea evitando complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería

- Localizar el tipo y tamaño de la herida, así como la presencia de sangrado, infección, drenaje, etc. Indica el estado de cicatrización de la herida.
- Valorar proceso de cicatrización. La cicatrización de la herida depende de un ambiente húmedo y limpio que facilite la granulación y la epitelización, así como de factores como la edad, nutrición, tamaño y aseo de la herida.
- Valorar estado general de la piel, movimiento y la presencia de drenajes.
- Vigilar signos vitales. Al perder la integridad de la piel, los microorganismos penetran al interior del cuerpo provocando infecciones, manifestándose por fiebre, aumento de la FC y TA. La alteración en la continuidad de la piel puede provocar sangrado manifestándose por hipotensión, taquicardia, hipotermia, etc.
- Lubricar la piel. Permite hidratar la piel mejorando la elasticidad y promueve la epitelización.
- Realizar curación de las heridas. Evita la contaminación de una zona previamente limpiada y ayuda a reducir el crecimiento de microorganismos así como se protege la herida del medio ambiente externo. Facilita el desbridamiento que permite mejor cicatrización de la herida.
- Vigilar el consumo de una dieta balanceada, evitando irritantes y grasas. Una dieta balanceada ayuda a la recuperación y proceso de cicatrización de la piel.
- Valorar hábitos higiénicos y cuidado personal. Mantener la herida limpia y seca evita infecciones innecesarias.

Evaluación

Continua en buen proceso de cicatrización

26-Diciembre-2005

Problema

Presencia de EV que con frecuencia convierten en trigeminismo

Justificación

Continuo con EV frecuentes a pesar de la reposición de K.

Diagnostico de Enfermería

Perfusión tisular inefectiva relacionado a disminución de la concentración de hemoglobina en sangre manifestado por palidez tegumentaria, debilidad, y presencia de arritmia.

Objetivo

Identificar la causa de la arritmia y actuar sobre el problema

Cuidados de Enfermería

- Monitorización continua
- Toma de ECG. Vigilar
- Toma de signos vitales.
- Valorar niveles de electrolitos K, Na, Cl y MgSO₄.
- Ministrar infusión continua con K y MgSO₄
- Vigilar estado de conciencia.
-

Evaluación

El paciente seguía monitorizado en ritmo sinusal, con EV frecuentes, las cuales no llegaron a alguna arritmia, continuo con potasio y sulfato de magnesio en solución de base.

Problema

Movimiento

Diagnostico de Enfermería

Deterioro de la movilidad física relacionado con intervención quirúrgica, dolor y anemia manifestado por inestabilidad postural, limitación de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.

Objetivo

Ayudar al paciente a recobrar su máxima capacidad de movimiento e identificar métodos para el alivio del dolor.

Cuidados de Enfermería

- Permitir la libre expresión de sentimientos de incapacidad. Cuando el paciente expresa lo que siente disminuye la ansiedad y miedo, permitiendo que la enfermera le informe sobre los cuidados que debe tener y movimientos que puede realizar.
- Adaptar lo mejor posible el entorno físico por medio de bancos, barandales. El paciente siente mayor seguridad al desplazarse cuando tiene un apoyo firme del cual apoyarse.
- Fijar el drenaje retroesternal de modo que no interfiera con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades. Mantener seguro al paciente y brindarle un espacio amplio en el cual brinde seguridad para realizar sus movimientos y evitar preocupaciones y riesgos innecesarios.
- Acercar objetos que la persona pueda necesitar, timbre y medios de distracción. Evita esfuerzos innecesarios y se siente apoyado por la enfermera.

- Proteger zonas de presión por medio de lubricación de la piel, cambios frecuentes de posición, etc. Al lubricar la piel se vuelve más elástica e hidratada siendo menos propensa a sufrir lesiones por fricción o presión. Los cambios continuos de posición disminuyen zonas de presión.
- Animar al paciente a que realice por sí solo todas aquellas actividades que pueda hacer, para que sienta que es autosuficiente y mejore su autoestima.
- Incentivar al paciente a que realice movimientos de amplitud de movimientos pasivos y activos. Ayuda a mejorar la coordinación y tono muscular.
- Valorar signos de fatiga o intolerancia a la actividad. Identificar la capacidad funcional del paciente con el fin de evitar agotamiento que se traduzca en mayor consumo de oxígeno miocárdico, aumento del GC y FC, entre otras.
- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización. La silla de ruedas, o barandales sirven como apoyo brindando mayor estabilidad y seguridad en los movimientos que realiza el paciente.
- Identificar aquellas actividades que pueda realizar por sí solo, y aquellas en las que necesita apoyo y el grado de este. El paciente siente mayor seguridad al realizar actividades por sí solo o con ayuda de la enfermera.
- Ayudar y estimular al paciente a levantarse y deambular cerca de su cama. La iniciación de movimientos pequeños mejoran el tono muscular, que a futuro permitirán en mejor desplazamiento.

Evaluación

Mejoro mucho su movilidad, se le apoyaba a dar pasos en su periferia, tolerando bien el movimiento sin dolor y sin mareo.

Problema

Tolera con poco agrado su dieta

Diagnostico de Enfermería

Deficit de autocuidado en la alimentación relacionado con dolor y debilidad manifestado por incapacidad para ingerir la cantidad suficiente de alimento.

Objetivo

Lograr que el paciente consuma una dieta balanceada en cantidad y nutrientes.

Cuidados de Enfermería

- Proporcionar un ambiente tranquilo, el cual disminuye estrés y ansiedad.
- Escuchar al paciente. La confianza proporciona tranquilidad y seguridad para expresar y sugerir a la enfermera.
- Explicar la importancia de la alimentación. Una dieta balanceada proporciona nutrientes que ayudan en la recuperación de tejidos lesionados.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y que le facilite comer. Una posición funcional (fowler, semifowler), ayuda en el fácil proceso de masticación y deglución.
- Determinar la capacidad del paciente para alimentarse por sí solo. El identificar la causa, permite tomar medidas que apoyen al paciente durante la comida.
- Colocar los alimentos al alcance de la mano y dentro del campo visual. Asegurarse de que pueda abrir los recipientes especiales. Apoyarlo en tareas que se le dificulten como: cortar carne, untar mantequilla, etc. El acercamiento de los objetos y el apoyo en actividades que por el momento le resulten difícil facilita y disminuye el esfuerzo y ansiedad.
- Valorar que alimentos se le dificultan comer, así como los alimentos que le desagradan. El conocer las dificultades que sufre el paciente así como gustos y desagradados permiten al personal ofrecer una dieta equilibrada, variada y apetecible.

- Asegurar el mantenimiento o recuperación de la nutrición e hidratación adecuadas. Una dieta balanceada proporciona los nutrientes básicos para la realización de actividades cotidianas y la reparación de tejidos lesionados.

Evaluación

Ingirió una mayor cantidad de alimentos, casi terminando con su dieta. Se resuelve.

Problema

Mantener higiene corporal

Justificación

Al indicar al paciente que se le iba a bañar, refería que se sentía cansado, con dolor, debilidad y pena.

Diagnostico de Enfermería

Déficit de autocuidado en el baño e higiene relacionado a debilidad, dolor y falta de continuidad tisular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo

Lograr que el paciente colabore en los cuidados realizados para su higiene personal.

Cuidados de Enfermería

- Respetar la individualidad del paciente. Preserva la intimidad y seguridad del paciente así como la confianza en la enfermera.

- Preguntar al paciente sobre la temperatura del agua y si le agrada. Hacer del paciente una persona activa.
- Utilizar ayudas técnicas como el uso de barandales, barras de apoyo. Apoyar al paciente a realizar aquellas actividades en las que necesite apoyo
- Reconocer y elogiar los logros obtenidos. Permite mejorar el autoestima y ganas de superación por el paciente.
- Realizar baño de esponja. El reposo en cama y la intervención quirúrgica reducen el tono y fuerza muscular, así como los riesgos de caídas y complicaciones.
- Utilizar agua tibia. Provoca relajación y disminución del dolor, ya que alivia la tensión muscular.
- Dejar los objetos necesarios cerca del alcance de la mano.

Evaluación

Aumento la aceptación, pero para el paciente era estresante el momento del baño de esponja.

Problema

Presencia de catéter central y drenaje retroesternal

- Alteración de la integridad cutánea relacionado a tratamiento quirúrgico manifestado por pérdida de continuidad cutánea.
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

Objetivo

- Evitar el crecimiento de microorganismos causantes de una infección.

Intervenciones de Enfermería

- Revisar el tiempo de permanencia del catéter. La vida media de un catéter es de 21 días el prolongar su permanencia favorece al crecimiento de microorganismo.
- Vigilar datos de infección. Indica datos de cicatrización de la herida y el riesgo de crecimiento de microorganismos en el sitio de inserción.
- Valorar la realización o no de una curación. La humedad favorece el crecimiento de microorganismos así como la exposición al medio ambiente.
- Realizar curación de heridas
- Fijar el catéter de forma que el paciente este cómodo y no tropiece con él.
- Brindar seguridad al desplazarse.
- Mantener el catéter permeable y manejarlo con técnica estéril. Al ministrar medicamentos realizar la asepsia correspondiente. Preparar medicamentos y soluciones con previo lavado de manos y utilización de cubrebocas, en un área limpia. Vigilar la caducidad de las soluciones y equipos y cambiarlos cuando se requieran. El catéter es una vía de entrada al torrente sanguíneo el manejo con técnica estéril evita infecciones adicionales.

Drenaje retroesternal.

- Tomar signos vitales. En busca de datos de hipovolemia.
- Auscultar campos pulmonares. Permite valorar la capacidad pulmonar del paciente y si existe acumulación de líquido anormal.
- Realizar curación del drenaje
- Vigilar sitio de salida del drenaje en busca de signos de infección o fuga.

Evaluación

Se realizo curación del catéter y del drenaje retroesternal, sin observarse datos de infección.

Problema

Herida quirúrgica

Justificación

La herida quirúrgica se encontraba en buen proceso de cicatrización, limpia seca y sin signos de infección; sin embargo el estado nutricional y anémico con Hb 10.1 Hto 29 del paciente podían afectar el proceso adecuado de cicatrización.

Diagnostico de Enfermería

Alteración de la integridad cutánea relacionado con esternotomía media manifestado por falta de continuidad en la piel.

Riesgo de infección relacionado con perdida de la continuidad cutánea

Objetivo

Vigilar el adecuado proceso de cicatrización con el fin de recuperar la integridad cutánea evitando complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería

- Localizar el tipo y tamaño de la herida, así como la presencia de sangrado, infección, drenaje, etc. Indica el estado de cicatrización de la herida.
- Valorar proceso de cicatrización. La cicatrización de la herida depende de un ambiente húmedo y limpio que facilite la granulación y la epitelización, así como d factores como la edad, nutrición, tamaño y aseo de la herida.
- Valorar estado general de la piel, movimiento y la presencia de drenajes.
- Vigilar signos vitales. Al perder la integridad de la piel, los microorganismo penetran al interior del cuerpo provocando infecciones, manifestándose por fiebre, aumento de la FC y TA. La alteración en la continuidad de la piel

- puede provocar sangrado manifestándose por hipotensión, taquicardia, hipotermia, etc.
- Lubricar la piel. Permite hidratar la piel mejorando la elasticidad y promueve la epitelización.
- Realizar curación de las heridas. Evita la contaminación de una zona previamente limpiada y ayuda a reducir el crecimiento de microorganismos así como se protege la herida del medio ambiente externo. Facilita el desbridamiento que permite mejor cicatrización de la herida.
- Vigilar el consumo de una dieta balanceada, evitando irritantes y grasas. Una dieta balanceada ayuda a la recuperación y proceso de cicatrización de la piel.
- Valorar hábitos higiénicos y cuidado personal. Mantener la herida limpia y seca evita infecciones innecesarias.

Evaluación

Continua en buen proceso de cicatrización

Problema

Dolor



Justificación

Manifestaba facies de dolor en raras ocasiones sin necesidad de aplicar control por medios físicos o químicos.

Diagnostico de Enfermería

Dolor agudo relacionado a intervención quirúrgica manifestado verbalmente y por facies de dolor.

Objetivo

Identificar la causa y valorar regularmente el grado de dolor del paciente para ofrecer medidas que lo ayuden a minimizarlo.

Cuidados de Enfermería

- Valorar expresión de dolor. Con el fin de valorar que tanto funcionan los cuidados aplicados y reducir la ansiedad en el paciente, así como hacerle entender al paciente que la enfermera está con él para ayudarlo.
- Toma de signos vitales. El dolor aumenta la respuesta adrenérgica del paciente manifestándose por taquicardia, taquipnea y aumento de la TA.
- Explicar procedimientos al paciente ya que el desconocimiento causa ansiedad y descontrol en el manejo del dolor por el mismo paciente.
- Administración de analgésicos.
- Control del dolor por calor. El calor produce vasodilatación, lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido lesionado, favorece la relajación muscular, reduciendo la tensión; además según la teoría del control del dolor por compuerta, el calor estimula fibras nerviosas mielinizadas de gran diámetro, de modo que se cierra la compuerta a la transmisión de estímulos dolorosos a los centros cerebrales superiores.
- Técnicas de relajación, distracción y visualización. Se producen estímulos sensoriales definidos por un tiempo determinado, además se cree que estimula endorfinas que inhiben o modulan la transmisión de estímulos dolorosos y con ello disminuye la percepción del dolor. La distracción consiste en el uso de estímulos sensoriales que se convierten en el foco de atención del paciente para que este sea menos consciente del dolor. En la relajación pueden utilizarse los ejercicios de respiración los cuales se centran en el manejo de ésta, haciendo que el paciente se olvide o distraiga la atención en otra cosa, además de que favorecen la relajación muscular.

- Respetar deseo de soledad. La privación de esta produce estrés, fatiga, irritabilidad e inquietud en el paciente, lo cual influye en la percepción del dolor y reduce la sensación de bienestar.
- Reposo y sueño. Durante este el organismo permite la relajación tanto física como mental, disminuyendo la ansiedad e irritabilidad y a nivel fisiológico la disminución de la demanda de oxígeno, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, lo cual resulta en menor estimulación de los tejidos lesionados.

Evaluación

Se controla el dolor con medios físicos y químicos así como medios de distracción, música, pláticas con el personal. Se resuelve.

27-Diciembre-05

Problema

Presencia de EV aisladas

Diagnostico

Perfusión tisular inefectiva relacionado a disminución de la concentración de hemoglobina en sangre manifestado por palidez tegumentaria, debilidad, y presencia de arritmia.

Objetivo

Identificar la causa de la arritmia y actuar sobre el problema

Cuidados de Enfermería

- Monitorización continua

- Toma de ECG. Vigilar la desaparición de la arritmia o la aparición de arritmias ventriculares TV o FV. Permite actuar en un momento preciso y aplicar el tratamiento adecuado identificando el tipo de arritmia.
- Toma de signos vitales. Permite valorar si la arritmia tiene repercusión hemodinámica.
- Valorar niveles de electrolitos K, Na, Cl y MgSO₄. Verificar valores normales y reponer electrolitos de ser necesario. La falta o exceso de algunos electrolitos provocan trastornos en la conducción miocárdica.
- Ministran infusión continua con K y MgSO₄. Mejora la estabilidad celular.
- Vigilar estado de conciencia. La repercusión hemodinámica disminuye el gasto cardíaco, disminuyendo el aporte de oxígeno a nivel cerebral y órganos blanco.

Evaluación

Continuo monitorizado en ritmo sinusal con EV aisladas, las cuales no tenían repercusión hemodinámica. Sus niveles de K continuaron en los mismos niveles 4.4.

Problema

Mantener higiene corporal

Justificación

Al indicar al paciente que se le iba a bañar, refería que se sentía cansado, con dolor, debilidad y pena.

Diagnostico de Enfermería

Déficit de autocuidado en el baño e higiene relacionado a debilidad, dolor y falta de continuidad tisular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo

Lograr que el paciente colabore en los cuidados realizados para su higiene personal.

Cuidados de Enfermería

- Respetar la individualidad del paciente. Preserva la intimidad y seguridad del paciente así como la confianza en la enfermera.
- Preguntar al paciente sobre la temperatura del agua y si le agrada. Hacer del paciente una persona activa.
- Utilizar ayudas técnicas como el uso de barandales, barras de apoyo. Apoyar al paciente a realizar aquellas actividades en las que necesite apoyo
- Reconocer y elogiar los logros obtenidos. Permite mejorar el autoestima y ganas de superación por el paciente.
- Realizar baño de esponja. El reposo en cama y la intervención quirúrgica reducen el tono y fuerza muscular, así como los riesgos de caídas y complicaciones.
- Utilizar agua tibia. Provoca relajación y disminución del dolor, ya que alivia la tensión muscular.
- Dejar los objetos necesarios cerca del alcance de la mano.

Evaluación

Continuo con incomodidad para el baño de esponja cooperaba pero aun así manifestaba mucha pena.

Problema

Presencia de catéter central y drenaje retroesternal

- Alteración de la integridad cutánea relacionado a tratamiento quirúrgico manifestado por pérdida de continuidad cutánea.
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

Objetivo

- Evitar el crecimiento de microorganismos causantes de una infección.

Intervenciones de Enfermería

- Revisar el tiempo de permanencia del catéter. La vida media de un catéter es de 21 días el prolongar su permanencia favorece al crecimiento de microorganismo.
- Vigilar datos de infección. Indica datos de cicatrización de la herida y el riesgo de crecimiento de microorganismos en el sitio de inserción.
- Valorar la realización o no de una curación. La humedad favorece el crecimiento de microorganismos así como la exposición al medio ambiente.
- Realizar curación de heridas
- Fijar el catéter de forma que el paciente este cómodo y no tropiece con él.
- Brindar seguridad al desplazarse.
- Mantener el catéter permeable y manejarlo con técnica estéril. Al administrar medicamentos realizar la asepsia correspondiente. Preparar medicamentos y soluciones con previo lavado de manos y utilización de cubrebocas, en un área limpia. Vigilar la caducidad de las soluciones y equipos y cambiarlos cuando se requieran. El catéter es una vía de entrada al torrente sanguíneo el manejo con técnica estéril evita infecciones adicionales.

Drenaje retroesternal.

- Tomar signos vitales. En busca de datos de hipovolemia.

- Auscultar campos pulmonares. Permite valorar la capacidad pulmonar del paciente y si existe acumulación de líquido anormal.
- Realizar curación del drenaje
- Vigilar sitio de salida del drenaje en busca de signos de infección o fuga.

Evaluación

Se realizó curación del catéter y del drenaje retroesternal, sin observarse datos de infección.

Problema

Herida quirúrgica

Justificación

La herida quirúrgica se encontraba en buen proceso de cicatrización, limpia seca y sin signos de infección; sin embargo el estado nutricional y anémico con Hb 10.1 Hto 29 del paciente podían afectar el proceso adecuado de cicatrización.

Diagnostico de Enfermería

Alteración de la integridad cutánea relacionado con esternotomía media manifestado por falta de continuidad en la piel.

Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad cutánea

Objetivo

Vigilar el adecuado proceso de cicatrización con el fin de recuperar la integridad cutánea evitando complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería

- Localizar el tipo y tamaño de la herida, así como la presencia de sangrado, infección, drenaje, etc. Indica el estado de cicatrización de la herida.
- Valorar proceso de cicatrización. La cicatrización de la herida depende de un ambiente húmedo y limpio que facilite la granulación y la epitelización, así como de factores como la edad, nutrición, tamaño y aseo de la herida.
- Valorar estado general de la piel, movimiento y la presencia de drenajes.
- Vigilar signos vitales. Al perder la integridad de la piel, los microorganismos penetran al interior del cuerpo provocando infecciones, manifestándose por fiebre, aumento de la FC y TA. La alteración en la continuidad de la piel puede provocar sangrado manifestándose por hipotensión, taquicardia, hipotermia, etc.
- Lubricar la piel. Permite hidratar la piel mejorando la elasticidad y promueve la epitelización.
- Realizar curación de las heridas. Evita la contaminación de una zona previamente limpiada y ayuda a reducir el crecimiento de microorganismos así como se protege la herida del medio ambiente externo. Facilita el desbridamiento que permite mejor cicatrización de la herida.
- Vigilar el consumo de una dieta balanceada, evitando irritantes y grasas. Una dieta balanceada ayuda a la recuperación y proceso de cicatrización de la piel.
- Valorar hábitos higiénicos y cuidado personal. Mantener la herida limpia y seca evita infecciones innecesarias.

Evaluación

Continua en buen proceso de cicatrización

Problema

Movimiento

Diagnostico de Enfermería

Deterioro de la movilidad física relacionado con intervención quirúrgica, dolor y anemia manifestado por inestabilidad postural, limitación de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.

Objetivo

Ayudar al paciente a recobrar su máxima capacidad de movimiento e identificar métodos para el alivio del dolor.

Cuidados de Enfermería

- Permitir la libre expresión de sentimientos de incapacidad. Cuando el paciente expresa lo que siente disminuye la ansiedad y miedo, permitiendo que la enfermera le informe sobre los cuidados que debe tener y movimientos que puede realizar.
- Adaptar lo mejor posible el entorno físico por medio de bancos, barandales. El paciente siente mayor seguridad al desplazarse cuando tiene un apoyo firme del cual apoyarse.
- Fijar el drenaje retroesternal de modo que no interfiera con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades. Mantener seguro al paciente y brindarle un espacio amplio en el cual brinde seguridad para realizar sus movimientos y evitar preocupaciones y riesgos innecesarios.
- Acercar objetos que la persona pueda necesitar, timbre y medios de distracción. Evita esfuerzos innecesarios y se siente apoyado por la enfermera.

- Proteger zonas de presión por medio de lubricación de la piel, cambios frecuentes de posición, etc. Al lubricar la piel se vuelve más elástica e hidratada siendo menos propensa a sufrir lesiones por fricción o presión. Los cambios continuos de posición disminuyen zonas de presión.
- Animar al paciente a que realice por sí solo todas aquellas actividades que pueda hacer, para que sienta que es autosuficiente y mejore su autoestima.
- Incentivar al paciente a que realice movimientos de amplitud de movimientos pasivos y activos. Ayuda a mejorar la coordinación y tono muscular.
- Valorar signos de fatiga o intolerancia a la actividad. Identificar la capacidad funcional del paciente con el fin de evitar agotamiento que se traduzca en mayor consumo de oxígeno miocárdico, aumento del GC y FC, entre otras.
- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización. La silla de ruedas, o barandales sirven como apoyo brindando mayor estabilidad y seguridad en los movimientos que realiza el paciente.
- Identificar aquellas actividades que pueda realizar por sí solo, y aquellas en las que necesita apoyo y el grado de este. El paciente siente mayor seguridad al realizar actividades por sí solo o con ayuda de la enfermera.
- Ayudar y estimular al paciente a levantarse y deambular cerca de su cama. La iniciación de movimientos pequeños mejoran el tono muscular, que a futuro permitirán en mejor desplazamiento.

Evaluación

Continua con buena movilización, pide apoyo cuando lo necesita y toma su cateter y drenaje para asegurarse de que no tropezara. Se deslaza con mayor facilidad.

28-Diciembre-2005

Problema

Presencia de EV aisladas

Diagnostico de Enfermería

Perfusión tisular inefectiva relacionado a disminución de la concentración de hemoglobina en sangre manifestado por palidez tegumentaria, debilidad, y presencia de arritmia.

Objetivo

Identificar la causa de la arritmia y actuar sobre el problema

Cuidados de Enfermería

- Monitorización continua
- Toma de ECG. Vigilar la desaparición de la arritmia o la aparición de arritmias ventriculares TV o FV. Permite actuar en un momento preciso y aplicar el tratamiento adecuado identificando el tipo de arritmia.
- Toma de signos vitales. Permite valorar si la arritmia tiene repercusión hemodinámica.
- Valorar niveles de electrolitos K, Na, Cl y MgSO₄. Verificar valores normales y reponer electrolitos de ser necesario. La falta o exceso de algunos electrolitos provocan trastornos en la conducción miocárdica.
- Ministran infusión continua con K y MgSO₄. Mejora la estabilidad celular.
- Vigilar estado de conciencia. La repercusión hemodinámica disminuye el gasto cardiaco, disminuyendo el aporte de oxígeno a nivel cerebral y órganos blanco.

Evaluación

Continua con EV aisladas, pero su ritmo de base es sinusal, y se considera que la presencia de estas es por reperfusión miocárdica. Resuelto.

Problema

Mantener higiene corporal

Justificación

Al indicar al paciente que se le iba a bañar, refería que se sentía cansado, con dolor, debilidad y pena.

Diagnostico de Enfermería

Déficit de autocuidado en el baño e higiene relacionado a debilidad, dolor y falta de continuidad tisular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo

Lograr que el paciente colabore en los cuidados realizados para su higiene personal.

Cuidados de Enfermería

- Respetar la individualidad del paciente. Preserva la intimidad y seguridad del paciente así como la confianza en la enfermera.
- Preguntar al paciente sobre la temperatura del agua y si le agrada. Hacer del paciente una persona activa.
- Utilizar ayudas técnicas como el uso de barandales, barras de apoyo. Apoyar al paciente a realizar aquellas actividades en las que necesite apoyo
- Reconocer y elogiar los logros obtenidos. Permite mejorar el autoestima y ganas de superación por el paciente.
- Realizar baño de esponja. El reposo en cama y la intervención quirúrgica reducen el tono y fuerza muscular, así como los riesgos de caídas y complicaciones.

- Utilizar agua tibia. Provoca relajación y disminución del dolor, ya que alivia la tensión muscular.
- Dejar los objetos necesarios cerca del alcance de la mano.

Evaluación

Al retirar la sonda pleural, se continuo con su baño diario en la regadera, por lo cual ya no manifestó molestias ni desagrado por la presencia del personal durante su baño. Resuelto.

Problema

Presencia de catéter central y drenaje retroesternal

- Alteración de la integridad cutánea relacionado a tratamiento quirúrgico manifestado por perdida de continuidad cutánea.
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo

Objetivo

- Evitar el crecimiento de microorganismos causantes de una infección.

Intervenciones de Enfermería

- Revisar el tiempo de permanencia del catéter. La vida media de un catéter es de 21 días el prolongar su permanencia favorece al crecimiento de microorganismo.
- Vigilar datos de infección. Indica datos de cicatrización de la herida y el riesgo de crecimiento de microorganismos en el sitio de inserción.
- Valorar la realización o no de una curación. La humedad favorece el crecimiento de microorganismos así como la exposición al medio ambiente.

- Realizar curación de heridas
- Fijar el catéter de forma que el paciente este cómodo y no tropiece con él.
- Brindar seguridad al desplazarse.
- Mantener el catéter permeable y manejarlo con técnica estéril. Al ministrar medicamentos realizar la asepsia correspondiente. Preparar medicamentos y soluciones con previo lavado de manos y utilización de cubrebocas, en un área limpia. Vigilar la caducidad de las soluciones y equipos y cambiarlos cuando se requieran. El catéter es una vía de entrada al torrente sanguíneo el manejo con técnica estéril evita infecciones adicionales.

Drenaje retroesternal.

- Tomar signos vitales. En busca de datos de hipovolemia.
- Auscultar campos pulmonares. Permite valorar la capacidad pulmonar del paciente y si existe acumulación de líquido anormal.
- Realizar curación del drenaje
- Vigilar sitio de salida del drenaje en busca de signos de infección o fuga.

Evaluación

Se retira drenaje retroesternal, sin complicación alguna, se toma placa de control sin observarse datos de derrame. Catéter sin signos de infección continua con el solo para mantener vena permeable.

Problema

Herida quirúrgica

Justificación

La herida quirúrgica se encontraba en buen proceso de cicatrización, limpia seca y sin signos de infección; sin embargo el estado nutricional y anémico con Hb 10.1 Hto 29 del paciente podían afectar el proceso adecuado de cicatrización.

Diagnostico de Enfermería

Alteración de la integridad cutánea relacionado con esternotomía media manifestado por falta de continuidad en la piel.

Riesgo de infección relacionado con perdida de la continuidad cutánea

Objetivo

Vigilar el adecuado proceso de cicatrización con el fin de recuperar la integridad cutánea evitando complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería

- Localizar el tipo y tamaño de la herida, así como la presencia de sangrado, infección, drenaje, etc. Indica el estado de cicatrización de la herida.
- Valorar proceso de cicatrización. La cicatrización de la herida depende de un ambiente húmedo y limpio que facilite la granulación y la epitelización, así como d factores como la edad, nutrición, tamaño y aseo de la herida.
- Valorar estado general de la piel, movimiento y la presencia de drenajes.
- Vigilar signos vitales. Al perder la integridad de la piel, los microorganismo penetran al interior del cuerpo provocando infecciones, manifestándose por fiebre, aumento de la FC y TA. La alteración en la continuidad de la piel puede provocar sangrado manifestándose por hipotensión, taquicardia, hipotermia, etc.
- Lubricar la piel. Permite hidratar la piel mejorando la elasticidad y promueve la epitelización.
- Realizar curación de las heridas. Evita la contaminación de una zona previamente limpiada y ayuda a reducir el crecimiento de microorganismos así como se protege la herida del medio ambiente externo. Facilita el desbridamiento que permite mejor cicatrización de la herida.

- Vigilar el consumo de una dieta balanceada, evitando irritantes y grasas. Una dieta balanceada ayuda a la recuperación y proceso de cicatrización de la piel.
- Valorar hábitos higiénicos y cuidado personal. Mantener la herida limpia y seca evita infecciones innecesarias.

Evaluación

Continua en buen proceso de cicatrización

Problema

Movimiento

Justificación

Después de su reingreso a piso la permanencia del drenaje retroesternal, del catéter central y la herida quirúrgica así como su estado anémico Hb 10.1 le impedían realizar movimientos laterales y se le dificultaba mucho sentarse así como levantarse de la cama manifestando mareos y dolor.

Diagnostico de Enfermería

Deterioro de la movilidad física relacionado con intervención quirúrgica, dolor y anemia manifestado por inestabilidad postural, limitación de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.

Objetivo

Ayudar al paciente a recobrar su máxima capacidad de movimiento e identificar métodos para el alivio del dolor.

Cuidados de Enfermería

- Permitir la libre expresión de sentimientos de incapacidad. Cuando el paciente expresa lo que siente disminuye la ansiedad y miedo, permitiendo que la enfermera le informe sobre los cuidados que debe tener y movimientos que puede realizar.
- Adaptar lo mejor posible el entorno físico por medio de bancos, barandales. El paciente siente mayor seguridad al desplazarse cuando tiene un apoyo firme del cual apoyarse.
- Fijar el drenaje retroesternal de modo que no interfiera con los movimientos y cerciorarse que no se enreden con las extremidades. Mantener seguro al paciente y brindarle un espacio amplio en el cual brinde seguridad para realizar sus movimientos y evitar preocupaciones y riesgos innecesarios.
- Acercar objetos que la persona pueda necesitar, timbre y medios de distracción. Evita esfuerzos innecesarios y se siente apoyado por la enfermera.
- Proteger zonas de presión por medio de lubricación de la piel, cambios frecuentes de posición, etc. Al lubricar la piel se vuelve más elástica e hidratada siendo menos propensa a sufrir lesiones por fricción o presión. Los cambios continuos de posición disminuyen zonas de presión.
- Animar al paciente a que realice por sí solo todas aquellas actividades que pueda hacer, para que sienta que es autosuficiente y mejore su autoestima.
- Incentivar al paciente a que realice movimientos de amplitud de movimientos pasivos y activos. Ayuda a mejorar la coordinación y tono muscular.
- Valorar signos de fatiga o intolerancia a la actividad. Identificar la capacidad funcional del paciente con el fin de evitar agotamiento que se traduzca en mayor consumo de oxígeno miocárdico, aumento del GC y FC, entre otras.

- Proporcionar sistema de ayuda para la movilización. La silla de ruedas, o barandales sirven como apoyo brindando mayor estabilidad y seguridad en los movimientos que realiza el paciente.
- Identificar aquellas actividades que pueda realizar por sí solo, y aquellas en las que necesita apoyo y el grado de este. El paciente siente mayor seguridad al realizar actividades por sí solo o con ayuda de la enfermera.
- Ayudar y estimular al paciente a levantarse y deambular cerca de su cama. La iniciación de movimientos pequeños mejoran el tono muscular, que a futuro permitirán en mejor desplazamiento.

Evaluación

Se resuelve ya que al retirar sonda retroesternal, aumenta la apertura para realizar movimientos, con apoyo de la silla de ruedas y sucesivamente apoyándose de esta.

CONCLUSIONES

El presente trabajo sirvió como apoyo en la identificación y conocimiento de dicha enfermedad, ya que cada vez el número de casos va en aumento, pero a la vez se desconoce de su existencia.

El grado de complicaciones que tiene como desenlace la enfermedad nos habla de que en un futuro no muy lejano puede considerarse una de las primeras causas de infarto del miocardio en pacientes jóvenes, el reconocimiento de dichos signos inespecíficos pueden ayudar a sospechar de la EK, sin embargo el difícil diagnóstico es el causal del mal pronóstico a largo plazo.

La EK sigue siendo desconocida tanto en la etiología como en la farmacodinamia del tratamiento utilizado hasta la fecha. Las últimas investigaciones siguen sugiriendo y modificando dosis en el tratamiento el cual va enfocado a prevenir o detener el proceso inflamatorio.

En el instituto es difícil detectar estos casos en la fase aguda ya que tienden a confundirse con otro tipo de patologías, y por ello son canalizados a hospitales generales en los cuales el conocimiento de cierta área puede verse restringida y por lo tanto el tratamiento tardío e inútil. Así pues el gremio de enfermería debe actualizarse y actuar. Como sugerencia está enfermedad debería ser difundida en el personal de salud, principalmente enfermería que día con día está en contacto con el paciente durante un período determinado. Todo ello con el fin de aumentar el grado de conocimiento y capacitación en cualquier circunstancia.

La aplicación del proceso Atención de Enfermería se llevo a cabo en la etapa de complicación y tratamiento tardío, el objetivo debe ser enfocado a pacientes en la

fase aguda, en el momento en que puede limitarse el daño a las arterias coronarias; sin embargo, en este caso no pudo ser posible.

La utilización del modelo de Virginia Henderson enfocado a las 14 necesidades es el más utilizado y conocido y considero que se enfoca principalmente al paciente, dependiente del equipo multidisciplinario, el cual su objetivo primordial es hacer del enfermo una persona capaz de desempeñar sus funciones básicas dentro de su contexto.

El planteamiento de los diagnósticos de enfermería resulta un poco complicado debido a la poca práctica que se tiene en la realización de estos. Sin embargo, creó que se debe realizar investigación para la correcta realización de un diagnóstico de enfermería enfocado a la causa principal.

Considero que el trabajo fue satisfactorio, ya que es una patología compleja que aún tiene mucho por saber. Espero que este trabajo contribuya de alguna manera en el conocimiento de patologías nuevas que a futuro podrían ser consideradas de gran importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Coronel CC. Enfermedad de Kawasaki. Rev Cubana Pediatr 2003; 75 (3)
2. Banfi PA. Enfermedad de Kawasaki. Rev Chil Pediatr 2001; 72: 487-495
3. Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Tratado de medicina Interna. 21º ed. Madrid, España: 2002
4. Luis RMT, eds. Los diagnósticos enfermeros "Revisión crítica y guía práctica". 2ºed. Barcelona, España: 2001
5. Tori TC, Galgani VM: Enfermedad de Kawasaki: Un caso con pseudo-obstrucción intestinal y aneurisma gigante. Tev. Med Hered 2002; 13: 114-120
6. Stanford T. Shulman, Enfermedad de Kawasaki. Bol Med Hosp. Infant Mex 1991; 48: 383-384
7. González GM, Urbán VH, Santamaría DH, Gorbea RMC, enfermedad de Kawasaki en México: análisis de 13 casos. Bol Med Hosp Infant Mex 1991; 48: 409-416
8. Vizcaíno AA, Arévalo SA, Rodríguez LAM, Sadiwinski PS, Enfermedad de Kawasaki en niños mexicanos. Bol Med Hosp. Infant Mex 1991; 48: 398-408
9. Braunwald E, Zipes D, Libby P, eds. Cardiología El libro de medicina cardiovascular. Vol. 3. Madrid, España: 2004
10. Fuster V, Wayne Alexander, O´rourke RA, eds. El corazón. 10ed. Madrid, España: 2002
11. Attie F, Zabal C, Buendía A, eds. Cardiología Pediátrica. 1º ed. México, D.F.: 1993
12. Meissner HC, et al. Síndrome de Kawasaki: ¿Dónde están las respuestas?. Pediatrics 2003; 112: 672-675.
16. IBIDEM No. 1, 4, 6, 7, 11, 12, 33, 34

13. Fernández FR, Rodríguez GO, Rodríguez AJA, Camacho PC. Enfermedad de Kawasaki. A propósito de un caso. Rev Cubana Pediatr 2000; 72: 220-224
14. Ambriz M MJ, Alvarado N. Enfermedad de Kawasaki 2000; 9:96-99
15. Fukunishi M y colab. Predilección de falta de respuesta a altas dosis de inmunoglobulina intravenosa en pacientes con enfermedad de Kawasaki. J Pediatr 2000; 137:172-176
16. Alva EC, Díaz AA, Mojarro-Ríos JA, y cols. Enfermedad de Kawasaki: Diagnostico ecocardiografico de los aneurismas coronarios. Informe de dos casos. Arch Inst Cardiol Mex 1995; 65: 75-77
17. IBIDEM No. 6, 7, 2, 11, 14, 13, 33, 34
18. Myyng K, ed. Cardiología pediátrica. 3º ed. Madrid, España: 2003
19. Machado K, Gutierrez S, Pérez C. Enfermedad de Kawasaki asociada a virus de Ebstein-Barr. Arch Pediatr Urug 2002; 73 10/12/2002 disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. IBIDEM No. 7, 34
21. Rodríguez HR, Carvajal RL, Zarco RJ, Barrios FR. Bol Med Hosp. Infant Mex 2002; 59: 810-812
22. IBIDEM No. 7, 8, 1, 11, 14, 33, 35
23. IBIDEM No. 1, 7, 5, 15, 19, 16, 22, 9, 34, 35
24. IBIDEM No. 1, 7, 8, 19, 15, 22, 14, 20, 9, 33, 35
25. IBIDEM No. 15, 2, 12
26. Michie C y colab. Descamación cutánea recurrente posterior a la enfermedad de Kawasaki. Arch Dus Chile 2000; 83: 353-355
27. Alva EC, Díaz AA, Mojarro-Ríos JA, y cols. Enfermedad de Kawasaki: Diagnostico ecocardiografico de los aneurismas coronarios. Informe de dos casos. Arch Inst Cardiol Mex 1995; 65: 75-77
28. IBIDEM No.6, 7, 8, 2, 20, 9
29. IBIDEM No. 5, 12

30. IBIDEM No. 1, 6, 7, 8, 19, 15, 2, 22, 16, 14, 20, 9, 11, 12, 33, 35
31. IBIDEM No. 5, 22
32. IBIDEM No. 2, 9, 11, 13, 19, 33
33. Eagle, KA, Haber E, De Sanctis WR, Austen W.G. eds., La práctica de la Cardiología, Normas de Massachussets General Hospital, Ed. Panamericana ed. 2°, San Jose, Buenos Aires, pp. 631-635.
34. Rodríguez SR, Vizcaíno AA. Enfermedad de Kawasaki. In Hospital Infantil de México, Urgencias en Pediatría, ed. 5°, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, D.F. 2002, pp 66-972
35. Sánchez A.P, Cardiología pediátrica, Clínica y cirugía, Salvat editores, Tomo II. Barcelona, España, pp1015-1018

BIBLIOGRAFIA

- Alva EC, Díaz AA, Mojarro-Ríos JA, y cols. Enfermedad de Kawasaki: Diagnostico ecocardiografico de los aneurismas coronarios. Informe de dos casos. Arch Inst Cardiol Mex 1995; 65: 75-77
- Ambriz M MJ, Alvarado N. Enfermedad de Kawasaki 2000; 9:96-99
- Attie F, Zabal C, Buendía A, eds. Cardiología Pediátrica. 1º ed. México, D.F.: 1993
- Banfi PA. Enfermedad de Kawasaki. Rev Chil Pediatr 2001; 72: 487-495
- Barone SR, Pontrelli LR, Krilov LR. Diferencia de enfermedad de Kawasaki clásica, enfermedad de Kawasaki atípica e infección por adenovirus. Uso de signos clínicos y de test de detección rápida de antígenos fluorescentes. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 453-456
- Braunwald E, ed. Tratado de Cardiología. 5 ed. Philadelphia, Pensylvania: 1997
- Braunwald E, Zipes D, Libby P, eds. Cardiología El libro de medicina cardiovascular. Vol. 3. Madrid, España: 2004
- Coronel CC. Enfermedad de Kawasaki. Rev Cubana Pediatría 2003; 75 (3)
- Fernandez FR, Rodríguez GO, Rodríguez AJA, Camacho PC. Enfermedad de Kawasaki. A propósito de un caso. Rev Cubana Pediatría 2000; 72: 220-224.
- Eagle, KA, Haber E, De Sanctis WR, Austen W.G. eds., La práctica de la Cardiología, Normas de Massachussets General Hospital, Ed. Panamericana ed. 2º, San Jose, Buenos Aires, pp. 631-635.
- Fukunishi M y colab. Predilección de falta de respuesta a altas dosis de inmunoglobulina intravenosa en pacientes con enfermedad de Kawasaki. J Pediatr 2000; 137:172-176
- Fuster V, Wayne Alexander, O´rourke RA, eds. El corazón. 10ed. Madrid, España: 2002
- Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Tratado de medicina Interna. 21º ed. Madrid, España: 2002

- González GM, Urbán VH, Santamaría DH, Gorbea RMC, enfermedad de Kawasaki en México: análisis de 13 casos. Bol Med Hosp Infant Mex 1991; 48: 409-416
- Luckman J, eds. Cuidados de Enfermería. 1ºed. Philadelphia Pennsylvania: 1997.
- Luis RMT, eds. Los diagnosticos enfermeros "Revisión crítica y guía práctica". 2ºed. Barcelona, España: 2001
- Machado K, Gutierrez S, Pérez C. Enfermedad de Kawasaki asociada a virus de Ebstein-Barr. Arch Pediatr Urug 2002; 73 10/12/2002 disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-058420020004000006&Ing=en&nrm=iso&tIng=es
- Meissner HC, et al. Síndrome de Kawasaki: ¿Dónde están las respuestas?. Pediatrics 2003; 112: 672-675.
- Michie C y colab. Descamación cutánea recurrente posterior a la enfermedad de Kawasaki. Arch Dus Chile 2000; 83: 353-355
- Myyng K, ed. Cardiología pediátrica. 3º ed. Madrid, España: 2003
- Newburger JW. Enfermedad de Kawasaki ¿Quién corre riesgo?. J Pediatr 2000; 137: 149-152
- Poter PA, Griffin PA, eds. Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica. 3edº. Madrid, España
- Rodríguez SR, Vizcaíno AA. Enfermedad de Kawasaki. In Hospital Infantil de México, Urgencias en Pediatría, ed. 5º, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, D.F. 2002, pp 66-972
- Rodríguez HR, Carvajal RL, Zarco RJ, Barrios FR. Bol Med Hosp. Infant Mex 2002; 59: 810-812
- Rodríguez L M. Tratamiento con inmunoglobulinas en la enfermedad de Kawasaki. Rev Cubana Hematol Hemoter 2002; 18: 41-47

Sánchez A.P, Cardiología pediátrica, Clínica y cirugía, Salvat editores, Tomo II. Barcelona, España, pp1015-1018

Stanford T. Shulman, Enfermedad de Kawasaki. Bol Med Hosp. Infant Mex 1991; 48: 383-384

Tori TC, Galgani VM: Enfermedad de Kawasaki: Un caso con pseudo-obstrucción intestinal y aneurisma gigante. Rev. Med Hered 2002; 13: 114-120

Vizcaino AA, Arévalo SA, Rodríguez LAM, Sadiwinski PS, Enfermedad de Kawasaki en niños mexicanos. Bol Med Hosp. Infant Mex 1991; 48: 398-408

ANEXOS

PLACA DE TORAX

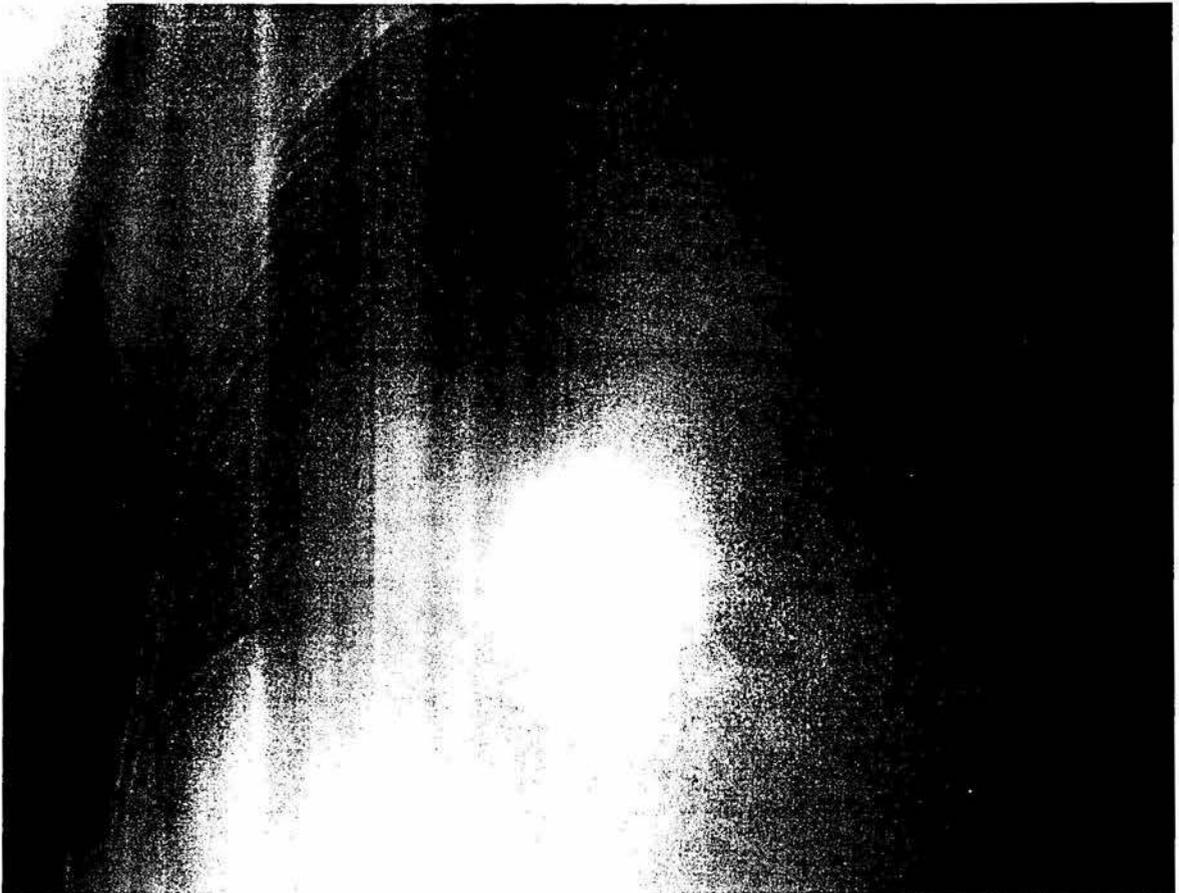
22-Noviembre-2004



Tomada después de la Revascularización Aorto-coronaria

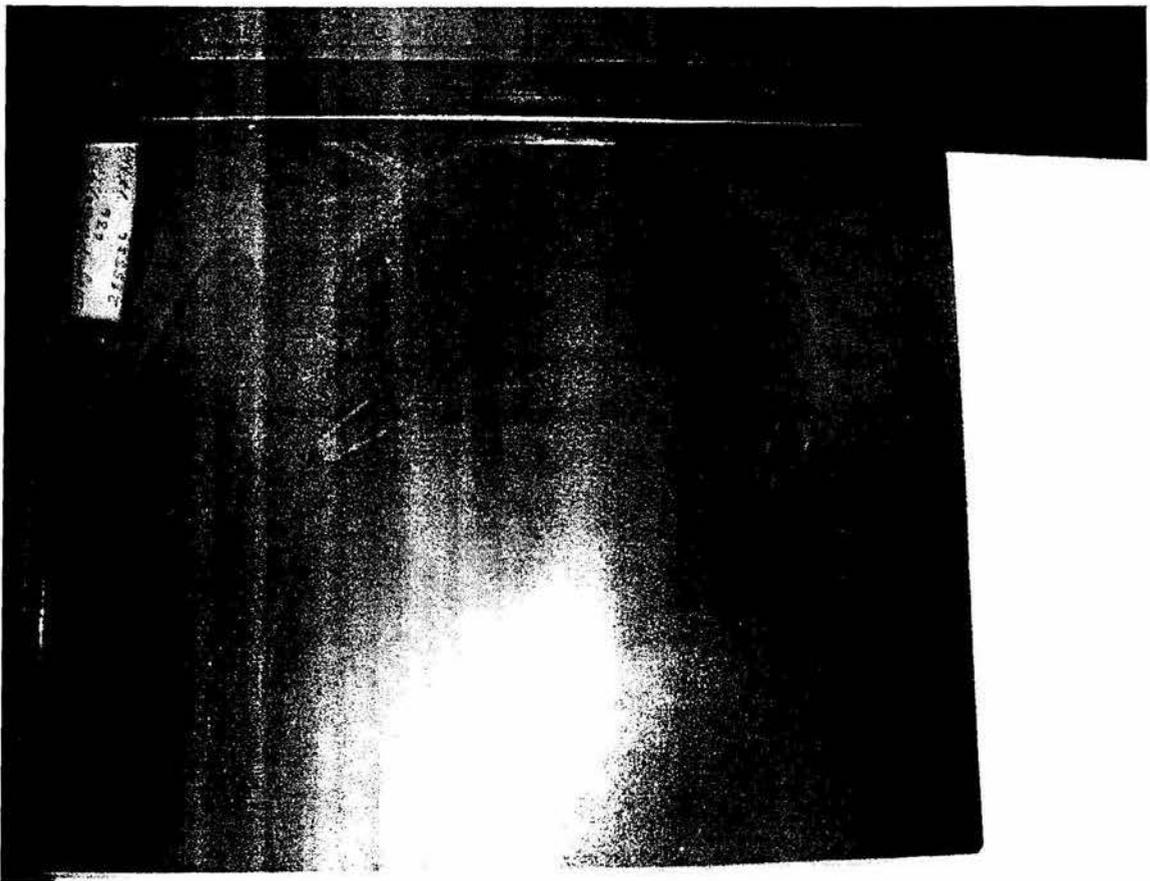
PLACA DE TORAX

23-Noviembre-2004



PLACA DE TORAX

17-Noviembre-2004



Tomada al ingreso al Instituto Nacional de Cardiología

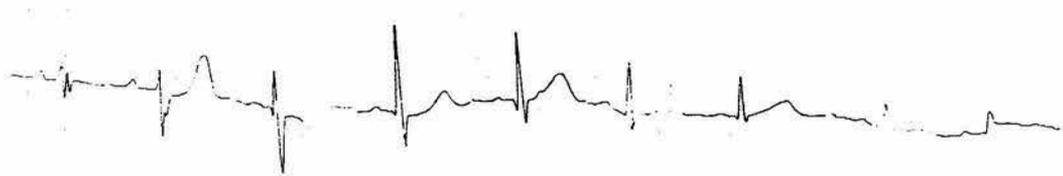
PLACA DE TORAX

28-Noviembre-2004



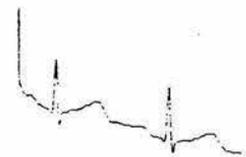
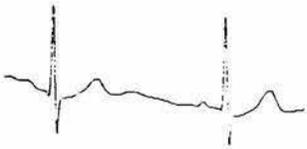
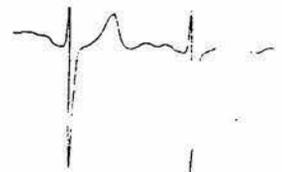
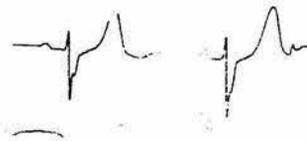
Placa de control post retiro de sonda retroesternal

CIRCULO TORACICO DE INGRESO



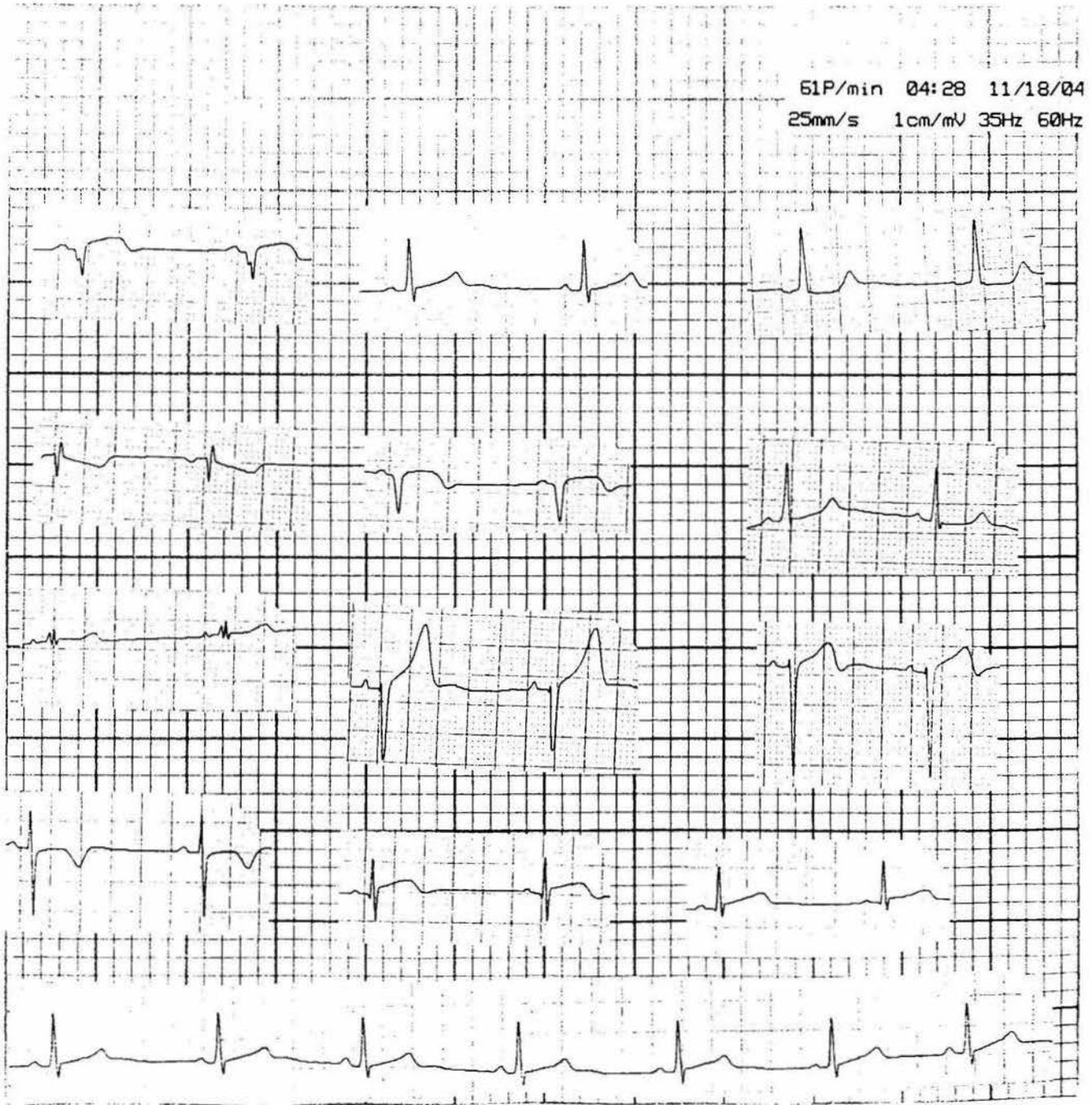
17-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO



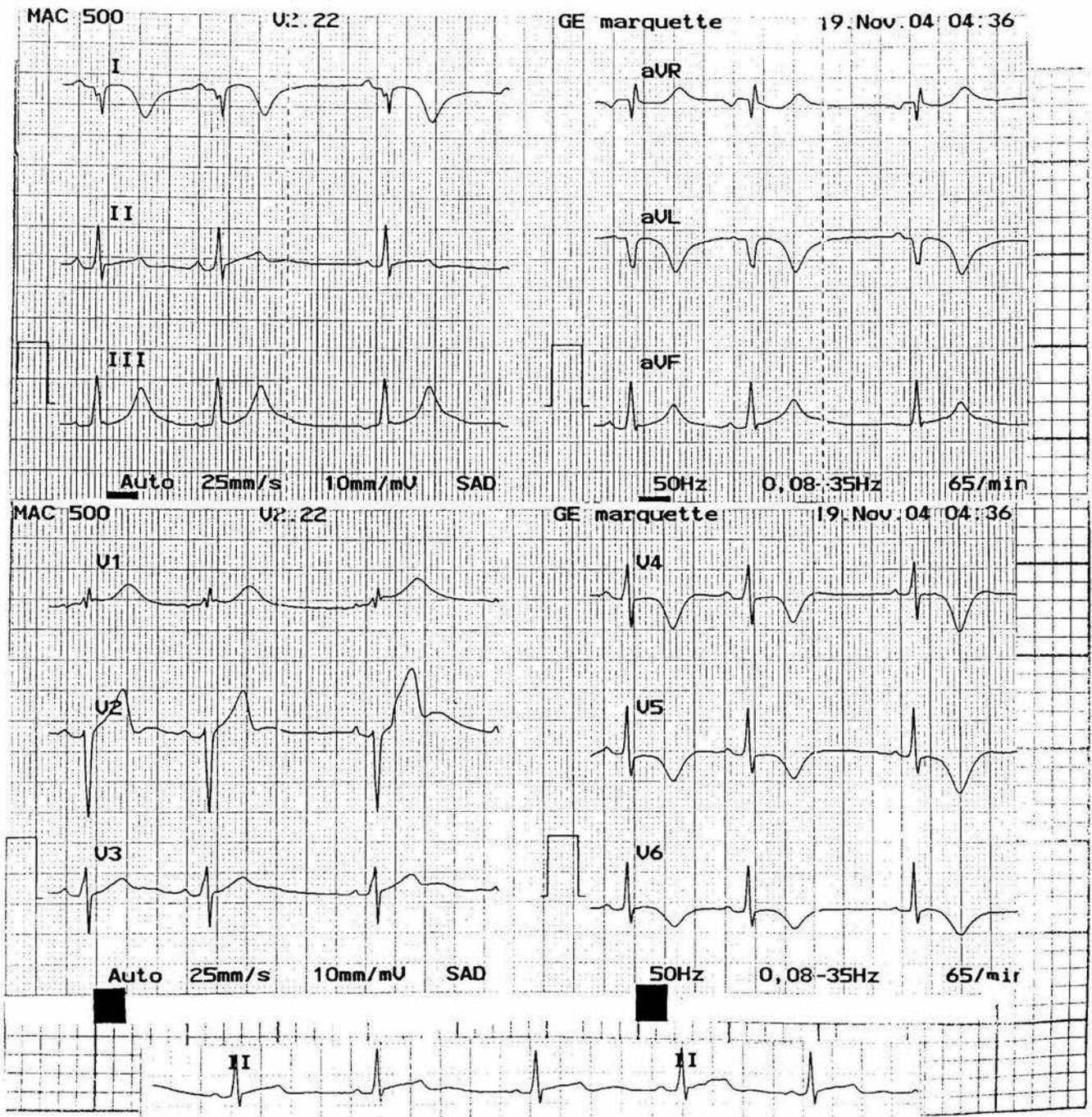
17-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA



18-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA



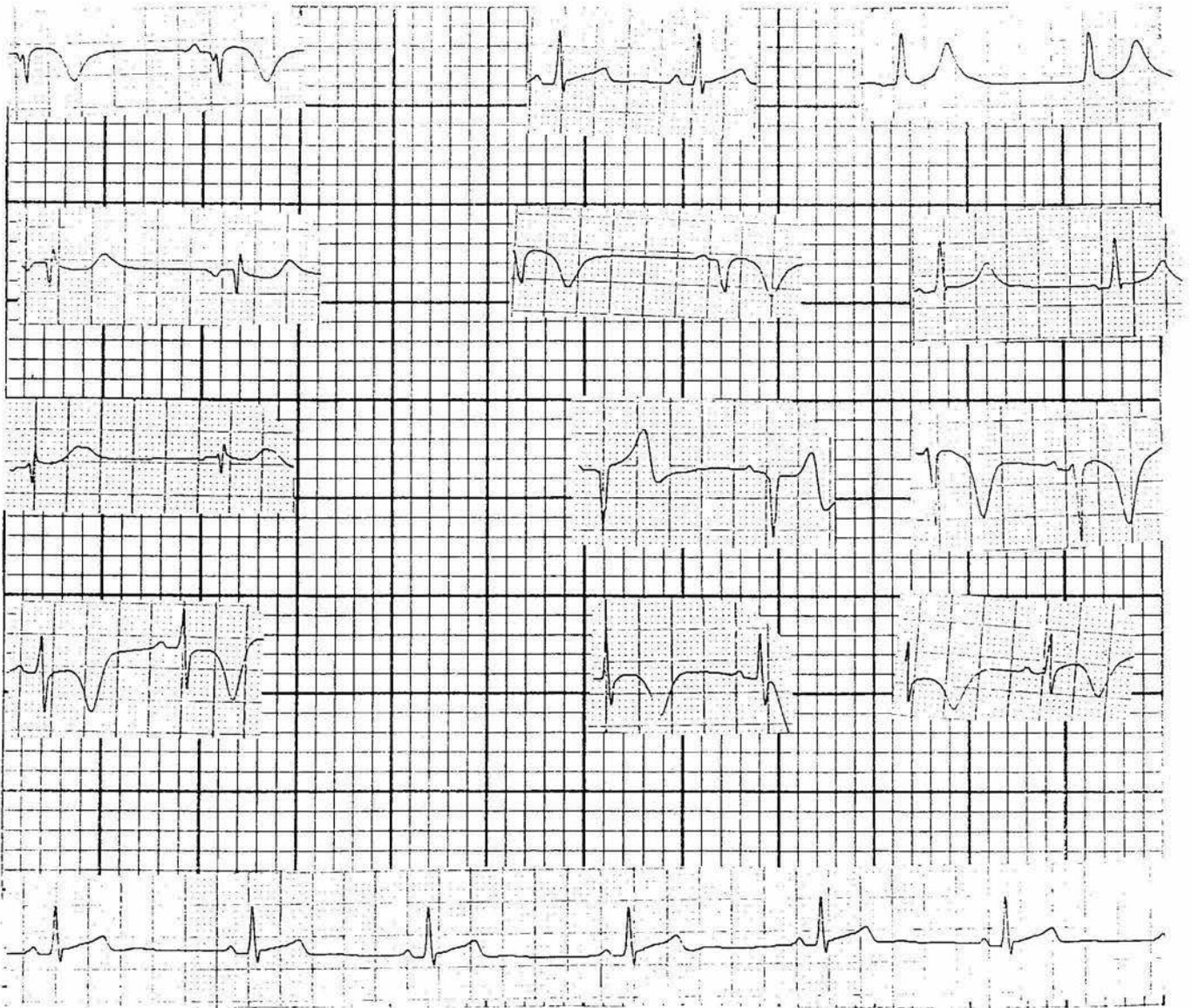
19-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA POSTCATETERISMO



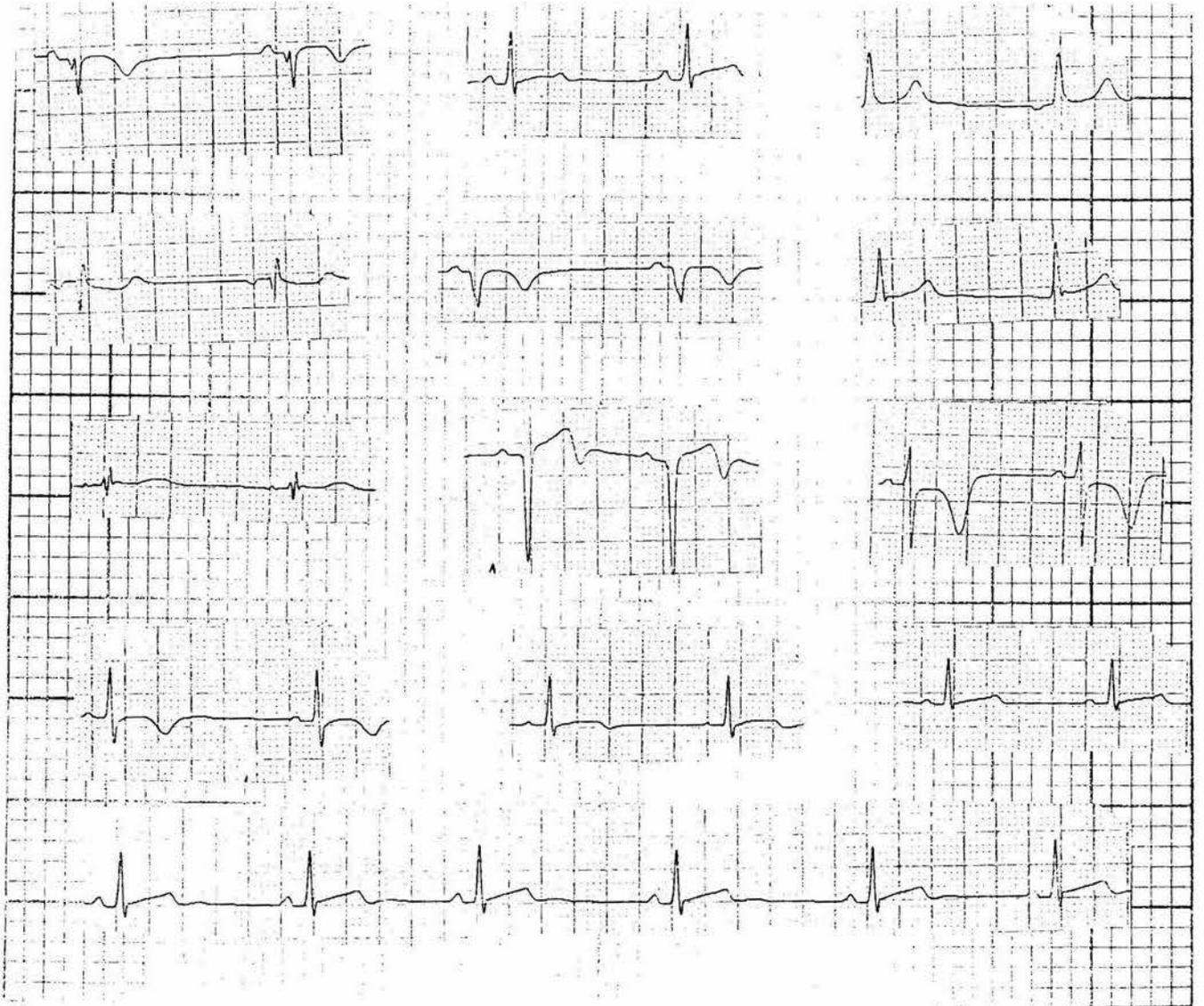
19-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA

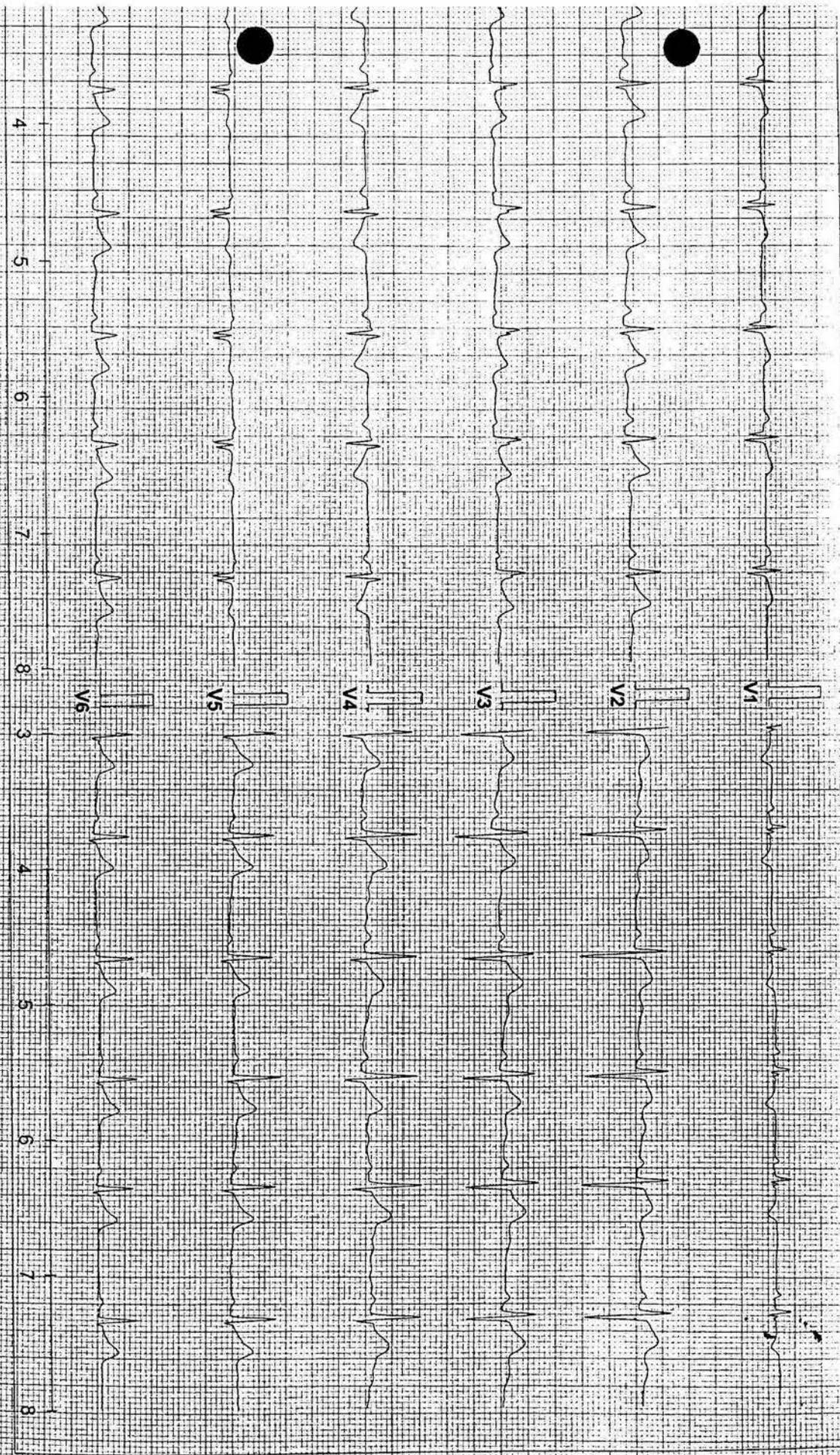


20-Noviembre-2004

ELECTROCARDIOGRAMA



22-Noviembre-2004



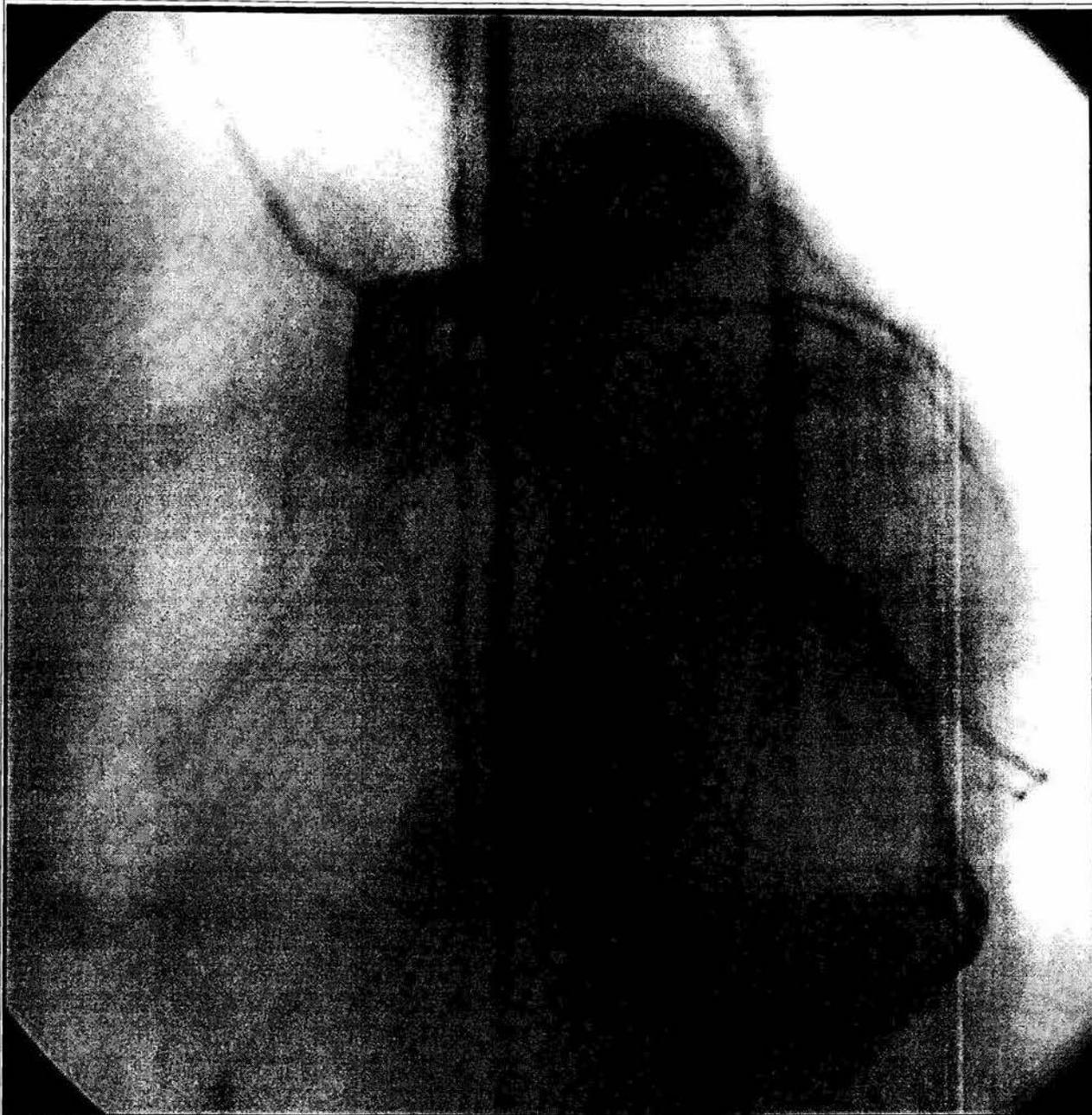
Im, Registro INC Ignacio Chávez



--	--

MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 0.1 CRAN: 0.4 [Plane A]
Scene: 1
Frame: 45



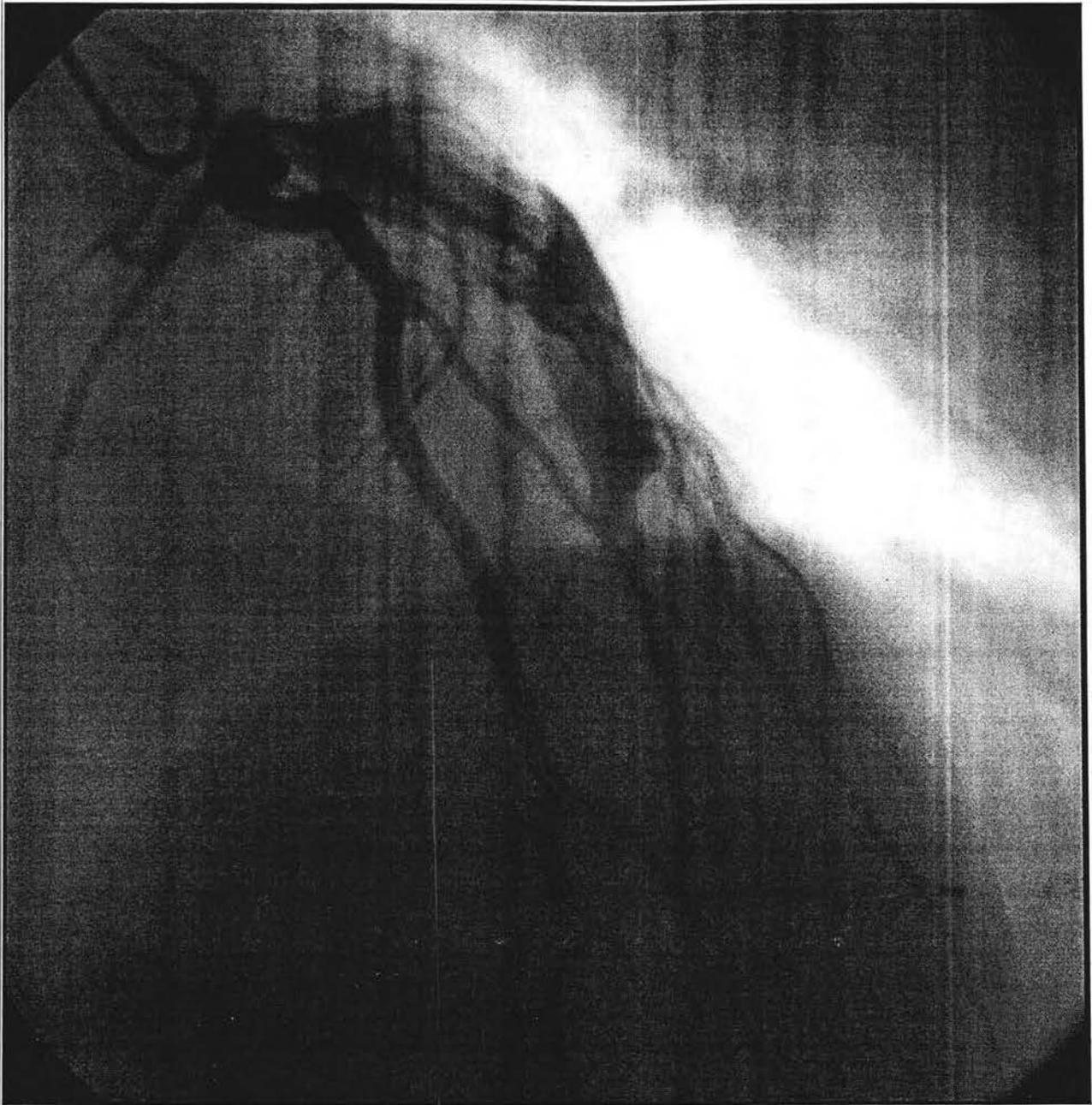
MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 44. CAUD: 30. [Plane A]
Scene: 2
Frame: 44



MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 44. CRAN: 30. [Plane A]
Scene: 3
Frame: 57



--	--

MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
RAO: 9.8 CRAN: 40. [Plane A]
Scene: 4
Frame: 41



--	--

MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
RAO: 30. CAUD: 29. [Plane A]
Scene: 5
Frame: 49



--	--

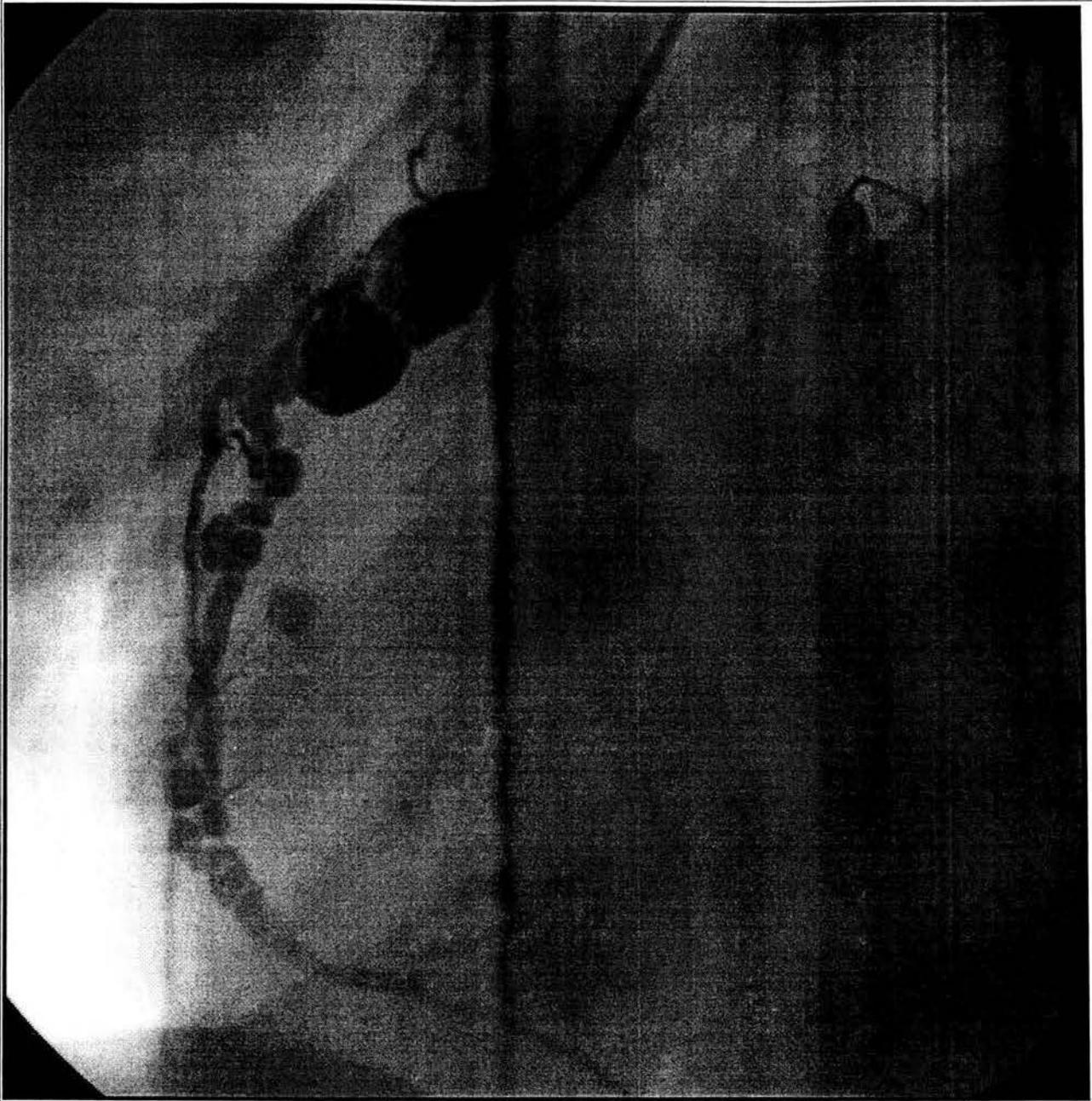
MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
RAO: 10. CAUD: 29. [Plane A]
Scene: 6
Frame: 44



MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 89. CRAN: 14. [Plane A]
Scene: 7
Frame: 48



MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 45. CRAN: 0.3 [Plane A]
Scene: 8
Frame: 47



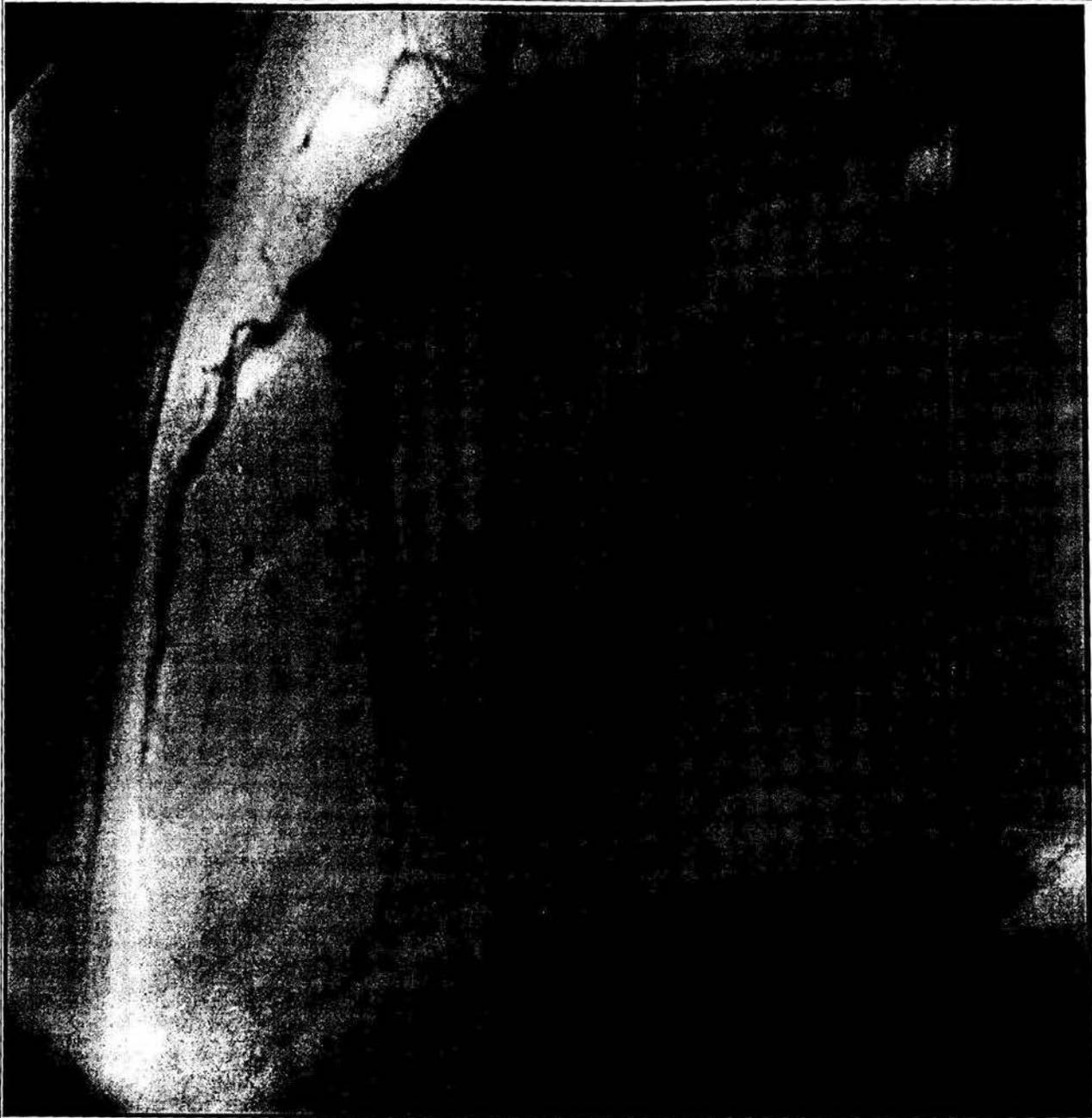
MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 10. CRAN: 29. [Plane A]
Scene: 9
Frame: 45



MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
RAO: 30. CRAN: 9.5 [Plane A]
Scene: 10
Frame: 45



MONTOYA RAMIREZ DIEGO I
I.NAL.DE CARDIOLOGIA I.CHAVEZ
285536
06/11/1990
DR. EMILIO EXAIRE TR.I.M.F
19/11/2004 14.27.44

(no scene name)
19/11/2004 14.27.44
LAO: 88. CRAN: 0.0 [Plane A]
Scene: 11
Frame: 54