



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

***PROCESO ENFERMERO APLICADO A UNA PERSONA CON
“DOBLE LESIÓN AÓRTICA”***

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

PRESENTA:

ADRIANA MORENO CRISTOBAL

ASESORA:

LIC. ENF. ILIA VANESSA WATERS SOSA

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Felipe y Socorro:

Gracias por darme la oportunidad, la confianza, el apoyo, su comprensión y su amor para continuar mis estudios profesionales, y ser segura de lo que me gusta en esta vida, les agradezco que gozaron y sufrieron conmigo, el día a día cuando vieron esas noches de desvelo, y esos días de gran esfuerzo por continuar mis estudios, proporcionarme el ánimo de continuar con alegría y con amor a esta carrera, por eso hoy tengo la gratitud de decirles gracias por haber terminado esta etapa de mi vida. Son mi gran fuerza los amo, ADRIANA.

A mis hermanos Margarita, Yolanda, Alicia, Ana, Felipe.

Gracias por estar conmigo en los momentos difíciles de mi carrera, por hacerme saber que soy importante.

A mi esposo:

Por apoyarme en todo momento, tenerme paciencia y darme palabras de aliento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	3
3.1 Anatomía y fisiología Del corazón.....	3
3.2. Valvulopatía aórtica.....	8
4.- MARCO REFERENCIAL.....	22
4.1. Proceso enfermero.....	22
4.2 Virginia Henderson.....	25
5.- METODOLOGIA.....	30
6.-PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.....	31
7.- DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	33
7.1 Valoración exhaustiva (8-julio-2013) preoperatoria.....	33
7.2 Valoración focalizada (15julio-2013 pos- cirugía).....	42
7.3 Valoración focalizada (18-julio-2013).....	49
8.- Cuidados pos-morten.....	53
9. GLOSARIO.....	56
10. CONCLUSIONES.....	58
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
12. ANEXOS.....	61

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la prevalencia de las valvulopatías constituyen del 20 al 30% de los casos que requieren atención hospitalaria. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que las enfermedades cardiovasculares, presentan una mortalidad de 17.5 millones de vidas al año en el mundo, donde las lesiones de las válvulas se hacen presentes; entre éstas se encuentra la estenosis aórtica de origen reumático, congénito y degenerativa. Enfermedad caracterizada por la disminución progresiva del área valvular aórtica, la cual genera obstrucción al vaciamiento del flujo sanguíneo del ventrículo izquierdo hacia la aorta, presentando manifestaciones cardiológicas importantes; entre éstas el síncope.

En la actualidad la incidencia de esta valvulopatía hace necesario que el profesional de enfermería como promotor de salud tenga las bases fundamentales para realizar una adecuada atención de cuidado, específico y oportuno con la finalidad de brindar un cuidado holístico. Para el desarrollo de este caso clínico se aplica una metodología sistemática denominada Proceso de Atención de Enfermería, la cual se desarrolla en cinco etapas que son: Valoración, Planeación, Diagnóstico, Ejecución, Evaluación, para determinar las necesidades alteradas y aplicar intervenciones de enfermería específicos, así mejorar el estado de salud y poder integrar de manera pronta a su vida cotidiana.

Objetivo general:

Realizar un Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con doble lesión aórtica, hospitalizada en el séptimo piso cardiología adultos B, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en base al modelo de Virginia Henderson.

Objetivos específicos:

- Valorar las 14 necesidades de Virginia Henderson en una paciente con lesión valvular aórtica, realizar los diagnósticos e intervenciones de enfermería para llevar a cabo el cuidado holístico.
- Planear y ejecutar los cuidados de enfermería basados en la jerarquización de las necesidades alteradas, para la elaboración de un plan de cuidados que permita dar una atención de calidad.
- Informar a la persona con lesión valvular aórtica acerca de los cuidados específicos que llevara en casa con la finalidad de, que se reincorpore a su vida cotidiana lo más pronto posible, de manera independiente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL CORAZÓN

El corazón es un órgano pequeño de forma triangular o de un puño cerrado, mide, 12 cm de largo, 9 cm de ancho y 6 cm de espesor con un peso promedio de 250 g, por lo que tiene una base superior y un vértice inferior. El corazón descansa sobre el diafragma, y se localiza en el mediastino medio, está ubicada entre los pulmones en el centro del pecho y levemente a la izquierda está constituido por dos sistemas de expulsión, el llamado corazón derecho que impulsa sangre hacia los pulmones y el corazón izquierdo que impulsa sangre hacia el resto del cuerpo, se encuentra dividido por dos cavidades diferentes aurículas y ventrículos. Las cuales se describen a continuación.

a) Aurículas: Funcionan como bomba que impulsan la sangre hacia los ventrículos antes de la contracción ventricular.

La Aurícula derecha: recibe sangre de la vena; vena cava superior, vena cava inferior.

Aurícula izquierda: recibe cuatro venas pulmonares, su comunicación con el ventrículo izquierdo es a través de la válvula mitral.

b) Ventrículos: bombean sangre contra una resistencia vascular sistémica.

- Ventrículo derecho (VD): el grosor de sus paredes es de 4-5 mm, y se encuentra separado del ventrículo izquierdo por el septum o tabique interventricular, la sangre pasa desde el VD a través de la válvula pulmonar hacia una gran arteria, llamada tronco pulmonar, que se divide en las arterias pulmonares derecha e izquierda.¹

- Ventrículo izquierdo (VI): el grosor de sus paredes es de 9 a 11 mm da lugar a una cavidad en forma de una esfera elipsoidal. Las características que distinguen al ventrículo izquierdo es que son paredes gruesas, forma el ápex del corazón, la sangre pasa a través de la válvula mitral y posteriormente al ventrículo continuando por válvula aórtica y hacia la aorta ascendente, parte de la sangre se dirige hacia las arterias coronarias que nacen de ella e irrigan a las arterias coronarias. El resto de la sangre sigue caminando a través del cayado aórtico y la aorta descendente que transporta la sangre a todo el organismo.¹

Finalmente el flujo sanguíneo pasa por todas las cavidades que forman al corazón, la sangre entra en la aurícula derecha por la vena cava superior e inferior que es impulsada por la contracción auricular a través de la válvula tricúspide hacia el ventrículo derecho, que a su vez se contrae y envía sangre por la válvula pulmonar hacia la arteria pulmonar y posteriormente sale de las venas pulmonares que entra hacia la aurícula izquierda, se produce la contracción auricular izquierda que impulsa la sangre por la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo, donde es expulsada hacia la válvula aórtica y finalmente a circulación general.²

c) Sistema de conducción

La estimulación del sistema de conducción se origina en el nodo sino auricular que es el marcapaso que envía el impulso a través de las aurículas, estimulando primero a la aurícula derecha y posteriormente a la izquierda una vez estimulada las aurículas el impulso disminuye mientras pasa al nodo auriculoventricular.

- Nodo sinusal; la función del nodo es iniciar el estímulo que activara el impulso eléctrico, se encuentra cercano a la unión de la vena cava superior en la aurícula derecha. Se localiza tan solo a 1 mm o menos debajo del epicardio por lo cual es muy susceptible de daño por procesos pericárdicos inflamatorios.²

- **Nodo Auriculoventricular (AV):** situado en la aurícula derecha, entre el seno coronario y la valva septal de la válvula tricúspide, el nodo AV no posee células de marcapaso. Al conducir el nodo AV el impulso auricular a los ventrículos causan una demora de 0.04 segundos. Esto permite que los ventrículos relajados se llenen con sangre mientras las aurículas se contraen.
- **Haz de His:** es la continuación directa del nodo auriculo-ventricular en que las fibras se han alineado a manera de cordón, mide de 2-3 cm de longitud y su grosor no es mayor de 3 mm, se establece la conducción a través del fascículo que se divide en las ramas derecha e izquierda que se extiende hacia abajo a cada lado del tabique interventricular, la rama izquierda se divide en dos ramas en anterior izquierdo y posterior izquierdo y el fascículo posterior izquierdo el cual se dirige hacia la porción posterior y lateral del ventrículo. Los impulsos viajan por la rama izquierda que alimenta la pared gruesa del ventrículo izquierdo que es la más grande y en la rama derecha alimenta al fascículo pequeño que alimenta a la pared del ventrículo derecho.
- **Vías Internodales y fascículo de Bachmann:** a partir del nodo sinoauricular, el impulso se desplaza a través de las aurículas derecha e izquierda. En la primera, el impulso puede transmitirse a lo largo de tres fascículos internodales, las vías anterior, media y posterior. El impulso se desplaza a través de la aurícula izquierda por el fascículo de Bachmann.

d) Arterias y venas coronarias: En la pared de los senos, correspondiente a las valvas derechas e izquierda, se encuentra el orificio de origen (ostium coronario) de las arterias coronarias derecha e izquierda.²

- **Coronaria derecha:** su ostium se dirige hacia adelante y a la derecha, pasa debajo de la orejuela derecha en dirección del surco auriculoventricular por el que corre, rebasa el margen agudo y llega cerca de la cruz del corazón. En el 90% de los casos se divide en dos ramas terminales; una de ellas descendente posterior que baja por el surco interventricular posterior en dirección del ápex, la otra sigue por el surco auriculoventricular para terminar cerca del margen obtuso.

Las ramas principales de la coronaria derecha son: la primera rama arterial del cono que se anastomosa que proviene de la circulación coronaria izquierda. Sobre el surco auriculoventricular emergen de 3-4 ramas ventriculares derechas que son largas y delgadas que va por la superficie anterior del ventrículo derecho, la última de esta baja por el margen agudo (arteria marginal derecha) y es la mayor de ellas. A nivel de la cruz del corazón, la coronaria derecha se acoda en forma de U en cuyo vértice nace una rama perforante que va al nodo auriculo-ventricular. La rama terminal que se dirige hacia el margen obtuso emite ramificaciones ventriculares izquierdas que irrigan la mitad de la cara diafragmática del ventrículo izquierdo y la descendente posterior de ramas perforantes que irrigan el tercio posterior del septum cerca de la cara diafragmática.²

- Coronaria izquierda: desde su origen en la aorta hasta su división se le conoce como tronco de la coronaria izquierda, tiene una longitud que varía entre 2 y 20 mm, se divide después en dos ramas terminales; arteria descendente anterior que va en dirección del ápex por el surco interventricular anterior y la circunfleja que se dirige a la izquierda que rebasa el margen obtuso en el 90% de los casos. Las ramas de la aurícula derecha anterior son: la arteria del cono que se anastomosa con la arteria del cono de la coronaria derecha. Las arterias diagonales que se desprenden en ángulo agudo, son paralelas entre sí, se distribuyen por la pared libre del ventrículo izquierdo y se dirigen diagonalmente hacia el margen obtuso que son tres; primera diagonal, segunda diagonal y tercera diagonal.³

La pared cardiaca contiene tejido conectivo denso que forma el esqueleto fibroso del corazón que contiene básicamente cuatro anillos de tejido conectivo que rodea a las válvulas cardiacas fusionándolas entre si y uniéndolas al tabique interventricular al mismo tiempo forma la base estructural de las válvulas cardiacas, el esqueleto fibroso también evita el sobre estiramiento de las válvulas al pasar la sangre a través de ellas.

e) Válvulas Cardiacas: están formadas por tejido conjuntivo fibroso, rica en fibras elásticas y en menor proporción fibras de colágeno se disponen en fascículos longitudinales, se puede identificar una arquitectura trilaminar, una capa fibrosa central que da rigidez al velo.¹ Su función es:

La válvula tricúspide impide que vuelva sangre desde el ventrículo derecho hacia la aurícula del mismo lado, la válvula mitral lo hace entre el ventrículo y la aurícula izquierda, y la válvula pulmonar y aórtica impiden que vuelva sangre hacia el ventrículo derecho e izquierdo respectivamente. La válvula tricúspide y mitral tiene valvas con características de membrana a las que sujetan en su sitio ligamentos especiales, llamadas cuerdas tendinosas que se extienden desde los músculos papilares, se contraen al mismo tiempo que los ventrículos.¹

La válvula aórtica y pulmonar también se conocen como válvulas semilunares debido a que están formadas por tres valvas en forma de media luna, las valvas permiten la eyección de la sangre desde el corazón a las arterias, pero evitan que el flujo regrese a los ventrículos, las válvulas se abren cuando la presión ventricular excede a la presión arterial permitiendo la expulsión de la sangre, a medida que los ventrículos se relajan, la sangre comienza a empujar las cúspides valvulares, haciendo que las válvulas semilunares se cierren.¹

Las válvulas cardiacas pueden presentar alteraciones en el mecanismo de función, normalmente cuando, se abren y cierran completamente en el momento correcto se habla de una función adecuada pero cuando hay una disminución en el diámetro de apertura de una válvula cardiaca se denomina estenosis, mientras que la falla en el cierre valvular se denomina insuficiencia o incompetencia valvular. En la estenosis mitral la formación de cicatrices producen una disminución de la apertura de la válvula mitral, mientras que en la estenosis aórtica la válvula se encuentra estrechada, pero en la insuficiencia aórtica hay regurgitación de sangre desde la aorta hacia el ventrículo izquierdo, existen

también otras alteraciones que pueden lesionar las valvas como ciertas enfermedades infecciosas dañan o destruyen las válvulas cardiacas.¹

3.2 VALVULOPATÍA AÓRTICA

Es una enfermedad de la válvula que conecta la aorta con el ventrículo izquierdo. Existen dos tipos diferentes.

- Estenosis aórtica: es la obstrucción (estrechez) del flujo de sangre que sale del ventrículo izquierdo hacia la aorta por la reducción de la luz valvular, a menor reducción de la luz valvular, mayor es el daño para expulsar el flujo sanguíneo hacia el organismo, causando hipoperfusión a los tejidos.
- Insuficiencia aórtica: la válvula no coapta adecuadamente por lo que hay un flujo retrogrado de sangre en diástole desde la aorta hacia el ventrículo izquierdo por mal funcionamiento de la válvula aórtica.

Las causas de la estenosis aórtica son:

- Afectación reumática (de la fiebre reumática).
- Afectación degenerativa (envejecimiento).
- Malformación congénita de la válvula.⁸

La estenosis aórtica se refiere a los cambios progresivos, patológicos, fisiopatológicos y clínicos que se asocian a la obstrucción de la vía de salida de flujo del ventrículo izquierdo (VI).

Que puede ser congénita o adquirida; la congénita corresponde aproximadamente a 5% de los defectos congénitos del corazón mientras que para la adquirida se divide en reumática y degenerativa esta última a su vez se desarrolla sobre válvulas bivalvas y la senil que se asienta sobre válvulas inicialmente normales.

La degeneración de la válvula aórtica se caracteriza inicialmente por engrosamiento subendotelial, ruptura de la membrana y por acumulación de

lípidos intracelular y extracelular e infiltración así como de acumulación de macrófagos, esto tiene similitud a la aterosclerosis, la progresión de la esclerosis a la estenosis aórtica sucede solamente en una tercera parte de los pacientes. El hallazgo característico valvular aórtico es la calcificación esto sucede tanto en las válvulas bivalvas como en las trivalvas, en la bivalva la calcificación es más bien nodular y se localiza en la base de los bolsillos de las valvas en tanto que en las trivalvas la calcificación es difusa en los bolsillos en sí y hacia las comisuras, pero el proceso es el mismo: fibrosis, engrosamiento, degeneración estructural extensa, nodulación y calcificación. Las válvulas bivalvas degeneran más tempranamente y esto se debe a que las valvas de estas se doblan y arrugan más que en las trivalvas la superficie de contacto y el roce entre ellas es mayor. Si bien la reducción del área valvular aórtica es un proceso crónico y lento al inicio, la progresión al final de la enfermedad puede ser muy rápida, en general se puede decir que los pacientes con válvula bicúspide se tornan sintomáticos alrededor de los 50-60 años de edad.

Las malformaciones congénitas pueden ser unicuspidea, bicuspidea, tricuspidea o pueden presentar un diafragma en forma de cúpula o bóveda. Las válvulas unicuspideas producen obstrucción severa durante el primer año de vida y es la malformación más frecuente, las válvulas bicuspideas congénitas pueden presentar estenosis con fusión de las comisuras en el momento del nacimiento pero no son responsables del estrechamiento grave del orificio aórtico durante la infancia.

La gravedad de esta enfermedad está definida por una variedad de datos hemodinámicos y de su historia natural conforme la estenosis empeora, la fuerza necesaria que el ventrículo izquierdo debe generar para vencer la obstrucción que aumenta progresivamente, aunque la reserva inotrópica y el desarrollo de hipertrofia ventricular inicialmente compensan este aumento en la demanda.⁸

Fisiopatología

La estenosis aórtica condiciona obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo, con aumento de las presiones sistólica y diastólica, así como el periodo expulsivo, en tanto que disminuye la presión aórtica. El incremento de la presión sistólica del ventrículo, junto con el aumento del periodo expulsivo incrementan el consumo de oxígeno al disminuir el periodo diastólico disminuye también la perfusión miocárdica que junto con el aumento de consumo de oxígeno, la disminución de presión aórtica y el aumento de la presión diastólica condicionan isquemia. El aumento de la presión sistólica en si mismo genera hipertrofia ventricular, lo que aumenta la demanda de oxígeno.⁸

El área valvular aórtica normalmente es de 3 a 4 cm y comienza a producir gradiente cuando se reduce la luz entre 1.5 a 1 cm. La obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo dificulta el vaciamiento de sangre hacia la aorta de tal forma que dicho ventrículo izquierdo prolonga su tiempo de expulsión según la obstrucción, hasta lograr pasar una cantidad determinada de sangre a través de un orificio más estrecho, la consecuencia de la obstrucción ocasiona la elevación de la presión sistólica de dicha cavidad, la que aumentara en cuanto a la disminución de la luz que consiste en la existencia de una precarga disminuida y por ende una limitación de la distensión máxima que alcanza la fibra miocárdica antes de la contracción, el gradiente es importante en la protodiastole, se reduce en la diástole y vuelve a incrementarse con la contracción auricular, este gradiente también aumenta con el incremento de la frecuencia cardiaca debido a una disminución del tiempo de llenado del ventrículo izquierdo y existe un aumento de la presión venocapilar pulmonar que se refleja en forma retrograda a la circulación venosa pulmonar, la situación es que aumentan el flujo transvalvular, cuando el área valvular disminuye a menos de 2.5 cm.³

El volumen del ventrículo izquierdo se mantiene en algunos pacientes por muchos años sin que se reduzca el gasto cardiaco, se dilate el ventrículo izquierdo y ni se

desarrollen síntomas, en estos pacientes con la estenosis de la válvula aórtica presentan grandes ondas a en la curva de presión de la aurícula izquierda, debido a la combinación de contracción incrementada de la aurícula izquierda hipertrofiada y disminución de la distensibilidad del ventrículo izquierdo, la alta presión del ventrículo izquierdo característica de la estenosis grave de la válvula aórtica, no significa necesariamente la existencia de dilatación del ventrículo izquierdo o de insuficiencia.

La contracción auricular forma parte importante del llenado de esta cavidad que eleva la presión telediastólica del ventrículo izquierdo sin provocar elevación de la presión media de la aurícula izquierda esto impide que las presiones venosa y de capilares pulmonares se eleven y provoquen congestión pulmonar.

El gasto cardiaco se halla en reposo en la mayoría de los enfermos con estenosis, en la fase tardía de la enfermedad declina el gasto cardiaco, el volumen sistólico, y por tanto el gradiente de presión entre ventrículo y aorta.

La estenosis valvular aórtica intensifica la gravedad de la insuficiencia de la válvula mitral debido al aumento del gradiente de presión que expulsa la sangre del ventrículo a la aurícula izquierda. El volumen telediastólico del ventrículo izquierdo permanece en valores normales hasta fases tardías en la evolución de la enfermedad, pero provoca aumento de la masa del ventrículo izquierdo en respuesta a la sobrecarga de presión lo que da por resultado aumento en su relación masa-volumen, sin embargo el incremento en la masa puede no ser tan grande como en la que se observa en la insuficiencia de la válvula aórtica o en la combinación de estenosis e insuficiencia (doble lesión aórtica).⁴

Manifestaciones clínicas de la estenosis aórtica.

Los síntomas que aparecen son: disnea, 15% de los pacientes se presentan con síncope, 35% con angina e incluso la muerte súbita y el 50% con insuficiencia cardiaca. La disnea constituye el síntoma frecuente e inicial en la mayoría de los

casos e incluso pueden presentarse también ortopnea tardía y disnea paroxística nocturna y por ultimo quizá aparezca insuficiencia cardiaca derecha. El síncope se debe a isquemia cerebral que es causado por la incapacidad del corazón para aumentar el gasto cardiaco a través de la válvula aórtica, en conjunto con arritmias pasajeras producidas por isquemia o disfunción de los baroreceptores. La angina de pecho es más frecuente en esta enfermedad, está condicionada por múltiples factores aumento en el consumo de oxígeno, aumento de la presión sistólica del ventrículo izquierdo y disminución de la presión sistémica que junto con el aumento de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo disminuye el gradiente de perfusión coronario.

La angina se produce como respuesta a la isquemia miocárdica, la cual se desarrolla cuando la demanda de oxígeno ventricular izquierda excede a su abastecimiento, debe notarse que aunque pueda coexistir enfermedad de la arteria coronaria, epicardica aterosclerosis con estenosis aórtica, con frecuencia se produce la angina en estenosis aórtica en ausencia de arteriopatía coronaria. Se desarrolla hipertrofia concéntrica ventricular izquierda como respuesta compensadora a la sobrecarga de la estenosis aórtica. La carga sobre las fibras miocárdicas, al aumentar la presión ventricular izquierda a un aumento paralelo en el espesor de la pared del ventrículo izquierdo ayuda a compensar la sobre carga de presión y mantiene el esfuerzo en los límites normales. A pesar de que las arterias coronarias epicardicas normales se reduce el flujo sanguíneo coronario.⁵

Insuficiencia cardiaca congestiva: en la estenosis aórtica se produce insuficiencia ventricular izquierda, tanto sistólica como diastólica y causa los síntomas de disnea con esfuerzos así como ortopnea y disnea nocturna paroxística, en algunos pacientes la alta presión de llenado izquierdo conduce a hipertensión pulmonar, la cual sobrecarga el ventrículo derecho y de esta manera produce insuficiencia ventricular derecha y los síntomas de edema y ascitis.⁴

El incremento en la presión de llenado diastólico se transfiere a la aurícula izquierda y a las venas pulmonares, donde se desarrolla congestión venosa pulmonar que origina un incremento de líquido en los pulmones en la rigidez pulmonar y disnea.⁴

Diagnostico de la estenosis aórtica

Para llegar al diagnostico es necesario realizar estudios de gabinete que son:

1. Electrocardiograma: se puede observar el crecimiento auricular izquierdo que se traduce a estenosis aórtica grave, así como signos de crecimiento ventricular izquierdo con sobrecarga sistólica, el intervalo QRS usualmente se mantiene normal, la desviación del aQRS a la izquierda puede traducir hipertrofia importante o dilatación ventricular en la que también puede aparecer bloqueo de rama izquierda de grado intermedio o avanzado.

2. Radiografía de tórax: en la interpretación de la placa se puede observar el corazón con tamaño normal y silueta redondeada (hipertrofia del ventrículo izquierdo), la presencia de cardiomegalia, traduce insuficiencia cardiaca o hipertrofia masiva, también se puede observar calcificación valvular aórtica.

3. Fonomecanocardiograma: diferencia los diversos tipos y afirma el diagnóstico de la estenosis aórtica entre los que se encuentran:

- Estenosis aórtica valvular: soplo en epicentro en foco aórtico, pulso carotídeo anacrótico con asenso vibrado (cresta de gallo).
- Estenosis aórtica valvular calcificada: en la que aparece en edad mayor de 40 años, presencia de soplo sistólico con epicentro en foco aórtico, ausencia de chasquido protosistólico.
- Estenosis aórtica subvalvular fibrosa fija: soplo sistólico con epicentro en el foco accesorio aórtico, se acompaña de insuficiencia aórtica ligera.³

También se investiga el grado de obstrucción:

- Ligera
- Moderada
- Apretada

4. Ecocardiograma: los diferentes tipos de ecocardiograma nos permiten estudiar la función ventricular, medir el espesor de las paredes del ventrículo izquierdo así como el diámetro de su cavidad y localizar el sitio de la obstrucción.

5. Cateterismo cardiaco: no siempre es necesario para establecer la magnitud de la estenosis, se realiza cuando hay duda de la gravedad de la estenosis calculada por ecocardiografía. Se realiza el cateterismo con coronariografía del cual se cuantifica la presión sistólica ventricular izquierda (a mayor presión más grave es la estenosis). Y se obtiene la presión telediastólica ventricular izquierda su elevación significa hipertrofia. Si no se logra pasar el ventrículo izquierdo a través de la válvula estrecha se requerirá alcanzar esta cavidad mediante cateterismo transeptal cateterismo derecho.³

Tratamiento médico-quirúrgico

El manejo medico con estenosis aórtica asintomáticos se enfoca en los siguientes puntos: a) educación sobre la enfermedad para la detección oportuna del inicio de los síntomas, b) modificar los factores de riesgo para la progresión de la estenosis aórtica, c) seguimiento y vigilancia para conocer la progresión de manera individual así como aliviar síntomas de deterioro hemodinámico.⁵ Dependiendo del grado de la estenosis aórtica como son:

- Estenosis aórtica ligera: se lleva a cabo una vigilancia periódica, con el paso del tiempo la estreches progresa y lo usual que después de los 40 años la válvula se encuentre calcificada.

- Estenosis aórtica moderada: vigilancia periódica, la radiografía de tórax, el electrocardiograma y el Ecocardiografía Doppler da la evidencia que la lesión es apretada y requiere valoración hemodinámica y/o cirugía.
- Estenosis aórtica apretada: requiere tratamiento quirúrgico, el cambio valvular aórtico por una prótesis en adolescentes, adultos o ancianos en el tratamiento de elección de la estenosis.³

Las tasas de mortalidad quirúrgica en los ancianos que deben ser sometidos a un reemplazo valvular aórtico oscilan entre un 4-24%. Las mejoras de las cifras de mortalidad de los últimos años reflejan avances en el manejo anestésico, en las técnicas quirúrgicas, en el manejo perioperatorio y en la selección de los pacientes. El riesgo de complicaciones quirúrgicas a esta edad, son: arritmias cardíacas, requerimiento de asistencia ventilatoria prolongada, insuficiencia cardíaca, infarto perioperatorio en el 3 a 8%, y eventos cerebro-vasculares en hasta 11% de los casos. Los factores de riesgo que incrementan la mortalidad operatoria son: la clase funcional, la ausencia de ritmo sinusal, la necesidad de cirugía de emergencia, la existencia de enfermedad coronaria asociada, el sexo femenino, la estrechez del tracto de salida y del anillo aórtico, las calcificaciones extensas de la raíz aórtica, la necesidad de cirugía valvular mitral concomitante, la hipertensión arterial y la existencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Otro factor relacionado con mayores complicaciones es la extensa calcificación valvular, la que, con tejidos friables, hace particularmente difícil la cirugía valvular en el anciano. Debe destacarse que el by pass coronario simultáneo con el reemplazo valvular aumenta la mortalidad, la que en el anciano puede llegar al 8-25%.

Insuficiencia aórtica

La insuficiencia aórtica (IAo) se define como la regurgitación de sangre desde la aorta al ventrículo izquierdo durante la diástole, suele ser una lesión adquirida secundaria a enfermedad de las valvas, raíz aórtica o ambas.

La causa más común de IAo crónica es la enfermedad reumática que generalmente se acompaña de estenosis aórtica y de afectación de la válvula mitral. La endocarditis infecciosa puede originar IAo aguda por destrucción o perforación de los velos y también por falta de coaptación debido a la presencia de una vegetación. La enfermedad de la raíz aórtica constituye una causa más común de IAo que la enfermedad valvular primaria. La prevalencia aumenta con los años, llegando al 30% en los pacientes ancianos. Habitualmente es de grado de leve a moderado. La disfunción valvular puede producirse como consecuencia de las alteraciones degenerativas que se caracterizan al proceso de envejecimiento de alteraciones de la raíz aórtica.

Se caracteriza por un reflujo diastólico de sangre proveniente de la aorta al ventrículo izquierdo (VI) debido a una mal coaptación de las cúspides aórticas. La prevalencia de la IAo crónica y su incidencia como IAo aguda no se conocen con precisión. Singh et al reportó una prevalencia de IAo crónica por ecocardiografía Doppler color en su estudio the Framingham Offspring, mostrando una prevalencia general en hombres del 13% y mujeres 8.5%.

En la IAo aguda se genera un flujo hacia el VI proveniente de la aorta durante la diástole ventricular que impone una precarga aumentada, una parte del volumen sistólico regresa al VI y el gasto cardiaco efectivo disminuye. Ante el aumento de la precarga, se inducen dos mecanismos de compensación: aumento de la contractilidad y taquicardia. La IAo ligera permite que el VI compense lentamente la sobrecarga de volumen. En la IAo aguda severa el ventrículo no está “preparado” para compensar la sobrecarga y es incapaz de dilatarse con la misma rapidez con que se genera el flujo retrógrado, de manera que el gasto cardiaco no aumenta en proporción a la precarga. Cuando esto ocurre, cualquier incremento de volumen resulta en un gran aumento de la presión telediastólica misma que se transmite hacia el retorno venoso pulmonar y se manifiesta como insuficiencia cardiaca, edema agudo pulmonar o choque cardiogénico.⁵

En la IAo crónica se produce una sobrecarga de volumen diastólico en el ventrículo izquierdo debido a que el mismo recibe la sangre proveniente de la aurícula izquierda (flujo anterógrado) y la que regurgita desde la aorta (flujo retrógrado). El mayor volumen diastólico (aumento de la precarga) produce un incremento en la fuerza de contracción que permite al ventrículo eyectar un mayor volumen para mantener el gasto cardíaco en un rango normal (fracción de eyección y fracción de acortamiento normal). La dilatación de la cavidad provoca un aumento de la tensión parietal sistólica del ventrículo izquierdo y por consiguiente una postcarga excesiva. El ventrículo izquierdo compensa estos desequilibrios mediante la producción de una hipertrofia concéntrica lo que evita el aumento de la postcarga, y una hipertrofia excéntrica que permite acomodar incrementos del volumen de llenado sin que haya un aumento de la presión de fin de diástole.⁵

Las manifestaciones clínicas

Cuando existe una IAo significativa, se escucha un soplo sistólico de eyección. En la IAo aguda se manifiesta por taquicardia y pulsos saltones, debilidad, disnea, cianosis, y en ocasiones congestión pulmonar, edema e hipotensión secundaria a la reducción del volumen sistólico y a la elevación de la presión de la aurícula izquierda.⁵

En la IAo crónica severa, el volumen sistólico elevado y la hipertensión sistólica producen hallazgos físicos como el pulso de Corrigan (pulso carótido en saltos). La disnea de ejercicio es la manifestación más común, pero síntomas de angina pueden ocurrir como resultado de una reducción en la reserva de flujo coronario, predominantemente el flujo coronario sistólico, diaforesis.⁵

Diagnostico de la insuficiencia aórtica aguda y crónica

1. Radiología: IAo aguda puede haber un hallazgo de edema agudo pulmonar con índice cardiotorácico normal o ligera cardiomegalia. En la IAo crónica la característica es la cardiomegalia.
2. Electrocardiograma: la taquicardia sinusal es el hallazgo más común, en ocasiones puede observarse alteraciones del segmento ST y la onda T resultantes de la sobrecarga. A diferencia de la IAo crónica en donde el hallazgo más frecuente es la hipertrofia ventricular izquierda con sobrecarga volumétrica.
3. Ecocardiograma: se observa la severidad de la IAo, muestra la repercusión hemodinámica y descarta otras lesiones.
4. Resonancia magnética: se identifica el grado de de la lesión, morfológica de la aorta en los casos de disección, y dimensiones del VI.
5. Cateterismo: se identifica mediante la angiografía de la raíz aorta.
6. Holter: en la IAo crónica se utiliza en casos de sospecha o se observen arritmias. También se realiza prueba d esfuerzo a los pacientes asintomáticos con función ventricular disminuida y el estudio es capaz de determinar la reserva cardiaca, capacidad funcional y arritmias en esfuerzo. Una reserva cardiaca deprimida o baja capacidad funcional supone que se está llegando al límite de la compensación hemodinámica y por la tanto se requiere de un tratamiento quirúrgico a corto plazo.⁵

Tratamiento médico

La severidad de la repercusión hemodinámica durante la insuficiencia aórtica aguda comprende tres principales objetivos: controlar y corregir la insuficiencia cardiaca, la causa y permitir que se lleve a cabo la cirugía correctiva cuando sea

necesaria, estos objetivos ayudan a reducir la hipertensión venocapilar pulmonar, mejora el gasto cardiaco y mejorar la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.

Los vasodilatadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), inducen reducción en la presión de la aurícula izquierda y de los volúmenes sistólicos y diastólicos finales del ventrículo izquierdo, así como ayuda al aumento del gasto cardiaco, los diuréticos actúan con los vasodilatadores e inotrópicos brindando un máximo beneficio. Mientras que para la IAo crónica se basa en dos puntos: primero, la severidad de la insuficiencia aórtica y segundo la repercusión hemodinámica que esta manifestada por los síntomas; función ventricular, congestión pulmonar, grado de cardiomegalia. El objetivo es mejorar el gasto cardiaco y reducir el volumen regurgitante.

Los pacientes que son candidatos para el reemplazo valvular son: cuando la insuficiencia cardiaca es difícil de controlar, mala función ventricular.⁵

La elección de la técnica para prótesis cardiacas

La elección de la prótesis para un remplazo valvular dependen de una serie de factores como la edad cronológica del paciente, el estado biológico general, el tipo de lesión valvular el estado socio-económico-cultural y la posibilidad del uso del anticoagulación.

Prótesis cardiacas: consisten en un orificio a través del cual fluye la sangre que tiene un mecanismo de cierre que la transforma en una válvula unidireccional.

Hay dos clases de válvulas o prótesis cardiacas, las prótesis mecánicas en las que el anillo como el mecanismo de cierre son fabricados con aleaciones metálicas y las prótesis biológicas, en las cuales el mecanismo de cierre está elaborado de tejido animal o humano. Todas la válvulas sean biológicas o mecánicas se denominan de alto o bajo perfil, dependiendo de su altura al corte transversal, ya

que al quedar intracardiacas dichas prótesis ocupan un espacio dentro del corazón.⁷

a) Prótesis biológicas: tiene indicación en aquellos pacientes en los que la anticoagulación crónica es excesivamente peligrosa (antecedentes de sangrado de tubo digestivo por úlcera péptica, aneurisma intracerebrales pacientes mayores de 60 años), ya que no se requiere tratamiento farmacológico en estos casos. Estas prótesis están contraindicadas en niños y en pacientes con insuficiencia renal por que se calcifican prematuramente y tiene el riesgo de ruptura e infección.³

Debido al aumento en la posibilidad de tromboembolia durante los tres meses posteriores a la implantación de una prótesis biológica, por lo regular se recomienda la anticoagulación con warfarina sódica por vía oral aunque en algunos casos para prótesis biológicas en posición aórtica se usa únicamente ácido acetilsalicílico como profiláctico, solo en enfermos con factores de riesgo por ejemplo con fibrilación auricular, antecedentes de tromboembolia o estados de hipercoagulabilidad, se recomienda continuar con la anticoagulación oral, más allá de los tres meses.⁷

b) Prótesis mecánicas: son las prótesis ideales para el tratamiento quirúrgicas tienen una probabilidad embolígena mucho menor que las prótesis mitrales su riesgo principal potencial es la infección y las inherentes al uso crónico de anticoagulantes. Sin embargo, con el tiempo, estas prótesis se obstruyen, por lo que los pacientes precisan tomar diariamente, y de forma indefinida, anticoagulantes orales. En general tienen una vida útil de 20 a 30 años.³

Para los pacientes que tengan una prótesis mecánica han de recibir tratamiento anticoagulante el cual consiste habitualmente en acenocumarina o warfarina oral, aun con el uso adecuado de anticoagulación oral, la posibilidad de tromboembolia es alrededor de 1 a 2% por año. Pacientes con prótesis mecánica, la anticoagulación oral debe ser permanente.

Las prótesis mecánicas sufren disfunción de las valvas cuando el pivote de soporte para cierre y abertura queda atrapado por un coágulo, lo cual quizá cause que la prótesis quede atorada en posición de abertura, el riesgo de tener la anticoagulación oral en un enfermo con prótesis cardiaca es relativamente baja si solo se deja de suministrar durante tres o cuatro días.

Paciente con prótesis cardiaca, debe protegerse con antibióticos profilácticos por el riesgo de adquirir una endocarditis bacteriana protésica. La endocarditis es una enfermedad grave que genera una mortalidad, todos los portadores de una prótesis cardiaca se considera de alto riesgo para adquirir endocarditis. Es necesario prevenirla mediante la administración de antibióticos apropiados antes de la bacteriemia producida por el procedimiento a realizar, la prótesis propicia el depósito de plaquetas y fibrina lo que lleva la formación de una lesión trombótica no bacteriana la cual en presencia de una bacteriemia facilita la adhesión y la multiplicación de los microorganismos en el complejo fibrina-plaquetas.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. PROCESO ENFERMERO

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, que promueve la atención humanística, centrados en objetivos (resultados), eficaces. Impulsa a los profesionales de enfermería a examinar continuamente el cuidado que hacen y plantear lo que pueden mejorar.

El proceso enfermero es sistemático consta de 5 pasos que llevan una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y resultados, es dinámico y combina distintas actividades para conseguir el mismo resultado, y su enfoque es humanístico se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados, debemos de considerar los intereses de valores de la persona, familia, comunidad. Como enfermeras se debe tomar en cuenta la mente, el cuerpo, el espíritu, ya que se trata de comprender los problemas de salud de cada individuo. Tiene también la finalidad de centrarse en los objetivos, del proceso de enfermería, que están concentrados en la atención de los cuidados de salud obteniendo resultados de manera eficiente.⁹

Los 5 pasos de la valoración de enfermería son:

a) Valoración: recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud, es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes directa o indirecta para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones. La base de valoración ofrece una base sólida que favorece una atención individualizada de calidad que es necesaria para una valoración exacta y completa, existen tres tipos de valoraciones:

Valoración inicial: se refiere a la base del plan de cuidados que se realiza en la primera consulta o primer contacto, que esto nos permite reunir todos los datos generales que estén al alcance sobre los problemas de salud que influyen para poder establecer las intervenciones. Para la obtención de datos debe recurrirse a fuentes de información directa (paciente) o indirecta (familia, recursos humanos y expediente clínico).

Valoración focalizada: es la recogida de datos generales básicos donde el profesional de enfermería centra su valoración en conocer aspectos específicos del problema detectados para los cuidados.

Valoración de urgencia: es la recogida de datos de manera rápida en la que se enfoca el problema primario y actuar de manera inmediata para evitar que se comprometa la vida de la paciente o persona.

b) Diagnóstico: es el análisis de datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas de salud reales y/o de riesgo. Permite el establecimiento de conclusiones relativas a la recogida de datos obtenidos en la valoración ya que permite mediante un término concreto, entender la situación del paciente en la que se identifican los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos, asociados a las limitaciones. Se considera de forma general como un juicio acerca del problema de un paciente en la que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos, donde debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. El diagnóstico propuesto debe ser compatible con una definición en la que debe concluir lo siguiente:

- La designación: proporciona un nombre al diagnóstico.
- La definición: ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define el significado y lo diferencia de otros diagnósticos.
- Las características definitorias: se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.⁹

- Los factores relacionados: son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.
- Los factores de riesgo: son los factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad aun acontecimiento nocivo.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha identificado tres tipos de diagnóstico de enfermería:

Diagnóstico de enfermería real: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo, conductas, enfermedades o circunstancias.

Diagnóstico de enfermería de bienestar: es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

El formato PES aplica el principio básico de identificación del problema, que incluye: P (problema), E (etiología), S (signos y síntomas).

c) Planificación: consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería y las intervenciones de enfermería. De tal manera que la planificación es un proceso de toma de decisiones para la elaboración de plan de cuidados.

d) Ejecución: se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente, durante esta etapa el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente. Presentar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario.⁹

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

La primera fase: exige una preparación para comenzar las intervenciones de enfermería, el cual exige el uso del razonamiento crítico.

Segunda fase: supone en si mismo la intervención enfermera, enfoque diseñado para contribuir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes.

Tercera fase: es de documentación, determinara el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetivos propuestos de las reacciones individuales del paciente, y proporcionara la orientación necesaria para continuar trabando sobre el problema.¹⁰

e) Evaluación: el diagnostico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizaran como marco para la evaluación, por lo tanto se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnostico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctos y determinar si el plan de cuidados ha sido correcto.⁹

4.2 VIRGINIA HENDERSON

Henderson quinta hija de ocho hermanos, nació en 1897 natural de Kansas City, estudio en Virginia durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería y 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington y se graduó en 1921, después acepto un puesto de enfermería en

1922 que posteriormente inicio a dar clases en el Norfolk Protestant hospital de Virginia, cinco años después entro al Teachers Collage de la Universidad de Columbia donde tuvo la licenciatura como profesora de enfermería que más tarde se realizo como máster. Tuvo una larga carrera como autora e investigadora y decidió elabora su propia definición de enfermería.

Virginia Henderson define la enfermería como “la función única de una enfermera que es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación y una muerte tranquila y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.¹¹

Metaparadigma

1.-Salud: consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental-física que permite trabar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencia más alto de la satisfacción en la vida. La salud precisa independencia e interdependencia. El individuo se mantendrá sano si posee la fuerza, la voluntad, o el conocimiento necesario.

Independencia: la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, y puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Causas de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- fuerza: se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.¹⁰
- voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

2.-Entorno: es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad, deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas y también deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones.

3.-persona (paciente): considera que el paciente es un individuo que precisa ayuda para recuperar su salud y su independencia, la mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma el paciente y su familia son una unidad.

14 necesidades básicas de Henderson

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar el recurso disponible.

El profesional de enfermería como función tiene ayudar a individuos sanos enfermos para mantener el equilibrio emocional y fisiológico, así como conseguir su independencia. Los siguientes elementos del modelo de Virginia Henderson son identificados en relación con las intervenciones en el paciente como roles, tales son:

La relación enfermera-paciente: puede identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor a) enfermera como sustituta del paciente, b) la enfermera como ayudante del

paciente, c) la enfermera como compañera del paciente. La enfermera y el paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo.

La relación enfermera- médico: Henderson insistió en que el trabajo de enfermera es único y diferente al del médico. El plan de cuidados elaborados por la enfermera y el paciente, debe asegurar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico.

La relación enfermera- equipo de salud: la enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas.¹¹

5 METODOLOGIA

El presente caso clínico que se desarrollo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh), en el servicio de Cardiología Adultos “B”, en una persona de 59 años de edad, con diagnóstico médico de doble lesión aórtica. El tiempo que se valoró al paciente fue del 8 al 18 julio del 2013.

El instrumento de trabajo fue la hoja de valoración del (INCICh) en función a la 14 necesidades de Virginia Henderson y la obtención de datos a través de fuente directa, paciente e indirecta; expediente clínico, familiar y bibliografía. Antes de la valoración de enfermería se informó a la paciente el objetivo del proceso de atención de enfermería, para este caso clínico, y se obtuvo autorización por escrito por medio de la carta de consentimiento informado por el paciente y su familiar (anexo I), para dar cumplimiento a los principios éticos de acuerdo a la ley general de salud que habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y dice el artículo 13 y 14 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y bienestar, contará con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación.²⁰

Se realizo una valoración exhaustiva pre-operatoria y dos valoraciones focalizadas post-operatorias. Para el desarrollo del caso clínico se utilizaron los instrumentos de valoración del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (anexo II), mismos que están basados en el modelo de Virginia Henderson; se prioriza con las necesidades alteradas, para establecer un plan de atención y realizar las intervenciones específicas, una vez determinados los diagnósticos de enfermería que se elaboraron con apego a los criterios de la NANDA 2009-2011.

Se realiza la evaluación con base al formato PES y se desarrolló un plan de alta, basado en las alteraciones detectadas en la necesidad de aprendizaje de la persona motivo de este estudio de caso no se implementa debido al descenso de la paciente.

6. PRESENTACION DE CASO CLÍNICO

Nombre: H.C.M.

Fecha de Nacimiento: 19 abril 1954

Número de registro: 325601

Paciente femenina de 59 años de edad, escolaridad secundaria completa, ocupación ama de casa, religión católica, originaria de la ciudad de México, del Distrito Federal; nivel socioeconómica 2 al que corresponde del Instituto Nacional de Cardiología. Con antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2, con 10 años de evolución controlada con metformina y glibenclamida; hipertensión arterial sistémica desde el 2010 en tratamiento con telmisartan y clortalidona; dislipidemia con cinco años de evolución, tratada con pravastatina, bezafibrato; insuficiencia venosa periférica sin tratamiento, sin antecedentes de transfusión, niega alergias y tabaquismo, vive actualmente en departamento construido de cemento, con su esposo y dos hijos, cuenta con tres cuartos, tiene todos los servicios intradomiciliarios básicos (luz, agua, teléfono, drenaje); zoonosis positiva (perro).

Refiere iniciar su padecimiento cuando presencia de lipotimia, mareo con sensación de caída al caminar aproximadamente 10 minutos, acompañándose de náusea, fue valorada por médico general particular quien le encuentra soplo cardíaco y la refiere al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh). Acude a la consulta externa en el 2012 se le realizan estudios de gabinete; Ecocardiograma 20/06/2012 encontrando válvula aórtica calcificada con estenosis aórtica severa, un área valvular de 0.6, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo 68%, cateterismo 10/7/2012 sin lesiones angiográficas. En hospitalización cardiología adultos "B" se le realiza electrocardiograma 19/06/2013 en ritmo sinusal, radiografía de tórax 19/06/2013 con cardiomegalia grado II, laboratorios 8/07/2013 leucocitos:5.7, hemoglobina: 12 g/dl, plaquetas:195,000, Tp:12" Ttp: 32", INR: 1, BUN: 15.7 mg/dl, creatinina: 0.6 mg/dl, Se determina el diagnóstico médico de estenosis aórtica severa, se le hace del conocimiento a la paciente que hay una lesión valvular en aorta, posteriormente queda en espera de

fecha para procedimiento quirúrgico. El día 25 de junio del 2013, es presentada a sesión medico quirúrgica en hospitalización cardiología adultos B séptimo piso, por lo que es aceptada para cirugía de un cambio valvular aórtica con prótesis mecánica decidiendo que es la mejor opción ya que es una persona adulta, en edad no reproductiva, vive en el Distrito Federal, puede llevar a cabo su revisión y control de Índice normalizado internacional (INR), en la clínica de anticoagulantes del INClch. Sin embargo existen factores de riesgo que ponen en peligro su vida como; muerte súbita en pacientes asintomáticos con esta enfermedad, infarto al miocardio. Cuenta con erradicación de focos sépticos, con antecedente de cultivo nasal positivo a *Staphylococcus aureus* se inicia tratamiento y lo concluye satisfactoriamente.

7. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFEREMERIA

7.1 VALORACION EXHAUSTIVA 8-JULIO-2013 (pre-operatoria).

1. Necesidad de oxigenación: adecuada coloración de tegumentos, al auscultar su área pulmonar, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, saturando al 91% al medio ambiente, ruidos respiratorios normales, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, pulso carotideo palpable normal, no presenta plétora yugular. Ruidos cardiacos rítmicos, al valorar los cuatro focos valvulares se percibe soplo aórtico, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, presión arterial 100/60mmhg, pulsos en extremidades inferiores disminuidos, llenado capilar 2 segundos. Con un área valvular 0.6 cm. Refiriendo también mareo, lipotimias, disnea de medianos esfuerzos.

2. Necesidad de alimentación e hidratación: peso 70kg, talla 1:55 índice de masa corporal 29.1 indicando sobrepeso mucosas orales con adecuada hidratación, en casa come 3 veces al día desayuno, comida y cena, refiere ingerir alimentos de todos los grupos, consume de proteínas en alta cantidad, líquidos toma aproximadamente 1500 ml al día. Su estado de la cavidad oral se encuentra sin caries, su aseo bucal 2 veces al día según sus hábitos del paciente, no presenta alteración para masticar.

3. Necesidad de eliminación: abdomen blando y depresible con ruidos peristálticos presentes patrón intestinal a veces al día de características normales, patrón urinario; con micción espontanea 4 veces por día de características macroscópicas normales, hábitos intestinales con frecuencia 2 veces al día, de características normales.

4. Necesidad de termorregulación: temperatura de 36.1°C (axilar), normotérmica. Sin alteraciones en la temperatura, Se mantiene limpia y seca ropa de cama, ropa de vestir adecuada al medio hospitalario (pijama del hospital).

5. Necesidad de higiene: estado de la piel hidratada y se observa con piel pálida, sin lesiones dérmicas o presencia de úlceras por presión. Refiere baño y cambio de ropa diario. Limpieza bucal 2 veces por día.

6. Necesidad de movilidad: su movilidad es independiente puede mover todas sus extremidades, sin embargo mantiene un reposo absoluto por su área valvular de 0.6, con una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) del 68% .se moviliza de reposit- cama con asistencia de enfermería.

7. Necesidad de seguridad: consciente, alerta, cooperadora, orientada en tiempo y espacio, con buen estado de ánimo al realizar la valoración, aunque en ocasiones refiere sentirse angustiada por el procedimiento y entorno familiar. Alto riesgo de caída, valoración de Norton 17, con tratamiento actual de Antihipertensivo (telmisartan 40mg al día), Hipoglucemiantes (metformina 850mg cada 12hrs, glibenclamida 5mg cada 24hrs).

8. Necesidad de reposo y sueño: no duerme adecuadamente ya que refiere sentir preocupación por intervención quirúrgica, a pesar de que ya se le informo acerca de su procedimiento quirúrgico.

9. Necesidad de comunicación y creencias: su comunicación es clara, refiere tener una buena relación con su familia, sin embargo se observa que le dificulta solicitar ayuda en el área hospitalaria. Ya que no manifiesta o percibe emociones y sentimientos con facilidad.

10. Necesidad de vivir según creencias y valores: religión católica, refiere ir a misa en ocasiones manifestando que sus creencias le ayudan para salir adelante. Recibe imágenes religiosas y la comunión en el área hospitalaria los domingos.

11. Necesidad de aprendizaje: reconoce su enfermedad, tratamiento quirúrgico, tratamiento farmacológico sin embargo refiere inquietud por tener mayor conocimiento al uso correcto de los anticoagulantes orales.

12. Necesidad de trabajar y autorrealizarse: ama de casa, refiere mareo al realizar actividad física (aseo de la casa, salir a caminar 2 cuadras, al mercado).

13. Necesidad de elegir ropa adecuada: cambio de ropa diario, con vestimenta adecuada.

14. Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción: En edad no reproductiva, números de embarazos 2, gestas 2, abortos 0, en menopausia.

Alteración de Necesidades

- Oxigenación
 - soplo aórtico
 - extremidades inferiores disminuidas
 - llenado capilar 2 segundos
 - lipotimias
 - mareo
 - disnea de medianos esfuerzos
- Alimentación
 - peso 70 kg
 - talla 1:55
 - Índice de masa corporal 29.1
 - Sobrepeso
 - consumo alto de proteínas
- Reposo y sueño
 - refiere sentir preocupación por la cirugía
- Seguridad
 - riesgo de caída
 - con tratamiento antihipertensivos e hipoglucemiantes

Diagnostico e intervenciones de enfermería

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 8-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de fuerza	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 por minuto, T/A 100/60 mmHg Pulsos inferiores disminuidos, llenado capilar 2 segundos.	Datos Subjetivos: Mareo, lipotimia, disnea de medianos esfuerzos.	Datos Complementarios: Ecocardiograma realizado el 20-junio-2012, con un área valvular 0.6 cm ²	
Diagnostico de Enfermería: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con reducción mecánica del flujo arterial manifestado por disminución pulsos en extremidades inferiores. (00204)			
Objetivo: Enfermera: mantener una perfusión periférica adecuada. Persona: disminuir sintomatología apegándose al tratamiento médico y a los cuidados de enfermería.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Monitorizar y registrar el estado cardiovascular. Por turno -Frecuencia cardiaca. -Tensión arterial. -Ruidos cardiacos.	Suplencia	independiente	Se logra mejorar la estabilidad hemodinámica, las cuales se basaron en mediciones confiables, objetivas y graficas, las constantes vitales en parámetros normales T/A 100/60mmHg, frecuencia cardiaca 79, ruidos cardiacos rítmicos, sin presentar alteraciones, manteniendo constantes vitales dentro de parámetros normales.
Monitorización de frecuencia respiratoria.	Suplencia	independiente	-La frecuencia respiratoria se observa con frecuencia y ritmos normales.
Vigilar los pulsos periféricos, llenado capilar, y coloración de extremidades, por turno.	Suplencia.	independiente	-Pulsos periféricos se mantienen rítmicos, llenado capilar de 2 segundos, extremidades periféricas se observan con venas superficiales dilatadas. Utiliza vendas elásticas. Realiza cambios posturales, mejorando el retorno venoso.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 8-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Alimentación	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos: Peso 70kg, talla 1.55cm. Índice masa corporal 29.1	Datos Subjetivos: "Refiere no llevar una alimentación adecuada", ya que consume alimentos altos en proteínas.	Datos Complementarios: De acuerdo al índice de masa corporal 29.1 sobrepeso	
Diagnostico de Enfermería: Desequilibrio nutricional, ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo con las necesidades metabólicas, manifestado por, peso de 70 kg, talla 1.55 cm, índice de masa corporal de 29.1 (00001).			
Objetivo: Enfermera: lograr un equilibrio nutricional modificando los hábitos alimenticios de la persona. Persona: consumir los alimentos de acuerdo a los nutrientes requeridos.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Obtener las medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal)	Ayuda	independiente	-Se logra obtener las medidas antropométricas, con índice de masa corporal 29.1
Asesoramiento nutricional	Ayuda/orientación	Interdependiente	-la paciente tiene una dieta indicada de 1700kcal para diabético.
Explicar la importancia de modificar la dieta para favorecer su salud.	Orientación	Independiente	-Se observa un compromiso de la paciente para modificar su estilo de vida.
Debido a su área valvular la paciente no puede realizar la actividad física, ya que se encuentra en reposo absoluto.	Orientación	Independiente	-La paciente reconoce la importancia del ejercicio para mantener un peso corporal adecuado.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 8-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: oxigenación	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos: Frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 por minuto, T/A 100/60 mmHg. Área valvular 0.6 cm,	Datos Subjetivos: Lipotimias, mareo.	Datos Complementarios: Programada a cirugía 9-julio-2013.	
Diagnostico de Enfermería: intolerancia a la actividad física relacionado con desequilibrio entre aporte y demandas de oxigeno (área valvular aortica de 0.6cm) manifestado por lipotimias y mareo. (00092)			
Objetivo: Enfermera: evitar complicaciones asociadas a la condición clínica de la persona, para alcanzar un bienestar físico, sin poner en peligro su vida. Persona: disminuir la actividad física para evitar el mareo.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería.	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Restringir la actividad física.	Orientación	Dependiente	-Logra mantener un reposo absoluto, lleva a cabo las indicaciones durante la estancia hospitalaria.
Apoyar a la persona en las actividades de autocuidado: higiene, arreglo personal.	Ayuda/ Orientación	Interdependiente	-Realiza actividad de acuerdo con el grado de estenosis aórtica, coopera con las actividades que se realizan con el aseo personal. Muestra comodidad.
Enseñarle a la persona la actividad y el ejercicio prescrito. (Como actividades recreativas).	Orientación	Independiente	-La paciente utiliza los dispositivos para la eliminación (evacuación y micción), se observa que no realiza esfuerzo para la eliminación.
Promover el uso de dispositivos en la cama para la eliminación.	Ayuda/ Orientación	Independiente	-Realiza las instrucciones respecto al reposo absoluto de forma correcta para minimizar la aparición de complicaciones.
Concientizar a la persona de la importancia del reposo absoluto.	Orientación	Independiente	-La paciente llevo a cabo las medidas de seguridad para mantener un reposo absoluto.
Informar al familiar sobre las restricciones de la actividad.	Orientación	Independiente	-Los familiares primarios, en la hora de visita, cooperaron para el cuidado de no esforzar a la paciente en actividades. La paciente recibe a familiares con agrado, con reposo en cama.

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 8-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Reposo y sueño	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Facies de angustia	Datos Subjetivos: Insomnio	Datos Complementarios: Programada para cirugía el día 9-julio-2013	
Diagnostico de Enfermería: Trastorno del patrón del sueño relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por pensamientos que la mantienen con inquietud.(00096)			
Objetivo: Enfermera: disminuir los factores que puedan interrumpir el sueño durante la noche. Persona: disminuir la ansiedad para lograr un descanso adecuado, previo al evento quirúrgico.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Mantener un ambiente y espacio agradable ajustando (luz, ruido, cama) para favorecer el descanso -sueño.	Orientación	Independiente	-Se mantuvo un ambiente agradable, refiriendo la paciente sentirse más tranquila.
Explicar la importancia de un sueño adecuado durante su estancia hospitalaria por la enfermedad, las situaciones de estrés, psicosocial, entre otros.	Orientación	Independiente	-Se fomento una atmosfera cálida, expresa sentimientos, la paciente manifiesta tener preocupación. Se le brinda confianza y seguridad.
Reforzar la explicación del procedimiento quirúrgico.	Orientación	Independiente	-Paciente conoce el tratamiento quirúrgico y expreso sus dudas, se refuerza su conocimiento y refiere quedar más tranquila con la información brindada.
Indagar acerca de las causas que alteran el sueño; psicológicas, (miedo o ansiedad), que interrumpan el sueño.	Orientación	Independiente	-Se establece una relación enfermera/paciente, de confianza, para favorecer la adaptación de la paciente en el área hospitalaria.

Tipo de Valoración: Exhaustiva		Fecha: 8-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Seguridad		Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Uso de medicamentos antihipertensivos e hipoglucemiantes		Datos Subjetivos:		Datos Complementarios: Telmisartan 40mg cada 24 hrs. Metformina 850mg cada 12 hrs.
Diagnostico de Enfermería: Riesgo de caída relacionado con la utilización de medicamentos antihipertensivos, diuréticos e hipoglucemiantes. (00155)				
Objetivo: Enfermera: mantener una estabilidad e integridad de la persona durante su estancia hospitalaria. Persona: pondrá en práctica las medidas de seguridad para evitar riesgos.				
Plan de Intervenciones				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de Relación		Evaluación
		Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el riesgo de caída de acuerdo a la escala. Instalar medidas de seguridad; explicar y orientar al paciente acerca del uso del timbre, subir los barandales y poner al alcance de paciente los objetos de uso personal. Alejar objetos que puedan obstruir su paso como; mesa, silla de ruedas, cama u otros dispositivos. Identificar déficit físico y neurológico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas. Colocar la tarjeta de identificación de riesgo de caída de acuerdo a la codificación: alto riesgo (rojo), mediano (amarillo), bajo (verde). Monitorización continua de signos vitales y Registro glucometrias capilares. 		Orientación	Independiente	-Se valoro con escala de clasificación de riesgo de caída, con un puntaje de 5 (alto riesgo).
		Orientación	Independiente	-Se deja el timbre a la mano, y objetos personales de uso, se observa que la paciente lleva a cabo las medidas de seguridad. Timbrando cada vez que lo necesita.
		Orientación	Independiente	-Se verifica que la habitación cuente con todas las medidas de seguridad establecidas.
		Orientación	Independiente	-Se observa al paciente alerta, con tarjeta de identificación roja. De acuerdo a la clasificación valorada.
		Ayuda	Independiente	-Se registra glucometria capilar de 112mg/dl, encontrándose en parámetros normales. Tensión arterial 102/60mmHg Frecuencia cardiaca 75, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto.

7.2. VALORACION FOCALIZADA 15julio-2013 pos- cirugía (hospitalización cardiología adultos séptimo piso)

Paciente que fue llevada a cirugía el día 9 de julio del 2013, se realizo cambio valvular aórtico con prótesis mecánica St Jude más implante de hemoducto. Durante el procedimiento presentó taquicardia ventricular pasando espontáneamente a ritmo nodal, por lo que se le colocó marcapasos transitorio. Se documento hipocinesia del ventrículo derecho acompañado de dilatación de cavidades y elevación del segmento ST de pared inferior, por lo que deciden realizar hemoducto venoso el cual se coloco de forma exitosa. Se inicio apoyo con vasopresor e inotrópicos, así como balón intra-aórtico de contrapulsación (BIAC). Posterior al procedimiento presento mejoría en la movilidad del ventrículo derecho y se logro destete de la bomba de circulación extracorpórea, con un tiempo de 251 minutos, pinzamiento aórtico de 111 minutos, sangrado quirúrgico de 880 ml.

Ingresa al servicio de terapia intensiva, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad asisto control, aun con vasopresor, norepinefrina y levosimendan, BIAC con mal funcionamiento por lo que se decide su retiro, a las dos horas de su estancia se retira la ventilación mecánica. Tuvo una evolución lenta hacia la mejoría por lo que se coloca ventilación no invasiva, e inician tratamiento con anticoagulante (enoxaparina), a las 24hrs aproximadamente se retira drenaje retroesternal.

Oxigenación: se observa con palidez de tegumentos, se registra una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto, presión arterial 118/62mmHg, se auscultan campos pulmonares hipoventilados en base, con apoyo de oxigeno suplementario (nebulizador al 40%), saturando al 92% con oximetría de pulso, tos secundaria a extubación con secreciones amarillentas escasas. Y se reporta cultivo de expectoración positivo a Klebsiella oxytoca.

Necesidad de alimentación e hidratación: la paciente ingiere con agrado su dieta, refiriendo periodos de ausencia.

Necesidad de eliminación: abdomen blando y depresible, micción apoyada por diurético con espironolactona y bumetamida, edema en miembros inferiores de ++ de acuerdo a la valoración de fóvea.

Necesidad de termorregulación: No alterada.

Necesidad de higiene: herida quirúrgica media esternal afrontada, limpia y seca sin datos de infección. Se observa con una ulcera de presión grado II, vesícula abierta aproximadamente de 3-8 centímetros, en región infraescapular, la cual es lubricada con petrolato y oxido de zinc, liberando de presión y fricción. En miembro pélvico izquierdo proximal y medio con safenectomía en proceso de cicatrización.

Necesidad de movilidad: se moviliza de la cama- reposit independientemente.

Necesidad de seguridad: con alto riesgo de caída, tratamiento farmacológico de antihipertensivos, hipoglucemiantes, diuréticos y anticoagulante.

Necesidad de reposo y sueño: consiente, alerta, cooperadora, con facies de cansancio, refiere no haber descansado bien por la noche. Porque le da la luz del pasillo le refleja en la cara.

Necesidad de comunicación: La paciente se observaba con tendencia al aislamiento ya que su comunicación era limitada con el personal de rama paramédica.

Necesidad de vivir según creencias y valores: la paciente refiere que a pesar de tener visita con damas voluntarias y recibir comunión, estando hospitalizada no puede asistir a misa cada ocho días

Necesidad de aprendizaje: la paciente refiere tener inquietud sobre su tratamiento actual con el uso de anticoagulantes orales y su dieta.

Necesidad de trabajar y autorrealizarse: la paciente refiere saber en cuanto tiempo puede reincorporarse a sus actividades cotidianas.

Necesidad de elegir ropa adecuada: la paciente viste ropa de la institución refiriendo no incomodarle.

Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción: la paciente recibe terapia ocupacional con juegos de mesa.

Alteración de necesidades

- Oxigenación
 - palidez de tegumentos
 - campos pulmonares hipoventilados
 - secreciones amarillentas
- Seguridad
 - alto riesgo de caída
 - tratamiento con antihipertensivos, hipoglucemiante, diuréticos y anticoagulante.
- Higiene
 - ulcera por presión grado II en región infraescapular

Diagnostico e intervenciones de enfermería

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 15-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Tos, secreciones amarillentas.	Datos Subjetivos: Secreción bronquial.	Datos Complementarios. Cultivo positivo expectoración <i>Klebsiella oxytoca</i> el día 15-julio-2013.	
Diagnostico de Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con proceso infeccioso manifestada por tos, secreciones amarillentas. (00031)			
Objetivo: Enfermera: mantener la vía área de libre de secreciones y facilitar la eliminación de estas. Persona: la paciente realizara adecuadamente su terapia respiratoria y esto le facilitara eliminar las secreciones para mantener una oxigenación adecuada.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Apoyo de oxigeno suplementario mediante nebulizador al 40%.	ayuda	Independiente	-La paciente utiliza correctamente el oxigeno suplementario el cual tolera adecuadamente con una saturación del 92% con oximetría de pulso.
Proporcionar palmo percusión.	Ayuda	Independiente	-la paciente logra expectorar las secreciones.
Promover el uso de inspirómetro incentivo, se enseña la técnica que debe de llevar.	Ayuda	Independiente	-La paciente realiza los ejercicios con inspirómetro.
Documentar las características de las secreciones.	Orientación	Independiente	Expectora secreciones, logrando tomar cultivo.
Tomar cultivo de secreción en caso de ser necesario.	Ayuda	Interdependiente	-Cultivo de expectoración positivo a <i>Klebsiella oxytoca</i> . 15-julio-2013.
Colocar BIPAP (ventilación con presión positiva al final de la inspiración).	Suplencia	Interdependiente	-Con el uso de BIPAP nocturno la paciente refiere no poder dormir ya que le es molesto.

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 15-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Seguridad	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Palidez de tegumentos, tos.	Datos Subjetivos:	Datos Complementarios: Proteína C reactiva	
Diagnostico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado por procedimiento quirúrgico.(00004)			
Objetivo: Enfermera: disminuir las infecciones intrahospitalarias, llevando a cabo la medidas higiénicas. Persona: conocerá y llevará a cabo las medidas de seguridad de higiene, para evitar el riesgo de infección.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Dar a Conocer los signos y síntomas de infección en la herida quirúrgica como son: Enrojecimiento, edema, calor local, salida de secreción.	Orientación	Independiente	-La paciente comprende la información, la herida quirúrgica se observa limpia y seca sin datos de infección.
Estimular la ingesta de comidas ricas en proteínas y vitamina C.	Ayuda	Interdependiente	-La paciente comprende la importancia de llevar una alimentación rica en vitamina C, y proteínas para la pronta regeneración de los tejidos.
Reducir el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	Ayuda	Independiente	-La paciente lleva las medidas higiénicas comprendiéndolas y llevándolas a cabo.
Valorar e interpretar resultados de laboratorio.	Ayuda	Independiente	-Resultado de laboratorio registran proteína C reactiva de 56.200 mg/l. la paciente se muestra asintomática.
Fomentar el aumento de la movilidad y el ejercicio.	Orientación	Independiente	-La paciente muestra interés e inicia deambulación asistida con ayuda de su familiar.

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 15-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos "B"	
Necesidad Alterada: Higiene	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Vesícula abierta, 3-8 cm.	Datos Subjetivos:	Datos Complementarios: Ulcera grado II, infraescapular.	
Diagnostico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos (presión), manifestado por alteración de la superficie de la piel, ulcera grado II, vesícula abierta de 3-8cm. (00046)			
Objetivo: Enfermera: restablecer la integridad de la piel al disminuir la presión en prominencias óseas Persona: la paciente realizara cambios de posición continuos para evitar la progresión de las lesiones dérmicas.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Valoración de Norton. Describir las características de las úlceras incluyendo el tamaño (longitud, ancho y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación. Para clasificar el grado de ulcera. Dar cambios de posición cada 2 horas para evitar la presión prolongada. Liberar de presión y fricción. Lubricación de la piel con petrolato con oxido de zinc, mantener limpia y seca la piel.	Orientación Orientación Ayuda Ayuda	Independiente Independiente Independiente Independiente	-Se evaluó la escala de valoración de Norton, con una ulcera de grado II. -se observa ulcera de 3-8 cm, con vesícula abierta, con un proceso de resolución al lubricarse continuamente la piel. -Se logran los cambios de posición, liberándose de presión y fricción. -Se mantiene limpia y seca la piel.

7.3. Valoración focalizada 18-julio-2013

Necesidad de oxigenación: palidez de tegumentos, laboratorios del día (18-07-2013), registran hemoglobina de 9.8g/dl, índice normalizado internacional (INR) 2, proteína C reactiva (PCR) 56.200 mg/l. Presión arterial 112/71mmhg. Cultivo de expectoración positivo, encontrando klebsiella, sin tratamiento.

Necesidad de seguridad: la paciente refiere sentir cefalea por las tardes con intensidad de 6/10 de acuerdo a la valoración de la escala de dolor, herida quirúrgica de safenectomía en miembro pélvico izquierdo tercio medio se observa con ligero enrojecimiento en bordes, a la palpación sin dolor.

Necesidad de aprendizaje y recreación: la paciente refiere tener inquietud por saber más acerca del uso de los anticoagulantes orales, y el cuidado de la herida quirúrgica, se le brinda información a través de plática y tríptico, se aclaran dudas la paciente refiere sentirse más tranquila al recibir la información.

Alteración de necesidades

- Oxigenación
 - palidez de tegumentos
 - hemoglobina de 9.8g/dl proteína C reactiva 56.200mg/l
 - cultivo de expectoración positivo con Klebsiella
- Seguridad
 - cefalea

Diagnostico e intervenciones de enfermería

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 18-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos B	
Necesidad Alterada: Oxigenación	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Hemoglobina de 9.8 g/dl, palidez de tegumentos.	Datos Subjetivos: Debilidad generalizada		Datos Complementarios:
Diagnostico de Enfermería: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con la disminución de la concentración de la hemoglobina, manifestado por palidez de la piel, hemoglobina 9.8g/dl. (00204).			
Objetivo: Enfermera: mantener el estado hemodinámico del paciente y asegurar una perfusión tisular eficaz. Identificar las alteraciones que manifiesten una descompensación en la perfusión periférica. Persona: la paciente se apegara al tratamiento médico y plan nutricio para mejorar su calidad de vida.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).	Orientación	Independiente	-La paciente tiene un llenado capilar de 3segundos, se observan extremidades inferiores con adecuado coloración, edema de una +, de acuerdo a la escala de fóvea.
Monitorización de los signos vitales.	Ayuda	Independiente	-Signos vitales se mantienen en parámetros normales tensión arterial de 112/71, frecuencia cardiaca 97 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto.
Toma y registro de laboratorios. Y observar si tiene fatiga, disnea.	Ayuda	Independiente	-Se registra una hemoglobina de 9.8mg/dl. Y la paciente se encuentra asintomática.
Transfusión de hemoderivados en caso de ser necesario.	Ayuda	Interdependiente	-No se transfunde hemoderivados.

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 18-julio-2013	Servicio: 7 séptimo piso cardiología adultos B	
Necesidad Alterada: Seguridad	Causa de dificultad: Falta de voluntad	Grado de dependencia: Dependencia parcial.	
Datos Objetivos : Cefalea, escala del dolor 6/10	Datos Subjetivos: Informe verbal del dolor	Datos Complementarios: Refiere sentir cefalea por las tardes	
Diagnostico de Enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por referir cefalea 6/10, informe verbal del dolor. (00132)			
Objetivo: Enfermera: disminuir en un corto tiempo el dolor en la persona. Persona: la paciente se apegara al tratamiento farmacológico y terapia física para disminuir el dolor.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería.	Nivel de Relación.		Evaluación.
	Enfermera- Persona	Enfermera- Equipo Salud	
Valorar el dolor con una escala numérica.	Ayuda	Independiente	-La paciente refiere cefalea con escala 6/10.
Observar datos de diaforesis o palidez y facies de expresión de dolor.	Ayuda	Independiente	-La paciente refiere sentir dolor intenso por momentos.
Administrar medicamento.	Ayuda	interdependiente	-Se administra analgésico, refiriendo la paciente sentirse mejor. Quedando con una escala numérica de 2/10.

Post-cirugía la paciente cursa satisfactoriamente la evolución en el 7 piso cardiología adultos B. Hasta el día 20 julio del 2013, por la mañana presenta falla respiratoria, inmediatamente se le brinda apoyo ventilatorio invasivo, sin mejoría, se decide intubación orotraqueal, posteriormente presenta paro cardiorespiratorio, dando maniobras de reanimación cardiopulmonar durante 45 minutos, sin respuesta alguna como señal de vida, declarándose defunción, se brindan cuidados post mortem.

8. Cuidados post mórtem

La muerte:

La muerte súbita en estos casos hace que el profesional de enfermería tenga los conocimientos y la habilidad para ayudar y llevar el proceso de los cuidados post-mortem que se proporciona al cadáver y sus familiares brindando así la atención que se describe a continuación de la siguiente manera:

Cuidados post mortem: es el procedimiento de limpieza y arreglo que se realiza al cuerpo del paciente sin vida con respeto y dignidad, con el fin de presentarlo y entregarlo en las mejores condiciones a su familia.

Como principios, se considera que la muerte ha ocurrido cuando pulmones y corazón han dejado de funcionar. La rigidez cadavérica o endurecimiento del cuerpo después de la muerte es el resultado de la reacción química en los músculos en los que el glucógeno se coagula y se produce ácido láctico.

El cuerpo debe tratarse con todo respeto y sin brusquedades. No debe empezar a manipularse en presencia de otros familiares o de otros usuarios. Los cuidados deben llevarse a cabo antes de que aparezca el rigor mortis. Lo primero será retirar todos los apósitos sucios, vendajes, sondas, tubos y catéteres.

Los niveles de muerte que se consideran son:

Clínica, funcional o corporal: que se inicia con el cese de las funciones respiratoria, circulatoria, y degeneración irreversible de la masa cerebral, provocando ausencia de reflejos y vida de relación.

Biológica o encefálica: con el cese de la actividad celular e inicio de la putrefacción por ausencia de la excitabilidad eléctrica en músculos y funciones orgánicas. Los signos de muerte son inactividad bioeléctrica encefálica (arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares a pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos), ausencia permanente de la respiración y paro cardíaco irreversible.¹⁷

Los cambios corporales que se producen son:

Rigor mortis: en donde el cuerpo se torna consistente debido a un cambio de pH y ausencia de ácido adeniltrifosforico (ATP), que no se sintetiza debido a la falta de glucógeno en el cuerpo.

Lividez cadavérica: coloración cianótica por acción de la gravedad en la que la sangre desciende a planos inferiores respecto a la posición del cadáver.

Algor mortis: enfriamiento del cuerpo debido a la absorción del calor, existencia de infecciones o presencia de drogas. Cuando la circulación sanguínea se interrumpe la temperatura corporal desciende alrededor de 1°C por hora hasta que alcanza la temperatura de la habitación.

Descomposición: por acción de enzimas y bacterias que influyen en la degradación química a nivel de células y órganos. Después de la muerte, los tejidos se tornan blandos y pueden incluso licuarse por la fermentación bacteriana. A mayor temperatura, mayor rapidez en los cambios, por lo tanto, los cuerpos suelen conservarse en lugares fríos para retrasar este proceso¹⁷.

Los cuidados post mortem que se brindaron con la paciente fueron los siguientes:

- Se alineo el cuerpo y se coloco una almohada para evitar que la sangre se acumulara, así como la elaboración de membrete de identificación del paciente, y se retira dispositivos invasivos, realizando también un aseo completo del cuerpo. Proporcionando intimidad a la fallecida con sus familiares. Se realiza taponamiento con algodones para los orificios naturales del cuerpo, para evitar el derrame de líquidos corporales, al término se coloca membrete de identificación en tórax, miembro superior derecho y miembro superior izquierdo, posteriormente se coloca la sabana para amortajar.

9. Glosario

- **Acido láctico:** pequeña molécula presente en la sangre que se forma en periodos de trabajo muscular intenso.
- **Aneurisma:** dilatación en forma de bolsa de una arteria, vena o ventrículo cardíaco. La deficiente y lenta circulación sanguínea por el aneurisma puede provocar la formación de coágulos.
- **Anticoagulación:** medicamento que impide la coagulación de la sangre. La heparina y la cumarina (antivitamina K) son anticoagulantes de uso muy frecuente.
- **Anticoagulante:** es una sustancia que interfiere o inhibe la coagulación de la sangre, creando un estado antitrombótico.
- **Calcificación:** es un proceso en el cual el calcio se acumula en el tejido corporal, haciendo que dicho tejido se endurezca.
- **Disnea:** dato subjetivo que el paciente verbaliza con la expresión “me falta el aire”.
- **Epistaxis:** sangrado nasal.
- **Equimosis:** traumatismo cerrado que rompe vasos de pequeño calibre que puede producir Hemorragia Capilar. llamado también moretón.
- **Estenosis aórtica:** desarrollo anómala de la válvula aortica que obstaculiza el flujo sanguíneo desde el ventrículo izquierdo hacia la arteria aortica.
- **Fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI):** medida de sangre que se bombea de un ventrículo lleno.
- **Gasto cardiaco:** volumen de sangre que se expelen los ventrículos del corazón y que es igual a la cantidad de sangre bombeada en cada latido multiplicad por el numero de latidos en un periodo de tiempo.
- **Hematomas:** acumulación de sangre secundaria a un golpe
- **Hematuria:** presencia de sangre en la orina.
- **Hipertrofia:** aumento anómalo del volumen de un tejido u órgano causado por el crecimiento del tamaño de sus células.

- **Hemorragia:** el término se utiliza para nombrar al flujo de sangre que se genera a partir de la rotura de los vasos sanguíneos.
- **Hemolisis:** se produce la rotura de la membrana del glóbulo rojo y la salida de su contenido (principalmente hemoglobina), hacia el torrente sanguíneo.
- **Insuficiencia cardíaca:** estado del corazón que le impide impulsar la cantidad de sangre necesaria.
- **Insuficiencia:** estado en el que se encuentra disminuida la cantidad de un órgano para desarrollar las funciones que le son propias.
- **Internacional Normalized Ratio (INR), o índice internacional normalizado (INN):** índice para comprobar el nivel de anticoagulación durante el tratamiento con anticoagulantes orales; es la razón del tiempo de trombina de la persona entre el tiempo de protrombina del testigo.
- **Ortopnea:** disnea que se presenta cuando la persona se encuentra en decúbito supino y que desaparece, cuando se incorpora o se recuesta sobre almohada.
- **Pulso parvus et tardus:** pulso con un pico más tardío y de menor amplitud.
- **Precarga:** es la carga o volumen que distiende el ventrículo izquierdo antes de la contracción o sístole.
- **Protodiastole:** primera fase de la diástole del corazón.
- **Proteína C reactiva:** es un producto del proceso inflamatorio.
- **Petequias:** pequeños puntos de color rojo.
- **Protrombina:** es una proteína plasmática producida por el hígado; esta proteína forma parte de la cascada de la coagulación (factor II).
- **Sincope:** pérdida brusca y transitoria de la conciencia y de tono postural secundaria a una interrupción momentáneamente de la perfusión cerebral.
- **Tromboembolia:** coagulación de la sangre dentro de una vena con la consiguiente formación de un trombo y la posibilidad de suelta de dicho coágulo o parte de él que se desplaza al pulmón.
- **Tiempo de protrombina:** mide el tiempo que le toma al plasma coagularse.

10. Conclusiones

La lesión valvular aórtica se presenta en nuestro país con una prevalencia del 20 al 30% de los casos, que requieren internamiento en los hospitales de las cuales se deriva la doble lesión aórtica. Por lo que el presente caso aborda esta patología en una mujer de 59 años de edad, con alteración en el transporte del flujo sanguíneo y la contractilidad cardíaca con la finalidad de establecer y aplicar el proceso de atención enfermería, mediante el modelo de Virginia Henderson y jerarquizando las necesidades que se encuentran alteradas, proporcionando una atención de calidad de cuidados específicos e integrales mediante la recolección de datos obtenidos.

El profesional de enfermería tiene las bases fundamentales para desarrollar las intervenciones y de la misma manera hacer partícipe al paciente para una pronta reincorporación a su vida cotidiana, en la elaboración del proceso se identifica cuales son las necesidades de mayor importancia para dar el cuidado y aplicar los conocimientos obtenidos durante la formación teórico-prácticos, así mismo es importante mencionar que enfermería ocupa un lugar importante en el área hospitalaria. Se inicio un plan de alta durante la etapa posquirúrgica empleando métodos didácticos para hacer entender y comprender de la forma más sencilla, actividades que realizaría el paciente de forma individual y en conjunto con la familia, para este proceso se menciona que no se concluyo de manera oportuna debido a que esta patología tiene muchas complicaciones secundarias, como es el caso que presento muerte súbita durante la estancia hospitalaria.

11. Referencias bibliográficas

1. J. Tortora Gerard, Derrickson Bryan. Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. Madrid-España: Panamericana; 2006. 700-711.
2. Guyton C. Arthur. Fisiología Humana.6ta ed. México: Interamericana McGraw-Hill.1987. pag
3. Guadalajara- Boo Jose Fernando. Cardiología. 6ta ed. Méndez Editores; 2006. 585-604.
4. Braunwald- Eugene. Tratado de Cardiología volumen II.5ta ed. Philadelphia: McGraw-Hill Interamericana; 1999. 1126-1146.
5. López M, Baranda FM, Ariza HJ, Aranda JC, Ortiz PH, Quiroz VA, Mendoza CA. Valvulopatías. En: Vargas Barrón J. Tratado de cardiología sociedad mexicana de cardiología. México: Intersistemas; 2006. 443-449, 470-484.
6. Willis- Hurst J. Fundamentos Básicos de Cardiología. 2da.España: McGraw-Hill Interamericana de España; 2002.
7. Luna- Ortiz Pastor. Anestesia en el cardiópata. 1era ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. 219-220, 225-228, 251-271.
8. Valvulopatías aórticas [internet] [citado el 11 de octubre 2013] disponible en: <http://www.sac.org.ar/files/files/cg-4a.pdf>.
9. Alfaro – Lefevre Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero.5ta ed. Barcelona: Masson; 2003.
10. Cardenas -Jiménez Margarita. Analogía teorías y modelos de enfermería. 1era ed. México: 2006.

11. Marriner-Tomey Ann, Raile Alligood Marhta. Modelos y teorías de enfermería. 5ta ed. Madrid. España; Elsevier science, 2003.
12. Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros (2009-2011): definiciones y clasificación. 3ra ed. Madrid España: Elsevier; 2010.
13. Potter A. patricia. Fundamentos de enfermería teoría y práctica. Volumen III. 5ta ed. Madrid España: Harcourt Brace; 2002.
14. Potter A. patricia. Fundamentos de enfermería teoría y práctica. Volumen IV 5ta ed. Madrid España: Harcourt Brace; 2002.
15. Ortega-Vargas MC, Puntunet-Bates ML, Suárez-Vásquez MG, Leija-Hernandez C, Montesinos-Jiménez G, Quintero-Barrios MM. Guía de prácticas clínicas cardiovascular. México. Panamericana; 2011. 169-179.
16. Ortega-Vargas MC, Suárez-Vásquez MG, Jiménez-Villegas MC, Añorve-Gallardo A, Cruz-Corchado M, Cruz-Ayala G. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. México. Panamericana; 2006.
17. Rosales-Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. México. Manual moderno; 2004.
18. Cuidados post-morten [internet] [citado el 6 septiembre 2013]. Disponible en: www.profeporque.com/temas/cuidadospostmorten.pdf.
20. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [internet] [citado el 19 de septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
21. Valvulopatías aórticas [internet] [citado el 11 de octubre 2013] disponible en: <http://www.sac.org.ar/files/files/cg-4a.pdf>.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a 8 de Julio de 2013

Nombre paciente: Hilda Cruz Martínez

Registro: 325601 N° Cama: 707

Por medio de la presente autorizo a la C. Adriana Moreno Cristóbal pasante de la Licenciatura Enfermería y obstetricia, me realice preguntas para recabar datos personales de mi enfermedad, para que se lleve a cabo el trabajo de investigación (proceso de atención de enfermería), con fines académicos.

Y por lo que se me ha informado en tiempo y forma queda de mi entera autorización.

Hilda Cruz Martínez

Nombre del paciente

Luis Luis Salicio

Nombre del testigo por parte del paciente

Adriana Moreno Cristóbal

Nombre de la alumna

Hilda Cruz Martínez

firma

[Firma manuscrita]

firma

[Firma manuscrita]

firma

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGANCIO CHÁVEZ
HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA



I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre H.C.M Sexo F Edad 59 Servicio 7º Piso No. Cama 707 Registro 325601
 Institución INCICh Escolaridad Secundaria Completa Estado civil Casada Institución INCICh
 Lugar de procedencia D Distrito Federal

II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

a) ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
<u>Josefina Fialco</u>	<u>57</u>	<u>es posa</u>	<u>Ayudante trabajero</u>	<u>6,000</u>

Rol de la persona Hogar Dinámica familiar

b) ESTRUCTURA ECONÓMICA

Total de ingresos mensuales 6,000

c) MEDIO AMBIENTE

Tipo de vivienda Departamento Servicios con que cuenta Agua luz, mampostería.
 N° de habitaciones 3 Tipo de fauna Urbana

III. HISTORIA DE SALUD

Motivo de la consulta Mareo, Diaforesis, Acompañado de Náusea y vomito
 Dx Médico reciente Doble Lesion Arterica con Predominio de la Estenosis
 Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) Alergia Nagadas
 Antecedentes de salud familiar Diabetes Mellitus Tipo 2, HAS, dislipidemia
 Antecedentes de estudios recientes Cateterismo 10-07-2012, Ecocardiograma 20-06-2012
 Tratamientos prescritos Metformina 850mg vo, telmisartan 40mg vo, pravastatina 40mg

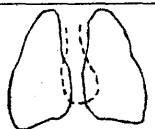
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Área pulmonar

FR 18 resp x min Dificultad para respirar: Apnea Disnea: Si No Clase funcional NYHA: I II III IV
 Secreciones bronquiales: Si No Características _____
 Dificultad para la expectoración: Si No Epistaxis
 Ruidos respiratorios: Normales Vesicular No Broncovesiculares Si No
 Anormales Estertores Si No Sibilancias Si No Roce pleural Si No
 Fuma Usted: Si No Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____

Suplemento de O₂: Nebulizador _____ O₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O₂: _____
 Ventilación mecánica: SI No Invasiva No invasiva # de cánula _____ Modalidad: _____
 Vol. Corr: _____ FIO₂: _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____
 Gasometría arterial Hora _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____
 Color de piel y mucosas: Palidez Cianosis central Cianosis periférica Otros: _____

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



Área Cardiopulmonar

Fc: 80 Lat x min Presión arterial: 102/60
 PANI _____ Invasiva _____
 Perfil Hemodinámico: _____
 Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente
 Carotídeo N Humeral N Radial N
 Popíteo N Pedio N Femoral N

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

Marcapasos: Si No Temporal Definitivo
 Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____
 Datos subjetivos: _____
 Trazo ECG _____
 Ritmo _____ Alteraciones: _____

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

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 70 kg Talla: 1.55 Índice de masa corporal (IMC): 29.1 Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel palidez Características del cabello _____
 Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) 2 Carne blanca (pollo, pescado) 3 Verduras 3 Frutas 2 Cereales Lácteos 2 Leguminosas 3 Vegetales 2
 Cantidad de:
 Sal Azúcar N° de tortillas 3 Pan blanco 1 pizzas 1 Pan dulce 1 veces por día 3 a la semana
 Agua natural 1 Litros por día Agua con frutas naturales 1 Litros por día Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas 0 por día Café 1 por día Té _____ por día
 Consume golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras 0 por día 1 a la semana Dulces 0 veces por día 0 a la semana
 Comidas que realiza al día en casa: 2 Comidas que realiza fuera de casa 0
 En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____
 Como considera su alimentación (cantidad y calidad) _____

Estado de la cavidad oral:
 Mucosa oral hidratadas Dentadura Completa Incompleta
 Caries Ninguna Uso de prótesis dental: Negadas
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

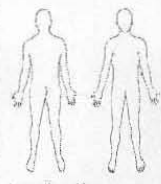
Patrón urinario: Frecuencia: 4 Veces al día Características Normales
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente
 Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis
 Patrón Intestinal Frecuencia habitual 2 veces al día
 Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Características Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida c/sangre fresca Fétida
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes Si No
 Dispositivos de drenaje _____ Menstruación Vol Alto Medio Bajo FUM _____
 Datos subjetivos _____
 Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura 36.1 Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No
 Datos subjetivos _____
 Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

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



6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

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

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si Localización _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Etapa de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) Adulto Mayor
 Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado
 Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción -Si No Valoración de Norton 13
 Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____
 Uso de anteojos y lentes de contacto Si No Uso de dispositivos auditivos Si No Uso de prótesis en extremidades Si No
 Actitud ante el ingreso Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso
 Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR
 Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: _____ Adicciones _____
 Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólica Si No Frecuencia _____ Maneja automóvil Si No
 Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas Negadas Marcapasos definitivo Si No
 Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No
Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:
 Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No
 Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No Insulina de acción rápida o intermedia Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien Si No En caso negativo ¿cuál es la causa? Angustia Nº de horas 4 hrs
 ¿Se despierta con frecuencia? Si No En caso afirmativo ¿cuál es la causa? Angustia por angustia
 Duerme durante el día Si No
 Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos
 Tipo de medicamentos _____ Su entorno le favorece el reposo y sueño Si No
 La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

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

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? _____
 Solicita apoyo religioso Si No Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? cada domingo
 Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren
 Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No
 Dependencia Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

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

Dependencia Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No
 Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar Si No
 Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente Si No
 Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales Si No
 Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

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

Dependencia Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

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

Dependencia Independencia

IV. Exploración Física

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

2. Cuello (pulsos carotídeos, inspección yugular <plétora>, simetría y movilidad de tráquea, ganglios linfáticos, dolor)

3. Tórax:

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

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

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

d) Auscultación (focos Valvulares <aórtico, pulmonar, tricuspídeo, mitral y accesorio>, campos pulmonares, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria)

4. Abdomen

a) Pulso abdominal, red venosa colateral, delimitación de órganos abdominales (hígado-bazo), líquido abdominal (ascitis), peristaltismo, turgencia, hidratación y dolor.

5. Genito-urinario

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

6. Extremidades

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



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGANCIO CHAVEZ
HOJA DE VALORACIÓN EXAHUSTIVA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre H.C.M Sexo F Edad 59 Servicio 7º piso No. Cama 707 Registro 325601
 Institución _____ Escolaridad Secundaria Completa Estado civil casada Institución _____
 Lugar de procedencia Distrito Federal

II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

a) ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
<u>Javier Galicia Caballero</u>	<u>57</u>	<u>Esposo</u>	<u>Ayudante Tubero</u>	<u>6,000</u>

Rol de la persona Hogar Dinámica familiar _____

b) ESTRUCTURA ECONÓMICA

Total de ingresos mensuales 6,000

c) MEDIO AMBIENTE

Tipo de vivienda Departamento Servicios con que cuenta Agua, Luz, mamposteira
 N° de habitaciones 3 Tipo de fauna urbana

III. HISTORIA DE SALUD

Motivo de la consulta Marco, diaforesis, acompañado de náusea y vomito
 Dx Médico reciente Doble lesión Arterial con predominio de la estenosis
 Antecedentes de salud de la persona Alergias, cirugías Alergias negadas / cirugía
 Antecedentes de salud familiar Diabetes Mellitus tipo II, HAS, dislipidemia
 Antecedentes de estudios recientes _____
 Tratamientos prescritos Metformina 850mg vo, telmisartan 40mg vo, pravastatina 40mg vo
Arenocemalina vo

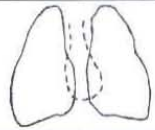
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Área pulmonar

FR 26 resp x min Dificultad para respirar: Apnea Disnea: Si No Clase funcional NYHA: I II III IV
 Secreciones bronquiales: Si No Características Blancas
 Dificultad para la expectoración: Si No Epistaxis
 Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si No Broncovesiculares Si No
 Anormales Estertores Si No Sibilancias Si No Róce pleural Si No
 Fuma Usted: Si No Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuanos cigarrillos al día? _____

Suplemento de O₂: Nebulizador 40% O₂ Catéter nasal _____ Lts x min _____ Sat O₂: _____
 Ventilación mecánica: Si No Invasiva No invasiva # de cánula _____ Modalidad: _____
 Vol. Corr: _____ FiO₂: _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____
 Gasometría arterial Hora _____ PO₂ _____ PCO₂ _____ pH _____ HCO₃ _____
 Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____
 Color de piel y mucosas: Palidez Cianosis central Cianosis periférica Otros: _____

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



Área Cardiopulmonar

Fc: 85 Lat x min Presión arterial: 117/61
 PANI _____ Invasiva _____
 Perfil Hemodinámico: Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente
 Carotideo N Humeral N Radial N
 Popíteo N Pedio N Femoral N

Llenado capilar: Miembro torácico. 2 seg Miembro pélvico. 3 seg Ingurgitación yugular: Si No
 Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____
 Hepatomegalla Si No Presenta dolor a la palpación Si No
 Edema: Si No Sitio: Miembros P + ++ +++ ++++
 Acrocianosis M.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

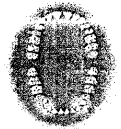
Marcapasos: Si No Temporal Definitivo
 Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____
 Datos subjetivos: _____
 Trazo ECG _____
 Ritmo _____ Alteraciones: _____

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

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 70 Talla: 1.55 Índice de masa corporal (IMC): _____ Diámetro cintura: _____
 Coloración de la piel _____ Características del cabello _____
 Días a la semana que consume:
 Carne roja (res, cerdo) Carne blanca (pollo, pescado) Verduras Frutas Cereales Lácteos Leguminosas Vegetales
 Cantidad de:
 Sal Azúcar Nº de tortillas Pan blanco Pzas Pan dulce veces por día a la semana
 Agua natural 1 Litros por día Agua con frutas naturales _____ Litros por día Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día
 Gaseosas 0 por día Café 1 por día Té 1 por día
 Consume golosinas: Si No En caso afirmativo:
 Frituras 0 por día _____ a la semana Dulces 0 veces por día 0 a la semana
 Comidas que realiza al día en casa: 2 Comidas que realiza fuera de casa 0
 En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____
 Como considera su alimentación (cantidad y calidad) _____

Estado de la cavidad oral:
 Mucosa oral hidratada Dentadura Completa Incompleta
 Caries Ninguna Uso de prótesis dental: Negadas
 Datos subjetivos: _____
 Dependencia Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

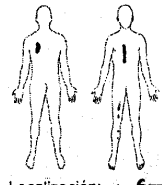
Patrón urinario: Frecuencia: 5 Veces al día Características normales
 Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente
 Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis
 Patrón intestinal Frecuencia habitual 2 veces al día
 Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Características Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida c/sangre fresca Fétida
 Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes Si No
 Dispositivos de drenaje _____ Menstruación Vol Alto Medio Bajo FUM _____
 Datos subjetivos _____
 Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura 36.5 Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No
 Datos subjetivos _____
 Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

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



Localización: infraescapular
herida quirúrgica media esternal
catéter torácico izquierdo

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulaci3n: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bast3n
 Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inm3vil

Datos subjetivos

Dependencia Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor: No S3 Localizaci3n: cefalea Intensidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caida: Bajo Mediano Alto Sujeci3n: S3 No Valoraci3n de Norton: 18

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: _____

Uso de anteojos y lentes de contacto: S3 No Uso de dispositivos auditivos: S3 No Uso de pr3tesis en extremidades: S3 No

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad S3ncope Arritmias INR

Sufre o ha sufrido de lipotimia: S3 No Riesgo laboral: _____ Adicciones: _____

Cocina con leña o carb3n: S3 No Ingesta de bebidas alcoh3lica: S3 No Frecuencia: _____ Maneja autom3vil: S3 No

Se sabe portador de: Pr3tesis valvulares cardiacas: S3 Marcapasos definitivo: S3 No

Desfibrilador interno: S3 No Endopr3tesis vasculares: S3 No

Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales: S3 No Antihipertensivos: S3 No Betabloqueadores: S3 No Ansiol3ticos: S3 No

Antidepresivos: S3 No Hipoglucemiantes: S3 No Insulina de acci3n r3pida o intermedia: S3 No

Datos subjetivos:

Dependencia Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien: S3 No En caso negativo ¿cu3l es la causa? _____ N3 de horas: _____

¿Se despierta con frecuencia? S3 No En caso afirmativo ¿cu3l es la causa? _____

Duerme durante el d3a: S3 No

Necesita alg3n facilitador del sueño como: M3sica Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos: _____ Su entorno le favorece el reposo y sueño: S3 No

La estancia en el hospital le produce ansiedad? S3 No

Datos subjetivos:

Dependencia Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N

Su comunicaci3n es: Clara Confusa Af3sica Incapaz

Limitaciones f3sicas para la comunicaci3n: Ninguna

Se expresa en otra lengua: S3 No Cu3l?: _____

Manifiesta:

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

C3mo se concibe (Autoconcepto): _____

Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos? S3 No En caso negativo ¿por qu3? _____

¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? S3 No

¿C3mo ha afectado su enfermedad la relaci3n de pareja, familiar y comunal? _____

De acuerdo a su percepci3n ¿cu3les son sus principales valores? _____

Tipo de relaci3n (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

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

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negaci3n, evasi3n)

Datos subjetivos:

Dependencia Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEG3N CREENCIAS Y VALORES

Pertenece alg3n grupo religioso o asociaci3n? S3 No Cu3l?: _____

Solicita apoyo religioso: S3 No Asiste a actividades religiosas: S3 No Cada cuando? _____

Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren

Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? S3 No

Dependencia Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

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

Tiene inquietudes sobre su salud Si No Cuál? uso de anticoagulante

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

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

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

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

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

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

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

El cambio de ropa cada cuando lo realiza? Diario

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

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Qué actividad realiza en su tiempo libre? Ver la televisión

Cuál es su diversión preferida? _____

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

Etapas reproductiva Si No Menarca _____ Uso de método para control natal _____

Nº embarazos _____ Eutócicos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ Óbitos _____

Vida sexual activa Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

IV. Exploración Física

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

2. Cuello (pulsos carotídeos, inspección yugular <plétora>, simetría y movilidad de tráquea, ganglios linfáticos, dolor)

3. Tórax

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

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

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

d) Auscultación (focos Valvulares <aórtico, pulmonar, tricuspídeo, mitral y accesorio>, campos pulmonares, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria)

4. Abdomen

a) Pulso abdominal, red venosa colateral, delimitación de órganos abdominales (hígado-bazo), líquido abdominal (ascitis), peristaltismo, turgencia, hidratación y dolor.

5. Genito-urinario

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

6. Extremidades

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