



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA  
IGNACIO CHÁVEZ**

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROCESO ENFERMERO APLICADO A UNA PERSONA ADULTA  
MAYOR CON ESTENOSIS Y CAMBIO VALVULAR AÓRTICO

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

PRESENTA:  
DIANA KARINA URIBE CASTAÑEDA

ASESORA: LIC. ENF. FACUNDA REYNA CAMPOS ROJAS

MEXICO D.F.

AGOSTO 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

### A mis padres

La vida me ha gratificado con unos padres excepcionales a los cuales considero mis mejores amigos, porque en todo momento estuvieron a mi lado.

Por sus palabras que día a día me ayudaron a crecer, porque gracias a ello debo la persona que soy, atrás de mis errores siempre estuvieron con los brazos abiertos para consolarme y darme un gran apoyo.

Porque creyeron en mí, por brindarme su apoyo incondicional y por darme ejemplos dignos de superación y entrega; en gran parte a ustedes, hoy puedo ver realizada mi meta.

Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

### A mi hermana

Gracias Judith por alentarme, por brindarme tu apoyo incondicional, por compartir conmigo tus experiencias y conocimientos, sin tu ayuda no hubiese logrado mi meta, agradezco tu comprensión, consejos en los momentos difíciles de mi vida, te amo, eres mi orgullo y mi inspiración.

### A mis Amigos

Por comprender mi carrera, mí tiempo y por acompañarme en todo momento.

## **AGRADECIMIENTOS**

### A mi asesora Lic. Reyna Campos Rojas

Por apoyarme en la realización de este proyecto, brindarme su tiempo, darme los consejos que me alentaron a continuar y por creer en mí. Muchas gracias por cada enseñanza brindada

### A mis profesores

Agradezco sus aportaciones, conocimientos y consejos durante mi formación profesional por inculcarme ser una estudiante con gran compromiso con valores que deben ser constantes de llevar a cabo, por hacer de mí una mejor persona y un mejor ser humano, pero sobre todo por forjarme como profesional de enfermería.

## ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos	6
3. Marco Teórico	7
3.1 Anatomía del corazón	7
3.2 Valvulopatía aórtica	9
3.3 Alteración de la conducción auriculo-ventricular	14
3.4 Anatomía renal	19
3.5 Insuficiencia renal	21
4. Marco referencial	26
4.1 Proceso de atención enfermería	26
4.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson	28
5. Metodología	32
6. Presentación del Caso Clínico	33
6.1 Descripción del caso	33
7. Aplicación del proceso de atención de enfermería	36
7.1 Valoración exhaustiva 5 de julio del 2013.	36
7.1.1 Jerarquización de necesidades y problemas	39
7.2 Valoración focalizada 6 de julio 2013	48
7.2.1 Jerarquización de necesidades y problemas	50
7.3 Valoración focalizada 7 julio 2013	61
7.3.1 Jerarquización de necesidades y problemas	62
7.4 Valoración focalizada días 8 y 10 julio 2013	65
7.4.1 Jerarquización de necesidades y problemas	66
8. Plan de alta	69
9. Evaluación general	70
10. Conclusiones	71
11. Glosario	72
12. Referencias	74
13. Anexos	78

## 1. Introducción

Actualmente la estenosis aórtica (EA) es una de las enfermedades valvulares más comunes en los países desarrollados. Su prevalencia aumenta con la edad y se diagnóstica en el 4.6% de los adultos mayores de 75 años. Tiene un curso insidioso y con un largo período de latencia; la mortalidad para pacientes con EA severa sintomáticos, es sobre 50-60% a 2 años, un 30-60% de los casos son considerados de muy alto riesgo para ser sometidos a una cirugía de reemplazo valvular aórtico a tórax abierto.<sup>1</sup>

La (EA) es el estrechamiento del orificio de la válvula aórtica, causado por la falla en la abertura normal de las valvas. Esta reducción en el área del orificio produce una pérdida de energía, pues el flujo laminar se convierte en un flujo turbulento menos eficiente, aumentando a su vez el trabajo de presión que debe ejercer el ventrículo izquierdo para impulsar la sangre a través de la válvula estrechada.

A medida que la sangre atraviesa la estenosis pierde presión por fricción, y a la salida de la estenosis se pierde energía por la disminución del flujo lo que ocasiona una resistencia y disminuye la presión de perfusión, ante un aumento de la demanda de oxígeno miocárdico, cae la presión de perfusión lo que llevaría a la presencia de isquemia miocárdica.<sup>2</sup> Considerando que el aporte de oxígeno depende del flujo sanguíneo coronario y de la capacidad de transporte de oxígeno.

Es importante hacer mención que el envejecimiento es un proceso biológico progresivo e irreversible, en el cual hay modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas. Está aceptado que un mayor deterioro de los cambios con la edad favorece a la aparición de enfermedades, algunas de ellas son alteraciones a nivel cardiovascular, ya que las arterias se vuelven tortuosas y dilatadas, esto produce un incremento progresivo del grosor de la íntima por depósitos de calcio, fosfolípidos y ésteres de colesterol. La principal consecuencia de estos cambios es un estrechamiento de la luz y una mayor rigidez de la pared arterial; lo que condiciona a una hipertensión arterial, angina inestable, cardiopatía isquémica,

valvulopatías, entre otras alteraciones. Se considera que estas modificaciones vasculares son las responsables de los cambios clínicos más relevantes en la función renal por una esclerosis en la pared de los grandes y pequeños vasos renales lo que favorece a una disminución del filtrado glomerular.

La visión epidemiológica de la insuficiencia renal crónica (IRC) ha cambiado; años atrás era considerada una enfermedad de incidencia baja, pero en la actualidad se reconoce que afecta a un porcentaje significativo de la población, las causas principales de alta prevalencia son la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad vascular renal. Cuando la función renal cae por debajo del 60% se multiplica el riesgo de padecer problemas cardiovasculares o viceversa cuando se presenta una insuficiencia cardiaca el riñón se compromete.

Cabe mencionar que en el año 2010 el tratamiento sustitutivo de la función renal es de más de dos millones.<sup>3</sup>

El presente trabajo se realizó en el servicio de cardiología adultos 7º piso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en una persona adulta mayor, con diagnóstico médico de recambio valvular por estenosis aórtica, revascularización coronaria e insuficiencia renal, como herramienta administrativa, se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE) en sus diferentes etapas; para la valoración, se empleó el modelo de Virginia Henderson, los planes de intervención se llevaron a cabo con las etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con la finalidad de reforzar a través de la evidencia científica las intervenciones efectuadas con la persona.

Se propone un plan de alta, con el propósito de continuar los cuidados específicos para la pronta recuperación de su independencia de la persona.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

- Proporcionar cuidado holístico a una persona posoperada de cambio valvular aórtico, revascularizado con infección de la safenectomía, enfermedad renal bajo tratamiento sustitutivo y colocación de marcapaso definitivo a través del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, con la finalidad de lograr un cuidado de calidad y evitar una estancia prolongada.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Detectar necesidades reales o de riesgo a través de la valoración exhaustiva y focalizada.
- Elaborar diagnósticos de enfermería con el objetivo de establecer un plan de cuidados individualizado y específico de la persona.
- Desarrollar y ejecutar planes de intervención de enfermería enfocados a las necesidades alteradas.
- Evaluar la evolución de la persona para determinar si los cuidados implementados son benéficos.
- Identificar riesgos que comprometan la vida de la persona e iniciar plan de alta para tomar medidas preventivas que impliquen una estancia hospitalaria prolongada.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Anatomía del corazón

El corazón se localiza en el mediastino medio apoyado sobre el diafragma, de estructura cónica y relativamente pequeña, tiene inclinación de su vértice hacia la izquierda y abajo, de modo que dos tercios del corazón están a la izquierda de la línea media y el vértice se sitúa a nivel del quinto espacio intercostal izquierdo en intersección con la línea medio claviclar donde puede ser palpable, de tamaño casi igual al del puño de la persona; tiene 12cm de longitud, 9cm de anchura y 6cm de grosor máximo, posee cuatro cavidades; dos superiores conocidas como aurículas y dos inferiores denominados ventrículos. En la superficie anterior de cada aurícula se observa una estructura arrugada a manera de bolsa conocida como la orejuela. Cada orejuela incrementa la capacidad de la aurícula, de modo que ésta reciba un mayor volumen de sangre. <sup>4</sup>

*Aurícula derecha:* forma el borde derecho del corazón; recibe sangre de tres vasos, las venas cava superior e inferior y el seno coronario.

*Aurícula izquierda:* forma parte de la base del corazón, recibe sangre de los pulmones por cuatro venas pulmonares. Al igual que la aurícula derecha, su interior tiene pared posterior. Los músculos pectíneos se limitan a la orejuela de la aurícula izquierda, de modo que su pared anterior también es lisa.

*Ventrículo derecho:* forma parte de la cara anterior del corazón. Su interior contiene una serie de rebordes, que se forman con haces protuberantes de fibras miocárdicas, las trabéculas carnosas, algunas de las cuales contienen la mayor parte del sistema de conducción de impulsos nerviosos del corazón. Las cúspides de la válvula tricúspide están conectadas entre sí por cuerdas tendinosas que a su vez lo están por trabéculas carnosas cónicas y por músculos papilares.

*Ventrículo izquierdo:* forma el vértice del corazón y a semejanza del derecho, posee trabéculas carnosas y cuerdas tendinosas, que fijan las cúspides de la válvula mitral a los músculos papilares.

### *Válvulas del corazón*

Cuenta con 4 válvulas definidas, dos auriculoventriculares que comunican a las aurículas con los ventrículos, 2 válvulas sigmoideas o semilunares que comunican a los ventrículos derecho e izquierdo con las arterias pulmonar y aórtica.

*Válvula tricúspide:* está compuesta por 3 valvas septal, anterior y posterior, se fijan a las cuerdas tendinosas que provienen del músculo papilar único del ventrículo derecho.

*Válvula mitral:* tiene 2 valvas que se fijan a las cuerdas tendinosas unidas a los músculos papilares anterolateral y posteromedial del ventrículo izquierdo. El área de apertura es de 4 a 6cm<sup>2</sup>.

*Válvulas semilunares:* están formadas por 3 valvas que semejan nidos de golondrinas, los extremos fijos de estas valvas tienen forma de U y se anclan a la raíz de su vaso, mientras que los bordes libres tienen configuración en V, lo que permite su coaptación total durante el cierre valvular provocado por el retroceso de la columna sanguínea, sin permitir su escape a los ventrículos. El área normal de la apertura aórtica es de aproximadamente 3cm<sup>2</sup> y el de la pulmonar suele ser de cifras similares a las de la aorta, la **válvula pulmonar** se encuentra colocada adelante y a la izquierda de la **válvula aórtica** como consecuencia de la dirección que tiene la cámara de salida del ventrículo derecho hacia adelante, arriba y a la izquierda.<sup>5</sup>

### 3.2 Valvulopatía aórtica

La estenosis aórtica es la valvulopatía adquirida más frecuente en el mundo, tiene un incremento exponencial relacionado con la edad y diversos factores de riesgo, como la hipertensión arterial sistémica o la diabetes mellitus. Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida la población vulnerable son los adultos mayores, ya que por el proceso de envejecimiento favorece al endurecimiento y a la calcificación valvular lo que limita su movilidad afectando su funcionamiento; cuando aparece la obstrucción mecánica de la salida de sangre a través de la válvula estenótica y la eyección ventricular se reduce entre 1.5 a 1cm<sup>2</sup>., se determina una serie de cambios morfo-funcionales del corazón que luego de un período de latencia relativamente largo son superados, mostrando signos y síntomas de ágor pectoris, disnea, lipotimias o síncope y muerte súbita.

#### *Clasificación de la estenosis aórtica.*

- Leve: área valvular de 1-1.5cm<sup>2</sup>, gradiente medio <25mmHg o velocidad del jet <3m/s.
- Moderada: área valvular de 1-1.5cm<sup>2</sup>, gradiente medio 25-40mmHg o velocidad del jet 3-4m/s.
- Severa: área valvular de <1cm<sup>2</sup>(0.6cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>), gradiente medio >40 mmHg o velocidad del jet >4m/s.

#### *Fisiopatología*

En la estenosis aórtica el estímulo desencadenante de la hipertrofia es la sobrecarga hemodinámica, inicialmente sin dilatación de las cámaras cardiacas izquierdas (hipertrofia concéntrica) es capaz de mantener por varios años la función sistólica normal. Hay obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (VI), debido al aumento de la presión sistólica, prolonga el tiempo de eyección, aumenta la presión sanguínea y disminuye la presión aórtica diastólica, se establece un gradiente transvalvular, por lo que el aumento de la presión sanguínea sistólica, de la masa ventricular y del tiempo de eyección, determinan un aumento del consumo de oxígeno por el miocardio.<sup>6</sup>

Por tal motivo el mayor consumo de oxígeno contribuye a la isquemia miocárdica y posteriormente al deterioro de la función del ventrículo izquierdo. A medida que la enfermedad avanza, desaparecen los mecanismos compensatorios efectivos, lo que se asocia a un desbalance entre la función de la bomba y la poscarga del ventrículo izquierdo las cámaras cardiacas se dilatan, la fracción de eyección se reduce y tanto la presión de llenado ventricular como la presión pulmonar aumentan, este estado generalmente coincide con la aparición de estenosis aórtica severa y el comienzo de síntomas por el engrosamiento progresivo y calcificación de los velos valvulares aórticos.

### *Manifestaciones clínicas de la valvulopatía aórtica*

#### *Angor pectoris*

El miocardio desarrolla hipertrofia por un incremento del espesor de la pared ventricular lo que contrarresta el aumento de presión intraventricular; mantiene los valores de estrés parietal en rangos normales y la relación inversa entre estrés sistólico y fracción de eyección se mantiene constante mientras el estrés parietal se conserva. La presencia de enfermedad coronaria asociada aumenta aún más el desbalance entre oferta y demanda sanguínea, incrementando la probabilidad de generar isquemia.

Este proceso como consecuencia genera, un aumento de las necesidades de oxígeno por parte del miocardio, disminuye el flujo coronario por mayor grosor del músculo cardíaco, disminuye la reserva coronaria, crea una distribución anormal del flujo coronario, lo que origina disfunción diastólica y sistólica.

#### *Disnea*

Secundaria a una elevación de la presión diastólica del ventrículo izquierdo, por disminución de la distensibilidad secundaria a la hipertrofia y por deterioro de la capacidad contráctil del miocardio.

### *Lipotimias o síncope*

Se debe a la isquemia cerebral que es causado por la incapacidad del corazón para aumentar el gasto cardiaco debido al estrechamiento de la válvula aórtica.

Se manifiesta por una repentina disminución de la presión arterial en el momento del síncope y si este es mayor de 20 segundos presenta fibrilación ventricular o asistolia, que son secundarias a hipoperfusión miocárdica. El cuadro se caracteriza por una perdida transitoria de la conciencia, o cuando es menor se manifiesta por lipotimia que es la sensación de desvanecimiento.

### *Diagnóstico de la valvulopatía aórtica*

*Electrocardiograma (ECG):* presenta diferencias de acuerdo al grado de la estenosis: en los casos leves el ECG puede ser normal; en una obstrucción mayor pueden existir datos de hipertrofia ventricular izquierda (aumento del voltaje de la R en precordiales izquierdas y S en derechas).

*Radiografía de tórax:* se observa corazón con tamaño normal y silueta redondeada (hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo).

*Ecocardiografía modo M:* es útil para el estudio de la función ventricular, ya que en forma precisa podrá medirse el espesor de las paredes del ventrículo izquierdo así como el diámetro de su cavidad y con ello conocer su función.

*Ecocardiografía bidimensional:* permite conocer la localización de la obstrucción subvalvular o valvular y en caso de ser valvular se podrá saber si la válvula está o no calcificada.

*Ecocardiografía Doppler:* permite evaluar el sitio de la obstrucción, así como las características de la apertura de la válvula aórtica.

*Cateterismo cardiaco:* ayuda a establecer la magnitud de la estenosis, mide el gradiente transvalvular, área valvular, la fracción de expulsión, demuestra lesiones valvulares, evalúa la función ventricular, anatomía coronaria y determina la gravedad calculada por ecocardiografía.<sup>7</sup>

### *Tratamiento de la valvulopatía aórtica*

En los pacientes sintomáticos la indicación es quirúrgica se somete a cambio valvular y de acuerdo a las complicaciones se les realiza revascularización coronaria; el intervencionismo cardiovascular tiene dos opciones de tratamiento para la estenosis aórtica, la valvuloplastía con balón y el implante percutáneo de stens valvados, por lo que este procedimiento se considera como de rescate en casos no operables o de puente para llevarlos a cirugía.

*Valvuloplastía aórtica:* consiste en introducir mediante cateterismo retrogrado un globo desinflado a través del orificio valvular aórtico e inflarlo durante tres a cinco segundos en dos o tres ocasiones. Con ello se logra ampliar el orificio valvular, lo cual es posible verlo cuando desaparece la cintura que se formaba en el globo cuando la válvula se encontraba estrecha; de esta manera se amplía el área valvular y se reduce el gradiente transaórtico y la poscarga, por lo que mejora la función ventricular.

*Reemplazo valvular:* reduce la sobrecarga de presión ejercida sobre el ventrículo izquierdo por la estenosis aórtica. La presión sistólica ventricular izquierda y la poscarga se reducen significativamente, lo cual conduce a la mejoría de la función de expulsión, gasto cardiaco, reducción de la presión de llenado ventricular izquierdo y disminución de la hipertrofia ventricular.

*Trasplante de válvula pulmonar (procedimiento de Ross):* la válvula pulmonar original del paciente se extirpa y se fija con suturas en posición aórtica. Se sutura una válvula protésica o un homoinjerto pulmonar viable, natural con excelentes características hemodinámicas y durabilidad se coloca en el circuito izquierdo de alta presión y tensión, donde pueden fallar las prótesis.

*Bioprótesis:* dispone de dos tipos de bioprótesis: los heteroinjertos y los homoinjertos. Los heteroinjertos están contruidos, ya sea por valvas aórticas porcinas o pericardio bovino, la ventaja es su bajo potencial tromboembólico y no requiere anticoagulación. Los homoinjertos se obtienen de donadores humanos, son ideales para usarse en pacientes con una raíz aórtica pequeña, pueden ser más durables que las válvulas de heteroinjerto.

### *Complicación de la estenosis aórtica*

La enfermedad coronaria es la enfermedad coincidente que afecta el pronóstico de la estenosis aórtica la cirugía de revascularización puede mejorar el pronóstico; está destinada a restablecer el flujo coronario, permitiendo con ello disminuir los síntomas anginosos y complicaciones de infarto del miocardio y la pérdida de la vida. Se lleva a través de injertos (o “puentes”) de origen arterial o venoso, se utilizan arterias mamarias internas, radiales y femorales. La indicación es la presencia de un área isquémica significativa de la arteria descendente anterior o presencia de enfermedad multivaso.<sup>8</sup>

El adulto mayor tiene un riesgo particularmente elevado para presentar bajo gasto cardíaco postoperatorio, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular e infarto mesentérico. Se ha descrito que el embolismo de material arteriosclerótico está en la patogenia de estas complicaciones.<sup>9</sup>

### **3.3 Alteración de la conducción aurículo-ventricular**

El sistema de conducción eléctrico del corazón está conformado por el nodo sinoauricular (SA) que ejerce la función de marcapasos cardiaco; está ubicado en la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha; recibe su irrigación de la arteria del nodo sinusal, rama de la coronaria derecha (60%) ó de la circunfleja (40%). Una vez que el impulso sale del nodo (SA), atraviesa las aurículas hasta el nodo auriculoventricular (AV), y su estímulo experimenta una disminución en la velocidad de conducción responsable del retraso fisiológico; la irrigación sanguínea viene de la arteria descendente posterior en el 90% de los casos. El nodo AV dirige los impulsos eléctricos desde las aurículas hasta el haz de his, cuyo aporte de sangre proviene de la arteria del nodo AV y de la coronaria descendente anterior. La porción distal continúa en sus ramas izquierda y derecha que ramifica al sistema de His-Purkinje, responsable de la conducción del impulso a los ventrículos. El Potencial de acción juega un papel muy importante para que se lleve a cabo el sistema de conducción ya que las células cardiacas son capaces de generar y conducir los impulsos eléctricos responsables de la contracción y relajación de las células miocárdicas son el resultado del flujo breve, pero rápido, de iones positivos a través de la membrana de la célula cardiaca

Las arritmias se presentan cuando hay disfunción del sistema eléctrico del corazón, es bien sabido que las causas principales son los procesos degenerativos, propios de la edad o de diversas enfermedades como, arteriosclerosis, isquemia miocárdica, enfermedad valvular, hipocalcemia; generalmente al presentarse las arritmias son tratadas con medicamentos o con la colocación de un dispositivo llamado marcapasos con el propósito de mantener el ritmo normal del corazón.

El bloqueo auriculo ventricular mobitz II, tiene como criterios el intervalo PR permanece siempre constante y de forma brusca, algunas ondas P no conducen por lo que falta un QRS; los complejos QRS suelen ser anchos por presencia de bloqueo de rama se localiza a nivel infranodal, por alteraciones de la conducción en el sistema His–Purkinge; suele deberse a extensas lesiones de las ramas fasciculares del haz de his derivadas de un infarto agudo anterior extenso o de enfermedades



degenerativas crónicas cardíacas, a menudo progresa a bloqueo AV completo con marcapasos de escape lento originando inestabilidad hemodinámica que obliga a implantación de marcapasos.<sup>10</sup>

### *Marcapasos*

Los marcapasos son dispositivos electrónicos que pueden emplearse para iniciar el latido cardíaco cuando el sistema eléctrico intrínseco del corazón es incapaz de generar una frecuencia apropiada para mantener el gasto cardíaco. La indicación de la implantación de marcapasos definitivo deberá ser valorada por la sintomatología, electrocardiograma y en ocasiones por el estudio electrofisiológico; el cual logra mejorar substancialmente la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades que lesionan irreversiblemente las vías de conducción del corazón. Este dispositivo implantable consta de un generador de impulso donde se almacena la batería e información para regular el latido cardíaco y una derivación marcapaso (un cable eléctrico aislado) con uno o dos electrodos que van desde el generador hasta el interior del corazón, donde se conectan éstos y envían impulsos eléctricos al corazón para ayudar a que lata regularmente a una frecuencia apropiada.<sup>11</sup>

### *Clases de marcapasos*

Los importantes avances técnicos que se han producido en los últimos años en la estimulación cardíaca han hecho que dispongamos de una variada gama de formas de estimular el corazón, con marcapasos de tipo temporal o permanente.

El marcapasos temporal, se emplea para resolver situaciones de urgencias, permite conservar la estabilidad hemodinámica y la perfusión de la persona, el generador no está implantado en el paciente, puede ser:

*Epicárdico*: el electrodo negativo de estimulación se coloca directamente sobre el epicardio ventricular, requiere la conexión del polo complementario en la pared abdominal.

*Transcutáneo* (generalmente incluidos en algunos desfibriladores): los electrodos se colocan sobre la piel, uno en la parte anterior del tórax (electrodo negativo) y otro en la espalda (electrodo positivo, rojo).

*Transtorácico:* los electrodos son directamente colocados en la pared auricular y/o ventricular durante la cirugía, que se conectan a un generador externo.

*Transesofágico:* se coloca un electrodo en esófago y otro precordial. Es una técnica difícil y se usa para el diagnóstico de taquicardias.

Los marcapasos permanentes, cuentan con un generador el cual se implanta subcutáneamente en las cámaras cardiacas, la función es mantener la frecuencia cardiaca en pacientes que tienen alterado el sistema de conducción y se emplea en: bloqueo auriculoventricular adquirido del adulto, bloqueo bifascicular y trifascicular crónicos (bloqueo de rama asociado a hemibloqueo y prolongación del intervalo PR), enfermedad del nodo sinusal y postinfarto agudo de miocardio. Uno de ellos es:

*Transvenoso:* la fuente de poder se implanta debajo del tejido celular subcutáneo de la región pectoral; puede implantarse los electrodos en el epicardio mediante toracotomía, se realiza un puente subcutáneo donde el cable y electrodo lleguen hasta la región abdominal en donde se implanta la fuente de energía.

#### *Conceptos del marcapasos*

- *Intensidad o amplitud (OUT-PUT).* Es la intensidad del estímulo eléctrico generado por el marcapasos. Su valor ha de ajustarse para que sea capaz de despolarizar el miocardio (en el monitor veremos una espiga seguido de una onda eléctrica). Su valor suele programarse entre 1 y 20 miliamperios.
- *Sensibilidad.* El marcapasos reconoce la actividad eléctrica espontánea del corazón desde un umbral que se programa, se expresa en milivoltios
- *Intervalo aurículo-ventricular.* Es el tiempo en milisegundos entre la estimulación auricular y la ventricular. Entre 50 y 300 milisegundos.

#### *Modos de estimulación:*

El Código de letras propuesto de la North American Society of Pacing and Electrophysiology / British Pacing Group (NASPE/BPEG) es: la primera letra identifica la cámara donde será entregado el estímulo; la segunda describe donde censa el marcapasos; la tercera la respuesta al censado; la cuarta indica la funciones

programable y la quinta letra indica si el generador tiene funciones anti taquicardia. Actualmente estas funciones se han incorporado a los desfibriladores automáticos implantables (DAI) para el tratamiento de las taquicardias ventriculares.<sup>12,13</sup> (Anexo1)

La particularidad de estos modos de estimulación son:

*Asincrónico.* Se utiliza solo en casos de emergencia cuando se produce asistolia o bradicardia extrema. El marcapasos estimulará la aurícula(A) o el ventrículo (V) o ambos a la frecuencia programada independientemente de la frecuencia cardíaca intrínseca.

*Unicamerales:*

*AOO.* Estimulación auricular asincrónica. Estimula la aurícula independientemente de la frecuencia espontánea del paciente. Parámetros a programar son la frecuencia y la intensidad auricular.

*VOO.* Estimulación ventricular asincrónica. Estimula el ventrículo independientemente de la frecuencia espontánea del paciente. Los parámetros a programar son la frecuencia y la intensidad ventricular.

*Bicamerales:*

*DDD:* Estimulación auricular y ventricular sincrónica, si la frecuencia ya sea auricular o ventricular espontánea del paciente es mayor que la programada se inhibe la estimulación auricular o ventricular del marcapasos. Los parámetros a programar son frecuencia auricular, sensibilidad auricular, intensidad aurícula, sensibilidad ventricular, intensidad ventricular, intervalo aurículo-ventricular.

*Indicaciones.*

Las indicaciones para la terapéutica mediada por marcapasos por la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) son:<sup>14</sup>

Marcapasos permanentes

Bradiarritmias

Bloqueo AV de segundo o tercer grado asociado con bradicardia sintomática o bajo gasto.

Bloqueo AV de segundo o tercer grado que persiste luego de siete días de cirugía cardiaca.

Bloqueo AV de segundo o tercer grado congénito

Síndrome de bradicardia-taquicardia con tratamiento antiarrítmico prolongado, además del digital.

#### *Contraindicaciones*

Trastornos graves de la coagulación.

Infección local en el sitio de implantación.

Pacientes en estado terminal.

#### *Precauciones*

Evitar el uso de teléfonos móviles, sobre el dispositivo; los sistemas antirrobo también pueden producir interferencias.

#### *Cuidados de enfermería*

**Pre implante.** Verificar que el paciente cuente con consentimiento firmado, ayuno de 8 horas, suspensión de anticoagulantes como la heparina, canalizarlo con líquidos endovenosos y toma de signos vitales.

**Implante.** Vigilancia del ritmo y estado hemodinámico del paciente, administración de 1gramo de cefalotina como profilaxis

**Post implante.** Curación de la herida la cual quedara cubierta con un aposito transparente y absorbente e inmovilización del brazo del lado del implante

**Durante la hospitalización.** Inmovilización del miembro superior por 24 horas y hasta el control de electrocardiograma y radiografía de tórax, reposo en cama durante 24 horas por el riesgo de desplazamiento de los electrodos intracavitarios, observar la herida quirúrgica en busca de hematoma, colocar hielo alternando con peso, administrar antibiótico profiláctico de acuerdo a prescripción médica.<sup>15</sup>

### 3.4 ANATOMÍA RENAL

Los riñones son órganos pares localizados en la cavidad abdominal, en situación retroperitoneal, a los lados de la columna vertebral, a la altura de la 12ª dorsal a la 2ª lumbar (ligeramente más abajo el derecho que el izquierdo). Su peso aproximado es de 125 a 179 gramos en el adulto masculino y 115 a 155 gramos en el adulto femenino. Los riñones del adulto miden aproximadamente 11cm de largo y de 5 a 7.5cm de ancho y 2.5cm de espesor; tienen forma de frijol con cavidad interna, en el centro de la cual se localiza el íleo renal constituido por la arteria, vena, linfáticos, plexo nervioso y pelvis renal; están cubiertos por una cápsula fibrosa delgada que se adhiere a los componentes del íleo renal y una capa de grasa peri renal cubierta por una fascia que se continúa por arriba hasta la fascia que se continúa por la fascia diafragmática, constituyendo un medio de fijación del riñón.<sup>16</sup>

El borde interno del riñón se relaciona con la aorta en el lado izquierdo y con la cava inferior en el derecho, estando más próximo a ellas en su porción superior.

El corte sagital del riñón muestra dos porciones: una externa de color oscuro, y otra interna de color claro que son la corteza y la médula. La médula está formada por 8 a 18 pirámides o conos de base externa cuyo vértice interno se denomina papila y termina en los cálices de la pelvis renal.

Cada papila muestra de 10 a 25 orificios que representan la porción final de los túbulos colectores, denominándose área cribosa. En la corteza se encuentran los glomérulos, túbulos colectores y ramas ascendentes gruesas del asa de Henle.

#### *Fisiología renal*

La sangre es suministrada por medio de la arteria renal; los riñones adoptan el 21% del gasto cardíaco y reciben de 1 a 2 litros de sangre por minuto; llega por la arteria renal, entra en el riñón a través del hilio y se ramifica para formar las arterias interlobulares, arterias arciformes, interlobulillares y las arteriolas aferentes que dan lugar a los capilares glomerulares, donde se filtra gran cantidad de líquido y de solutos para empezar a formar la orina la cual comienza en la cápsula de Bowman; la orina inicial es modificada mientras recorre el túbulo renal, hasta que es recogida en los cálices.

La circulación renal tiene dos lechos capilares, el glomerular y el peritubular, cuyos capilares están separados por arteriolas eferentes, las cuales ayudan a regular la presión hidrostática.<sup>17</sup>

La característica que condiciona a la insuficiencia renal crónica (IRC) es por la modificación en el glomérulo el cual presenta disminución de la perfusión, por una vasoconstricción de la arteriola aferente o vasodilatación de la arteriola eferente que disminuyen la presión de filtración la cual se refleja en una disminución de la tasa de filtración glomerular.

Hay una pérdida de masa renal y eso produce un aumento del consumo de  $O_2$ , lo que implica un aumento del estrés oxidativo potencialmente dañino para las nefronas.

El consumo de  $O_2$  aumenta debido al trabajo de los túbulos, esto implica que pueda presentar daño continuo por aumento del metabolismo local y de la producción de radicales libres, sería el caso de una sobrecarga proteica, ya que se induce un mayor consumo de oxígeno en las nefronas, aumentando la producción y acelerando el deterioro renal.

A nivel glomerular, los radicales libres inducen la producción de edema, y descamación del endotelio. Desde el punto de vista funcional conlleva a un aumento de la permeabilidad, proteinuria, y cambios hemodinámicos intraglomerulares. Además en el túbulo se observa edema, desgarramiento de la membrana basal y lisis.

La Hipertensión arterial sistémica inicia con la pérdida de la función del riñón o la acelera si ya se presenta, es por ello que se utilizan fármacos inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina (IECAS) para disminuir la progresión de la IRC, debido a su efecto antiproteinúrico.

### **3.5 INSUFICIENCIA RENAL**

Es un trastorno parcial o completo de la función renal en donde existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua, así mismo, aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo.

#### *Insuficiencia renal aguda (IRA)*

Es un síndrome clínico de inicio rápido, se presenta aproximadamente en horas o días, y se caracteriza por una pérdida rápida de la función renal, con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina, se asocia a menudo con: oliguria, obteniendo una disminución de la diuresis hasta menos de 400ml/día; la dieta y el metabolismo proteico, por lo que cualquier alteración en estas variables se traduce en un cambio de la concentración de urea.

#### *Insuficiencia renal crónica (IRC)*

Es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas llega a afectar la mayor parte de órganos y sistemas mediante la pérdida de capacidad funcional de las nefronas, con tendencia a desencadenar cambios en las nefronas restantes.

A nivel glomerular, se produce vasodilatación de la arteriola aferente, aumento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtración. Todo ello, aunque inicialmente es un mecanismo de compensación, va seguido de proteinuria, hipertensión e insuficiencia renal progresiva. Presenta un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min durante un período de 3 meses. Tiende asociarse como complicación en personas con diabetes mellitus, hipertensión, glomerulonefritis, enfermedad poliquística e hipercalemia.<sup>18</sup>

#### *Fisiopatología*

Como consecuencia de la destrucción progresiva de las nefronas, las que permanecen intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera, suplir la función de las nefronas destruidas. Esta respuesta de adaptación provocará que estas células se

hipertrofien, lo que conlleva una pérdida de la capacidad de las mismas para concentrar la orina de forma adecuada.

Uno de los primeros signos de la IRC es la isostenuria, poliuria, con excreción de orina que es casi isotónica con el plasma. Más adelante, los túbulos empiezan a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, seguidamente, como el organismo no puede librarse de los productos residuales a través de los riñones, aparece la uremia clínica, finalmente, los desequilibrios hidroelectrolíticos del organismo empiezan a afectar a otros sistemas corporales.<sup>19</sup>

### *Manifestaciones clínicas*

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrolitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y/o signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo, los cuales aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma.

*Los síntomas encontrados en los sistemas son los siguientes:*

*Sistema cardiovascular;* hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardiaca congestiva, que puede causar edema agudo de pulmón, fibrosis ventricular, lesiones arterioscleróticas y pericarditis.

*Alteraciones digestivas;* debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el nitrógeno ureico en sangre (BUN) y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, estreñimiento, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea. Un elemento característico de niveles de urea elevados, es la sensación de un sabor desagradable en la boca y halitosis.



*Alteraciones hematológicas;* la disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia.

*Sistema urinario;* en la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. A medida que la enfermedad empeora a parece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.

*Trastornos hidroelectrolíticos:*

*Hiponatremia;* el sodio intravascular se encuentra por debajo de 135 mEq/L, se caracteriza por anorexia, calambres musculares, hipotermia, letargo, confusión, convulsiones y coma.

*Hipernatremia;* sodio sérico superior a 150mEq/L, por lo tanto existirá un aumento de la osmolaridad plasmática superior a 300mOsm/L, se manifiesta con sed, astenia, debilidad muscular, somnolencia, irritabilidad y letargia.

*Hipopotasemia;* las cifras del potasio son inferiores a 3.5mEq/L. Puede producirse como consecuencia del desplazamiento del potasio al interior de las células, aparecen síntomas de letargia, taquicardias supra ventriculares, astenia, calambres, estreñimiento, anorexia, náuseas, vomito, distensión abdominal.

*Hiperpotasemia:* el potasio sérico es superior a 5.5mEq/L constituye una emergencia médica hay riesgo de morir por paro cardiaco, puede deberse a la salida de potasio del compartimento intracelular o a una reducción en su eliminación renal. Se manifiesta por alteraciones de la conducción cardiaca y de la función neuromuscular puede producir parestesias, debilidad muscular e incluso arritmias ventriculares como taquicardia o fibrilación ventricular.

*Hipomagnesemia:* Los niveles séricos de magnesio normales son de 1.4 a 2 mEq/L o 0.7 a 1mmol/L., se caracteriza por: disfagia, debilidad, psicosis, depresión, nistagmos y convulsiones.

*Hipercalcemia:* el calcio total es de 8.5 a 10.5mg/dl. Se produce cuando la entrada de calcio en el torrente sanguíneo es superior a su excreción por orina y se manifiesta con deshidratación, estreñimiento, anorexia, y obnubilación progresiva.

*Hipocalcemia:* descenso del calcio total por debajo de 8.5mg/dl, se manifiesta con irritabilidad neuromuscular.<sup>20</sup>

### *Tratamiento.*

En la insuficiencia renal crónica el tratamiento es la diálisis, la cual es un proceso mecánico para eliminar productos residuales del metabolismo proteico sin alterar el equilibrio hidroelectrolítico y restablecer el equilibrio ácido básico en pacientes con compromiso de la función renal.

Actualmente existen dos modalidades de diálisis, la peritoneal y hemodiálisis la elección de una u otra depende del estado clínico del paciente.

La diálisis peritoneal consiste en introducir un fluido dializante dentro de la cavidad peritoneal a través de un catéter; está compuesto por concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo, principalmente por difusión y ósmosis.

El ciclo típico de diálisis peritoneal consiste en:

Infusión (llenado). Introducir en la cavidad peritoneal el dializante por medio de un catéter fijo (menos de 10min).

Permanencia. Periodo de tiempo que dura el dializante dentro de la cavidad peritoneal para que se realice el intercambio o diálisis de sustancias.

Drenado. Por medio de gravedad, se retira de la cavidad peritoneal el dializado durante aproximadamente 20min.<sup>21</sup>

### *Tipos de diálisis peritoneal*

**Diálisis peritoneal Continua ambulatoria (DPCA).** Se utiliza de forma inicial y empírica cuatro intercambios de 2 litros si la función renal residual es  $>2\text{ml/min}$  y la superficie corporal es  $<1.7\text{m}^2$ , con un tiempo de permanencia aproximadamente de 5 horas durante el día y de 9 horas por la noche.

**Diálisis peritoneal automatizada (DPA).** Incluye las modalidades que precisan de una máquina para realizar los intercambios, la cual dosifica volúmenes y tiempos de permanencia para cumplir con el mejor aprovechamiento funcional de cada peritoneo y se adaptan a las necesidades socio laboral del paciente.

## 4. MARCO REFERENCIAL

*Definición de Enfermería:* ciencia y arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad ante procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

### 4.1 Proceso de atención de enfermería (PAE)

Es un método sistemático, cíclico de resolución de problemas para satisfacer las necesidades alteradas en la salud de las personas. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. El proceso promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos, impulsa a examinar continuamente y a plantearse como puede mejorarse.

**Valoración:** primera etapa del PAE, consiste en la recolección sistemática de datos de manera directa o indirecta para identificar problemas de salud, reales o de riesgo de la persona a través de un interrogatorio, la observación, exploración física, expediente clínico y familiares lo que permite formular diagnósticos de enfermería, para otorgar cuidados eficientes y satisfacer sus necesidades de salud.

Existen 3 tipos de valoración de acuerdo a la condición clínica de la persona:

**Valoración inicial:** es la base del plan de cuidados, se realiza en la primera consulta o primer contacto con la persona. Permite recabar datos generales sobre los problemas de salud de ésta.

**Valoración focalizada:** se realiza de forma progresiva durante la atención.

**Valoración de urgencia:** es en la que el profesional de enfermería se enfoca en el problema primario; las intervenciones son rápidas para evitar que se comprometa la vida de la persona. <sup>22</sup>

**Diagnóstico:** segunda etapa del PAE, es el juicio crítico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a problemas de salud/procesos vitales de riesgo o de salud.

**Real:** es el juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad a un problema de salud que se presenta en el momento de la valoración. Se basa en la presencia de signos y síntomas.

**Riesgo:** señala la presencia de factores relacionados que pueden desencadenar respuestas no deseadas que en el momento presente todavía no se han producido.

**De salud:** se trata de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla.

**Planeación:** tercera etapa del PAE consiste en el desarrollo de estrategias para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas en el diagnóstico de enfermería en orden de prioridad, establecimiento de objetivos y decisión de las intervenciones.

**Ejecución:** cuarta etapa del PAE se realizan intervenciones de enfermería para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona, con acciones directas y participación del equipo multidisciplinario de salud, la familia para el restablecimiento de la salud.

**Evaluación:** quinta etapa del PAE es la determinación de la respuesta de las personas ante las intervenciones del profesional de enfermería y del grado de cumplimiento de los objetivos.<sup>23</sup>

## 4.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson enfermera norteamericana. Nació en 1897, mostro interés por la enfermería durante la segunda guerra mundial; desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración, en la cual incluyo dentro de las teorías sobre las necesidades, el desarrollo humano y conceptualiza a la persona.

Este modelo se ubica como una teoría basada en las necesidades humanas para la vida y la salud como un núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida, fomentando su independencia parcial o total.

Por lo tanto la función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer; denomina que las actividades que realiza la enfermera para cubrir estas necesidades son cuidados básicos de enfermería que se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a la alteración de dichas necesidades.

### *Las necesidades humanas.*

Virginia Henderson ubica los cuidados básicos en catorce componentes o necesidades básicas de la persona, basada en el modelo de Abraham Maslow, donde puede intervenir el profesional de enfermería; estas son las siguientes:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.

6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje.

### *Metaparadigma*

Comprende los cuatro elementos siguientes.

- a) **Salud:** estado de bienestar físico, mental y social, la cual es básica para el funcionamiento del ser humano, se requiere independencia e interdependencia. Mediante la utilización de la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.<sup>24</sup>
- b) **Entorno:** es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- c) **Persona:** individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales, mediante un equilibrio fisiológico y emocional.
- d) **Enfermería:** la función de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyen a la salud, recuperación o a la muerte, de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

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

- Falta de fuerza: capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
- Falta de conocimiento: cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad.

- Falta de voluntad: limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Las fuentes de dificultad pueden llevar a la persona a un nivel de independencia o dependencia teniendo en cuenta:

**Concepto de independencia:** es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, lleva a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Concepto de dependencia:** desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.<sup>25</sup>(Anexo 2)

**Autonomía:** es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Agente de autonomía asistida:** con este nombre se designa a la persona, familiar o persona significativa, que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia y procurar un entorno seguro.

*Relación Enfermera – persona:*

- Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico; cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma
- Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.



*Relación enfermera – médico:*

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

*Relación enfermera- equipo de salud*

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

## 5. METODOLOGÍA

El presente caso clínico se desarrolló en el 7° piso cardiología adultos "B", durante la realización del servicio social en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH); se seleccionó a una persona adulta mayor de 71 años de edad, con diagnóstico médico de cambio valvular aórtico y revascularización coronaria, con herida infectada de la extremidad pélvica izquierda de donde se obtuvo el injerto, enfermedad renal con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y con marcapasos definitivo en modalidad estimulación auricular y ventricular sincrónica (DDD).

El diseño del estudio es de tipo prospectivo, longitudinal y observacional. El tiempo que se valoró al paciente fue del 5 al 10 de julio del año del 2013. La fuente de información fue a través de entrevista directa e indirecta a través del expediente clínico, familia y la revisión bibliográfica que sustentó en el marco teórico del proceso.

Para llevar a cabo este caso clínico se obtuvo la autorización verbal y por escrito del paciente y cuidador primario, de acuerdo a la ley general de salud en materia legal. (Anexo 3)

Para la realización del proceso de enfermería se utilizó el instrumento de valoración de enfermería del INCICH el cual está basado en el modelo de Virginia Henderson (Anexo 4), se realiza análisis de la valoración exhaustiva y focalizada; priorizan las necesidades alteradas; se elaboran los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2009-2011, establece un plan de atención para realizar intervenciones y se evaluara las respuestas humanas de estas.<sup>26,27</sup>

Finalmente se elabora un plan de alta dirigido a la persona y al cuidador primario para llevarlo a cabo al egreso hospitalario; como el fin de prevenir complicaciones, reingreso al hospital y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

## 6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

### 6.1 Descripción del caso

Registro: 332247

El señor Crisóforo, de 71 años de edad, con fecha de nacimiento 20 de Abril de 1942; originario de Tepetlixpa, estado de México, reside actualmente en Nepantla, Estado de México; casado, curso la primaria completa, se dedica al campo y profesa la religión católica.

Tiene 4 hermanos, uno de ellos finado por complicación de diabetes mellitus tipo 2; tiene 2 hijos aparentemente sanos; habita en casa propia, elaborada por materiales perdurables, cuenta con todos los servicios propios de urbanización es habitada por siete personas en 3 habitaciones. Su alimentación es moderada en cantidad y calidad. Con hábitos higiénicos regulares, con baño diario y respectivo cambio de ropa.

Refiere convivencia con 10 pollos y 4 borregos; toxicomanías negadas.

Hace 10 años se diagnóstica hipertensión arterial sistémica, por lo que se inicia tratamiento con captopril 25mg diarios.

El padecimiento actual inicio hace un mes presentando astenia, adinamia, asociado a disnea de medianos esfuerzos al caminar de dos a tres cuadras y cede con el reposo, además de edema de miembros pélvicos; acude con médico particular, el cual, con apoyo de ecocardiograma, diagnóstica doble lesión aortica con predominio de la estenosis severa e insuficiencia ligera (área valvular de 0.7cm<sup>2</sup>, gradiente máximo de 76mmHg y medio de 45mmHg); se realizó holter que reporto ritmo sinusal alternando con bloqueo aurículo ventricular de segundo grado tipo mobitz II; le prescribe amiodarona 200mg, enalapril 10mg, losartan/hidroclorotiazida 100/25mg vía oral cada 24 horas

Ingresa al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" el día 17 de abril del 2013 al servicio de urgencias, por presentar disnea de moderados esfuerzos, ortopnea, dolor intermitente en miembros pélvicos en relación a edema ++ (Anexo 5), hipertensión arterial 170/90mmHg, ingurgitación yugular y soplo de eyección aórtico

irradiado a carótidas; abdomen globoso no doloroso a la palpación, peristalsis presente y en la percusión mate en marco cólico y presenta diastasis de rectos abdominales; los resultados de los laboratorios: Ca 8.9mg/dl, Cl 102mmol/L Cr 7.44mg/dl, Glu 94mg/dl, INR 1, BUN 92mg/dl, K 5.89mmol/L, Na 137.4mmol/L, Hb. 11.5g/dl, Hto. 35.8%, linfocitos 1.100%.

El día **20 de abril** por ultrasonido renal se diagnóstica necrosis tubular aguda y disminución de tamaño renal. El **26 de abril** inicia diálisis peritoneal se capacita al cuidador primario en el manejo de esta.

El **2 de mayo** del 2013; egresa temporalmente en espera de contar con el recurso económico o el donativo del marcapasos definitivo. Se va con tratamiento de diálisis peritoneal 3 recambios al día con bolsas de 1.5% 2000ml de 2 horas de permanencia y en la noche permanece seca la cavidad, furosemide 40mg, prazocin 1mg vía oral cada 12 horas; amlodipino 10mg, alopurinol 150mg vía oral cada 24 horas y lactulosa 10ml vía oral cada 8 horas.

El **5 de mayo** del 2013 reingresa por presentar temblor fino de extremidades, mareo, síncope con trastornos del ritmo, el **17 de mayo** del 2013 le coloca marcapasos definitivo DDD; se realizó coronariografía el **20 de mayo del 2013** reportando lesión ostial corta en la arteria descendente anterior del 40%, lesión corta del 60% en el segmento proximal, lesión difusa excéntrica del 40% en el segmento medio, arteria circunfleja con lesión corta del 20% en su segmento distal. Se realizó cambio valvular aórtico el **4 junio 2013** por prótesis biológica, más revascularización con puente venoso de safena interna a la descendente anterior y obtusa marginal El día **13 de junio** por ultrasonido de miembro pélvico izquierdo de safena interna se diagnosticó colecciones con seroma o hematomas infectados, hiperemia y edema; por lo que es tratado con moxifloxacino 500mg vía oral; el cultivo de safena interna reporta presencia de enterobacter aerogenes; se coloca sistema VAC. El **día 21 de junio** se toma cultivo de safena obteniendo positivo a enterobacter aerogenes y staphylococcus epidermidis inicia tratamiento con Ceftriaxona 1 gr intravenoso durante ocho días, el **27 de junio** reporta mismo resultado, agregándose enterobacter faecium y herida dehiscente.

Es tratado por clínica de heridas, se le realiza lavado con agua de irrigación, se seca y aplica anticoat, alginato de calcio y cubren con parche hidrocélular el cual cambian cada que el parche este saturado o en su caso esté despegado. Se retira el **3 de julio** sistema VAC con cultivo positivo a enterobacter aerogenes y enterococcus faecium; es tratado con ertapenem 1gr lleva 3 días y falta por concluirlo en 10 días con el antibiótico.

Continua con diálisis peritoneal, los baños son con solución al 4.25% 2000ml, con 4 horas de estancia en cavidad, se mantiene con edema de miembros pélvicos ++; su tratamiento farmacológico es con aspirina, atorvastatina, enoxaparina, ertapenem, alopurinol, furosemide, metoprolol, haloperidol previa valoración médica y tramadol.

## 7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

7.1 Valoración exhaustiva del día 5 de julio del 2013. (Anexo 6)

A la persona que cursa 26 días posoperada de cambio valvular aórtico.

**Necesidad de oxigenación:** se observa con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, fosas nasales integra, tráquea central sus respiraciones son profundas y adecuadas, se ausculta vía aérea con buena entrada y salida de aire, sin datos de esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno del 92%; adecuados movimientos de amplexión y amplexación, frecuencia respiratoria de 21rpm; se descarta la presencia de secreciones bronquiales. Presenta pulso carotideo palpable normal, con buena intensidad y sin datos de plétora yugular.

En la auscultación los ruidos cardiacos son rítmicos de buena intensidad, sin datos de soplos, se mantiene en ritmo de marcapasos con una frecuencia cardiaca de 67lpm, los parámetros programados del marcapasos son: en ventrículo umbral.70v, impedancia 739ohms, R 10.2mV, ancho de peso .5ms; auricular umbral .5v, impedancia 499ohms, P 2.6mV, ancho de peso .5mV; mantiene una presión arterial de 128/70mmHg. Los pulsos humeral y radial se encuentran con buena intensidad, llenado capilar de 2 segundos, pulso femoral y poplíteo se encuentran normales de buena intensidad, el pulso pedio izquierdo débil, presenta llenado capilar de 3 segundos.

**Necesidad de nutrición e hidratación:** peso actual 50Kg, talla 1.60 metros, IMC 19.5, buena hidratación de piel, habitualmente come en casa haciendo tres comidas al día, refiere ingerir alimentos de todos los grupos, aproximadamente 1000ml diarios de líquidos, entre las cuales se encuentran las bebidas gaseosas consumiéndolas en dos ocasiones por semana, tiene apetito reservado, consume carbohidratos y proteínas en moderada cantidad. Niega que al consumir sus alimentos presente nausea, vómito o acidez estomacal. La cavidad oral se encuentra con ausencia de piezas dentales se le realizo extracción de piezas dentales para erradicación de focos sépticos en la parte superior 4 molares, 2 premolares y 2 incisivos laterales, en la parte inferior 2 molares y un incisivo lateral; higiene bucal dos veces al día, sin

presencia de caries. Tiene catéter largo en miembro superior izquierdo permeable a solución NaCl 0.9% de 1000ml más 20 mEq de KCL, para 24 horas a pasar a 20ml/hora.

**Necesidad de eliminación:** abdomen blando depresible con ruidos peristálticos presentes, con patrón intestinal de 2 veces al día, de características normales. Presenta oliguria con volumen urinario de .8 ml/kg/hora con frecuencia de 3 veces al día de características macroscópicas normales no refiere disuria, se encuentra en tratamiento con diálisis peritoneal, queda en el baño No. 66 con balance total negativo 16610, presenta edema +++ de miembros pélvicos valorado con la escala de Fóvea.

**Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:** no presenta incapacidad psicomotora para vestirse y desvestirse

**Necesidad de termorregulación:** se encuentra normotérmico con temperatura axilar de 36.7°C sin presencia de picos febriles.

**Necesidad de higiene y protección de la piel:** cuero cabelludo con implantación adecuada y limpio, no presenta resequedad, la piel se encuentra hidratada e íntegra con ligera palidez de tegumentos, al valorar el conducto auditivo se encuentra sin datos de cerumen con membrana íntegra, la cavidad oral sin presencia de halitosis, aseo bucal dos veces por día, pliegues axilares con adecuado aseo, zonas de equimosis en miembros torácicos por punciones para toma de muestras y en abdomen por aplicación de enoxaparina, catéter tenckhoff permeable sin datos de infección, heridas de safena izquierda con salida de líquido serohemático con vendaje compresivo; baño y cambio de ropa interior y exterior diariamente; genitales íntegros sin datos de infección.

**Necesidad de movilidad:** su deambulacion es dependiente, miembros torácicos con facilidad de movimientos, de extensión, flexión, abducción y aducción; refiere no poder apoyar en su totalidad su miembro pélvico izquierdo le falta fuerza por herida de safenectomía, refiere dificultad e inseguridad al movimiento.

**Necesidad de evitar peligros:** consciente, orientado en tiempo y espacio, cooperador con buen estado de ánimo al realizar valoración refiere sentirse bien. Presenta alto riesgo de caída con escala de Norton de 16 puntos (Anexo7). Escala de EVA de 0 puntos (Anexo 8). No presenta deficiencias senso-perceptivas ni psicomotoras; es portador de marcapasos definitivo.

**Necesidad de reposo y sueño:** se encuentra activo por lapsos con facies de cansancio, refiere dormir 8 horas por la noche comenta que se despierta con facilidad. No toma ningún medicamento para dormir

**Necesidad de comunicarse:** se expresa con facilidad y poco fluido, su conocimiento, no tiene alguna limitación anatómico-fisiológica para que esta sea clara. Comenta que no le gusta dar molestias por lo que hay ocasiones que no pide ayuda.

**Necesidad de vivir según creencias y valores:** es católico refiere que su fe le da esperanzas para salir a delante. Se considera una persona activa aunque con su estado de salud cree que es mejor estar en casa; explica que sus valores le han permitido impulsar su estado de salud.

**Necesidad de aprendizaje:** conoce su padecimiento actual y tratamiento refiriendo que llevara a cabo las medidas necesarias para su pronta recuperación.

**Necesidad de participar en actividades recreativas:** comenta que inicia el día recolectando maíz para después venderlo, posteriormente se dedica a cosechar y a cuidar su terreno.

Una de las actividades que disfruta con su esposa es jugar y convivir con sus nietos, además de ver televisión, en especial los programas de lucha libre.



### 7.1.1 Jerarquización de necesidades y problemas

<b>Necesidad alterada</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Causa de la dificultades</b>	<b>Nivel de dependencia</b>
Eliminación	Parcial	Falta de fuerza	2
Seguridad	Parcial	Falta de voluntad	2
Movilización	Total	Falta de fuerza	2
Seguridad	Total	Falta de fuerza	3

<b>Tipo de Valoración:</b> Exhaustiva	<b>Fecha:</b> 5 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:00	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada</b> Eliminación	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza		<b>Grado de dependencia:</b> Parcial, Nivel 2
<b>Datos Objetivos :</b> T/A 128/70 mmHg, oliguria, volumen urinario de .8 ml/kg/hora, edema +++ de miembros pélvicos, catéter tenckhoff.	<b>Datos Subjetivos:</b>	<b>Datos Complementarios:</b> Diálisis peritoneal, baño 66, balance -16610, peso de 50Kg, IMC 19.5; nitrógeno 25 mg/dl, creatinina 3.56 mg/dl, Na. 135mmol/L. K 3.4mmol/L	
<b>Dx. enfermería:</b> exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos regulares por IRC m/c edema+++ de miembros pélvicos, oliguria, llenado capilar de 3 seg <b>Código 00026.</b>			
<b>Objetivo de la persona:</b> conocerá las causas que le producen la retención de líquidos y porque es importante respetar la cantidad del consumo de estos en 24 horas.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> favorecer a que el paciente mantenga un equilibrio de volumen de líquidos dentro de los parámetros requeridos para su tratamiento.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. equipo Salud	
Llevar control de líquidos estricto por turno <sup>28,42</sup>	Ayuda y orientación	Independiente	Se mantiene con infusión de solución indicada a 20ml/hr, conserva balance positivo de 75ml durante el turno.

Vigilar llenado capilar durante el turno <sup>29</sup>	Ayuda y orientación	Independiente	El llenado capilar es de 2 segundos, no presenta datos de hipoperfusión tisular, pulsos de buena intensidad.
Valorar edema mediante escala de fóvea por turno. (Anexo 5) <sup>30, 31,42</sup>	Ayuda	Dependiente	Mantiene un volumen urinario de .8ml/kg/hra. durante el turno y continua con edema de miembros pélvicos de +++
Ministración de diuréticos furosemide 20 mg cada 12 horas <sup>32, 33</sup>	Ayuda y orientación	Interdependiente	Se mantiene con niveles de Potasio 4.2 mmol/L y de Sodio 135 mmol/L
Analizar los resultados de laboratorio (electrolitos séricos) (Anexo 9) <sup>28</sup>	Ayuda	Interdependiente	Se mantiene con parámetros aceptables.
Monitorear los signos vitales se hace énfasis en la presión arterial <sup>37,42</sup>	Ayuda	Dependiente	Se informa de la importancia de mantener el vendaje de Ms. Inferiores ya que favorece a la circulación distal.
Aplicar vendaje compresivo. <sup>37,42</sup>	Ayuda y orientación	Dependiente	Se mantiene bajo vigilancia en relación al peso y disminución de edema.
Continuar con terapia de diálisis peritoneal <sup>36</sup>	Ayuda	Interdependiente	

<b>Tipo de Valoración:</b> Exhaustiva	<b>Fecha:</b> 5 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:00	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Seguridad	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de voluntad	<b>Grado de dependencia:</b> Parcial. Nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> Peso 50 kg, talla 1.60 metros, IMC 19.5	<b>Datos Subjetivos:</b> Lavado de dientes 2 veces al día.	<b>Datos Complementarios:</b> parte superior 4 molares, 2 premolares y 2 incisivos laterales, en la parte inferior 2 molares y un incisivo lateral	
<b>Dx. enfermería:</b> deterioro de la dentición r/c falta de conocimiento sobre la salud dental m/c falta de piezas dentales <b>codigo00048.</b>			
<b>Objetivo de la persona:</b> mantener un hábito adecuado de la higiene bucal, y favorecer a que acepte su dieta para evitar una desnutrición.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> fomentar la importancia de la calidad de la higiene bucal y adecuar una dieta conforme al estado dental de la cavidad oral.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Nivel de Relación</b>		<b>Evaluación</b>
	<b>Enf. Persona</b>	<b>Enf. Equipo Salud</b>	
Enseñar la técnica adecuada del aseo bucal respecto a tiempo, cepillo y pasta dental. <sup>34</sup>	Ayuda, orientación	Independiente	Se logra que el paciente realice apropiadamente la técnica de cepillado dental.

<p>Proporcionar una dieta blanda a complacencia<sup>35</sup></p>	<p>Ayuda y orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>Tolera con mejor agrado la dieta y no presenta dificultad para la masticación</p>
<p>Proporcionar una presentación de los alimentos de una manera agradable.<sup>42</sup></p>	<p>Ayuda y orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>La presentación de los alimentos motivo al paciente a ingerirlos sin más problema</p>

<b>Tipo de Valoración:</b> Exhaustiva	<b>Fecha:</b> 5 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Movilización	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza	<b>Grado de dependencia:</b> Total, nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> FC 67lpm, FR 21rpm; disminución de fuerza en miembro pélvico izquierdo y dificultad de movimiento.	<b>Datos Subjetivos:</b> Falta de fuerza para incorporarse, debilidad al apoyarse.	<b>Datos Complementarios:</b> Herida quirúrgica de safenectomía en miembro pélvico izquierdo	
<b>Dx. enfermería:</b> intolerancia a la actividad r/c disminución de la fuerza muscular en miembro pélvico izquierdo m/c debilidad al apoyarse y dificultad para caminar en su unidad. <b>Código00092</b>			
<b>Objetivo de la persona:</b> será motivado para que realice movimientos pasivos en su unidad e incrementar la movilidad de la extremidad limitada.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> fomentar la realización de ejercicios en su unidad para mejorar la fuerza muscular del miembro pélvico izquierdo.			
Plan de Intervenciones			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Detectar cambios en constantes vitales (T/A,FR,FC) <sup>36</sup>	Ayuda	Independiente	La frecuencia cardiaca se modifica durante el movimiento a 73lpm, la frecuencia respiratoria aumenta a 24 rpm sin presentar datos de disnea.

<p>Realizar ejercicios con movimientos pasivos, activos <sup>37</sup></p>	<p>Ayuda y orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>Tolera los ejercicios, sin embargo la debilidad muscular al tratar de incorporarse, es muy notoria.</p>
<p>Explicar los beneficios de la movilización fuera de la cama con ayuda de cuidador primario <sup>42</sup></p>	<p>Ayuda y compañía</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Es cooperador para ser movilizado hacia el reposet, el cuidador primario comprende los beneficios y motiva al paciente.</p>
<p>Alentar a realizar deambulaci3n por periodos cortos y a tolerancia en su unidad <sup>36,40</sup></p>	<p>Ayuda y compa3a</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Despu3s de la orientaci3n, el paciente comprende la importancia de caminar.</p>

<b>Tipo de Valoración:</b> Exhaustiva	<b>Fecha:</b> 5 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:00	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Seguridad	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza		<b>Grado de dependencia:</b> Total, nivel 3
<b>Datos Objetivos :</b> Norton 16 puntos, 71 años de edad.	<b>Datos Subjetivos</b> Miedo a presentar caída, inseguridad a la movilización	<b>Datos Complementarios:</b> Herida quirúrgica en miembro pélvico izquierdo.	
<b>Dx. enfermería:</b> riesgo de caída r/c disminución de la fuerza muscular en miembro pélvico izquierdo. Código 00155			
<b>Objetivo de la persona:</b> solicita ayuda para realizar actividades como la movilización y deambulación para evitar caídas.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> orientar al paciente sobre las medidas de seguridad para evitar riesgos.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Proporcionar medidas de seguridad de acuerdo al protocolo del indicador 5. <sup>38</sup>	Orientación	Independiente	Tanto el paciente como sus familiares comprenden la importancia de llevar y respetar estas medidas para evitar peligros y/o accidentes que



<p>Enseñar al cuidador primario la técnica adecuada para movilizarlo fuera de la cama.<sup>28,31,37</sup></p> <p>Supervisar las actividades que realice el paciente durante el turno<sup>36</sup></p> <p>Colocar los objetos de uso frecuente al alcance <sup>37,42</sup></p>	<p>Ayuda y orientación</p> <p>Ayuda y orientación</p> <p>Ayuda y orientación</p>	<p>Independiente</p> <p>Dependiente</p> <p>Independiente</p>	<p>comprometan la vida del paciente.</p> <p>El cuidador primario aprende a movilizar al paciente y en caso necesario solicita ayuda del personal de enfermería</p> <p>Se observa que el paciente realiza sus actividades con menos esfuerzo y es precavido en el momento de incorporarse ya que usa los barandales como apoyo durante el turno no presenta caída.</p>
---	--	--	---

## 7.2 Valoración focalizada del 6 de julio de 2013. (Anexo 10)

**Necesidad de oxigenación:** se observa con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, adecuados movimientos de amplexión y amplexación, frecuencia respiratoria de 20 rpm; Ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca de 60 lpm con una presión de 118/70mmHg. Los pulsos humeral y radial se encuentran con buena intensidad, llenado capilar de 2 segundos, pulso pedio débil y llenado capilar de 3 segundos en miembro pélvico izquierdo.

**Necesidad de nutrición e hidratación:** se encuentra con catéter largo en miembro superior izquierdo permeable a solución NaCl .9% de 1000ml más 20mEq de KCL, buena hidratación de piel, realiza tres comidas durante el día con apetito disminuido, y con dieta de 1800 Kcal para nefropata con restricción de líquidos de 800ml para 24 horas. Presenta peso de 51 Kg, talla de 1.60cm e IMC 19.

**Necesidad de eliminación:** abdomen blando depresible con ruidos peristálticos presentes y disminuidos, con patrón intestinal de 1 vez al día refiriendo que son de características normales. Presenta oliguria con volumen urinario de .6 ml/kg/hora apoyado con diurético con frecuencia de 3 veces por día de características macroscópicas normales, continua con tratamiento de diálisis peritoneal con el baño No 70 y su balance negativo 17270, presenta edema+++ de miembro pélvico izquierdo con incremento de éste con acenso a cara interna del mismo miembro, según escala de Fóvea.

**Necesidad de higiene:** El estado de la piel se encuentra hidratada e íntegra con ligera palidez de tegumentos, continua con catéter tenckhoff funcional sin datos de infección, heridas de safena izquierda con salida de líquido serohemático con vendaje compresivo. Se realiza baño y cambio de ropa. Área genital íntegra sin datos de infección.

**Necesidad de movilidad:** se mantiene en reposet con cambios de posición y no puede apoyar en su totalidad el miembro pélvico izquierdo por falta de fuerza muscular, herida de safenectomia con salida de líquido seroso.

**Necesidad de reposo y sueño.** Se encuentra activo con facies de cansancio, refiere que durante la noche no puede conciliar el sueño debido a que entran las enfermeras a administrar medicamentos en diferentes horas y le interrumpen el sueño además de escuchar demasiado ruido y no puede dormir bien.

### 7.2.1 Jerarquización de necesidades y problemas

<b>Necesidad alterada</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Causa de la dificultades</b>	<b>Nivel de dependencia</b>
Movilización	Total	Falta de fuerza	3
Eliminación	Parcial	Falta de fuerza	3
Nutrición e hidratación	parcial	Falta de voluntad	3
Reposo y sueño	parcial	Falta de fuerza	2
Seguridad	Total	Falta de conocimiento	4

<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 6 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Movilización	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza	<b>Grado de dependencia:</b> Total, nivel 3	
<b>Datos Objetivos :</b> Se acentúa edema en cara interna de la extremidad izquierda, manteniendo por escala de fóvea +++, hiperemia en herida.	<b>Datos Subjetivos:</b> Debilidad y pesadez para movilizar extremidad	<b>Datos Complementarios:</b> heridas de safena con salida de líquido serohemático	
<b>Dx. enfermería:</b> riesgo de lesión r/c alteración en la continuidad de la piel y alteración de la movilidad. Código00035			
<b>Objetivo de la persona:</b> cooperar con las indicaciones dadas por el personal de salud para mejorar la circulación de la extremidad afectada.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> favorecer una perfusión adecuada para evitar riesgo de trombosis y evitar deterioro de la integridad de la piel.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Detectar datos de estasis venosa <sup>31,36</sup>	Ayuda	Independiente	Las extremidades pélvicas se mantienen integras, con facilidad de movimiento y sin repercusión venosa.

Valorar el llenado capilar por tuno <sup>29,36</sup>	Ayuda	Independiente	El llenado capilar de la extremidad comprometida se mantiene en 3 segundos y el pulso pedio disminuido sin repercusión hemodinámica.  Se observa hiperemia en la herida de safenectomia y se mantiene bajo vigilancia  Continua con diurético y terapia de diálisis el cual no favorecido a la disminución del edema se conserva con escala de fóvea +++.  La enfermera de clínica de heridas le realiza curación y reporta que hay mejoría significativa con tejido granulado y epitelizado.
Detectar pulsos distales cada hora <sup>36,42</sup>	Ayuda	Independiente	
Vigilar la temperatura de la extremidad afectada <sup>31,37,42,</sup>	Ayuda	Independiente	
Detectar datos de edema mediante escala de fóvea <sup>31,42</sup>	Ayuda	Independiente	
Verificar la evolución de herida <sup>31,42</sup>	Ayuda	Independiente	

<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 6 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> <b>Eliminación</b>	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza	<b>Grado de dependencia:</b> Parcial nivel 3	
<b>Datos Objetivos :</b> Peristalsis presente y disminuida	<b>Datos Subjetivos:</b> evacua 1 vez al día de características normales y presenta flatulencia	<b>Datos Complementarios:</b> Dieta de 1800kcal para nefropata	
<b>Dx. enfermería:</b> riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal por reposo prolongado en cama y actividad física insuficiente <b>código 00011</b>			
<b>Objetivo de la persona:</b> incrementar la actividad física para mantener una adecuada motilidad intestinal y evitar estreñimiento			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> fomentar y vigilar en el paciente la actividad física y la ingesta de la dieta indicada.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Nivel de Relación</b>		<b>Evaluación</b>
	<b>Enf. Persona</b>	<b>Enf. Equipo Salud</b>	
Verificar presencia de peristalsis 36,42	Ayuda	Independiente	Durante la auscultación los ruidos peristálticos están presentes y disminuidos.

Verificar la ingesta de los alimentos <sup>28,35</sup>	Ayuda y orientación	Interdependiente	Consume los alimentos pausadamente y comprende la importancia de mejorar la motilidad intestinal
Motivar al paciente a realizar deambulaci3n en cub3culo <sup>36,37</sup>	Ayuda y orientaci3n	Independiente	Trata de caminar en su cub3culo con ayuda de su familiar y tolera la movilidad
Vigilar la presencia de las evacuaciones y caracter3sticas que presenta <sup>31,37</sup>	Orientaci3n	Independiente	Presenta evacuaci3n en m3nima cantidad.



<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 6 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Nutrición e hidratación	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de voluntad	<b>Grado de dependencia:</b> parcial, nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> peso de 51 kg, talla 1.60 IMC 19	<b>Datos Subjetivos:</b> Adinámico para la ingesta de alimentos, saciedad inmediata.	<b>Datos Complementarios:</b> Dieta de 1800kcal para nefropata, dentadura incompleta	
<b>Dx. enfermería:</b> riesgo de desequilibrio nutricional r/c ingesta inferior de las necesidades y factores psicológicos <b>Código00002</b>			
<b>Objetivo de la persona:</b> mostrar el interés por mantener un equilibrio nutricional			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> informar al paciente la importancia de consumir los alimentos.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Fraccionar la dieta en quintos para incrementar la ingesta de nutrientes <sup>34,35</sup>	Ayuda y orientación	Interdependiente	Acepta la dieta en cantidades pequeñas y menciona que se siente satisfecho.

<p>Solicitar apoyo por parte del cuidador primario en la ingesta de alimentos <sup>,37</sup></p>	<p>Orientación</p>	<p>Dependiente</p>	<p>El cuidador primario ayuda y motiva al paciente para que consuma sus alimentos.</p>
<p>Explicar la importancia de ingerir los alimentos de acuerdo con los requerimientos nutricionales <sup>31, 37</sup></p>	<p>Orientación y ayuda</p>	<p>Independiente</p>	<p>Comprende que en su situación es importante que se alimente para evitar pérdida de peso y mantenga los nutrientes requeridos para su organismo.</p>

<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 6 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Reposo y sueño	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de fuerza	<b>Grado de dependencia:</b> parcial, nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> cansado para la realización de actividades	<b>Datos Subjetivos:</b> No concilia el sueño, interrupción del sueño y escuchar demasiado ruido.		<b>Datos Complementarios:</b>
<b>Dx. enfermería:</b> trastorno del patrón de sueño r/c entorno hospitalario m/c cansancio, adinámico para la movilización y apático código 00198			
<b>Objetivo de la persona:</b> mantener un patrón de sueño y descanso para que se mantenga activo durante el día.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> favorecer un ambiente agradable para que el paciente concilie el sueño y duerma durante 6 horas seguidas.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Disminuir en lo posible los ruidos externos por la noche entre otros factores <sup>31.37</sup>	Ayuda	Dependiente	Se observa que el paciente mantiene un sueño de 6 horas como mínimo sin interrupciones y refiere sentirse menos cansado

Fomentar actividades de relajación antes de dormir <sup>37,40</sup>	Ayuda, compañía orientación	Independiente	Se muestra relajado, tranquilo al escuchar música de su agrado refiere que le ha favorecido para mejorar su sueño.
---	-----------------------------	---------------	--

<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 6 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Seguridad	<b>Causa de dificultad:</b> Falta de conocimiento	<b>Grado de dependencia:</b> Total, nivel 4	
<b>Datos Objetivos :</b> Cultivos positivos, temperatura de 36.5°C	<b>Datos Subjetivos:</b>	<b>Datos Complementarios:</b> Herida de safena izquierda, presencia de fibrina	
<b>Dx. enfermería:</b> retraso en la recuperación quirúrgica r/c infección postoperatoria de safena izquierda m /c cultivos positivos con enterobacter aerogenes, enterococcus faecium <span style="float: right;">Código 00100</span>			
<b>Objetivo de la persona:</b> participar en la realización de movimientos para mejorar la circulación y que la herida cierre progresiva y favorablemente.			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> vigilar el proceso de cicatrización y presencia de complicaciones de la safenectomía.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Ministrar antibiótico cada 24 horas (ertapenem) <sup>39</sup>	Ayuda, orientación	Dependiente	Se mantiene sin cambios en la temperatura y continúa con

<p>Valorar características de la herida 28,31,36</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Dependiente</p>	<p>tratamiento para cumplir 12 días. Se mantienen con fibrina sin datos de extravasación, mantiene cultivos positivos.</p>
<p>Evaluar la perfusión de la extremidad izquierda 36, 42</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Dependiente</p>	<p>No presenta datos de hipoperfusión con temperatura de 36.5°C, llenado capilar de 3 segundos pulso pedio disminuido</p>
<p>Favorecer la movilidad de la extremidad 28,36</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Dependiente</p>	<p>El paciente se observa con mayor seguridad para apoyar la extremidad afectada,</p>
<p>Proporcionar vendaje compresivo 31</p>	<p>Ayuda</p>	<p>Dependiente</p>	<p>El vendaje compresivo ha favorecido para tener una mejor circulación de la sangre</p>

### 7.3 Valoración focalizada del 7 de julio 2013. (Anexo 11)

**Necesidad de oxigenación:** frecuencia respiratoria de 20 rpm; frecuencia cardiaca de 70 lpm con una presión de 113/76mmHg. Pulso pedio débil y llenado capilar de 3 segundos de la extremidad pélvica izquierda y en el derecho llenado capilar de 2 segundos.

**Necesidad de eliminación:** abdomen blando depresible con ruidos peristálticos presentes, con patrón intestinal de 1 vez al día refiriendo que son de características normales. Presenta oliguria con volumen urinario de .8 ml/kg/hora con frecuencia de 3 veces por día de características normales no refiere disuria, se encuentra en tratamiento con diálisis peritoneal con baño No 73 y balance negativo 18380, presenta edema+++ de miembro inferior izquierdo.

**Necesidad de higiene:** El estado de la piel se encuentra hidratada con ligera palidez de tegumentos, abdomen con catéter tenckhoff permeable sin datos de infección, presenta abrasión por exceso de líquido acentuado en cara lateral del miembro inferior izquierdo.

**Necesidad de movilidad:** se mantiene en reposit con cambios de posición en compañía de familiares, alterna con caminata en su cubículo.

### 7.3.1 Jerarquización de necesidades y problemas

<b>Necesidad alterada</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Causa de la dificultad</b>	<b>Nivel de dependencia</b>
Higiene	Parcial	Falta de conocimiento	2



<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 7 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Higiene	<b>Causa de dificultad:</b> falta de conocimiento	<b>Grado de dependencia:</b> Parcial, nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> Abrasión, edema+++ acentuado en cara lateral del miembro inferior izquierdo.	<b>Datos Subjetivos:</b>	<b>Datos Complementarios:</b> baño No73 y balance negativo18380	
<b>Dx. enfermería:</b> deterioro de la integridad cutánea r/c extravasación en el espacio intersticial m/c abrasión en cara lateral de la extremidad afectada 00046 <span style="float: right;">Código</span>			
<b>Objetivo de la persona:</b> conservará un equilibrio hídrico adecuado para su estado de salud			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> evitar que las abrasiones se vuelvan lesiones dérmicas			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Vigilar características de la piel <sup>31, 36</sup> Lubricar la piel por turno <sup>37,42</sup> Mantener la piel seca y limpia <sup>28</sup>	Ayuda Ayuda y orientación Ayuda y orientación	Dependiente Independiente Independiente	La abrasión mide 1cm aproximadamente, no hay presencia de lesiones dérmicas, la piel se mantiene lubricada y seca.

Vigilar ingresos y egresos de líquidos <sup>31,42</sup>	Ayuda y orientación	Dependiente	Presenta volumen urinario de .8 ml/kg/hora balance negativo de 18380 en diálisis peritoneal y continua con ministración de diurético
---	---------------------	-------------	--

#### 7.4 Valoración focalizada del 8 y 10 de julio 2013

8 de julio del 2013 (Anexo 12) se cubrió la **necesidad de eliminación**: Presenta oliguria con volumen urinario de .6 ml/ kg/hora apoyado con diurético, se encuentra con tratamiento de diálisis peritoneal con baño No 79, el balance es negativo 19270 continua con edema+++ ya especificado anteriormente, peso actual de 51.300kg y talla de 1.60 cm con IMC 16.

10 de julio del 2013 (Anexo13)

**Necesidad de eliminación**: se mantiene con volumen urinario de .8ml/kg/hora apoyado con diurético, tiene balance negativo de 20540 y queda en el baño No 86.

**Necesidad de evitar peligros**: presenta periodos de ansiedad por estancia prolongada en el hospital, se solicita el apoyo del cuidador primario para que nos haga saber si nota algún cambio que altere la situación emocional del paciente.

Nota: de acuerdo a las valoraciones que se realizaron durante estos días solo se detecta a cubrir las necesidades mencionadas.

#### 7.4.1 Jerarquización de necesidades y problemas

<b>Necesidad alterada</b>	<b>Grado de dependencia</b>	<b>Causa de la dificultades</b>	<b>Nivel de dependencia</b>
seguridad	Parcial	Falta de conocimiento	2

<b>Tipo de Valoración:</b> Focalizada	<b>Fecha:</b> 10 julio del 2013	<b>Hora:</b> 15:15	<b>Servicio:</b> 7° piso hospitalización
<b>Necesidad Alterada:</b> Seguridad	<b>Causa de dificultad:</b> falta de conocimiento	<b>Grado de dependencia:</b> Parcial, nivel 2	
<b>Datos Objetivos :</b> Inquietud	<b>Datos Subjetivos:</b> <b>Preocupación</b>	<b>Datos Complementarios:</b> indiferente al medio	
<b>Dx. enfermería:</b> ansiedad r/c crisis situacionales (estancia prolongada) m/c inquietud, preocupación código 00146			
<b>Objetivo de la persona:</b> realizar alguna actividad recreativa para disminuir su preocupación			
<b>Objetivo de la enfermera:</b> mantener al paciente informado sobre su situación de salud y el cuidador primario nos ayudara para infórmale sobre su familia para que no se encuentre preocupado.			
<b>Plan de Intervenciones</b>			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enf. Persona	Enf. Equipo Salud	
Mejorar el entorno <sup>31,36,</sup>	Ayuda	Dependiente	Se ha mantenido un ambiente acogedor, la relación que se tiene con el paciente es profesional se trata de platicar y de atender sus preocu-

<p>Fomentar una relación estrecha enfermera paciente <sup>28, 36,37.</sup></p> <p>Mantener una actividad recreativa <sup>37,40</sup></p>	<p>Ayuda y orientación</p> <p>Compañía y Orientación</p>	<p>Independiente</p> <p>Independiente</p>	<p>paciones; se mantiene tranquilo</p> <p>Con la información que recibe con respecto a su familia disminuye su preocupación.</p> <p>El paciente al realizar actividad recreativa en este caso escuchar radio y hacer manualidades le favorece para sentirse menos angustiado y externa que se siente mejor.</p>
--	--	---	---

## **8. PLAN DE ALTA**

1. Educar al paciente y al cuidador primario en los cuidados necesarios para la cicatrización de la safenectomía.

Realizar aseo de la herida con jabón, agua, y secarla perfectamente

No deberá aplicar cremas o pomadas sobre la herida

En caso de ser necesario deberá acudir con su médico tratante si llegara a presentar: Dolor, enrojecimiento, salida de líquido, separación de los bordes de la herida, fiebre, escalofrío y sudoración

Deberá acudir a retiro de puntos a los 7 días después de su alta en el servicio de clínica de heridas

### **2. Recomendaciones para el cuidado del marcapaso**

Se le explica que puede utilizar aparatos electrodomésticos, verificando que los cables se encuentren en buen estado.

Al utilizar el horno de microondas, manténgase alejado a una distancia de tres a cuatro metros mientras se cocinan sus alimentos

Evite aproximar o colocar imanes sobre el sitio dónde se encuentra el marcapaso

Los arcos detectores de metal causan interferencia

Siempre lleve consigo una tarjeta con sus datos personales y los datos del marcapaso

No olvide mencionar que usted, es portador de marcapaso antes de realizarse cualquier estudio

Asistir al control de su marcapaso de acuerdo a la indicación médica.

### **3. Recomendaciones para el manejo de la diálisis peritoneal**

Capacitar al paciente y al cuidador primario para la realización de diálisis peritoneal

Recomendar que continúe con su dieta proporcionada por la nutrióloga

Se darán recomendaciones en relación al consumo proteico, consumo de sal y potasio

## 9. EVALUACIÓN GENERAL

El señor Crisóforo se mantiene preocupado por la situación económica ya que depende de su hijo el cual tiene un ingreso inferior; se sintió contento al saber que era candidato para cirugía pensaba que posiblemente su tiempo de vida estaba por concluir, su familia ha sido pieza fundamental para los internamientos ya que el saber que lo esperan en casa lo alienta para seguir adelante; al enterarse que su estancia se prolongaba por la dehiscencia de herida repercutió en el estado de ánimo pero siempre con la actitud de salir adelante.

Durante su estancia hospitalaria se identificaron tres fuentes de dificultad: la falta de fuerza, la falta de conocimiento y falta de voluntad que lo llevaron a un grado de dependencia parcial y total; el hecho de tener interés en aprender y de mejorar su salud comprendió que podría lograr la independencia en sus actividades cotidianas.

Cada una de las intervenciones de enfermería como ayuda, suplencia y orientación son enfocadas con el propósito de que la recuperación del Sr. Crisóforo sea favorable en donde poco a poco fue adquiriendo la independencia esto también es logrado con la participación y apego del cuidador primario en este caso de la Sra. Micaela nuera del paciente que fue la que estuvo al pendiente de su evolución

Cabe mencionar que dos días después de haber concluido el proceso se observó que tuvo alucinaciones visuales se realizó interconsulta con psiquiatría el cual hace énfasis en que se debe a la estancia prolongada, indica haloperidol 5mg intravenoso con previa valoración médica; no fue necesario administrarlo y se le incorpora actividades recreativas, mejora su estado cognitivo.

El 15 de julio se intervino para el cierre de la herida de safenectomía evolucionando de manera satisfactoria por lo que se decide egresarlo el día 17 con tratamiento indicado agregándose dicloxacilina 1 tableta cada 12 horas por 14 días.

El día 26 de julio acude a consulta externa para el retiro de puntos de herida de safena



## 10. CONCLUSIONES

Considero que es importante implementar un plan de cuidados de enfermería específico que nos permita resolver los problemas reales o potenciales de la persona con afecciones valvulares, sin dejar a un lado las respuestas humanas de la persona.

Es necesario que el personal de enfermería tenga conocimientos y juicio crítico para brindar un cuidado holístico que favorezca a la recuperación de la persona y poder llevarla a una independencia.

Es importante orientar a la persona sobre su enfermedad y los cuidados que debe de tener para mejorar su calidad de vida, así como hacer partícipe al cuidador primario para que haya una evolución favorable de su salud, disminuyan complicaciones y a su vez reingresos frecuentes.

Las afecciones epidemiológicamente más importantes en el adulto mayor son las enfermedades crónicas de origen multicausal tienen una base degenerativa en la que colaboran diversos factores etiológicos, muchos de estos problemas de salud son susceptibles de prevención para disminuir la morbimortalidad así como preservar la función y la calidad de vida.

La estenosis aórtica (EA) se presenta en países desarrollados. Su prevalencia aumenta con la edad y se diagnóstica en el 4.6% de los adultos mayores de 75 años debido a modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales; un mayor deterioro favorece a la aparición de alteraciones a nivel cardiovascular

## 11. GLOSARIO

<b>Anuria</b>	Supresión o disminución de la secreción de la orina.
<b>Azoemia</b>	Retención en la sangre de cantidades excesivas de compuestos nitrogenados como urea y uratos
<b>BUN</b> (nitrógeno ureico en sangre)	Cantidad de sustancias nitrogenadas presentes en la sangre en forma de urea. Se trata de un índice de la función renal que aumentan en la insuficiencia de este órgano.
<b>Enterobacter aerogenes</b>	Bastoncillo Gram negativo, las cepas son patógenos oportunistas en los nosocomios. Se encuentran sobre la piel humana, plantas, suelos, agua, tractos intestinales y en algunos productos lácteos.
<b>Enterococcus faecium</b>	Es una bacteria Gram-positivo, bacteria alfa hemolítica causa diferentes tipos de infección, como las del tracto urinario, bacteriemias, endocarditis, úlceras de decúbito o isquémicas etc.
<b>Estenosis aórtica</b>	Estrechamiento o constricción de la válvula aórtica.
<b>Fenol</b>	Agente químico cristalino, cáustico y muy tóxico que se deriva del carbón vegetal o mineral o se obtiene sintéticamente, relacionado a su estructura con alcoholes desinfectantes y antibióticos.
<b>Halitosis</b>	Signo caracterizado por mal aliento u olor en la boca
<b>Hipercalemia</b>	Elevación de las cantidades de potasio sanguíneo encima de lo normal
<b>Hiponatremia</b>	Niveles anormalmente bajos de sodio en sangre, provocados por una excreción inadecuada de agua o exceso de agua en sangre circulante

<b>Hipopotasemia</b>	Trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del ion potasio (K) en la sangre, con niveles por debajo de 3.5 mmol/L.
<b>Isotenuria</b>	Emisión de orina de baja densidad que refleja una pérdida de la capacidad de concentración y de dilución del riñón
<b>Oliguria</b>	Disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina de forma que los productos finales de metabolismo no pueden ser excretados eficientemente.
<b>Ortopnea</b>	Proceso anormal en el que una persona debe sentarse o permanecer de pie para respirar profunda o confortablemente.
<b>Proteinuria</b>	Presencia de cantidades excesivas de proteína, generalmente albumina, en la orina
<b>Safenectomía</b>	Escisión total o parcial de una vena safena.
<b>Sistema VAC</b> (sistema de presión negativa)	Se basa en el uso de presión negativa o subatmosférica para el manejo de heridas complejas, que estimula la aparición del tejido de granulación y controla el exudado.
<b>Staphylococcus epidermidis</b>	Estafilococo no pigmentado, coagulasa negativo. Es saprofito de piel y mucosas; patógeno oportunista. Se puede aislar como agente responsable de infecciones urinarias, endocarditis e infecciones en plastias valvulares. 39

## 12. REFERENCIAS

- 
- 1 Paredes A, Martínez A. Prótesis valvular aórtica percutánea: ¿Qué debemos saber?. Rev Chil Cardiol 2012; 31(1): 55-62.
  2. Ribera J. Aparato circulatorio: envejecimiento cardiaco. Principales cardiopatías en el anciano En: Guillen F, Salgado A, Ruiperez. Manual de geriatría.3ª ed. Barcelona, España: Masson; 2003. 289-298.
  - 3 Valdivia J, Gutiérrez C, Delgado E, Daymiris F, Trejo J, Fernández I. Epidemiología de la enfermedad renal crónica y los factores de riesgo relacionados con la supervivencia. Invest Medicoquir 2011 (enero –junio); 3(1):64-75.
  - 4 Gerard-Tortora J, Reynolds-Grabowski S. Principios de anatomía y fisiología 9ª ed. México: Oxford; 2002.643-654.
  - 5 Guadalajara - Boo F. Cardiología 5ª ed. México: Méndez editores; 2003, pag 519-529.
  - 6 Alburquerque C, Serra V, Pérez F. Lesiones valvulares. Estenosis aórtica. Sociedad castellana de cardiología Rev Monocardio N. ° 4 • 2000; 4(11):245-257.
  - 7 Kuri J, Crespo L, Necochea J. Valvulopatías. En: Vargas-Barrón; Tratado de cardiología sociedad mexicana de cardiología. México: Inter Sistemas; 2006.443-502.
  - 8 Pérez-Santander S, Lupi-Herrera E. El comportamiento del miocardio en la isquemia y en la reperfusión. Madrid, España: Elsevier; 2004.443-511.
  - 9 Azpitarte J, Bardají A, Cabadés A. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en cirugía coronaria. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 241-266.
  - 10 Desirée Vélez Rodríguez, ECG Pautas de electrocardiografía, 2ª ed. Madrid, España: Marbán; 2011.25-96.
  - 11 Rodríguez J. Historia de la estimulación cardíaca eléctrica. Los Marcapasos. Ars médica, Revista de Humanidades 2005; 4:94-107.
  - 12 Rubín J.; Generalidades de las arritmias cardíacas. En: Romero Tarín, Ferrero M, Cardiología. España: Gráficas Covadonga; 2007:154-162.
  - 13 Hayes L., Zipes P. Marcapasos y desfibriladores cardíacos. En: Braunwald, Eugene; Zipes, Douglas P.; Libby, Meter. Cardiología. “El Libro” de la medicina cardiovascular Madrid: Marbán Libros, 2004: Vol. 2; 951-992.

- 
- 14 Scaglione – Rdemmers J. Libro virtual Intramed Arritmias en pediatría [revista en Internet] [Citado 5 de agosto de 2013.] Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/guias%20marcapasos.pdf>
- 15 Bravo M, Íñiguez A, Díaz O, Calvo F. Manual de cardiología para enfermeras. España: Alfer; 2006.160-165.
- 16 Gonzales-Chávez A. Cuidados intensivos en el paciente con insuficiencia renal aguda. México: Prado; 2004.205-230.
- 17 Guyton A, Hall J. Tratado de fisiología médica. 10ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana;2001.339-354.
- 18 Mark H. Insuficiencia renal. En: Merck. Nuevo Manual Merck. 4ªed. Barcelona, España: Océano; 2009. 994-999.
- 19 Peña C. Insuficiencia renal crónica. En Peña C. Nefrología clínica y trastornos del agua y electrolitos. 4ªed. México: Méndez editores; 2002.411-424.
- 20 Hernando-Avedaño. Nefrología clínica, 2ªed. Madrid: Medica panamericana; 2003. 320-335.
- 21 Frenk-Mora J, Ruelas-Barajas E, Guía tecnológica16: sistema de diálisis peritoneal. Centro nacional de excelencia tecnológica en salud [Internet].2004 Noviembre, [citado 7 de julio 2013]; 1-17disponible en: [http://www.cenetec.-salud.gob.mx/descargas/equipo\\_guias/guias\\_tec/16gt\\_dialisis.pdf](http://www.cenetec.-salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/guias_tec/16gt_dialisis.pdf)
- 22 Rosales-Barrera S. Fundamentos de enfermería .2ªed. México: Manual Moderno; 1999.202-217,
- 23 Iyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería.3ª ed. México: Mc Graw- Hill; 2008.95
- 24 García, María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de virginia henderson. 2ª ed. México: Progreso; 2004.3-24.
- 25 Álvarez-González M, Arkáute-Estrada I, Belaustegi-Arratibel A, Chaparro-Toledo S, González García P y Peña-Tejera C. Guía de práctica clínica cuidados críticos de enfermería. [Internet]. 2004, [citado Julio 2013]; Disponible en: <http://www.see-iuc.com/profesio/criticos.pdf>

- 
- 26 Sierra Pacheco M. Preescolar con alteración de las necesidades básicas secundario a tetralogía de fallot [Estudio de Caso]. México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009.
- 27 NANDA 2009-2011. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier;2010.
- 28 Jara A, Castro R, Guzmán M .Manual de la enfermería, 3ª ed.Madrid, España: Océano; 2005.109,269,273,238,317,414-420.
- 29 Jinich H. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades 3ª ed, México: Manual moderno JGH editores; 2006.319.
- 30 Prohel. Enfermería de urgencias, técnicas y procedimientos. 3ª ed. Madrid España: Harcourt Brace; 2002.143,230,250,478.
- 31 Audrey-Berman, Shirlee-Snyder. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas vol. II, 8ªed. Madrid España: Pearson Prentice hall; 2009. 423,579,580, 581,903,905,919,928,1106,1121,1436,1437.
- 32 Uriarte-Bonilla V, Farmacología clínica. México: Trillas; 2003.922.
- 33 Rodríguez-Carranza R. Vademécum académico de medicamentos. 4ªed. México: Mc Graw Hill; 2008.328,329.
- 34 Frances–Navarro. Enciclopedia práctica de la salud familiar. España: Salvat 2007. 75-77.
- 35 Martín C, Plasencia D, González L. Manual de dietoterapia. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.25-30.
- 36 Urden I. Cuidados intensivos en enfermería vol.1, 3ªed. España: Harcourt /océano 2003.101, 329,330,458,460,465,485,487,488.
- 37 Rosales-Barrera S. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. México: Manual moderno; 1999.95-111,256-265,290,391,450-252..
- 38 Ortega C, Suarez G, Quintero M, Cruz G, Cruz M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación, México: Panamericana; 2006.102-116.
- 39 Bertram G. Farmacología básica y clínica.11ª ed. México: Mc Graw Hill ;2010.340, 786.

---

40 Gramunt Fombuena N. Ejercicios y actividades para la estimulación cognitiva. vive el envejecimiento activo [revista de internet]. Fecha de consulta [20 de julio 2013]; 9-80. disponible en: [http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Gen te\\_30/ejercicios\\_es.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Gen%20te_30/ejercicios_es.pdf)

41 Gispert C. Diccionario de medicina. Océano mosby 4ª ed. Barcelona España: Océano; 2004.

42 Luckman J. Cuidados de enfermería Saunders. Vol I. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 2000. 123,132,135,300,378,400,553,967.

43 Norton D, McLaren R, Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital Edinburgh: Churchill Livingston, 1975.

44 Serrano-Atero M, Caballero J, Cañas A, García-Saura P, Serrano-Álvarez C, y Prieto J. Valoración del dolor (I) Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 94-108.

## 13. ANEXOS

### Anexo 1

Cuadro 1 Código de letras NASPE/BPEG

I	II	III	IV	V
Cámara Estimulada	Cámara Sensada	Modalidad ante el Sensado	Modulación de la Frecuencia	Estimulación Multisitio
A= aurícula	A= aurícula	I= inhibida	O= ninguno	A= aurícula
V= ventrículo	V= ventrículo	T= disparada (triggered)	R=frecuencia (rate) adaptable a demanda	V= ventrículo
D= dual o bicameral (a+v)	D= dual o bicameral (a+v)	D= dual o bicameral (a+v)		D= dual o bicameral (a+v)
O= ninguno	O=ninguno	O= ninguno		O= ninguno

Fuente: Hayes L., Zipes P. *Marcapasos y desfibriladores cardiacos*. En: Braunwald, Eugene; Zipes, Douglas P.; Libby, Meter. *Cardiología. "El Libro" de la medicina cardiovascular* Madrid: Marbán Libros, 2004: Vol. 2; 951-992.



Cuadro 2 Grado de independencia y dependencia

**Independencia**

**Dependencia**

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

FUENTE: Sierra Pacheco M. Preescolar con alteración de las necesidades básicas secundario a tetralogía de fallot [Estudio de Caso]. México: Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2009.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

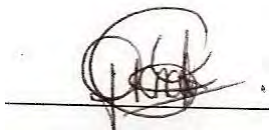
Anexo 3

México D.F.8 de Julio del 2013.

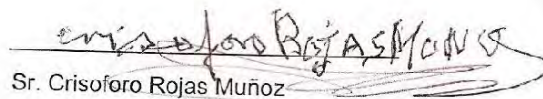
Carta informativa La que suscribe P.E Diana Karina Uribe Castañeda, quien actualmente se encuentra realizando el servicio social de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia en el servicio de cardiología adultos "B" en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez desea realizar un seguimiento de caso clínico al señor Crisóforo Rojas Muñoz quien se encuentra con el diagnóstico médico de cambio valvular aórtico, revascularización coronaria con herida infectada de la extremidad pélvica izquierda, enfermedad renal bajo tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y marcapaso en modalidad DDD, dentro del Instituto y a quien se solicita su autorización para llevar a cabo su seguimiento .

El compromiso que se adquiere con la persona es visitarla periódicamente para evaluar su evolución de salud, proporcionándole apoyo cuando así lo requiera y orientarla en cuanto a los cuidados que favorece su estado de salud, cuando la persona no pueda comprender las actividades que se le sugieren se le explicara detalladamente así como a sus familiares, de ninguna forma se intervendrá en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento médico o quirúrgico.

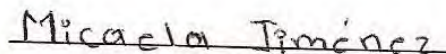
La información obtenida quedara únicamente para fines académicos



P.E. Diana Karina Uribe Castañeda  
Licenciatura En Enfermería y Obstetricia  
Del Instituto Nacional De Cardiología  
Ignacio Chávez



Sr. Crisoforo Rojas Muñoz



Micaela Jiménez

Testigo

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGANCIO C-ÁVEZ**  
**HOJA DE VALORACION EXHAUSTIVA**

---

**I. DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_ No. Cama \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_  
 Lugar de procedencia \_\_\_\_\_

**II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL**

a) ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica

Rol de la persona \_\_\_\_\_ Dinámica familiar \_\_\_\_\_

b) ESTRUCTURA ECONÓMICA  
 Total de ingresos mensuales \_\_\_\_\_

c) MEDIO AMBIENTE  
 Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ Servicios con que cuenta \_\_\_\_\_  
 N° de habitaciones \_\_\_\_\_ Tipo de fauna \_\_\_\_\_

**III. HISTORIA DE SALUD**  
 Motivo de la consulta \_\_\_\_\_  
 Dx Médico reciente \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de salud familiar \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de estudios recientes \_\_\_\_\_  
 Tratamientos prescritos \_\_\_\_\_

---

**4. NECESIDAD DE OXIGENACION**

Área pulmonar

FR \_\_\_\_\_ resp r/mia      Dificultad para respirar: Apnea       Disnea:    SI    No    Clase funcional NYHA:    I | III | IV

Secreciones bronquiales: SI     No     Características \_\_\_\_\_

Dificultad para la expectoración: SI     No     Epistaxis

Ruidos respiratorios: Normales Vesicular SI  No     Broncovesiculares SI  No     Raca pleural SI  No   
 Anormales Estertores SI  No     Sibilancias SI  No

Fuma Usted: SI  No     Cuanto tiempo le iva fumando? \_\_\_\_\_    Cuantos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Suplemento de O<sub>2</sub>: Nebulizador \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub>    Catéter nasal \_\_\_\_\_ Lts x min \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
 Ventilación mecánica: SI  No     Invasiva     No invasiva     # de cánulas \_\_\_\_\_    Modalidad: \_\_\_\_\_


Vol. Corr: \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ P. soporte: \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ Sensibilidad \_\_\_\_\_  
 Gasometría arterial    Hora \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_ Lat x min    Presión arterial: \_\_\_\_\_

PANI \_\_\_\_\_ Invasiva \_\_\_\_\_

Perfil Hemodinámico

Pulso (anotar características):  
 N=Normal    D= Débil    P=Paradójico    A=Ausente

Carotídeo \_\_\_\_\_    Humeral \_\_\_\_\_    Radial \_\_\_\_\_  
 Popíteo \_\_\_\_\_    Pedio \_\_\_\_\_    Femoral \_\_\_\_\_


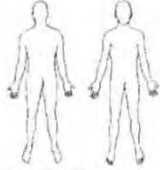
Llenado capilar: Miembro torácico \_\_\_\_\_ seg    Miembro pélvico \_\_\_\_\_ seg    Ingurgitación yugular: SI  No

Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    Tipo de dolor: \_\_\_\_\_    Irradiación: \_\_\_\_\_

Hepatomegalia SI  No     Presenta dolor a la palpación SI  No

Edema: SI  No     Site:    +  ++  +++  ++++

Acrocianosis M.Torácicos: +  ++  +++  ++++     M.Pélvicos: +  ++  +++  ++++

Marcapasos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____ Datos subjetivos: _____	Trazo ECG Ritmo _____ Alteraciones: _____
Soporte Cardíaco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inotrópicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ Datos subjetivos: _____ <div style="text-align: center;">           Dependencia <input type="checkbox"/>      Independencia <input type="checkbox"/> </div>	
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	
Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____ Diámetro cintura: _____ Coloración de la piel _____ Características del cabello _____ Días a la semana que consume: Carne roja (res, cerdo) <input type="checkbox"/> Carne blanca (pollo, pescado) <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Leguminosas <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Cantidad de: Sal <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> N° de tortillas <input type="checkbox"/> Pan blanco <input type="checkbox"/> pzas Pan dulce <input type="checkbox"/> veces por día <input type="checkbox"/> a la semana Agua natural _____ Litros por día    Agua con frutas naturales _____ Litros por día    Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día Gaseosas _____ por día      Café _____ por día      Té _____ por día Consume golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Frituras _____ por día _____ a la semana      Dulces _____ veces por día _____ a la semana Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____ En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____ Como considera su alimentación (cantidad y calidad) _____	
Estado de la cavidad oral: Mucosa oral _____ Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Caries _____ Uso de prótesis dental: _____ Datos subjetivos: _____ <div style="text-align: center;">           Dependencia <input type="checkbox"/>      Independencia <input type="checkbox"/> </div>	
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	
Patrón urinario: Frecuencia: _____ Veces al día      Características _____ Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polaquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/> Color: Normal <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Coliúrica <input type="checkbox"/> Otros _____      Uso de diuréticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Patrón intestinal Frecuencia habitual _____ veces al día Normal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Características Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> c/sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/> Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcionar cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Uso de laxantes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dispositivos de drenaje _____ Menstruación <input type="checkbox"/> Vol Alto Medio Bajo FUM _____ Datos subjetivos _____ <div style="text-align: center;">           Dependencia <input type="checkbox"/>      Independencia <input type="checkbox"/> </div>	
<b>4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</b>	
Temperatura _____ Normotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Diaforesis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Datos subjetivos _____ <div style="text-align: center;">           Dependencia <input type="checkbox"/>      Independencia <input type="checkbox"/> </div>	
<b>5. NECESIDAD DE HIGIENE</b>	
Coloración de la piel: Pálida <input type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Estado de la piel: Hidratada <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Tipo de lesión: 1. Quirúrgica      Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Dehiscente <input type="checkbox"/> 2. Úlcera por presión    I    II    III    IV      Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 3. Úlcera venosa      I    II    III    IV      Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 4. Úlcera diabética    I    II    III    IV      Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> 5. Otra _____      Proceso de cicatrización <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Datos subjetivos _____ <div style="text-align: center;">           Dependencia <input type="checkbox"/>      Independencia <input type="checkbox"/> </div>	
 Localización: _____	

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
Actividad física:	
Deambulación:	Independiente <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/>
Movilidad en cama:	Se mueve solo <input type="checkbox"/> Suplencia total: Inmóvil <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
	Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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):	_____
Estado cognitivo:	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
Riesgo de caída:	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Sujeción Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Valoración de Norton _____
Deficiencias senso-perceptivas:	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
Uso de anteojos y lentes de contacto:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso de prótesis en extremidades: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Actitud ante el ingreso:	Colaborador <input type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
Factores de riesgo:	HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
Sufre o ha sufrido de lipotimia:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adicciones _____
Cocina con leña o carbón:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcohólica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Maneja automóvil: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sabe portador de:	Prótesis valvulares cardíacas _____ Marcapasos definitivo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desfibrilador interno:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Endoprótesis vasculares: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:	
Anticoagulantes orales:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antihipertensivos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiolíticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antidepresivos:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insulina de acción rápida o intermedia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
	Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duerme bien:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ Nº de horas _____
¿Se despierta con frecuencia?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____
Duerme durante el día:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Necesita algún facilitador del sueño como:	Música <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
Tipo de medicamentos:	_____ Su entorno le favorece el reposo y sueño: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La estancia en el hospital le produce ansiedad?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
	Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	
Su comunicación es:	Clara Confusa Afásica Incapaz
Limitaciones físicas para la comunicación:	_____
Se expresa en otra lengua:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Manifiesta:	
Emociones y sentimientos:	Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
Cómo se concibe (Autoconcepto):	_____
Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qué? _____
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?:	_____
De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores?:	_____
Tipo de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala):	
Familia:	[E] [B] [R] [M]
Vecinos:	[E] [B] [R] [M]
Compañeros de Trabajo:	[E] [B] [R] [M]
Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión):	_____
Datos subjetivos:	
	Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece algún grupo religioso o asociación?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Solicita apoyo religioso:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cada cuando? _____
Sus creencias:	Le ayudan No ayudan No interfieren
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>

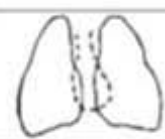
11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Conoce el motivo de su ingreso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su padecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiene inquietudes sobre su salud	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____
Conoce los signos de alarma de su padecimiento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input type="checkbox"/>
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE	
Cuenta con trabajo actualmente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su trabajo le proporciona satisfacción	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input type="checkbox"/>
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS	
Requiere de apoyo para vestirse?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo de ropa que le gusta usar	_____
El cambio de ropa cada cuando lo realiza?	_____
La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input type="checkbox"/>
14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
Qué actividad realiza en su tiempo libre?	_____
Cuál es su diversión preferida?	_____
Su estado de salud modificó su forma de divertirse?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Etapa reproductiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menarca	_____
Uso de método para control natal	_____
N° embarazos	_____
Eutócicos	_____
Cesáreas	_____
Abortos	_____
Óbitos	_____
Vida sexual activa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo son consideradas satisfactorias?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Con que lo relaciona?	_____
Andropausia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menopausia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apoyo hormonal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuál en caso afirmativo?	_____
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input type="checkbox"/>

Cuadro 3 Valoración del grado de edema

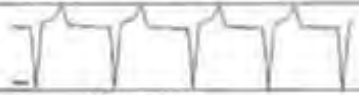

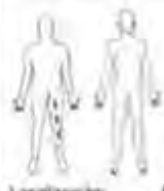
<b>GRADO</b>	<b>SIMBOLO</b>	<b>MAGNITUD</b>	<b>EXTENSIÓN</b>
Grado I	+	Leve depresión sin distorsión visible del contorno	Desaparición casi instantánea
Grado II	++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos
Grado III	+++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++	Depresión profunda de hasta 1 cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

Luckman J. Cuidados de enfermería Saunders. Vol I. México:Mc Graw- Hill Interamericana; 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA 5 de julio																																		
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>																																		
Nombre	C.R.M.	Sexo	M	Edad	71 años	Servicio	7° piso adultos "B"	No. Cama	724	Registro	332247																							
Institución	INC	Escolaridad	Primaria	Estado civil	Casado	Institución																												
Lugar de procedencia	Nepantla, Estado de México																																	
<b>II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL</b>																																		
<b>a) ESTRUCTURA FAMILIAR</b>																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Edad</th> <th>Parentesco</th> <th>Ocupación</th> <th>Aportación económica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Felipe Ramiro Ramirez</td> <td>44</td> <td>hijo</td> <td>campo</td> <td>\$1500</td> </tr> <tr> <td>Micaela Jiménez Muñoz</td> <td>34</td> <td>Nuera</td> <td>Al hogar</td> <td>Ninguna</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>										Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica	Felipe Ramiro Ramirez	44	hijo	campo	\$1500	Micaela Jiménez Muñoz	34	Nuera	Al hogar	Ninguna										
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica																														
Felipe Ramiro Ramirez	44	hijo	campo	\$1500																														
Micaela Jiménez Muñoz	34	Nuera	Al hogar	Ninguna																														
Rol de la persona <u>Campesino</u> Dinámica familiar _____																																		
<b>b) ESTRUCTURA ECONÓMICA</b>																																		
Total de ingresos mensuales \$ 1500 _____																																		
<b>c) MEDIO AMBIENTE</b>																																		
Tipo de vivienda <u>concreto</u> Servicios con que cuenta <u>Luz agua teléfono</u>																																		
N° de habitaciones <u>3</u> Tipo de fauna <u>10 pollos y 4 borregos</u>																																		
<b>III. HISTORIA DE SALUD</b>																																		
Motivo de la consulta <u>Disnea de medianos esfuerzos</u>																																		
Dx Médico reciente <u>Infección de tejidos blandos</u>																																		
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Colocación de mcp,</u>																																		
Antecedentes de salud familiar <u>Diabetes, hipertensión</u>																																		
Antecedentes de estudios recientes _____																																		
Tratamientos prescritos <u>aspirina, atorvastatina, enoxaparina, ertapenem, alopurinol, furosemide, metoprolol</u>																																		
<b>1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN</b>																																		
<u>Área pulmonar</u>																																		
FR <u>21</u> resp x min Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase funcional NYHA: <u>I</u> II III IV																																		
Secreciones bronquiales: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Características _____																																		
Dificultad para la expectoración: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>																																		
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anormales Estertores Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sibilancias Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Roco pleural Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Fuma Usted: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____																																		
Suplemento de O <sub>2</sub> : Nebulizador _____ O <sub>2</sub> Catéter nasal <u>3</u> Lts x min _____ Sat O <sub>2</sub> : <u>96%</u>																																		
Ventilación mecánica: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____																																		
Vol. Corr: _____ FiO <sub>2</sub> : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____																																		
Gasometría arterial Hora _____ PO <sub>2</sub> _____ PCO <sub>2</sub> _____ pH _____ HCO <sub>3</sub> _____																																		
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____																																		
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____																																		
Control radiológico: Normal Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/>																																		
Datos subjetivos: _____																																		
<u>Área Cardiopulmonar</u>																																		
Fc: <u>67</u> Lat x min Presión arterial: <u>128 / 70</u>																																		
PAB: _____ invasiva _____																																		
Perfil Hemodinámico:																																		
Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente																																		
Carotídeo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u>																																		
Popíteo <u>N</u> Pedio <u>D</u> Femoral <u>N</u>																																		
Llenado capilar: Miembro torácico <u>2</u> seg Miembro pélvico <u>3</u> seg Ingurgitación yugular: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>																																		
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____																																		
Hepatomegalia Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>																																		
Eclema: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sitio: mcp + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input checked="" type="checkbox"/> ++++																																		
Acrociano is M.Torácicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ M.Pélvicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++																																		





<p>         Marcapasos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>          Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____          Datos subjetivos: _____       </p>	<p>         Trazo ECG:           Ritmo: Marcapaso Alteraciones: _____       </p>
<p>         Soporte Cardíaco: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Inotrópicos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>          Otros: _____          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	
<p>         Peso: 50 kg Talla: 1.60 Índice de masa corporal (IMC): 19.5 kg/m<sup>2</sup> Diámetro cintura: 86cm          Coloración de la piel: Palidez Características del cabello: Con buena implantación          Días a la semana que consume:          Carne roja (res, cordero): 2 Carne blanca (pollo, pescado): 3 Verduras: 7 Frutas: 7 Cereales: 6 Lácteos: 4 Leguminosas: 0 Vegetales: 4          Cantidad de:          Sal: - Azúcar: 1 N° de tortitas: 4 Pan blanco: 1 pieza Pan dulce: 1 veces por día 3 a la semana          Agua natural: 1 Litros por día Agua con frutas naturales: - Litros por día Aguas con sabores artificiales: - Litros por día          Gaseosas: 2 por día Café: 1 por día Té: 1 por día          Consume golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo: _____          Frituras: _____ por día a la semana Dulces: _____ veces por día _____ a la semana          Comidas que realiza al día en casa: 3 Comidas que realiza fuera de casa: _____          En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____          Como considera su alimentación (cantidad y calidad): buena       </p>	
<p>         Estado de la cavidad oral:          Mucosa oral: Hídratación: _____ Dentadura: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>          Canas: no Uso de prótesis dental: no          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	
<p>         Patrón urinario: Frecuencia: 3 Veces al día Características: Amarillos          Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Poliquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/>          Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hemolítica <input type="checkbox"/> Colérica <input type="checkbox"/> Otras: _____ Uso de diuréticos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>          Acompañamiento al sanitario: <input type="checkbox"/> Proporciona cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Dilatación <input checked="" type="checkbox"/> Hemodilíasis <input type="checkbox"/> </p>	
<p>         Patrón intestinal: Frecuencia habitual: 2 veces al día          Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>          Características: Acida <input type="checkbox"/> Mielera <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> o sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/>          Acompañamiento al sanitario: <input type="checkbox"/> Proporciona cómodo <input checked="" type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Uso de laxantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>          Dispositivos de drenaje: _____ Menstruación: <input type="checkbox"/> Vol: Alto Medio Bajo FUM: _____          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> </p>	
<b>4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</b>	
<p>         Temperatura: 36.7 Normotermia <input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Dálisis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>5. NECESIDAD DE HIGIENE</b>	
<p>         Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosa <input checked="" type="checkbox"/> Hematómica <input type="checkbox"/>          Estado de la piel: Hídratación: Hídratación <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Pitecuisas <input type="checkbox"/> </p>	
<p>         Tipo de lesión:          1. Quirúrgica Proceso de cicatrización: <input checked="" type="checkbox"/> infectada <input checked="" type="checkbox"/> Dehisciente <input type="checkbox"/>          2. Úlcera por presión I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          3. Úlcera venosa I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          4. Úlcera diabética I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          5. Dps Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          Datos subjetivos: _____       </p>	 Localización: Miembro pélvico izquierdo
<p>         Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> </p>	

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
<b>Actividad física:</b>	
<b>Deambulaci3n:</b>	dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/>
<b>Movilidad en cama</b>	Se mueve solo <input type="checkbox"/> Suplencia total: Inm3vil <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos</b>	Ligera movilizaci3n por miembro p3lvico izquierdo
<b>Dependencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Independencia</b>	<input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
<b>Dolor</b>	No <input checked="" type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Localizaci3n _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Etapa de la vida</b> (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez)	Adulto mayor
<b>Estado cognitivo:</b>	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
<b>Riesgo de ca3da:</b>	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeci3n Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Valoraci3n de Norton 16
<b>Deficiencias senso-perceptivas:</b>	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
<b>Uso de anteojos y lentes de contacto</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uso de dispositivos auditivos</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uso de pr3tesis en extremidades</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Actitud ante el ingreso</b>	Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
<b>Factores de riesgo:</b>	HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> S3ncope <input checked="" type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
<b>Sufre o ha sufrido de lipotimia:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Riesgo laboral:</b> _____ <b>Adicciones</b> _____
<b>Cocina con leña o carb3n</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ingesta de bebidas alcoh3lica</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Frecuencia</b> _____ <b>Maneja autom3vil</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Se sabe portador de:</b>	Pr3tesis valvulares cardiacas _____ A3rtico _____ Marcapasos definitivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Desfibrilador interno</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Endopr3tesis vasculares</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ingiera alguno de los siguientes medicamentos:</b>	Anticoagulantes orales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antihipertensivos Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiol3ticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Antidepresivos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Insulina de acci3n r3pida o intermedia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	Debilidad
<b>Dependencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Independencia</b>	<input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
<b>Duerme bien</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cu3l es la causa? _____ N3 de horas 8
<b>¿Se despierta con frecuencia?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cu3l es la causa? _____
<b>Duerme durante el d3a</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Necesita alg3n facilitador del sueño como</b>	M3sica <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de medicamentos</b> _____	Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>La estancia en el hospital le produce ansiedad?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	
<b>Dependencia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Independencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N	
<b>Su comunicaci3n es:</b>	Clara Confusa Af3sica Incapaz
<b>Limitaciones f3sicas para la comunicaci3n:</b>	_____
<b>Se expresa en otra lengua</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cu3l? _____
<b>Manifiesta:</b>	
<b>Emociones y sentimientos</b>	Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
<b>C3mo se concibe (Autoconcepto)</b>	Trabajador, entusiasta y feliz de tener a mi familia
<b>Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qu3? Por pena
<b>¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>¿C3mo ha afectado su enfermedad la relaci3n de pareja, familiar y comunal?</b>	No ha afectado
<b>De acuerdo a su percepci3n ¿cu3les son sus principales valores?</b>	Compromiso, respeto y honestidad
<b>Tipo de relaci3n (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)</b>	
<b>Familia</b>	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
<b>Vecinos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
<b>Compañeros de Trabajo</b>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
<b>Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negaci3n, evasi3n)</b>	
<b>Datos subjetivos:</b>	
<b>Dependencia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Independencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEG3N CREENCIAS Y VALORES	
<b>Pertenece alg3n grupo religioso o asociaci3n?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cu3l? _____
<b>Solicita apoyo religioso</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Asiste a actividades religiosas</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cada cuando? _____
<b>Sus creencias:</b>	Le ayudan No ayudan No interfieren
<b>Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Dependencia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Independencia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Conoce el motivo de su ingreso	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su padecimiento	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Tiene inquietudes sobre su salud	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce los signos de alarma de su padecimiento?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuál? La evolución de las heridas _____	
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE	
Cuenta con trabajo actualmente	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Su trabajo le proporciona satisfacción	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS	
Requiere de apoyo para vestirse?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de ropa que le gusta usar _____	
El cambio de ropa cada cuando lo realiza? diario _____	
La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
Qué actividad realiza en su tiempo libre? Ver televisión en especial programas de luchas _____	
Cuál es su diversión preferida? Convivir con sus nietos _____	
Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Etapa reproductiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menarca	_____
Uso de método para control natal	_____
Nº embarazos	_____
Eutócicos	_____
Cesáreas	_____
Abortos	_____
Óbitos	_____
Vida sexual activa	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Con que lo relaciona? _____	
Andropausia	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Menopausia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apoyo hormonal	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Cuál en caso afirmativo? _____	
Datos subjetivos _____	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>

Cuadro 4 Escala de valoración de Norton

<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MOVILIDAD</b>	<b>INCONTINENCIA</b>	<b>VALOR</b>
Bueno	Alerta	Camina solo	Total, bien	No incontinente	4
Débil	Apático	Camina con ayuda	Ligeramente limitada	Ocasional	3
Malo	Confuso	Silla de ruedas	Muy limitada	Incontinencia urinaria o fecal	2
Muy malo	Estupor	En cama	Inmóvil	Doble incontinencia	1

Fuente: Norton D, McLaren R, Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital Ediburgh: Churchill Livigston, 1975

**Clasificación del riesgo**

5 a 11: muy alto.                    12- 14: evidente.                    > 14: mínimo, sin riesgo.

Cuadro 5 . Escala visual analógica (EVA)



Serrano-Atero M, Caballero J, Cañas A, García-Saura P, Serrano-Álvarez C, y Prieto J. *Valoración del dolor (I)* Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 94-108.

## LABORATORIOS

### Anexo 9

Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
4 de julio del 2013	Potasio	3.4 mmol/L	3.55-5.20 mmol/
	Sodio	135 mmol/L	136 -145 mmol/
	Nitrógeno	25 mg/dl	8.00-18.00 mg/dl
	Creatinina	3.56 mg/dl	.70-1.30 mg/dl
	Ácido úrico	2.38 mg/dl	4.80-8.00 mg/dl
	Hemoglobina	250 Ery/ml	negativo
	Leucocitos por campo EGO	6-10	0-5 CPO
	Eritrocitos por campo EGO	16- 20	0-5 CPO
	Microproteína en orina de 24 horas	1071 mg/24 hrs	0.00-140.00 mg/24 hrs
	Nitrógeno de urea en orina de 24 horas	934.20mg/24 hrs	0.00-35000.00mg/24 hrs.
	Creatinina en orina de 24 hrs.	382.38 mg/24 hrs.	1040.00-2350 mg/24 horas
Volumen de orina de 24 horas	600.00ml		

Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
7 de julio del 2013	Potasio	4.1 mmol/L	3.55-5.20 mmol/
	Cloro	102 mmol/L	98-107mmol/
	Sodio	137 mmol/L	136 -145 mmol/
	Nitrógeno	24 mg/dl	8.00-18.00 mg/dl
	Creatinina	3.3 mg/dl	.70-1.30 mg/dl
	Hemoglobina	8.7 g /dl	14.5-17.7 g /dl
	Hematocrito	26.9 %	42.6-52.6%

Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
11 de julio del 2013	Potasio	4.21 mmol/L	3.55-5.20 mmol/
	Sodio	135 mmol/L	136 -145 mmol/
	Nitrógeno	26.6 mg/dl	8.00-18.00 mg/dl
	creatinina	4.03 mg/dl	.70-1.30 mg/dl
	calcio	7.81 mg/dl	8.50-10.50 mg/dl
	albumina	1.85 g/dl	3.97-5.30 g/dl




Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
13 de agosto del 2013	Potasio	3.90 mmol/L	3.55-5.20 mmol/
	Cloro	95mmol/L	98-107mmol/
	Sodio	137 mmol/L	136 -145 mmol/
	albúmina	2.46g/dl	3.97-5.30 g/dl
	Nitrógeno	40 mg/dl	8.00-18.00 mg/dl
	Creatinina	8.39 mg/dl	.70-1.30 mg/dl
	Hemoglobina	12.0 g /dl	14.5-17.7 g /dl
	Hematocrito	37.3%	42.6-52.6%

Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
16 de julio del 2013	Nitrógeno de urea	30mg/dl	8.00-18.00 mg/dl
	creatinina	5.2 mg/dl	.70-1.30 mg/dl



Fecha	Estudio	Resultado	Valores de referencia
17 de julio del 2013.	Microproteína en orina de 24 horas	483.20 mg/24 hrs	0.00-140.00 mg/24 hrs
	Nitrógeno de urea en orina de 24 horas	384. 80 mg/24 hrs	0.00-35000.00mg/24 hrs.
	Creatinina en orina de 24 hrs.	532.22 mg/24 hrs.	1040.00-2350 mg/24 horas
	Volumen de orina de 24 horas	200.00ml	



<p>Marcapasos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>          Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____          Datos subjetivos: _____</p>	<p>Trazo ECG </p> <p>Ritmo _____ Alteraciones: _____          Marcapaso _____</p>
<p>Soporte Cardíaco: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Inotrópicos: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>          Otros: _____          Datos subjetivos: _____</p> <p style="text-align: center;">Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	
<p>Peso: 50 kg Talla: 1.60 Índice de masa corporal (IMC): 19.5 kg/m<sup>2</sup> Diámetro cintura: 85cm          Coloración de la piel Palidez _____ Características del cabello Con buena implantación _____          Días a la semana que consume:          Carne roja (res, cerdo) <input type="checkbox"/> Carne blanca (pavo, pechuga) <input checked="" type="checkbox"/> Verduras <input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Cereales <input checked="" type="checkbox"/> Lácteos <input checked="" type="checkbox"/> Leguminosas <input type="checkbox"/> Vegetales <input checked="" type="checkbox"/>          Cantidad de: Sal <input type="checkbox"/> Azúcar <input checked="" type="checkbox"/> Nº de tortitas <input checked="" type="checkbox"/> Pan blanco <input type="checkbox"/> - pasas Pan dulce <input type="checkbox"/> veces por día <input type="checkbox"/> a la semana          Agua natural 800 ml por día Agua con frutas naturales _____ Litros por día Agua con sabores artificiales _____ Litros por día          Gasosas _____ por día Café _____ por día Té <input checked="" type="checkbox"/> por día          Consume golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo:          Frutas _____ por día _____ a la semana Dulces _____ veces por día _____ a la semana          Comidas que realiza al día en casa: <input checked="" type="checkbox"/> Comidas que realiza fuera de casa: _____          En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? _____          Como considera su alimentación (cantidad y calidad) buena</p>	
<p>Estado de la cavidad oral:          Mucosa oral Higiene _____ Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>          Caries: no Uso de prótesis dental: no          Datos subjetivos: Adinámico para la ingesta de alimentos, saciedad inmediata          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	
<p>Patrón urinario: Frecuencia: 3 Veces al día Características: Anormal          Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input checked="" type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Poliquiuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/>          Color: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otros: _____ Uso de diuréticos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>          Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcional cómodo <input checked="" type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Dálus <input checked="" type="checkbox"/> Hemodálisis <input type="checkbox"/></p> <p>Patrón intestinal Frecuencia habitual: 1 veces al día          Normal <input checked="" type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>          Características: Acida <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Cambio fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/>          Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporcional cómodo <input checked="" type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Uso de laxantes: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>          Dispositivos de drenaje _____ Menstruación <input type="checkbox"/> Vol. Alto Medio Bajo FUM _____          Datos subjetivos: 1 vez evacuar          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<b>4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</b>	
<p>Temperatura: 36.7 Normotermia <input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Diaforesis: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<b>5. NECESIDAD DE HIGIENE</b>	
<p>Coloración de la piel: Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marméas <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/>          Estado de la piel: Hecatóda <input checked="" type="checkbox"/> Deshechada <input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Pelagosa <input type="checkbox"/></p>	
<p>Tipo de lesión:          1. Quirúrgica Proceso de cicatrización: <input checked="" type="checkbox"/> infectada <input checked="" type="checkbox"/> Dehiscente <input type="checkbox"/>          2. Úlcera por presión I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          3. Úlcera venosa I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          4. Úlcera diabética I II III IV Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          5. Otra Proceso de cicatrización: <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/>          Datos subjetivos: _____          Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/></p>	 <p>Localización: _____          Miembro pélvico (derecho)</p>

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
<b>Actividad física:</b>	
<b>Deambulación:</b>	dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/>
<b>Movilidad en cama:</b>	Se mueve solo <input type="checkbox"/> Suplencia total: Inmóvil <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	Ligera movilización por miembro pélvico izquierdo
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
<b>Dolor:</b>	No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Etapas de la vida:</b>	(neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) <u>Adulto mayor</u>
<b>Estado cognitivo:</b>	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
<b>Riesgo de caída:</b>	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeción Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Valoración de Norton</b> 16
<b>Deficiencias senso-perceptivas:</b>	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
<b>Uso de anteojos y lentes de contacto:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uso de dispositivos auditivos:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uso de prótesis en extremidades:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Actitud ante el ingreso:</b>	Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
<b>Factores de riesgo:</b>	HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Síncope <input checked="" type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
<b>Sufre o ha sufrido de lipotimia:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Riesgo laboral:</b> _____ <b>Adicciones:</b> _____
<b>Cocina con leña o carbón:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ingesta de bebidas alcohólicas:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Frecuencia:</b> _____ <b>Maneja automóvil:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Se sabe portador de:</b>	Prótesis valvulares cardíacas <u>Aórtico</u> Marcapasos definitivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Desfibrilador interno:</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Endoprótesis vasculares:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:</b>	
<b>Anticoagulantes orales:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Antihipertensivos:</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Betabloqueadores:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Ansiolíticos:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Antidepresivos:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hipoglucemiantes:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Insulina de acción rápida o intermedia:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	Debilidad
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/>	
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
<b>Duerme bien:</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ <b>Nº de horas:</b> 8
<b>¿Se despierta con frecuencia?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____
<b>Duerme durante el día:</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Necesita algún facilitador del sueño como:</b>	Música <input checked="" type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de medicamentos:</b>	_____ Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>La estancia en el hospital le produce ansiedad?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	_____
Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	
9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	
<b>Su comunicación es:</b>	<u>Clara</u> Confusa Afásica Incapaz
<b>Limitaciones físicas para la comunicación:</b>	_____
<b>Se expresa en otra lengua:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Cuál?</b> _____
<b>Manifiesta:</b>	
<b>Emociones y sentimientos:</b>	Temores Problemas sociales <u>Le cuesta pedir ayuda</u> <u>Le cuesta aceptar ayuda</u>
<b>Cómo se concibe (Autoconcepto):</b>	<u>Trabajador, entusiasta y feiz de tener a mi familia</u>
<b>Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qué? <u>Por pena</u>
<b>¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal?</b>	<u>No ha afectado</u>
<b>De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores?</b>	<u>Compromiso, respeto y honestidad</u>
<b>Tipo de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)</b>	
<b>Familia:</b>	<u>E B R M</u>
<b>Vecinos:</b>	<u>E B R M</u>
<b>Compañeros de Trabajo:</b>	<u>E B R M</u>
<b>Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)</b>	_____
<b>Datos subjetivos:</b>	_____
Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	
10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	
<b>Pertenece algún grupo religioso o asociación?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Cuál?</b> _____
<b>Solicita apoyo religioso:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Asiste a actividades religiosas:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Cada cuando?</b> _____
<b>Sus creencias:</b>	<u>Le ayudan</u> <u>No ayudan</u> <u>No interfieren</u>
<b>Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/>	

**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? \_\_\_\_\_ La evolución de las heridas \_\_\_\_\_  
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 televisión en especial programas de luchas  
Cuál es su diversión preferida? Convivir con sus nietos  
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

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA 7 de julio											
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>											
Nombre	C.R.M	Sexo	M	Edad	71 años	Servicio	7° piso adultos "B"	No. Cama	724	Registro	332247
Institución	INC	Escolaridad	Primaria	Estado civil	Casado	Institución					
Lugar de procedencia	Nepanla, Estado de México										
<b>II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL</b>											
<b>a) ESTRUCTURA FAMILIAR</b>											
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica							
Felipe Ramos Ramirez	44	hijo	campo	\$1500							
Micaela Jiménez Muñoz	34	Nuera	Al hogar	Ninguna							
<b>b) ESTRUCTURA ECONÓMICA</b>											
Total de ingresos mensuales <u>\$ 1500</u>											
<b>c) MEDIO AMBIENTE</b>											
Tipo de vivienda <u>Concreto</u>					Servicios con que cuenta <u>Luz agua teléfono</u>						
N° de habitaciones <u>3</u>					Tipo de fauna <u>10 pollos y 4 borregos</u>						
<b>III. HISTORIA DE SALUD</b>											
Motivo de la consulta <u>Disnea de medianos esfuerzos</u>											
Dx Médico reciente <u>Infección de tejidos blandos</u>											
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Colocación de mcp.</u>											
Antecedentes de salud familiar <u>Diabetes, hipertensión</u>											
Antecedentes de estudios recientes _____											
Tratamientos prescritos <u>aspirina, atorvastatina, enoxaparina, ertapenem, alopurinol, furosemide, metoprolol</u>											
<b>1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN</b>											
Área pulmonar											
FR	<u>20</u>	resp x min	Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/>		Disnea: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Clase funcional NYHA: I II III IV				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Características _____											
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>											
Ruidos respiratorios: Normales <input checked="" type="checkbox"/> Vesicular Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Anormales <input type="checkbox"/> Estertores Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Roco pleural Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____											
Suplemento de O <sub>2</sub> : Nebulizador _____ O <sub>2</sub> Catéter nasal <u>3</u> Lts x min _____ Sat O <sub>2</sub> : <u>96%</u>											
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____											
Vol. Corr: _____ FIO <sub>2</sub> : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____											
Gasometría arterial Hora _____ PO <sub>2</sub> _____ PCO <sub>2</sub> _____ pH _____ HCO <sub>3</sub> _____											
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____											
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____											
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>											
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/>											
Datos subjetivos: _____											
Área Cardiopulmonar											
Fc: <u>70</u> Lat x min Presión arterial: <u>113 / 76</u>					Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente						
PANI _____ Invasiva _____					Carotídeo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u>						
Perfil Hemodinámico: _____					Popiteo <u>N</u> Pedio <u>D</u> Femoral <u>N</u>						
Llenado capilar: Miembro torácico. <u>2</u> seg Miembro pélvico. <u>3</u> seg Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>											
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____											
Hepatomegalia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>											
Edema: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sitio: Mspz izq. * <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> *** <input checked="" type="checkbox"/> **** <input type="checkbox"/>											
Acrasiosis M.Torácicos * <input type="checkbox"/> ** <input type="checkbox"/> *** <input type="checkbox"/> **** <input type="checkbox"/> M.Pélvicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++											

Marcapasos: Si  No  Temporal  Definitivo   
 Frecuencia \_\_\_\_\_ Amperaje \_\_\_\_\_ Sensibilidad \_\_\_\_\_  
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_

Trazo ECG 

Ritmo Marcapaso  Alteraciones:

Soporte Cardíaco: Si  No  Inotrópicos: Si  No   
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_  
 Dependencia  Independencia

**2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

Peso: 50 kg Talla: 1.60 Índice de masa corporal (IMC): 19.5 kg/m<sup>2</sup> Diámetro cintura: 86cm  
 Coloración de la piel: Palidez Características del cabello: Con buena implantación  
 Días a la semana que consume:  
 Carne roja (res, cordero) \_\_\_\_\_ Carne blanca (pollo, pescado) 3 Verduras 7 Frutas 3 Cereales 3 Lácteos 4 Leguminosas 3 Vegetales 4  
 Cantidad de:  
 Sal \_\_\_\_\_ Azúcar 1 Nº de sorbetes 2 Pan blanco \_\_\_\_\_ Pan dulce \_\_\_\_\_ veces por día \_\_\_\_\_ a la semana  
 Agua natural 800 ml por día Agua con frutas naturales \_\_\_\_\_ Litros por día Aguas con sabores artificiales \_\_\_\_\_ Litros por día  
 Gaseosas \_\_\_\_\_ per día Café 1 per día Té 1 per día  
 Consume gotitas: Si  No  En caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
 Frituras \_\_\_\_\_ per día \_\_\_\_\_ a la semana Dulces \_\_\_\_\_ veces por día \_\_\_\_\_ a la semana  
 Comidas que realiza al día en casa: 3 Comidas que realiza fuera de casa: \_\_\_\_\_  
 En caso de ingerir alimentos fuera de casa, ¿Cuáles son los más frecuentes? \_\_\_\_\_  
 Como considera su alimentación (cantidad y calidad): Balanceda

Estado de la cavidad oral:  
 Mucosa oral: Hinchada \_\_\_\_\_ Dentadura: Completa  Incompleta   
 Caries: no \_\_\_\_\_ Uso de prótesis dental: no \_\_\_\_\_  
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_  
 Dependencia  Independencia



**3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Patrón urinario: Frecuencia: 3 Veces al día Características: Amarillo  
 Anuria  Oliguria  Poliuria  Posaquuria  Disuria  Nicturia  Tenesmo  Incontinencia  Orina inflamada   
 Color: Normal  Hematúrica  Colúrica  Otros \_\_\_\_\_ Uso de diuréticos: Si  No   
 Acompañamiento al sanitario  Proporcionar cómodo/orinal  Pañal  Sonda vesical  Dálisis  Hemodálisis

Patrón intestinal: Frecuencia habitual: 1 veces al día  
 Normal  Estreñimiento  Diarrea  Incontinencia   
 Características: Acida  Múscula  Mucoides  Pastosa  Líquida  Cambio brusca  Fetida   
 Acompañamiento al sanitario  Proporcionar cómodo  Pañal  Uso de laxantes: Si  No   
 Dispositivos de drenaje \_\_\_\_\_ Menstruación  Vol: Alto Medio Bajo FLM \_\_\_\_\_  
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_  
 Dependencia  Independencia

**4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Temperatura: 36.8 Normotermia  Hipotermia  Hipertermia  Ojalmas: Si  No   
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_  
 Dependencia  Independencia

**5. NECESIDAD DE HIGIENE**

Coloración de la piel: Pálida  Rubicunda  Marmórea  Ictérica  Equimosis  Hematoma   
 Estado de la piel: Hidratada  Deshidratada  Irregulada  Con lesión  Perfegias

Tipo de lesión:  
 1. Quirúrgica Proceso de cicatrización  Infectada  Dehiscente   
 2. Úlcera por presión I II III IV Proceso de cicatrización  Infectada   
 3. Úlcera venosa I II III IV Proceso de cicatrización  Infectada   
 4. Úlcera diabética I II III IV Proceso de cicatrización  Infectada   
 5. Otra Lesión dérmica en cara edema del miembro de 2 a 1cm Proceso de cicatrización  Infectada   
 Datos subjetivos: \_\_\_\_\_



Localización: \_\_\_\_\_ Miembro pélvico izquierdo

Dependencia  Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
<b>Actividad física:</b>	
<b>Deambulación:</b>	dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/>
<b>Movilidad en cama</b>	Se mueve solo <input checked="" type="checkbox"/> Suplencia total: Inmóvil <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos	
<b>Dependencia</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Independencia</b> <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor	No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Etapa de la vida</b> (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez)	Adulto mayor
<b>Estado cognitivo:</b>	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
<b>Riesgo de caída:</b>	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeción Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Valoración de Norton</b> 16
<b>Deficiencias senso-perceptivas:</b>	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
Uso de anteojos y lentes de contacto	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de prótesis en extremidades Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Actitud ante el ingreso</b>	Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
<b>Factores de riesgo:</b>	HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Síncope <input checked="" type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
Sufre o ha sufrido de lipotimia:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adicciones _____
Cocina con leña o carbón	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcohólica Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia _____ Maneja automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Se sabe portador de:	Prótesis valvulares cardíacas _____ Aórtico _____ Marcapasos definitivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desfibrilador interno	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Endoprótesis vasculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ingiera alguno de los siguientes medicamentos:</b>	
Anticoagulantes orales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antihipertensivos Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiolíticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antidepresivos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Insulina de acción rápida o intermedia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	Debilidad _____
<b>Dependencia</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Independencia</b> <input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duerme bien	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ N° de horas 8
¿Se despierta con frecuencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____
Duerme durante el día	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Necesita algún facilitador del sueño como</b>	Música <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
Tipo de medicamentos _____	Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La estancia en el hospital le produce ansiedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Datos subjetivos:	
<b>Dependencia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Independencia</b> <input checked="" type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	
Su comunicación es:	Clara Confusa Afásica Incapaz
Limitaciones físicas para la comunicación:	
Se expresa en otra lengua	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____
<b>Manifiesta:</b>	
Emociones y sentimientos	Tiempos Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
Cómo se concibe (Autoconcepto)	Trabajador, entusiasta y fe de tener a mi familia
Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qué? Por pena
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿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?	Compromiso, respeto y honestidad
<b>Tipo de relación (E: Excelente B:Buena R: Regular M: Mala)</b>	
Familia	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
Vecinos	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
Compañeros de Trabajo	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)	
Datos subjetivos:	
<b>Dependencia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Independencia</b> <input checked="" type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece algún grupo religioso o asociación?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____
Solicita apoyo religioso	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cada cuando? _____
Sus creencias:	Le ayudan No ayudan No interfieren
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Dependencia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Independencia</b> <input checked="" type="checkbox"/>



**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? La evolución de las heridas  
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 televisión en especial programas de luchas  
Cuál es su diversión preferida? Convivir con sus nietos  
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

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ**  
**HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA**  
 8 de julio

---

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre C.R.M Sexo M Edad 71 años Servicio 7° piso adultos "B" No. Cama 724 Registro 332247  
 Institución INC Escolaridad Primaria Estado civil Casado Institución \_\_\_\_\_  
 Lugar de procedencia Nepantla, Estado de México

---

**II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL**

a) **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Felipe Ramos Ramirez	44	hijo	campo	\$1500
Micaela Jiménez Muñoz	34	Nuera	Al hogar	Ninguna

Rol de la persona Campesino Dinámica familiar \_\_\_\_\_

b) **ESTRUCTURA ECONÓMICA**  
 Total de ingresos mensuales \$ 1500

c) **MEDIO AMBIENTE**  
 Tipo de vivienda Concreto Servicios con que cuenta Luz agua teléfono  
 N° de habitaciones 3 Tipo de fauna 10 pollos y 4 borregos

---

**III. HISTORIA DE SALUD**

Motivo de la consulta Disnea de medianos esfuerzos  
 Dx Médico reciente Infección de tejidos blandos  
 Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) Colocación de mcp.  
 Antecedentes de salud familiar Diabetes, hipertensión  
 Antecedentes de estudios recientes \_\_\_\_\_  
 Tratamientos prescritos aspirina, atorvastatina, enoxaparina, ertapenem, alopurinol, furosemide, metoprolol

---

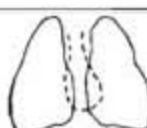
**1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Área pulmonar

FR 22 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 Si  No  Broncovesiculares Si  No   
 Anormales Estertores Si  No  Sibilancias Si  No  Rocio pleural Si  No   
 Fuma Usted: Si  No  Cuanto tiempo lleva fumando? \_\_\_\_\_ Cuantos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Suplemento de O<sub>2</sub>: Nebulizador \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> Catéter nasal 3 Lts x min \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: 96%  
 Ventilación mecánica: Si  No  Invasiva  No invasiva  # de cánula \_\_\_\_\_ Modalidad: \_\_\_\_\_  
 Vol. Corr: \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ P. soporte: \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ Sensibilidad \_\_\_\_\_  
 Gasometría arterial Hora \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_



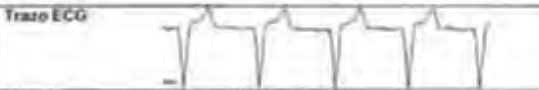


---

Área Cardiopulmonar

Fc: 74 Lat x min Presión arterial: 123/76  
 PAN \_\_\_\_\_ Invasiva \_\_\_\_\_  
 Perfil Hemodinámico: \_\_\_\_\_

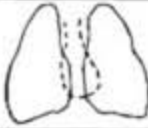
Pulso (anotar características):  
 N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente  
 Carotídeo N Humeral N Radial N  
 Popíteo N Pedio D Femoral N




Ueúdo 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: \_\_\_\_\_  
 Hepitomegalia Si  No  Presenta dolor a la palpación Si  No   
 Edema: Si  No  Sitio: Mspas izq. +  ++  +++  ++++   
 Acrocianosis M.Torácicos +  ++  +++  ++++  M.Pélvicos +  ++  +++  ++++

<p> <b>Marcapasos:</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Frecuencia:</b> Amperaje _____ Sensibilidad _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____         </p>	<p> <b>Trazo ECG:</b>   <b>Ritmo:</b> _____ <b>Alteraciones:</b> _____  <b>Marcapasos:</b> _____         </p>
<p> <b>Soporte Cardíaco:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Inotrópicos:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Otros:</b> _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____  <b>Dependencia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Independencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	
<p> <b>Peso:</b> 50 kg <b>Talla:</b> 1.60 <b>Índice de masa corporal (IMC):</b> 19.5 kg/m <b>Diámetro cintura:</b> 86cm  <b>Coloración de la piel:</b> Pálida <b>Características del cabello:</b> Con buena implantación  <b>Días a la semana que consume:</b>  <b>Carnes rojas (res, cordero):</b> - <b>Carnes blancas (pollo, pescado):</b> 3 <b>Verduras:</b> 7 <b>Frutas:</b> 3 <b>Cereales:</b> 3 <b>Lácteos:</b> 4 <b>Leguminosas:</b> 3 <b>Vegetales:</b> 4  <b>Cantidad de:</b>  <b>Sal:</b> - <b>Azúcar:</b> 1 <b>Nº de tortillas:</b> 3 <b>Pan blanco:</b> - pizzas <b>Pan dulce:</b> - veces por día - a la semana  <b>Agua natural:</b> 800 ml por día <b>Agua con frutas naturales:</b> - <b>Litros por día:</b> - <b>Agua con sabores artificiales:</b> - <b>Litros por día:</b> -  <b>Gaseosas:</b> - por día <b>Café:</b> 1 por día <b>Té:</b> 1 por día  <b>Consumo golosinas:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>En caso afirmativo:</b>  <b>Frituras:</b> - por día - a la semana <b>Dulces:</b> - veces por día - a la semana  <b>Comidas que realiza el día en casa:</b> 3 <b>Comidas que realiza fuera de casa:</b> -  <b>En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes?</b> _____  <b>Como considera su alimentación (cantidad y calidad):</b> Balanceada         </p>	
<p> <b>Estado de la cavidad oral:</b>  <b>Mucosa oral:</b> Hídratada <b>Dentadura:</b> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Caries:</b> no <b>Uso de prótesis dental:</b> no  <b>Datos subjetivos:</b> _____  <b>Dependencia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Independencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	
<p> <b>Patrón urinario:</b> <b>Frecuencia:</b> 3 <b>Veces al día:</b> - <b>Características:</b> Amarillo  <b>Anuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Oliguria:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poluria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Poliuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Disuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicturia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Tenesmo:</b> <input type="checkbox"/> <b>Incontinencia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Orina intermitente:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Color:</b> Normal <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hemática:</b> <input type="checkbox"/> <b>Colérica:</b> <input type="checkbox"/> <b>Otros:</b> _____ <b>Uso de diuréticos:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Acompañamiento al sanitario:</b> <input type="checkbox"/> <b>Proporcionar cómodo/orinal:</b> <input type="checkbox"/> <b>Parcial:</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonda vesical:</b> <input type="checkbox"/> <b>Dilatación:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hemodilúis:</b> <input type="checkbox"/> </p> <p> <b>Patrón Intestinal:</b> <b>Frecuencia habitual:</b> 1 <b>Veces al día:</b> -  <b>Normal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Estreñimiento:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diarrea:</b> <input type="checkbox"/> <b>Incontinencia:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Características:</b> <b>Acido:</b> <input type="checkbox"/> <b>Melena:</b> <input type="checkbox"/> <b>Mucoso:</b> <input type="checkbox"/> <b>Pasoso:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Líquido:</b> <input type="checkbox"/> <b>Urbano fresco:</b> <input type="checkbox"/> <b>Fétido:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Acompañamiento al sanitario:</b> <input type="checkbox"/> <b>Proporcionar cómodo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Parcial:</b> <input type="checkbox"/> <b>Uso de laxantes:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Dispositivos de drenaje:</b> _____ <b>Menstruación:</b> <input type="checkbox"/> <b>Vol:</b> Alto Medio Bajo <b>FUM:</b> _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____  <b>Dependencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Independencia:</b> <input type="checkbox"/> </p>	
<b>4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</b>	
<p> <b>Temperatura:</b> 36.8 <b>Normotermia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hipotermia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Hipertermia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diáforesis:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Datos subjetivos:</b> _____  <b>Dependencia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Independencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>5. NECESIDAD DE HIGIENE</b>	
<p> <b>Coloración de la piel:</b> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> <b>Rubicunda:</b> <input type="checkbox"/> <b>Marrón:</b> <input type="checkbox"/> <b>Ictericia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Equimosis:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hematoma:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Estado de la piel:</b> Hídratada <input checked="" type="checkbox"/> <b>Deshidratada:</b> <input type="checkbox"/> <b>Integra:</b> <input type="checkbox"/> <b>Con lesión:</b> <input type="checkbox"/> <b>Petaqueas:</b> <input type="checkbox"/> </p> <p> <b>Tipo de lesión:</b>  <b>1. Úlceras:</b> <b>Proceso de cicatrización:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Dehiscente:</b> <input type="checkbox"/>  <b>2. Úlcera por presión:</b> I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>  <b>3. Úlcera venosa:</b> I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>  <b>4. Úlcera diabética:</b> I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>  <b>5. Otra:</b> Lesión dérmica en cara externa del muslo (2 x 1 cm) <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/> </p> <p> <b>Datos subjetivos:</b> _____  <b>Dependencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Independencia:</b> <input type="checkbox"/> </p>	
<p> <b>Localización:</b>  <b>Miembro pélvico izquierdo</b> </p>	

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
<b>Actividad física:</b>	
<b>Deambulaci3n:</b>	dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/>
<b>Movilidad en cama:</b>	Se mueve solo <input checked="" type="checkbox"/> Suplencia total: Inm3vil <input type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	_____
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor	No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localizaci3n _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Etapa de la vida</b> (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez)	Adulto mayor
<b>Estado cognitivo:</b>	Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/>
<b>Riesgo de caida:</b>	Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeci3n Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Valoraci3n de Norton</b> 16
<b>Deficiencias senso-perceptivas:</b>	Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____
Uso de anteojos y lentes de contacto	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de pr3tesis en extremidades Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Actitud ante el ingreso</b>	Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>
<b>Factores de riesgo:</b>	HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> S3ncope <input checked="" type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/>
Sufre o ha sufrido de lipotimia:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adiciones _____
Cocina con leña o carb3n	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcoh3lica Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia _____ Maneja autom3vil Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Se sabe portador de:	Pr3tesis valvulares cardiacas A3rtico _____ Marcapasos definitivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desfibrilador interno	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Endopr3tesis vasculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:</b>	
Anticoagulantes orales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Antihipertensivos Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiol3ticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Antidepresivos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Insulina de acci3n r3pida o intermedia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	Debilidad
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duerme bien	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cu3l es la causa? _____ N° de horas 8
¿Se despierta con frecuencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cu3l es la causa? _____
Duerme durante el d3a	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Necesita alg3n facilitador del sueño como	M3sica <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/>
Tipo de medicamentos _____	Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La estancia en el hospital le produce ansiedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos subjetivos:</b>	_____
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N	
Su comunicaci3n es:	Clara Confusa Af3sica Incapaz
Limitaciones f3sicas para la comunicaci3n:	_____
Se expresa en otra lengua	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cu3l? _____
<b>Manifiesta:</b>	
Emociones y sentimientos	Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
C3mo se concibe (Autoconcepto)	Trabajador, entusiasta y feiz de tener a mi familia
Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qu3? Por pena
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿C3mo ha afectado su enfermedad la relaci3n de pareja, familiar y comunal?	No ha afectado
De acuerdo a su percepci3n ¿cu3les son sus principales valores?	Compromiso, respeto y honestidad
<b>Tipo de relaci3n (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)</b>	
Familia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vecinos	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Compañeros de Trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negaci3n, evasi3n)	_____
<b>Datos subjetivos:</b>	_____
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEG3N CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece alg3n grupo religioso o asociaci3n?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cu3l? _____
Solita apoyo religioso	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cada cuando? _____
Sus creencias:	Le ayudan No ayudan No interfieren
Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Conoce el motivo de su ingreso	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su padecimiento	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce su tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Tiene inquietudes sobre su salud	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conoce los signos de alarma de su padecimiento?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuál? La evolución de las heridas	
Datos subjetivos	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE	
Cuenta con trabajo actualmente	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Su trabajo le proporciona satisfacción	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Datos subjetivos	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS	
Requiere de apoyo para vestirse?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de ropa que le gusta usar	
El cambio de ropa cada cuando lo realiza? diario	
La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>
14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
Qué actividad realiza en su tiempo libre?	Ver televisión en especial programas de luchas
Cuál es su diversión preferida?	Convivir con sus nietos
Su estado de salud modificó su forma de divertirse?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Etapa reproductiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menarca	_____
Uso de método para control natal	_____
Nº embarazos	_____
Eutócicos	_____
Cesáreas	_____
Abortos	_____
Óbitos	_____
Vida sexual activa	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo son consideradas satisfactorias?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Con que lo relaciona?	_____
Andropausia	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Menopausia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apoyo hormonal	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Cuál en caso afirmativo?	_____
Datos subjetivos	
Dependencia	<input type="checkbox"/>
Independencia	<input checked="" type="checkbox"/>

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN FOCALIZADA 10 de julio				
<b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>				
Nombre <u>C.R.M</u> Sexo <u>M</u> Edad <u>71</u> años Servicio <u>7° piso adultos "B"</u> No. Cama <u>724</u> Registro <u>332247</u>				
Institución <u>INC</u> Escolaridad <u>Primaria</u> Estado civil <u>Casado</u> Institución _____				
Lugar de procedencia <u>Nepantla, Estado de México</u>				
<b>II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL</b>				
<b>a) ESTRUCTURA FAMILIAR</b>				
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica
Felipe Ramos Ramirez	44	hijo	campo	\$1500
Micaela Jiménez Muñoz	34	Nuera	Al hogar	Ninguna
<b>III. HISTORIA DE SALUD</b>				
Motivo de la consulta <u>Disnea de medianos esfuerzos</u>				
Dx Médico reciente <u>Infección de tejidos blandos</u>				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías) <u>Colocación de mcp,</u>				
Antecedentes de salud familiar <u>Diabetes, hipertensión</u>				
Antecedentes de estudios recientes _____				
Tratamientos prescritos <u>aspirina, atorvastatina, enoxaparina, ertapenem, alopurinol, furosemide, metoprolol</u>				
<b>1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN</b>				
<u>Área pulmonar</u>				
FR <u>20</u> resp x min Dificultad para respirar: Apnea <input type="checkbox"/> Disnea: <u>Si</u> -No Clase funcional NYHA: <u>I- II III IV</u>				
Secreciones bronquiales: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Características _____				
Dificultad para la expectoración: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/>				
Ruidos respiratorios: Normales Vesicular Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Broncovesiculares Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anormales Estertores Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Roce pleural Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Fuma Usted: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuanto tiempo lleva fumando? _____ Cuantos cigarrillos al día? _____				
Suplemento de O <sub>2</sub> : Nebulizador _____ O <sub>2</sub> Catéter nasal <u>3</u> Ltc x min _____ Sat O <sub>2</sub> : <u>96%</u>				
Ventilación mecánica: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> No invasiva <input type="checkbox"/> # de cánula _____ Modalidad: _____				
Vol. Corr: _____ FIO <sub>2</sub> : _____ Flujo: _____ P. soporte: _____ PEEP _____ Sensibilidad _____				
Gasometría arterial Hora _____ PO <sub>2</sub> _____ PCO <sub>2</sub> _____ pH _____ HCO <sub>3</sub> _____				
Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____				
Color de piel y mucosas: Palidez <input checked="" type="checkbox"/> Cianosis central <input type="checkbox"/> Cianosis periférica <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Control radiológico: Normal Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Congestión pulmonar <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/> Foco neumónico <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/>				
Datos subjetivos: _____				
<u>Área Cardiopulmonar</u>				
Fc: <u>67</u> Lat x min Presión arterial: <u>110 / 64</u>	Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente			
PAN _____ Invasiva _____				
Perfil Hemodinámico:	Carotideo <u>N</u> Humeral <u>N</u> Radial <u>N</u> Popíteo <u>N</u> Pedio <u>D</u> Femoral <u>N</u>			
Llenado capilar: Miembro torácico. <u>2</u> seg Miembro pélvico. <u>3</u> seg Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____				
Hepitomegalia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Presenta dolor a la palpación Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Edema: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sitio: Msps izq. <u>+</u> <input type="checkbox"/> <u>++</u> <input type="checkbox"/> <u>+++</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>++++</u> <input type="checkbox"/>				
Acrocianosis M.Torácicos <u>+</u> <input type="checkbox"/> <u>++</u> <input type="checkbox"/> <u>+++</u> <input type="checkbox"/> <u>++++</u> <input type="checkbox"/> M.Pélvicos <u>+</u> <input type="checkbox"/> <u>++</u> <input type="checkbox"/> <u>+++</u> <input type="checkbox"/> <u>++++</u> <input type="checkbox"/>				

<p> <b>Marcapasos:</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Frecuencia:</b> Amperaje _____ Sensibilidad _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____         </p>	<p> <b>Trazo ECG</b>    <b>Ritmo:</b> _____ <b>Alteraciones:</b> _____  <b>Marcapaso:</b> _____         </p>
<p> <b>Soporte Cardíaco:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Inotrópicos:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Otros:</b> _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____            Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	
<p> <b>Peso:</b> 50 kg <b>Talla:</b> 1.60 <b>Índice de masa corporal (IMC):</b> 19.5 kg/m<sup>2</sup> <b>Diámetro cintura:</b> 86cm  <b>Coloración de la piel:</b> Pálida <b>Características del cabello:</b> Con buena implantación  <b>Días a la semana que consume:</b>  <b>Carnes rojas (res, cerdo):</b> - <b>Carnes blancas (pollo, pescado):</b> 3 <b>Verduras:</b> 7 <b>Frutas:</b> 3 <b>Cereales:</b> 3 <b>Lácteos:</b> 4 <b>Leguminosas:</b> 3 <b>Vegetales:</b> 4  <b>Cantidad de:</b>  <b>Sal:</b> - <b>Azúcar:</b> 1 <b>Nº de tortillas:</b> 2 <b>Pan blanco:</b> - pocas <b>Pan dulce:</b> - veces por día - a la semana  <b>Agua natural:</b> 850 ml por día <b>Agua con frutas naturales:</b> - <b>Litros por día:</b> - <b>Agua con sabores artificiales:</b> - <b>Litros por día:</b> -  <b>Gaseosas:</b> - por día <b>Café:</b> 1 por día <b>Té:</b> 1 por día  <b>Consumo golosinas:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>En caso afirmativo:</b> _____  <b>Frituras:</b> _____ por día _____ a la semana <b>Dulces:</b> _____ veces por día _____ a la semana  <b>Comidas que realiza al día en casa:</b> 3 <b>Comidas que realiza fuera de casa:</b> _____  <b>En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes?</b> _____  <b>Como considera su alimentación (cantidad y calidad):</b> Balanceada         </p>	
<p> <b>Estado de la cavidad oral:</b>  <b>Mucosa oral:</b> Hidratada _____ <b>Dentadura:</b> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Caries:</b> No _____ <b>Uso de prótesis dental:</b> no _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____            Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	
<p> <b>Patrón urinario:</b> <b>Frecuencia:</b> 3 <b>Veces al día:</b> 3 <b>Características:</b> Anarico  <b>Anuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Oliguria:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poliuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Polaquuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Disuria:</b> <input type="checkbox"/> <b>Nicturia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Tenesmo:</b> <input type="checkbox"/> <b>Incontinencia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Oliva intermitente:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Color:</b> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Otros _____ <b>Uso de diuréticos:</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  <b>Acompañamiento al sanitario:</b> <input type="checkbox"/> <b>Proporcionar olores/orinal:</b> <input type="checkbox"/> <b>Pañal:</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonda vesical:</b> <input type="checkbox"/> <b>Dialisis:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hemodialis:</b> <input type="checkbox"/> </p>	
<p> <b>Patrón intestinal:</b> <b>Frecuencia habitual:</b> 1 <b>veces al día:</b> 1  <b>Normal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Estreñimiento:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diarrea:</b> <input type="checkbox"/> <b>Incontinencia:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Características:</b> Azofa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucoides <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Sangre fresca <input type="checkbox"/> Fétida <input type="checkbox"/>  <b>Acompañamiento al sanitario:</b> <input type="checkbox"/> <b>Proporcionar cómodo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Pañal:</b> <input type="checkbox"/> <b>Uso de laxantes:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Dispositivos de drenaje:</b> _____ <b>Menstruación:</b> <input type="checkbox"/> <b>Vol. Alto:</b> <input type="checkbox"/> <b>Medo:</b> <input type="checkbox"/> <b>Bajo:</b> <input type="checkbox"/> <b>FUM:</b> _____  <b>Datos subjetivos:</b> _____            Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> </p>	
<b>4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</b>	
<p> <b>Temperatura:</b> 36.8 <b>Normotermia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hipotermia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Hipertermia:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diaforesis:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  <b>Datos subjetivos:</b> _____            Dependencia <input type="checkbox"/> Independencia <input checked="" type="checkbox"/> </p>	
<b>5. NECESIDAD DE HIGIENE</b>	
<p> <b>Coloración de la piel:</b> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Rubicunda <input type="checkbox"/> Marmórea <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Equimosis <input checked="" type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/>  <b>Estado de la piel:</b> Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Con lesión <input type="checkbox"/> Peteguitas <input type="checkbox"/> </p>	
<p> <b>Tipos de lesión:</b>            1. Quirúrgica <b>Proceso de cicatrización:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Deficiente:</b> <input type="checkbox"/>            2. Úlcera por presión I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>            3. Úlcera venosa I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>            4. Úlcera diabética I II III IV <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/>            5. Oira <b>Lesión dérmica en cara externa del muslo (2,2 x 1,0cm en resolución)</b> <b>Proceso de cicatrización:</b> <input type="checkbox"/> <b>Infectada:</b> <input type="checkbox"/> </p>	 <b>Localización:</b> _____ <b>Miembro pélvico:</b> Izquierdo
<p> <b>Datos subjetivos:</b> _____            Dependencia <input checked="" type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> </p>	

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD	
<b>Actividad física:</b> <b>Deambulaci3n:</b> dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> <b>Movilidad en cama:</b> Se mueve solo <input checked="" type="checkbox"/> Suplencia total: Inm3vil <input type="checkbox"/> Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
7. NECESIDAD DE SEGURIDAD	
Dolor No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localizaci3n _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Etapas de la vida</b> (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) <u>Adulto mayor</u> <b>Estado cognitivo:</b> Perceptivo <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> <b>Riesgo de caida:</b> Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Sujeci3n Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Valoraci3n de Norton</b> 16 <b>Deficiencias senso-perceptivas:</b> Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/> Otras _____ Uso de anteojos y lentes de contacto Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de dispositivos auditivos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Uso de pr3tesis en extremidades Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Actitud ante el ingreso:</b> Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> Confiado <input type="checkbox"/> Reticente <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> <b>Factores de riesgo:</b> HAS <input checked="" type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> S3ncope <input checked="" type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo laboral: _____ Adicciones _____ Cocina con leña o carb3n Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Ingesta de bebidas alcoh3lica Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia _____ Maneja autom3vil Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se sabe portador de: Pr3tesis valvulares cardiacas <u>A3rtico</u> Marcapasos definitivo Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desfibrilador interno Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Endopr3tesis vasculares Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:</b> Anticoagulantes orales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antihipertensivos Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Betabloqueadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ansiol3ticos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antidepresivos Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Insulina de acci3n r3pida o intermedia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Datos subjetivos: <u>Preocupaci3n por su familia</u>	
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	Independencia <input type="checkbox"/>
8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO	
Duermes bien Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ N° de horas <u>8</u> ¿Se despierta con frecuencia? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____ Duermes durante el día Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita alg3n facilitador del sueño como M3sica <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Tipo de medicamentos _____ Su entorno le favorece el reposo y sueño Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>
9. NECESIDAD DE COMUNICACI3N	
Su comunicaci3n es: <u>Clara</u> Confusa Afásica Incapaz Limitaciones físicas para la comunicaci3n: _____ Se expresa en otra lengua Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____ <b>Manifiesta:</b> Emociones y sentimientos Temores Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda C3mo se concibe (Autoconcepto) <u>Trabajador, entusiasta y feliz de tener a mi familia</u> Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo ¿por qu3? <u>Por pena</u> ¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿C3mo ha afectado su enfermedad la relaci3n de pareja, familiar y comunal? <u>No ha afectado</u> De acuerdo a su percepci3n ¿cuáles son sus principales valores? <u>Compromiso, respeto y honestidad</u> <b>Tipo de relaci3n (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)</b> Familia <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vecinos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Compañeros de Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negaci3n, evasi3n) Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>
10. NECESIDAD DE VIVIR SEG3N CREENCIAS Y VALORES	
Pertenece alg3n grupo religioso o asociaci3n? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? _____ Solicita apoyo religioso Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Asiste a actividades religiosas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cada cuando? _____ Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Datos subjetivos: _____	
Dependencia <input type="checkbox"/>	Independencia <input checked="" type="checkbox"/>



**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? La evolución de las heridas  
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 televisión en especial programas de luchas  
Cuál es su diversión preferida? Convivir con sus nietos  
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