

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE
VALVULA PROTESICA EN LOCALIZACION MITRAL Y MARCAPASO
CARDIACO, HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO.**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC.FLOR DEL CARMEN PEREZ CASTILLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
CARDIOLOGICA Y CARDIOVASCULAR**

ASESOR:

MG. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY

LIMA-PERÚ

2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS	6
1.1. Corazón	6
1.2. Sustitución o Recambio de Válvula	7
1.3. Anticoagulantes Orales	11
1.4. Marcapaso Cardíaco	16
1.5. Teoría de Enfermería	22
CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PCE – EBE	
2.1 Valoración Subjetiva y Objetiva	28
2.2. Planteamiento de Objetivos y Prioridades	35 - 43
2.3 Ejecución de las Intervenciones	35 - 43
2.4. Evaluación de los Resultados	35 - 43
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
3.1. Conclusiones	44
3.2. Recomendaciones	45
Referencia Bibliográficas	46
Anexos	48

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en la aplicación del Proceso del cuidado de enfermería en el caso clínico de un paciente adulto joven de 28 años de edad, con diagnóstico médico presencia de válvula protésica en localización mitral y marcapaso cardiaco, quien acude a su consulta de enfermería especializada, donde se brinda al paciente y su entorno cuidados enfermeros, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, disminuir riesgo de mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en tres capítulos: capítulo I Marco Teórico, aspectos generales, aspectos fisiopatológicos, cuidados de enfermería en pacientes con presencia de válvula protésica y marcapaso cardiaco, así como la teoría de enfermería que sustenta el caso clínico; Capítulo II Aplicación del Proceso del Cuidado de Enfermería basado en evidencias, Capítulo III tenemos las Conclusiones y Recomendaciones, luego Referencias Bibliográficas y Anexos. Se ha hecho uso de la Taxonomía NANDA NIC-NOC, basado en la Teoría del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem.

PALABRAS CLAVE: Válvula, mitral, cardiaco, marcapaso, cuidado.

ABSTRACT

This present academic project consists of the nursing application process of a clinical case study of 28-year-old patient with a medical diagnosis of an artificial mitral valve and cardiac pacemaker, the patient presents to his specialized consults, in which great care is provided with the objective of a better quality of life, diminish risk of mortality, and improve hope.

This present clinical case study has developed into three chapters: Chapter I: Theoretical Framework, general aspect of medical diagnosis, pathophysiological aspect, and nursing care of patients with artificial valves and cardiac pacemakers; Chapter II: Evidence-based application using the nursing process, lastly, Chapter III: conclusion and recommendation with bibliographic references and contexts. Use of the NANDA NIC- NOC has been used in this clinical study based on the autonomic care of the Deficit theory of Dorotea Orem.

KEYWORDS: Valve, mitral, cardiac, pacemaker, care.

INTRODUCCION

En la actualidad se realizan sustituciones valvulares cardiacas por prótesis debido a valvulopatías, para así incidir en la evolución natural de las mismas mejorando el pronóstico y la calidad de vida.

La implantación de prótesis valvulares a pesar de ser indiscutible su utilidad en los pacientes con valvulopatías, no está exenta de complicaciones graves e incluso mortales, trombosis protésicas, embolizaciones sistémicas y hemorragias.

Es así que a través del control de enfermería se busca promover los cuidados específicos tras la cirugía, el tratamiento que debe seguir, y el manejo de sus medicamentos, la alimentación recomendada y el tipo de ejercicio que debe realizar, que contribuyan a su recuperación y pueda incorporarse a su entorno familiar y social con una buena calidad de vida.

El Proceso del Cuidado de Enfermería es una herramienta científica, sistemática flexible, que permite gestionar el cuidado humanizado al individuo, la familia y la comunidad.

El presente PCE, trata de intervenciones brindadas al Paciente Adulto en la consulta de Enfermería del consultorio de cardiología del Hospital Regional Huacho.

Se propone una serie de intervenciones donde el profesional de enfermería otorgue cuidados seguros y de calidad basados en las evidencias científicas.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1- CORAZÓN

El corazón es un órgano muscular cuya misión fundamental es bombear la sangre para que ésta circule de forma continua a través de los vasos sanguíneos, transportando oxígeno y nutrientes a todas las células del organismo.

El corazón se encuentra dividido en 4 compartimentos: dos aurículas y dos ventrículos. Es el óptimo funcionamiento del corazón requiere que las aurículas y los ventrículos se contraigan y luego se relajen de un modo secuencial y ordenado.

Los diferentes compartimentos (aurículas y ventrículos) están separados entre sí por las válvulas cardíacas, que son estructuras finas, pero enormemente resistentes, que permiten que la sangre circule en un solo sentido. Cuando las aurículas se contraen, la sangre impulsada abre las válvulas y pasa a los ventrículos; cuando los ventrículos se contraen las válvulas se cierran para impedir que la sangre vuelva hacia atrás, y salga del corazón impulsada a través de las arterias.

Además de existir válvulas separando las aurículas de los ventrículos, también existen separando los ventrículos de las grandes arterias, para que la sangre que se impulsa a través de éstas tampoco vuelva al corazón cuando los ventrículos se relajan.

Las cuatro válvulas principales del corazón son:

- **Válvula mitral:** separa la aurícula izquierda del ventrículo izquierdo.
- **Válvula aórtica:** separa el ventrículo izquierdo de la arteria aorta.
- **Válvula pulmonar:** separa el ventrículo derecho de la arteria pulmonar.

- **Válvula tricúspide:** separa la aurícula derecha del ventrículo derecho.

La sangre, al atravesar el corazón, tiene que pasar de las aurículas a los ventrículos para ser impulsada con el fin de que siga circulando. La sangre rica en oxígeno que llega a la aurícula izquierda, pasa al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral. Una vez la sangre llega al ventrículo, este se contrae para impulsar la sangre hacia los diferentes órganos y tejidos del cuerpo. En el momento en que el ventrículo se contrae, la válvula que separa éste de la aurícula, debe cerrarse para que la sangre circule hacia delante y no refluya hacia atrás.

1.2- SUSTITUCION O RECAMBIO DE VALVULA

Las enfermedades de las válvulas cardíacas se clasifican según la válvula o válvulas afectadas y la cantidad de flujo sanguíneo alterada por el problema.

Los problemas valvulares más comunes y graves se producen en las válvulas mitral y aórtica.

Las enfermedades de las válvulas tricúspide y pulmonar son bastante raras.

Es necesario en:

- En enfermedades congénitas del corazón que producen deformidades de las válvulas desde la vida fetal.
- En lesiones producidas por la fiebre reumática (generalmente infantil y como consecuencia de unas anginas mal curadas), causan la enfermedad mitral y aórtica (estenosis y/o insuficiencia).
- En lesiones degenerativas, que aparecen en personas ancianas, por desgaste y calcificación. La más conocida es la estenosis aórtica calcificada del anciano, aunque la insuficiencia de la válvula mitral tampoco es infrecuente.

La cirugía de reparación de válvulas cardíacas se recomienda para:

- estrechez de las válvulas cardíacas (estenosis)

- insuficiencia de las válvulas cardíacas

La cirugía de válvula del corazón es a corazón abierto, que se realiza mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, a través de una incisión en el esternón. Se utilizan tubos para redireccionar la sangre desde el corazón a una máquina de derivación corazón-pulmón a fin de mantener la sangre oxigenada y en circulación durante el procedimiento CEC.

Las válvulas se pueden reparar o reemplazar con válvulas de reemplazo que son de dos tipos

- naturales (biológicas): que provienen de donantes humanos (cadáveres) Las válvulas biológicas modificadas provienen de donantes animales: porcinas (de cerdos) y bovinas (de vacas) tiene una vida limitada de unos 10 a 15 años, al cabo de los cuales hay que re intervenir al paciente para cambiarla
 - Se colocan en anillos sintéticos.
 - Las personas con válvulas biológicas rara vez requieren medicamentos de por vida para prevenir la formación de coágulos sanguíneos (anticoagulación)
- artificiales (mecánicas): Las válvulas artificiales se elaboran de metal.
 - Las personas quienes tienen válvulas artificiales sí deben tomar medicamentos anticoagulantes No sufren desgaste por lo que, en ausencia de complicaciones, no precisan ser cambiadas.

Están fabricadas en materiales tales como plástico, metal y los modelos más recientes están constituidos por un pequeño cilindro de carbón pirolítico. El carbón pirolítico es grafito bombardeado con átomos de carbón a muy altas temperaturas, un material casi tan duro como el diamante. Es muy poco trombo génico (poco proclive a producir coágulos o embolias) y comienza a presentar desgaste

después de un equivalente a 80 años de funcionamiento. Sin embargo, con el tiempo, estas prótesis se obstruyen, por lo que los pacientes precisan tomar diariamente, y de forma indefinida, anticoagulantes orales. En general tienen una vida útil de 20 a 30 años.

COMPLICACIONES DE LAS VÁLVULAS PROTÉSICAS

Los problemas dependen del tipo y la localización de la válvula. En general, las válvulas mecánicas ocasionan más problemas que las biológicas:

- Formación de coágulos: se pueden romper y producir una obstrucción (detención) al flujo sanguíneo en alguna parte del cuerpo; también pueden producir bloqueos de la válvula.
- Problemas derivados de la anticoagulación (evita formación de coágulos): puede favorecer sangrados abundantes.
- Las válvulas se pueden infectar (endocarditis): formación de pequeñas vegetaciones sobre la válvula que se pueden romper o bloquear la válvula.
- Pueden tener fugas o bloqueos por la presencia de tejido cicatrizal.
- Puede dañar los glóbulos rojos (células de la sangre) ocasionando una anemia hemolítica (ruptura de los glóbulos rojos).

RIESGOS DEL TRATAMIENTO

- Los portadores de prótesis cardiacas deben seguir luego bajo la vigilancia de un cardiólogo, para controlar la anticoagulación, evitar o tratar las infecciones que puedan asentarse en la prótesis y para seguir la evolución de la prótesis y del corazón.
- El implante percutáneo tiene el inconveniente de la dificultad de implantación, por lo que hay que seleccionar bien a los pacientes a los que se les ofrece el procedimiento.

- Las válvulas cardíacas protésicas (VCPs) son elementos artificiales concebidos para reemplazar una válvula cardíaca humana, que constan de un orificio a través del cual fluye la sangre y de un mecanismo ocluidor que cierra y abre el orificio.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO DE VALVULOPATIA

El médico puede determinar una enfermedad valvular auscultando el corazón con un estetoscopio a fin de detectar la presencia de los chasquidos y soplos característicos de la enfermedad valvular.

Análisis de Laboratorio: Nos dará fundamentalmente dos parámetros de anticoagulación: la actividad de la protrombina y el INR. Actualmente el más recomendable es el control del INR en pacientes con prótesis mecánica.

Radiografía de tórax: Puede mostrar si el corazón está agrandado. Esto puede demostrar si una válvula no funciona bien.

Electrocardiograma: Puede emplearse para ver si los ventrículos y las aurículas están agrandados también permite determinar si hay una regularidad de los latidos (arritmia).

El ecocardiograma: Es la prueba que habitualmente se solicita para evaluar las válvulas. Nos permite visualizar con adecuado detalle el grosor de las paredes del corazón, así como la forma y el movimiento de las válvulas. Además, aporta información acerca de la gravedad del estrechamiento (estenosis) o de la insuficiencia (regurgitación), aspectos éstos fundamentales para determinar cuál es el tratamiento adecuado en cada caso.

En algún caso, es necesario realizar una ecografía transesofágica. Esta técnica requiere la introducción de un equipo especial de ecografía a través de la garganta y el esófago, y permite ver las estructuras valvulares con mayor nitidez. Se indica

en los casos en que el ecocardiograma convencional no aporta información suficiente.

Cuando la enfermedad valvular es grave, y se plantee la necesidad de tratamiento quirúrgico, se solicitará un cateterismo cardíaco.

El cateterismo es una prueba con la que se visualizan las arterias cardíacas (arterias coronarias). El cateterismo nos permite conocer si hay estrechez en alguna arteria del corazón, para aprovechar la cirugía de la válvula, y resolver ambos problemas en el mismo procedimiento.

1.3- ANTICOAGULANTES ORALES

La coagulación de la sangre es un mecanismo normal en nuestro organismo; por ejemplo, para evitar las pérdidas de sangre con las heridas o las intervenciones quirúrgicas.

Para que la coagulación tenga lugar normalmente es necesaria una sustancia llamada vitamina K, la cual se encuentra en cantidades importantes en la verdura de hoja verde, además de otros alimentos, pero en menor cantidad.

Los anticoagulantes orales son medicamentos capaces de retrasar e incluso impedir la coagulación normal, al impedir la función de la vitamina K.

Utilidad

Su empleo se restringe a personas que tengan una tendencia anormal a formar coágulos (trombos) y que estos coágulos puedan desplazarse (embolias) impidiendo la circulación normal en órganos importantes.

Enfermedades que producen un estancamiento o acumulación de la sangre, especialmente en las cavidades del corazón o en las venas de los muslos y piernas, que facilitan la coagulación y por tanto la formación de estos coágulos (trombos).

Efectos

Al aplicar este tratamiento el efecto es dificultar la coagulación para conseguir el efecto beneficioso deseado.

La forma de medir el efecto producido por los anticoagulantes es mediante una prueba de laboratorio - Tiempo de Protrombina – en la que comparamos el tiempo normal de coagulación frente al tiempo que tarda el paciente que toma anticoagulantes. Salvo enfermedades, el Tiempo de Protrombina es muy similar en todas las personas y viene a ser entre 10 y 14 segundos.

Los anticoagulantes orales alargan este tiempo al disminuir los factores de coagulación implicados, siendo el grado en que lo alargan de gran importancia para el paciente.

Para la mayoría de pacientes que requieren tratamiento anticoagulante oral, lo deseable es que su Tiempo de Protrombina se alargue entre 2 y 4 veces más que el Tiempo de Protrombina normal. Aunque existen otras formas posibles de expresar el resultado, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los resultados en los pacientes que reciben anticoagulantes se expresen como un cociente estandarizado e independiente de la técnica que se realice que es el INR. El INR no es más que una forma normalizada e internacional de expresar el resultado de dividir:

TIEMPO DE PROTOMBINA DEL PACIENTE

TIEMPO DE PROTOMBINA NORMAL

De esta forma, si el resultado del INR es de “1” nos expresa que la coagulación es como la de cualquier persona normal, en tanto que un INR de 4 nos viene a indicar que su Tiempo de Protrombina es 4 veces superior al normal.

Cada persona puede responder de forma distinta a una misma dosis de anticoagulante. Al contrario que con otras medicaciones, que suelen inducir un efecto homogéneo con dosis promedio, el efecto de los anticoagulantes orales está sujeto a una gran variabilidad individual en cuanto a la respuesta obtenida con dosis constante. Esto quiere decir que el efecto deseado de alcanzar un INR

entre 2 y 4, puede obtenerse con una determinada dosis en una persona y requerir el doble, triple o hasta 6 veces más en otra.

No es por tanto una medicación que se prescribe y se espera que proporcione el efecto deseado, sino que requiere de una búsqueda de la dosis para cada paciente individual, midiendo que la dosis aplicada proporcione el efecto deseado. Afortunadamente, una vez encontrada la dosis requerida, ésta fluctúa poco en el tiempo de forma que: Las oscilaciones de dosis en los controles sucesivos son mínimas, siempre y cuando la medicación, la dieta, la situación general y la regularidad de la toma permanezcan también constantes. En una sola toma y a una hora constante del día. En general se aconseja que se tome separado de la comida, en un mismo momento del día, no con puntualidad de minutos y segundos, sino con un margen de 1 hora. Se debe escoger el momento que sea más fácil recordar de acuerdo a las costumbres y horarios.

FRECUENCIA Y CONTROL

La merienda o la cena son en general convenientes, pero se puede seleccionar cualquier momento del día siempre que respete la regularidad en la toma. El día que acuda a hacerse el control, no debe tomar el anticoagulante hasta conocer el resultado, ya que a veces aconsejamos omitir la dosis de ese día si hay más efecto del deseado.

La búsqueda de la dosis que necesita el paciente, hace necesario que los controles iniciales sean frecuentes. El primer control suele realizarse a los 3 ó 4 días de iniciado el tratamiento; después a los 5 ó 7 días; los siguientes de 7 a 10 días y así sucesivamente hasta que el efecto permanezca constante, lo que suele ocurrir en el primer mes de iniciado el tratamiento. Para pacientes estabilizados, los controles pueden espaciarse hasta 30 ó 40 días.

Cuanto más regular sea la vida del paciente, mayor será la estabilidad del efecto y por tanto los controles de INR, y consecuentemente la dosis habitual apenas necesitará cambios.

Hasta hace pocos años, los controles de INR requerían laboratorios especializados para su realización, los cuales se encontraban ubicados en los Hospitales. Actualmente, existen técnicas disponibles mediante punción digital suficientemente fiables como para que el control pueda acercarse al paciente mediante la realización en su Centro de Salud. Con esta tecnología se ha demostrado que incluso los pacientes, por sí mismos, son capaces de hacer un control tan bueno como el que se hacía en los propios Hospitales. Aunque éste es también un objetivo a más largo plazo, nuestro objetivo inmediato es acercarle el control anticoagulante mediante punción digital a su Centro de Salud.

El paciente puede seguir haciendo su actividad habitual, incluso laboral, sin menoscabo. Sí es importante evitar la actividad física de riesgo y deportes de contacto o en los que el golpe y la caída sea lo habitual, así como las actividades que requieran grandes esfuerzos.

Actividades físicas recomendables pueden ser caminar, nadar, hacer bicicleta suave o trabajar en el jardín o su huerto.

Los anticoagulantes orales son muy eficaces en prevenir la formación de coágulos en estas válvulas, aunque siempre persiste un riesgo que no supera a 2 de cada 100 pacientes cada año. Comparado con riesgos anteriores de hasta 12 de cada 100 pacientes cada año, los anticoagulantes son altamente efectivos en mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que deberá tomarlos durante toda su vida.

El INR aceptado para estos casos es entre 2,5 y 3,5; aunque un límite superior de hasta 4 también es aceptable según tipo y posición de la válvula.

RIESGO CON LOS ANTICOAGULANTES

En otras ocasiones el efecto anticoagulante deseado facilita que usted sangre por lugares donde tenga una cierta facilidad, por ejemplo, hemorroides ya conocidas, ligero sangrado por encías con un buen cepillado dental o aparición más fácil de hematomas con un golpe. Estas mismas manifestaciones de forma anormal, o el

sangrado por la nariz, la orina o las heces con sangre, hacen aconsejable un control más precoz o una visita a Urgencias para controlar el INR. De particular importancia es el haber presentado anteriormente sangrado digestivo a causa de una úlcera de estómago, ya que con los anticoagulantes puede facilitarse el re-sangrado.

Algunos procedimientos en la piel o en la boca no requieren que se retire completamente los anticoagulantes, aunque sí debemos garantizar que la sangre no esté demasiado “líquida”.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Control de la coagulación mediante análisis periódicos que no debe de dejar, para ajustar las dosis que necesita
2. El paciente debe llevar consigo una tarjeta de anticoagulación con nombre, tipo y dosis de medicación.
3. Tomar la dosis indicada, siempre a la misma hora, preferiblemente al mediodía, pues los resultados analíticos suelen estar a lo largo de la mañana.
4. No olvidar tomar la dosis exacta establecida por el médico. Si por cualquier circunstancia se olvidara de tomar una dosis no debe tomar el doble al día siguiente, sino continuar con la dosis indicada y advertirlo cuando vaya a hacerse el análisis
5. La vitamina k se ingiere principalmente con las verduras y se produce también en el intestino por la flora bacteriana. No debe tomar ninguna medicina que contenga vitamina k.
6. Si tiene diarreas, vomito o falta de apetito le comunica a su médico.
7. Tener cuidado al ingerir alcohol modifican la acción del anticoagulante
8. Si es preciso anticipara el control de coagulación si apareciera algún problema de tipo hemorrágico sangrado nasal o las encías, orina o heces con sangre o si lo aparecen hematomas en algún lugar del cuerpo sin golpe previo.
9. Para la limpieza bucal use cepillos dentales de cerdas blandas.

10. Evitar comer vegetales con alto contenido de vitamina k: brócoli, lechuga, espinacas, coliflor, etc.
11. Debe recordar a cualquier médico, que está tomando anticoagulantes, ya que hay interacciones con otros medicamentos que pueden alterar los efectos del medicamento. Si tiene que aplicarse inyección intramuscular o intervenciones como extracciones de los dientes.
12. Tomar una dieta con poca sal para evitar la hinchazón de los pies y no excederse en la ingestión de líquidos o de frutas ricas en agua porque existe una tendencia a retener líquidos y sal que pueden producir dificultad para respirar e hinchazón de los pies.
13. Llevar siempre una copia de su informe médico.
14. Dormir en posición diferente al lado que asido intervenido, pues alguna persona presenta aumento de los latidos del corazón si se acuestan en el lado izquierdo.
15. Si se siente fatigado tomar un descanso.
16. Realizar ejercicios dinámicos que utilizan amplios grupos musculares durante largo periodos de tiempo como la marcha, bicicleta y natación.
17. Evitar los ejercicios bruscos e interrumpirlos si hay fatiga, mareo y dolor en el pecho.
18. Evitar el consumo de tabaco porque aumenta el trabajo del corazón, dificulta el aporte de oxígeno adecuado a las células de nuestro organismo y favorece la formación de coágulos.
19. Evitarlas relaciones sexuales en forma moderada si hay dolor suspenderlas.

1.4- MARCAPASO CARDÍACO

Es un pequeño dispositivo operado con pilas. Percibe cuándo el corazón está latiendo irregularmente o en forma muy lenta. Éste envía una señal al corazón, la cual lo hace latir al ritmo correcto.

DESCRIPCIÓN

Los marcapasos más nuevos pesan tan sólo 1 onza (28 g). La mayoría de los marcapasos tienen 2 partes:

- El generador contiene la pila y la información para controlar el latido cardíaco.
- Las derivaciones son alambres que conectan el corazón al generador y llevan los mensajes eléctricos a dicho órgano.

Un marcapasos debe implantarse bajo la piel. Este procedimiento lleva alrededor de 1 hora en la mayoría de los casos. Al paciente se le dará un sedante para ayudarlo a relajarse. El paciente estará despierto durante el procedimiento.

Se hace una pequeña incisión (corte). Casi siempre se realiza en el lado izquierdo del pecho debajo de la clavícula. El generador del marcapasos se coloca luego bajo la piel en esta localización. El generador también puede colocarse en el abdomen, pero esto es menos común.

Usando imágenes de rayos X en vivo para ver la zona, el médico coloca las derivaciones a través del corte, dentro de una vena y luego hasta el corazón. Las derivaciones se conectan al generador. La piel se cierra con suturas. La mayoría de las personas se va a casa al cabo de 1 día después del procedimiento.

Se pueden usar otros tipos de marcapasos para la insuficiencia cardíaca grave. Estos se denominan marcapasos biventriculares. Ayudan a coordinar el latido de los ventrículos del corazón.

La mayoría de los marcapasos biventriculares de hoy en día también pueden trabajar como desfibriladores cardioversiones implantables (DCI). Estos restablecen los latidos cardíacos normales realizando una descarga más grande cuando se presenta un ritmo cardíaco demasiado rápido y potencialmente mortal.

RIESGOS

Las posibles complicaciones de la cirugía para el marcapasos son:

- Ritmos cardíacos anormales
- Sangrado
- Punción del pulmón. Esto es raro.
- Infección
- Perforación del corazón que puede llevar a que se presente sangrado a su alrededor. Esto es raro.

Un marcapasos percibe si el latido cardíaco está por encima de una cierta tasa. Cuando supera esa tasa, el marcapasos deja de enviar señales al corazón. También puede percibir cuando el latido cardíaco es demasiado lento. En ese caso automáticamente se encenderá y comenzará a regular el corazón de nuevo.

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

El paciente debe indicarle al proveedor de atención médica qué fármacos está tomando, incluso fármacos o hierbas que se haya comprado sin una receta.

El día antes de la cirugía:

- Tomar una ducha y lavarse muy bien.
- Se puede solicitar que se lave todo el cuerpo del cuello para abajo con un jabón especial.

En el día de la cirugía:

- Se puede solicitar no beber ni comer nada después de medianoche la noche antes del procedimiento. Esto incluye goma de mascar y mentas para el aliento.

Enjuagarse la boca con agua si se siente reseca, pero tener cuidado de no tragarse el agua.

- Tomar los fármacos que se indicaron con un sorbo pequeño de agua.

El proveedor de atención médica le indicará al paciente a qué hora debe llegar al hospital.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

El paciente probablemente se podrá ir a casa después de 1 día. Debe poder retornar con rapidez a su nivel de actividad normal.

Preguntar al proveedor de atención cuánto puede usar el brazo del lado del cuerpo donde se colocó el marcapasos. Es posible que le aconsejen al paciente no:

- Levantar nada que pese más de 10 a 15 libras (4.5 a 6.75 kg).
- Empujar, jalar o torcer el brazo durante 2 a 3 semanas.
- Levantar el brazo por encima del hombro durante varias semanas.

Cuando el paciente salga del hospital, le entregarán una tarjeta para llevarla en la cartera. Esta tarjeta contiene una lista de los detalles de su marcapasos y tiene la información de contacto para emergencias. El paciente siempre debe llevar consigo esta tarjeta. Debe tratar de memorizar el nombre del fabricante del marcapasos en caso de que pierda su tarjeta.

PRONÓSTICO

Los marcapasos pueden ayudar a mantener el ritmo y la frecuencia cardíaca a un nivel seguro para usted. La pila del marcapasos dura aproximadamente de 6 a 15 años. Su proveedor de atención la revisará regularmente y la reemplazará cuando sea necesario.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Educación sanitaria al paciente de cómo vivir con su marcapasos y debemos aclarar todas sus dudas en cuanto a llevar una vida normal.
2. Debe realizar revisiones periódicas para evaluar el correcto funcionamiento del dispositivo, programar el marcapasos de forma individual, intentando que el paciente se beneficie al máximo de la ayuda que le pueda proporcionar y, al mismo tiempo, estas visitas brindan la oportunidad de consultar todas las dudas que le preocupan al paciente y a su familia.
3. Instruir al paciente sobre los cuidados de movilización y actividades a evitar.
4. Explicarle ante qué síntomas y signos debe avisar y ponerse en contacto con la consulta.
5. Conseguir su adaptación al marcapasos y su reincorporación a sus actividades de la vida diaria, a través de educación sanitaria y apoyo emocional, proporcionando información detallada al paciente y a su familia, con un lenguaje apropiado, en un entorno adecuado, tranquilo y relajado.
6. Educar al paciente sobre los signos y síntomas de ser un portador de marcapaso para evitar ansiedad, temor, conocimientos deficientes, deterioro de su actividad física, baja autoestima situacional para mejorar sus conocimientos, afrontamiento familiar comprometido, disfunción de su actividad sexual.
7. Brindar educación sanitaria, apoyo emocional y brinda la oportunidad de consultar todas las dudas que preocupen al paciente y a su familia; además les entregará folleto o material didáctico, de fácil comprensión que refuerce la información verbal.
8. Educar sobre el marcapasos no le impide realizar ninguna actividad, pero durante el primer mes no debe hacer esfuerzos, coger pesos, ni levantar el miembro afecto y evitar movimientos bruscos para evitar desplazamientos de los electrodos y facilitar el cierre de la herida.

9. Puede caminar, nadar, montar en bicicleta, que son las actividades más recomendables, puede practicar deporte, pero por precaución, se aconseja no practicar deportes en los que pueda recibir golpes sobre el marcapasos.
10. Puede viajar en cualquier medio de locomoción y para volver a conducir vehículos existe una normativa oficial concreta al respecto.
11. Puede tomar el sol, pero con precaución, no debe exponer la piel sobre el generador del marcapasos largas horas al sol, porque se podría recalentar la carcasa metálica que envuelve el marcapasos y producir una quemadura interna.
12. Se pueden tener relaciones sexuales con toda normalidad.
13. Su dieta habitual no tiene que verse afectada por el marcapasos y lo mismo ocurre con los medicamentos habituales que pueda necesitar.
14. Es importante que conozca que la batería de un marcapasos no se agota de repente, sino que lo hace de forma progresiva y predecible. En las revisiones, el programador nos indica el estado de la pila y, en la mayoría de los modelos, el tiempo que queda para el recambio electivo. También es importante informarle que el marcapasos “no pierde fuerza” conforme se vaya agotando, funcionará igual desde que se le implante hasta el momento de su sustitución.
15. Los electrodomésticos pueden producir interferencias por campos eléctricos, pero se evitan si se encuentran en buen estado, tienen toma a tierra y no se colocan sobre la zona donde se encuentra el marcapasos.
16. El teléfono móvil puede producir interferencias transitorias que se evitan usándolo por el oído opuesto a la zona del implante y transportándolo alejado del marcapasos.
17. Las antenas repetidoras de telefonía móvil no representan riesgos a distancias superiores a 2 metros y los sistemas de monitorización domiciliaria sin cables (wireless) no producen interferencias.
18. Los sistemas antirrobo ubicados en las entradas o salidas de los comercios pueden producir interferencias, que se evitan pasando sin apoyarse ni detenerse en ellos y los arcos detectores de metales usados en los

aeropuertos o en las entradas de las entidades bancarias o edificios públicos, pueden producir cambios transitorios e inhibición del dispositivo. Debe indicar que es portador de un marcapaso para evitar pasar bajo el arco.

19. En el trabajo se debe evitar trabajar en emisoras de radar, radiodifusión o televisión, centrales eléctricas, proximidad de líneas de alta tensión o transformadores eléctricos de alta potencia, hornos industriales de inducción y no emplear soldadura eléctrica. Debe consultar si en el trabajo existen equipos como los descritos.

1.5- TEORIA DE ENFERMERIA

TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dentro de las teorías de enfermería que podemos sustentar el trabajo de investigación es la de Dorothea Orem con la Teoría del Autocuidado.

El modelo de Oren analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su autocuidado, el cual se define como; la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar. La capacidad de cuidarse así mismo corresponde al autocuidado en tanto el cuidado proporcionado por otros se define como cuidado dependiente.

Según el modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a la gente a hacer frente a sus propias demandas su autocuidado terapéutico.

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la

vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. (Cisneros, 2002, p.6)

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. (Cisneros, 2002, p.6).

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del Autocuidado: en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Cisneros, 2002, p.6).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos del autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (Cisneros, 2002, p.7).

Teoría de los sistemas de enfermería: en la que explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona cuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermera como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que la enfermera puede utilizar 5 métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (Cisneros, 2002, p.7).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace

necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. (Cisneros, 2002, p.7).

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (Cisneros, 2002, p.7).

TEORIA DE NOLA PENDER

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD:

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de

tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento

humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud.

**CAPITULO II
APLICACIÓN DEL PAE - EBE**

1. VALORACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE	: M.M.I.
EDAD	: 28 AÑOS
SEXO	: MASCULINO
RELIGION	: CRISTIANA
ESTADO CIVIL	: SOLTERO CON 2 HIJAS
OCUPACION	: OBRERO
NACIONALIDAD	: PERUANA
DOMICILIO	: PSJ.SANTA ROSA N135
IDIOMA	: CASTELLANO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	: SECUNDARIA INCOMPLETA

1.2. ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS:

Paciente adulto joven post-operado de Presencia de Válvula Protésica en Localización Mitral y Marcapaso Cardiaco en el año 2013 en el INCOR.

1.3. ANTECEDENTES FAMILIARES: Ninguno.

2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente adulto joven de sexo masculino de 28 años de edad, acude por sus propios medios acompañado del personal de INPE de Carquín, al consultorio de cardiología para su control por presencia de prótesis de válvula Mitral y marcapaso definitivo.

A la entrevista Refiere “no tomo el medicamento de anticoagulación hace un año” y ahora me está sangrando nariz y boca, tengo dolor de pecho y tengo miedo de que algo me pase”.

También refiere “me canso al caminar” por lo que duermo más tiempo ya que no tengo deseos de nada. Refiere “estoy muy triste porque mi mama sufre porque estoy en la cárcel y yo he sido rebelde y no le he hecho caso, estoy en la cárcel porque no tengo recursos para pagar la mantención de mi hija”.

A la observación paciente despierto, orientado en espacio, tiempo y persona con Glasgow 15 /15. Delgado, pálido, con expresión de fascias de temor, preocupación y vergüenza porque viene enmarrocado custodiado por dos policías, con cabello largo y barba crecida, en regular estado de higiene de su cuerpo, rostro, uñas largas, piel sudorosa, con dificultad al respirar dolor de pecho en escala de EVA de 5/10, con cicatrices a nivel de tórax que abarca del esternón a 10 centímetros del ombligo a la auscultación del corazón se escuchan ruidos arrítmicos, clic protésico, abdomen blando depresible con ruidos hidroaereos presentes.

Signos Vitales: P.A.:90/60mmhg, Sato2=96% R.28X' FC: 65X' Peso: 50kg, Talla: 1.65cm, IMC=18.36

2.1. EXAMENES DE LABORATORIO – 10/07/17

Tiempo de Protrombina: 24”  (1 a 13.5 segundos) (normal)
INR: 2.18  (INR de 0.8 a 1.1) (normal)

2.2. OTROS ESTUDIOS

EKG: Se observa bloqueo de AV congénito,

Fibrilación auricular con tendencia de marcapaso.

2.3. TRATAMIENTO MEDICO ACTUAL

- ✓ Warfarina 5mg 2 tableta /día
- ✓ Propanolol 40mg ½ tableta mañana y noche
- ✓ Espironalactona 25mg 1 tableta en la mañana.
- ✓ Enalapril 10mg ¼ de tableta en la mañana.

VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente refiere “No tomo los medicamentos hace un año como debe ser, me canso al caminar, he tenido sangrado bucal y nasal”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Dificultad para respirar, decaído,</p>	<p>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Clase 2: Gestión de la Salud. Gestión Ineficaz de la Propia Salud.</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente refiere “me canso al caminar”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel fría, dificultad para respirar, dolor en pecho. • FR: 28Xmin 	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorios mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.</p> <p>Intolerancia a la actividad.</p>

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Me canso al caminar.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Se evidencia al examen físico Piel fría, dificultad para respirar, dolor en pecho, piel fría, PA: 90/60 mmHg, R: 28 x', FC: 65 x' arrítmico EKG: bloqueo AV congénito y fibrilación auricular</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorios mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo</p> <p>Perfusión tisular cardiaca</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente refiere "estoy muy triste, mi mamá sufre porque estoy en la cárcel y yo he sido rebelde y no le he hecho caso"</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Se le observa lloroso, ansioso Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación</p>	<p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN</p> <p>Clase 2: Autoestima Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.</p> <p>Impotencia</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS

<p>DATOS SUBJETIVOS: Refiere “estoy en la cárcel porque no tengo para pagar la manutención de mi hija”</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Paciente viene con custodia policial del INPE</p>	<p>DOMINIO 7: ROL/RELACIONES</p> <p>Clase 2: Relaciones familiares asociadas de personas relacionadas biológicamente o por elección propia</p> <p>Interrupción de los procesos familiares.</p>
<p>TIPOS DE DATOS</p>	<p>DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Refiere “tengo miedo que algo me pase”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Se le observa lloroso, ansioso, preocupado y con temor.</p>	<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Clase 1: Respuesta postraumática Reacciones tras un trauma físico o psicológico.</p> <p>Temor.</p>
<p>TIPOS DE DATOS</p>	<p>DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: “No tomo los medicamentos hace 1 año como debe ser”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Sangrado bucal y nasal más o menos 50cc. Warfarina 1/1 tableta INR.2.18 ↑</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN</p> <p>Clase 2: Lesión física o daño corporal.</p> <p>Riesgo de lesión</p>

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: Refiere “me fatigo al caminar y tengo leve dolor en el pecho”</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Fatigado, ansioso Funciones vitales: R=28 x’ FC:65 x’ Escala de EVA : 4/ 10</p>	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <p>Clase 1: Confort físico sensación de bienestar o comodidad.</p> <p>Disconfort</p>

PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS

- Alteración de la perfusión tisular cardiaca R/C Hipoperfusión histica m/p me canso al caminar, piel fria, PA: 90/60 mmHg, R: 28 x, FC: 65 x’ arrítmicos, ruidos cardiacos arrítmicos clic protésico, EKG bloqueo de AV congénito y fibrilación auricular.
- Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno m/p me canso al caminar, piel fría, dificultad para respirar, dolor en pecho.
- Disconfort R/C dolor m/p me fatigo al caminar, tengo leve dolor en el pecho, escala de EVA 4/10,

- Gestión Ineficaz de la Propia Salud R/C déficit del conocimiento m/p No tomo los medicamentos hace un año, dificultad para respirar.
- Desequilibrio Nutricional por defecto R/C Incapacidad para absorber los nutrientes, factores psicológicos m/p adelgazado, peso 50kg, Talla 1.65cc, IMC 18.36.
- Impotencia R/C múltiples agentes estresantes m/p se observa lloroso, ansioso y triste.
- Interrupción de los procesos familiares R/C crisis situacional m/p “estoy en la cárcel porque no tengo para pagar la manutención de mi hija” viene con custodia policial del INPE
- Riesgo de lesión R/C incumplimiento del tratamiento indicado.

1. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS - No tomo los medicamentos hace un año.</p> <p>DATOS OBJETIVOS - Incumplimiento del tratamiento, - Dificultad para respirar.</p>	<p>Gestión ineficaz de la propia salud R/C déficit del conocimiento m/p No tomo los medicamentos hace un año, dificultad para respirar.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Paciente mejorara el programa terapéutico correctamente.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Paciente incrementara sus conocimientos su enfermedad mediante el apoyo del personal de salud al cabo de una semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explica al paciente sobre el uso de la tarjeta de ACO. • Se le enseña al paciente y familiar sobre: Nombre del medicamento, dosis y hora de la administración efectos colaterales, signos de alarma y la forma de identificarlos, riesgo de automedicación. • Se le explica sobre el control de los exámenes de laboratorio de los Niveles de TP e INR. • Se le pregunta al paciente si ha entendido todo lo que se le explicado o hacer otra replica. • Se le explica que en los alimentos debe consumir menos sal y menos alimentos que contengan vitamina K que se encuentra en las verduras verdes, etc., 	<p>Paciente verbaliza sobre el uso de la tarjeta ACO y las horas que tomara el medicamento y se observa que toma conciencia de su enfermedad.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Me canso al caminar.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Piel fría, dificultad para respirar, dolor en pecho.</p>	<p>Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno m/p me canso al caminar, Piel fría, dificultad para respirar, dolor en pecho</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente tolera las actividades rutinarias progresivamente</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente manifestara disminución de la fatiga al realizar sus actividades básicas paulatinamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le instruye al paciente sobre la limitación de las actividades. • Se establece ejercicios y periodos de descanso para evitar la fatiga. • Se ayuda a organizar las actividades de la vida diaria. • Se enseña el cómo realizar su autocuidado. • Se le indica que después de realizar el ejercicio se controle las funciones vitales y anotar para llevar a cita con el médico- 	<p>Paciente manifiesta haber comprendido las indicaciones y las cumplirá.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS: Me siento triste, no tengo hambre.</p> <p>Datos Objetivos: Adelgazado Peso: 50kg Talla: 1.65cc IMC: 18.36</p>	<p>Desequilibrio Nutricional por defecto R/C</p> <p>Incapacidad para absorber los nutrientes, factores psicológicos m/p</p> <p>peso 50kg Talla 1.64cc IMC 18.65</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente mejorar el estado nutricional paulatinamente.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Paciente ganara de peso paulatinamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se analiza las posibles causas de la baja de peso. • Se analiza con el paciente y la familia la percepción los factores de intervienen en la capacidad o comer los alimentos • Se controla periódicamente los niveles de albumina, linfocitos y electrolitos en suero. • Se coordina con la nutricionista de IMPE para proporcionarle alimentos ricos en proteínas, calorías y bebidas de acuerdo a la necesidad del paciente. • Se controla el peso cada semana. 	<p>Paciente sin cambios.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
------------	-------------	---------------	--------------	------------

<p>DATO SUBJETIVO Paciente refiere “estoy muy triste porque mi mama sufre que estoy en la cárcel y yo he sido rebelde y no le he hecho caso”</p> <p>DATOS OBJETIVOS - Se le observa lloroso, ansioso - Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación</p>	<p>Impotencia R/C múltiples agentes estresantes m/p se observa lloroso, ansioso y triste.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Paciente superar la impotencia luego de recibir ayuda psicológica paulatinamente.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: paciente manifestara sus preocupaciones y alternativas de solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña al paciente a que asuma su autocuidado con responsabilidad. • Se le ayuda al paciente a clarificar los conceptos equivocados. • Se le ayude al paciente que exprese sus sentimientos de ansiedad o estrés. • Se remite al paciente a asesoramiento especializado en el penal que puede ser con psicólogo, asistente social para ayudar a solucionar los problemas que le preocupa. • Se asesora en plan de tratamiento que segura en el penal, y las coordinaciones respectiva para cumplir con el tratamiento indicado y controles que llevara. 	<p>Paciente manifiesta haber disipado sus preocupaciones.</p>
---	---	---	--	---

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
DATOS SUBJETIVOS	Interrupción de los	OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Se escucha las 	La familia

<p>Refiere “estoy en la cárcel porque no tengo para pagar la manutención de mi hija”</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Paciente viene con custodia policia del INPE</p>	<p>procesos familiares R/C crisis situacional</p> <p>Evidenciado: Refiere “estoy en la cárcel porque no tengo para pagar la manutención de mi hija” viene con custodia policial del INPE</p>	<p>GENERALES: Paciente superar los problemas familiares paulatinamente.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Paciente mejorar las relaciones familiares con apoyo del especialista paulatinamente.</p>	<p>inquietudes, sentimientos del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se favorece una relación de confianza con el paciente. • Se ayude a la familia a identificar y solucionar los conflictos de valores • Se busca apoyo del especialista para apoyar a la familia sobre el caso del paciente. • Se refuerza a la familia con respecto a las estrategias para enfrentar los problemas. 	<p>refiere estar más tranquila y manifiesta que le apoyaran al paciente en la solución de sus problemas.</p>
--	--	---	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
------------	-------------	---------------	--------------	------------

<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Me fatigo al caminar, tengo leve dolor en el pecho, escala de EVA 4/10.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <p>Fatigado, ansiosos Fr: 28xmin Sato2: 96%</p>	<p>Disconfort R/C dolor m/p me fatigo al caminar, tengo leve dolor en el pecho, escala de EVA 4/10.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Paciente manifestará alivio del dolor después de las intervenciones de enfermería en 2hrs.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Paciente mejorara el patrón respiratorio después de las intervenciones de enfermería en 30 min: Fr: 20 a 24x min.</p> <p>Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Valora el dolor inicial, localización, duración, irradiación y el comienzo de nuevos síntomas • Se Obtiene un ECG durante el episodio de dolor y después de éste. • Se Valora signos de hipoxemia mediante la saturación de pulso permanente. • Ministran y evaluar eficacia de medicamentos prescritos. • Se Mantiene al enfermo en reposo absoluto hasta su mejoría clínica. • Se valoran frecuencia cardiaca y presión arterial mediante monitorización continua. • Se Controla y registrar 	<p>Paciente refiere sentirse mejor y disminuye el dolor EVA 2/10 Fr: 25x min</p>
--	---	--	--	--

		disminuirá el dolor progresivamente hasta su erradicación.	signos vitales cada 2 horas durante las primeras 24 horas. <ul style="list-style-type: none">• Se vigila cambios hemodinámicos por medio del catéter de flotación cada 2 horas.• Se instala y mantiene una vía intravenosa para administración de la terapéutica establecida.• Se mantiene al enfermo en reposo absoluto	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS: Incumplimiento del tratamiento Me canso al caminar.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: funciones vitales: PA: 90/60 mmHg R: 28 x' FC: 65 x' arrítmicos Ruidos cardiacos arrítmicos clic protésico Se observa en el EKG bloqueo de AV congénito y fibrilación auricular</p>	<p>Alteración de la perfusión tisular cardiaca R/C Hipoperfusión Hística m/p Me canso al caminar. Piel fría, PA: 90/60 mmHg R: 28 x' FC: 65 x' arrítmicos Ruidos cardiacos arrítmicos clic protésico Se observa en el EKG bloqueo de AV congénito y fibrilación auricular</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente mejorara la función cardiovascular paulatinamente.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Paciente presenta un EKG dentro de los límites normales y FC rítmico paulatinamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales teniendo énfasis en la frecuencia cardiaca. • Se Valora el dolor torácico tanto en la intensidad y la profundidad. • Se administra Warfarina 2 tabletas VO. • Se administra Espironalactona VO. • Se administra propanolol ¼ de tab. • Se instruye al paciente sobre la limitación de las actividades. • Se establece ejercicios y periodos de descanso para evitar la fatiga. 	<p>Paciente mejora la función cardiaca PA 100/70 'FC: 68 X' rítmico al lapso de una semana.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVO: Riesgo de sangrado. Efectos secundarios del tratamiento.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Sangrado bucal y nasal más o menos 50cc. Warfarina 1/1 tableta INR 2.18 .</p>	<p>Riesgo de lesión R/C incumplimiento del tratamiento indicado m/p Sangrado bucal y nasal.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Paciente mejorara el perfil de coagulación luego de llevar un adecuado tratamiento paulatinamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva al paciente que cumpla con el tratamiento. • Se explica el horario del tratamiento muy detenidamente. • Se registra los próximos controles con el Médico al igual que los análisis de laboratorio. • Se enseña como registrara el tratamiento diariamente. • Se establece un plan de visitas al paciente en penal para supervisar el cumplimiento del tratamiento. 	<p>Paciente muy atento y acepta que cumplirá con el tratamiento indicado.</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1- Conclusiones

- El Plan de Cuidados de Enfermería utilizando la taxonomía Nanda, Nic, Noc permite a los Enfermeras/os poder comunicarnos de una forma normalizada, utilizando esta metodología, la Enfermera /o puede detectar las necesidades del paciente y así poder plantear objetivos para planificar intervenciones y /o actividades que resuelvan los problemas de salud de acuerdo a las características propias de cada paciente.
- Los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que precisa la Especialista para administrar cuidados al paciente con alteraciones cardiacas son de gran importancia como se ha notado el presente caso clínico como es del paciente con válvula protésica en su etapa de rehabilitación que es la base fundamental para el pronóstico y calidad de vida.
- Falta guías de atención en pacientes con alteraciones cardiacas tanta en la etapa de hospitalización y en la fase de rehabilitación para brindar los cuidados integrales especializados en el hospital,

3.2- Recomendaciones

- Se recomienda las entidades formadoras profundizar más en el uso de la taxonomía Nanda NIC NOC para hablar el mismo lenguaje y así brindar un cuidado oportuno, eficaz y de calidad a todos los pacientes.

- Se recomienda a todos los profesionales de enfermería mantenerse en continua capacitación y actualización revisando temas e la actualidad de acorde a la especialidad para gestionar el cuidado integral y garantizar la seguridad de los pacientes a nuestro cargo.

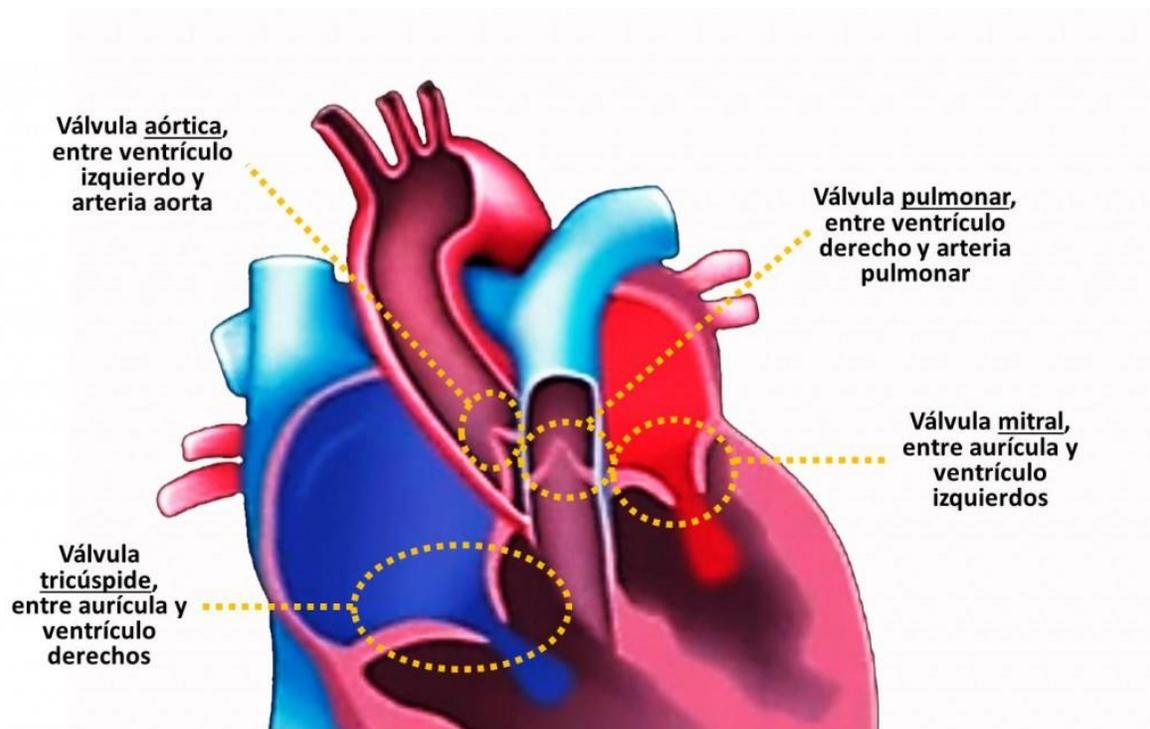
- Se recomienda la elaboración de guías de atención a pacientes con problemas cardiovasculares tanto en la etapa de hospitalización como en la etapa de rehabilitación utilizando la Taxonomía Nanda, NIC, NOC y que este en actualización permanentemente de acuerdo a la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

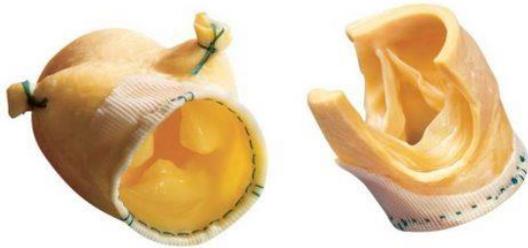
1. Gina Natalia Chacón Hernández. “Fundación Peruana del Corazón 2012.Licenciada en Medicina por la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia (2004-2009). Residente de segundo año de Cardiología en el Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia.
2. Dra. Miriam Piñeiro Portela. Enfermedad Valvular Mitral Protésica
3. Cardióloga. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.www.madrid.org/cs/Satellite...cirugia_valvular.pdf
4. Programa de Educación al Paciente con Cardiopatía. Postoperatorio de cirugía de prótesis valvular. Sociedad Española de Cardiología.
5. Ana Felicidad Egea Fernández Enfermera de Familia “Atención de Enfermería del Paciente Coagulado. Directora de Enfermería de Atención Primaria del Área de Salud de Melilla.
6. J L. Pérez Vela, N. Perales y Rodríguez de Viguri.” Manejo de la anticoagulación en pacientes con prótesis valvulares”. Controversias ^a2017)
7. Elena Lara M. Cecilia Martínez F. Ma. Paola Pandolfi P. Karin Penroz C. Romina Perfetti M.” El Adulto Joven”. www.Rrobertexto.com.2012.
8. Hirsh J, Dalen JE, Anderson DR, Poller L, Bussey H, Ansell J, and Deykin.” Oral anticoagulants: Mechanism of action, clinical” effectiveness, and optimal therapeutic range.2001.
9. Onelia Gretty. Dieta y anticoagulación oral con Warfarina “Index Dieta.10/12/2016.
10. Dr. Ramón Humberto Álvarez. “Válvulas Cardiacas Protésicas.” revisión actualizada. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina - n° 137 – pág. 19-32 septiembre 2017
11. Gianni Toykin/Síndrome Purpúrico no Trombocitopénico ,<https://es.sildeshare.net>.10 oct del 2014
12. Lic. Enf. Claudia Susana Mancera Madrigal, Lic Enf. Adriana López Peña. 2008.Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Anticoagulación vía oral

13. Onelia Gretty 10/12/2016 INDEX-DIETA Dieta y anticoagulación oral con warfarina
14. Patricia Bustos M1, Hugo Amigo C1, Antonio Arteaga LI2, Ana María Acosta B2, Roberto J Rona3 2013. Revista Médica de Chile. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes.
15. Julián Pérez Porto y María Merino. 2013. Definición de soledad. <https://www.definicionabc.com/general/soledad.php>
16. Autores: Julián Pérez Porto y Ana Gardey. 2013. Definición de crisis. <http://definicion.de/crisis/>
17. EL SEXO TRAS LA CIRUGIA CARDIACA. 02-11-2010. <http://www.asociacionanticoagulados.com/noticia.php?id=74>
18. Bonifacio Sundín. 2002. Sistema de Información Científica. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales.
19. Paulo de Lara La vítola; Guilherme Sobreira Spina; Roney Orismar Sampaio; Flávio Tarasoutchi; Max Grinberg. 2009. Arquivos Brasileiros de Cardiología. Sangrado durante la anticoagulación oral: alerta sobre un mal mayor.
20. MARTA FERRANDIZ MACH. UNIDAD DEL DOLOR. FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR.

ANEXOS



PRÓTESIS VALVULARES BIOLÓGICAS



PRÓTESIS VALVULARES MECÁNICAS



Fig: diversos modelos de válvulas protésicas. Imágenes cedidas por Medtronic®

