

CASO CLÍNICO: ENDOCARDITIS MITRAL SUBAGUDA COMPLICADA EN EL ANCIANO

Autores

José Manuel González de la Guerra¹, Myrian González Campo², Blanca Torres Manrique³, Carmen María Sarabia Cobo⁴.

1 Experto en Área Quirúrgica, Anestesia y Reanimación; Experto en Cuidados Críticos. Enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales y Pediátricos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

2 Experta en Cuidados Críticos. Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

3 Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería, Escuela de Enfermería Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

4 Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería, Escuela de Enfermería Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Resumen

La endocarditis infecciosa es una enfermedad inflamatoria del endocardio y las válvulas cardíacas producida por la infección de bacterias. Es un proceso frecuente en la población anciana, fruto del proceso degenerativo de las válvulas cardíacas. Los objetivos de este trabajo son: definir el proceso fisiopatológico de la endocarditis infecciosa subaguda en el anciano y elaborar un plan de cuidados individualizado para un caso clínico, utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Se presenta el caso de un hombre de 81 años que ingresa de urgencia tras 4 ingresos hospitalarios previos por presentar disnea, fiebre de 39°C, signos de insuficiencia cardíaca, sudoración profusa, astenia y abundantes secreciones.

Palabras clave: endocarditis, procesos de enfermería, cuidados de enfermería.

CASE REPORT: COMPLICATED MITRAL VALVE SUBACUTE ENDOCARDITIS IN THE ELDERLY

Abstract

Infectious endocarditis is an inflammatory disease affecting the endocardium and the heart valves caused by bacterial infection. It is a common process in the elderly population as a result of a degenerative process of the heart valves. The objectives of this study are to define the physiopathological process of subacute infectious endocarditis in the elderly and to develop an individualized care plan for a clinical case, using Virginia Henderson's model and NANDA, NOC and NIC taxonomies.

We submit the case of a 81 year old male being admitted to the emergency room after 4 previous hospital admissions due to dyspnea, 39°C fever, heart failure signs, profuse sweating, asthenia and abundant secretions.

Keywords: Endocarditis, Nursing Procedures, Nursing Care.

Enferm Cardiol. 2014; Año XXI (62): 49-53.

Dirección para correspondencia

José Manuel González de la Guerra
C/ Martín y Bosio, n.º 323-D, 2.º Izq.
39530 Puente San Miguel
Cantabria

Correo electrónico:

jmgonzalezdelaguerra@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de endocarditis infecciosa en la válvula mitral que ingresa en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Comarcal Sierrallana, Cantabria, en marzo de 2013. El paciente permanece en este servicio durante 3 meses, y es trasladado a un hospital de media estancia, Hospital Santa Clotilde, tras la remisión de la enfermedad con el fin de comenzar un programa de rehabilitación. Durante su ingreso se realizó una valoración de enfermería utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson. A continuación se establece un plan de cuidados con diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA y los problemas de colaboración que presentó el paciente; también se identificaron los objetivos a cumplir (taxonomía NOC) con sus indicadores y las intervenciones junto con las actividades a llevar a cabo (taxonomía NIC).

Descripción del proceso fisiopatológico

La endocarditis infecciosa (EI) es la inflamación del endocardio y las válvulas cardiacas, y normalmente está causada por una infección bacteriana. Estos patógenos llegan hasta el revestimiento interno de las cavidades cardiacas a través del torrente sanguíneo, y su vía de entrada está relacionada con multitud de causas. Al llegar al interior del corazón, se fijan a él generalmente sobre una válvula cardiaca y así comienzan a multiplicarse formando vegetaciones. Esta grave patología puede aparecer en pacientes sanos, pero normalmente es muy frecuente en aquellos que sufren valvulopatías, cardiopatías congénitas, endocarditis previas, usuarios de drogas por vía parenteral y en aquellos pacientes portadores de una válvula protésica¹⁻⁶.

Los microorganismos más comunes que provocan esta infección, son los estreptococos y los estafilococos¹⁻⁶. Según la Fundación Española del Corazón (FEC), dependiendo de la agresividad de estos microorganismos, la endocarditis puede ser:

Subaguda: Evolucionan durante semanas o meses; es causada por gérmenes con baja virulencia. Los síntomas aparecen de forma insidiosa y difusa, el paciente sufre astenia, fiebre, escalofríos, anorexia, fatiga, debilidad, insuficiencia cardiaca y molestias músculo esqueléticas. Estos síntomas pueden presentarse durante semanas o incluso meses. La aparición subaguda de la enfermedad en el anciano, dificulta en gran medida el diagnóstico debido a los síntomas tan inespecíficos y como consecuencia, provoca un retraso en el tratamiento, ocasionando un gran deterioro funcional en el paciente.

Aguda: Evolucionan en días o semanas; los microorganismos que la causan son muy agresivos. Los síntomas son igual que los que aparecen durante la EI subaguda solo que son más graves y se concentran en pocos días.

Con los años, la endocarditis bacteriana ha evolucionado y ha experimentado numerosos cambios a los recogidos hace más de 100 años, tanto en el cuadro patológico como en las técnicas diagnósticas y terapéuticas utilizadas hoy en día, sobre todo, con el desarrollo de la cirugía cardiaca a "cielo abierto" y la ecocardiografía transesofágica. Respecto a la epidemiología, nuevos estudios describen un incremento de la incidencia en pacientes ancianos, lo cual se explica debido al envejecimiento global de la población acompañada de importantes comorbilidades¹⁻⁴. Una de las principales características de estos pacientes es la degeneración de las válvulas cardiacas, necesitando una intervención quirúrgica en la que se les realice una sustitución de su válvula nativa por una prótesis. Ser intervenido quirúrgicamente y llevar material protésico son dos de los factores predisponentes más importantes a la hora de desarrollar una EI, así como el desarrollo de alguna complicación posoperatoria de tipo infeccioso. La presencia de una EI subaguda en el anciano, es una patología muy grave, que pone en peligro la vida de la persona, así como la posibilidad

de sufrir un importante deterioro funcional, comorbilidades y complicaciones que conllevan una gran limitación de la calidad de vida. Para el sistema sanitario supone un enorme coste debido a la necesidad de múltiples pruebas diagnósticas, un tratamiento específico y una estancia hospitalaria prolongada.

Por otro lado, la atención de este tipo de pacientes mediante planes de cuidados individualizados son complejos debido a la pluripatología que presentan^{6,7}, así como las numerosas complicaciones que aparecen durante el largo proceso de recuperación.

Antecedentes personales

Paciente varón de 81 años. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada, exfumador desde 1998, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes *mellitus* (DM) tipo II insulinodependiente. En 2010, estenosis aórtica severa tratada mediante bioprótesis, cuyo posoperatorio se complicó con infección respiratoria, infección de la herida quirúrgica y dehiscencia esternal, reinterviéndole a los 15 días de la cirugía. Insuficiencia cardiaca moderada, índice de Barthel: 50 (moderado). En 2012, el paciente tiene numerosos episodios de bacteriemia enterocócica ingresando en el hospital en cuatro ocasiones. Ante la recurrencia de la infección se realizó un estudio exhaustivo en busca de posibles focos de infección, con particular interés en la válvula protésica observándose únicamente en una gammagrafía con galio 67 realizada en febrero de 2013, hipercaptación en la articulación esternoclavicular derecha, por lo que se concluyó el diagnóstico de osteomielitis esternal enterocócica y se completó el tratamiento antibiótico con ampicilina durante 4 semanas.

Tres días después del regreso a su domicilio, el paciente comenzó con fiebre, malestar general, disnea, aumento de tos y secreciones por lo que acudió de nuevo al hospital.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

En el último ingreso antes de la enfermedad actual, fue diagnosticado de osteomielitis esternal por enterococos. Inicialmente se administra cefalosporina de tercera generación que se cambia a ampicilina y por último a amoxicilina-clavulánico. Durante este ingreso se administran hasta 4 concentrados de hematíes al haber sufrido una importante anemia y debido también a una extravasación coincidente con la administración de una transfusión sanguínea.

- Exploración física: consciente y orientado, nutrido e hidratado, dolor torácico, malestar general, palidez, sudoración, disneico, ingurgitación yugular y edemas maleolares.
- Constantes vitales: tensión arterial 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca 70 lpm, temperatura 39°C.
- Analítica: 20.700 mil/mm³ Leucocitos, 8,5 g/dl hemoglobina, 199.000/mm³ plaquetas. Glucosa 207 mg/dl, urea 109 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl, sodio 135 mEq/l, potasio 4,7 mEq/l, PCR 56 mg/L.
- Electrocardiograma: fibrilación auricular a 70 lpm.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia.
- Auscultación: corazón arrítmico con soplo sistólico aórtico. Roncus pulmonar bilateral.
- Gasometría: pO₂ 167, pCO₂ 133, pH 7,40, HCO₃ 20.
- Hemocultivos: se aísla *Enterococcus faecalis*.
- Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: En anillo posterior de la válvula mitral se observa una imagen de masa de 16 x 12 mm. De bordes ecogénicos que no se observaba en el ecocardiograma transesofágico anterior en diciembre de 2012.
- Diagnóstico provisional: endocarditis mitral enterocócica subaguda complicada con anemia por enfermedad crónica, insuficiencia renal aguda por aminoglucósidos, agudización de EPOC por infección nosocomial respiratoria por *Stenotrophomona maltophilia* y síndrome orgánico cerebral.

- Tratamiento inicial: heparina de bajo peso molecular (HBPM), furosemida, ampicilina, inhaladores, oxigenoterapia, reposo, monitorización de constantes vitales, y saturación de oxígeno.

Evolución

El paciente tras ser diagnosticado de endocarditis mitral fue tratado durante 6 semanas con ampicilina y 2 semanas con gentamicina; en la cuarta semana de ingreso, el paciente sufrió una agudización de su EPOC debido a una infección respiratoria por *Streptotrophomonas maltophilia*, recibiendo tratamiento con cotrimoxazol durante 2 semanas consiguiéndose la resolución clínica y microbiológica del episodio. Debido a la administración de toda esta batería de antibióticos, sufre una insuficiencia renal aguda por aminoglucósidos, pero tras la suspensión del tratamiento en la sexta semana de tratamiento, esta se resuelve.

Durante el ingreso, aparece progresivamente un empeoramiento de la anemia crónica que sufre el paciente asociada a la enfermedad infecciosa subaguda y a la administración de antibioterapia prolongada, recurriendo por tanto a la administración de 3 concentrados de hemáties.

Entre la tercera y la cuarta semana, el paciente sufre un importante empeoramiento de su estado general, centrándose el equipo de enfermería en el abordaje de los problemas de colaboración y en el diagnóstico de intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno y en los diagnósticos de autocuidado. El paciente mejora notablemente sus cifras de hematocrito y hemoglobina tras la resolución del proceso infeccioso y la administración de hemoderivados.

A partir de la quinta semana de tratamiento, el paciente se recupera progresivamente, pudiendo trabajar con él los diagnósticos de ansiedad y conocimientos deficientes así como aumentar progresivamente el número de actividades dirigidas a su autocuidado. Durante su prolongada enfermedad y numerosas hospitalizaciones, en los últimos meses de estancia hospitalaria, el enfermo sufre un grave deterioro funcional, siendo incapaz de deambular y realizar las actividades básicas de la vida diaria; índice de Barthel actual: 15 (Total).

Alta médica

Tras la resolución del proceso infeccioso, recibe el alta hospitalaria el 28 de mayo de 2013 y es trasladado a un hospital de media estancia con la finalidad de rehabilitar al paciente. Un hospital de media estancia es un nivel asistencial utilizado para completar la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario. La estancia media en este centro, oscila entre 25 y 30 días, y la estancia máxima no debería superar los 3 meses.

El tratamiento médico que recibió al alta el paciente consistió en: rehabilitación, heparina, diuréticos, inhaladores (salbutamol y Seretide® 50/100 mcg) hierro y vitamina B9. Durante varias semanas previas al alta, el paciente no precisó tratamiento hipoglucemiante ni antihipertensivo.

Valoración de enfermería

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: En el momento del ingreso el enfermo presenta disnea IV (incapaz de realizar cualquier ejercicio, apareciendo los síntomas con las actividades físicas menores como caminar, y no desaparecen con el reposo), crepitantes bilaterales, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Signos de insuficiencia cardiaca. Se observa tiraje intercostal e hiperactividad de los músculos accesorios de la respiración.
2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN: Lleva una dieta equilibrada y mantiene su peso con un índice de masa corporal (IMC) de 26. Al ingreso necesita ayuda para comer ya que el paciente presenta un temblor esencial

desde hace más de 5 años. Lleva dieta blanda pobre en sal con restricción hídrica debido a la insuficiencia cardiaca. Ausencia de algunas piezas dentales, mucosa y lengua presentan coloración y aspecto normales.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: Necesita ayuda para la eliminación, no pudiendo acudir hasta el baño. Hábito intestinal normal, aspecto y consistencia de las heces normales. Diuresis normal forzada con diuréticos.
4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA: En su domicilio el paciente se mantenía activo, pudiendo realizar pequeños paseos por su casa con ayuda de un bastón, aunque limitado por la disnea. Situación actual: encamado, debilidad generalizada, cansancio e importante pérdida de masa muscular. El paciente presenta alteración de los parámetros cardiorrespiratorios ante la respuesta a cualquier actividad.
5. NECESIDAD DE DORMIR/DESCANSAR: Acostumbra a dormir 8 horas. El paciente está muy adormilado.
6. NECESIDAD DE VESTIRSE/DESVESTIRSE: Lleva camión del hospital. Requiere ayuda para vestirse.
7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: Presenta fiebre desde el ingreso entre 38 y 39°C, sudoración leve.
8. NECESIDAD DE HIGIENE: Necesita ayuda para su higiene personal. Aspecto limpio y cuidado, presenta múltiples hematomas en ambas manos debido a la fragilidad de la piel.
9. NECESIDAD DE SEGURIDAD: No hábitos tóxicos, no alergias conocidas. El paciente ha recibido numerosas transfusiones de sangre tras la cirugía cardiaca a la que se sometió hace 3 años y también como consecuencia de los anteriores ingresos por bacteriemia.
10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Está desorientado en tiempo y espacio, también presenta en ocasiones agitación psicomotriz por lo que es necesario tratamiento farmacológico.
11. NECESIDAD DE CREENCIAS/VALORES: Se siente confortado en compañía de su mujer e hijo. No solicita asistencia religiosa.
12. NECESIDAD DE TRABAJAR/REALIZARSE: Está jubilado, trabajó durante muchos años como minero. Refiere importante ansiedad y nerviosismo ante la incapacidad que le provoca la enfermedad, el paciente siempre ha participado de forma muy activa en todas las actividades de su hogar.
13. NECESIDAD DE OCIO: Le gusta estar en casa y ver la televisión. Antes de enfermar paseaba diariamente 2 km, ahora, en los últimos meses el paciente solo ha podido realizar vida de sillón-cama.
14. NECESIDAD DE APRENDER: En el momento en que se realiza la valoración el paciente está desorientado, por lo tanto no expresa necesidad por aprender. Posteriormente, con su recuperación, tiene interés por conocer su estado de salud y adquirir nuevos hábitos saludables.

Diagnósticos de enfermería por orden de prioridad:

- Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestada por alteración de los parámetros cardiorrespiratorios en respuesta a la actividad.
- Déficit de autocuidado (baño e higiene, alimentación y uso del WC) relacionado con debilidad o cansancio, manifestado por: incapacidad para asearse, incapacidad para alimentarse por sí solo e incapacidad para llegar hasta el WC.
- Ansiedad relacionada con el ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestada por angustia y nerviosismo.
- Conocimientos deficientes relacionados con falta de exposición, manifestados por verbalización del problema.
- Duelo relacionado con anticipación de la pérdida, manifestado por dolor, sufrimiento, distrés psicológico y alteración del nivel de actividad y sueño.

A continuación, estos diagnósticos se desarrollan según las taxonomías NANDA, NOC Y NIC (**Tablas 1, 2 y 3**).

Evaluación y actualización del plan de cuidados

Se realizó la valoración al cabo de quince días y se repitió la valoración cada dos semanas con los siguientes resultados:

El paciente mejoró su estado respiratorio y fue capaz de aprender a priorizar las actividades de autocuidado, acomodando los niveles de energía. La familia del paciente aprendió qué actividades de autocuidado podían realizar y cuáles tenían que modificar para que el paciente mantuviera una buena función cardiorrespiratoria.

Respecto a los diagnósticos de déficit de autocuidado, el paciente mejoró parcialmente, colaborando en su aseo diario (ejemplo: lavándose las manos y la cara) y en su alimentación (ejemplo: usando el tenedor para comer alimentos sólidos) pero siempre necesitaba de un cuidador para poder satisfacer sus necesidades, pues el deterioro neuromuscular le limita la realización de las actividades planteadas en su totalidad.

El paciente a su ingreso y en las primeras semanas estaba muy desorientado, pero a medida que todo el cuadro patológico fue resolviéndose el paciente estaba más centrado, manifestando una alta ansiedad ante el desconocimiento de lo que le sucedía. La explicación de su enfermedad y todo el proceso, así como conductas para mejorar su estado de salud permitió reducir los altos índices de ansiedad manifestados.

En relación a los conocimientos deficientes, en la quinta semana el paciente tenía los conocimientos adecuados en referencia a dieta, factores de riesgo cardiovascular, proceso de la enfermedad, cuidados, actividad física, precauciones, efectos e importancia del tratamiento farmacológico, etc.

En referencia al duelo, la familia consiguió afrontar la enfermedad del paciente gracias al apoyo psicológico brindado por el equipo de enfermería. Expresaron sus miedos y cuestiones, y en la cuarta semana ya habían adquirido las estrategias suficientes para enfrentarse a la enfermedad del paciente.

DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población es la causa del aumento en la prevalencia de valvulopatías degenerativas seniles. También con el envejecimiento aumenta la vulnerabilidad del individuo, se altera la respuesta inmunológica y se incrementa el número de bacteriemias transitorias, a menudo de origen nosocomial¹⁻⁶. Por otra parte, la cirugía de recambio valvular es cada vez más prevalente en pacientes ancianos con valvulopatías adquiridas⁴⁻⁷. Todos estos factores explican el aumento del número de casos de EI en pacientes ancianos, tal y como lo demuestran estudios recientes¹⁻⁴.

Este caso clínico pone de manifiesto la gran dificultad de diagnóstico y tratamiento por parte del equipo interdisciplinar debido al comienzo insidioso y subagudo de la enfermedad y también a comorbilidades añadidas en el anciano. Al igual que en otros estudios, en el caso expuesto hubo una mayor incidencia de complicaciones severas en la fase activa, sobre todo el desarrollo de insuficiencia cardíaca severa¹⁻⁷, complicaciones neurológicas⁴⁻⁶, desarrollo de insuficiencia renal⁴⁻⁶ y agravamiento de la EPOC⁶.

El uso del método científico y la utilización de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, nos ha permitido organizar el trabajo enfermero, favoreciendo el registro y la clasificación tanto de problemas de colaboración como diagnósticos propios de nuestra disciplina. Respecto al diagnóstico de duelo, el equipo de enfermería dirigió el abordaje hacia la familia, incluyendo a esta como un elemento más, dentro del enfoque global hacia el cuidado del paciente.

Una de las principales dificultades del caso fue la selección de los diagnósticos enfermeros más adecuados, pues al ser un paciente muy inestable e ingresado durante mucho tiempo, fue dificultoso priorizar y seleccionar aquellos diagnósticos esenciales que abordaran otros problemas subyacentes.

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería^{8, 9, 10}

NANDA (0092) Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestada por alteración de los parámetros cardiorrespiratorios en respuesta a la actividad.	
NOC	NIC
(0005) Tolerancia a la actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad • Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad • Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad • Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) 	(0180) Manejo de la energía. <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria) • Favorecer la actividad física (deambulación o realización de las actividades de la vida diaria, coherente con los recursos energéticos del paciente) • Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía • Enseñar al paciente y a los seres queridos aquellas técnicas de autocuidado que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y por pasos en la realización de las actividades diarias)
NANDA (00146) Ansiedad relacionada con ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestada por angustia y nerviosismo.	
NOC	NIC
(1402) Autocontrol de la ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad • Controla la respuesta de ansiedad • Planea estrategias para reducir superar situaciones estresantes 	(5820) Disminución de la ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
NANDA (00126) Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición, manifestados por verbalización del problema.	
NOC	NIC
(1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del proceso de enfermedad • Descripción del control de la infección • Descripción del régimen terapéutico 	(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre el proceso de la enfermedad y cuidados.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería^{8, 9, 10}

NANDA (00102) Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con cansancio y debilidad, manifestado por la incapacidad para alimentarse por sí solo.	
NOC	NIC
(0303) Autocuidados: comer. • Finaliza una comida	(1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación. • Alimentación vía oral: ayuda parcial • Implicar al cuidador principal en el autocuidado
NANDA (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con cansancio y debilidad, manifestado por incapacidad para asearse por sí solo.	
NOC	NIC
(0310) Autocuidados: higiene. • Mantiene una apariencia pulcra	(1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. • Higiene general ayuda parcial
NANDA (00110) Déficit de autocuidado: uso del WC, relacionado con cansancio y debilidad, manifestado por incapacidad para llegar al WC por sí solo.	
NOC	NIC
(0301) Autocuidados: uso inodoro. • Vacía la vejiga o el intestino	(1804) Ayuda con los autocuidados: aseo. • Implicar al cuidador principal en el autocuidado • Eliminación WC. Ayuda parcial
NANDA (00136) Duelo, relacionado con anticipación de la pérdida, manifestado por dolor, sufrimiento, distrés psicológico y alteración del nivel de actividad y sueño.	
NOC	NIC
(1302) Afrontamiento de problemas. • Utiliza estrategias de superación eficaces • Se adapta a los cambios en desarrollo • Verbaliza aceptación de la situación	(7140) Apoyo a la familia. • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia • Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante técnicas de comunicación • Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas

Tabla 3. Problemas de colaboración

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	
REALES	POTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca • Insuficiencia renal aguda • Infección nosocomial relacionada con catéteres 	<ul style="list-style-type: none"> • Ictus • Embolias sistémicas • Aneurismas micóticos • Absceso esplénico • Shock séptico

Tras la identificación de los diagnósticos, el planteamiento de los objetivos a conseguir y la aplicación de intervenciones tanto en los problemas de colaboración como en los que nos competen de forma autónoma, el paciente logró una lenta recuperación de su estado general de salud. En el momento del alta, la endocarditis infecciosa, la insuficiencia respiratoria y la insuficiencia renal estaban resueltas, la anemia estaba presente y el paciente sufría un grave deterioro neuromuscular que le impedía realizar las actividades básicas de la vida diaria, por lo que fue trasladado a un hospital de media estancia para comenzar un programa de rehabilitación que reforzara el trabajo conseguido hasta el momento de su alta hospitalaria.

El planteamiento de este caso, fomenta el uso de los planes de cuidados como herramienta de trabajo enfermero en el cuidado de pacientes pluripatológicos de edad avanzada con enfermedad cardíaca grave.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo JC, Anguita MP, Ruiz M, Peña L, Santisteban M, Puentes M et al. Cambios epidemiológicos de la endocarditis infecciosa sobre válvula nativa. Rev Esp Cardiol. 2011; 64: 594-8.
- López-Wolf D, Vilacosta I, San Román JA, Fernández C, Sarriá C, López J et al. Endocarditis infecciosa en pacientes octogenarios. Rev Esp Cardiol. 2011; 64: 329-33.
- Villar T, Zamora A, Cánovas C. Endocarditis: un diagnóstico difícil en el anciano. Rev Mult Gerontol. 2005; 15(2): 92-6.
- Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I et al. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2009; 62(12):1465.e1-e54.
- Nishimura RA, Carabelle BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT et al. ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease: Focused Update on Infective Endocarditis. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association TaskForce on Practice Guidelines. Circulation. 2008; 118:887-96.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation. 2007; 116:1736-54.
- Martínez MR. Proceso enfermero a una persona con endocarditis infecciosa, aplicando conceptos teóricos de Virginia Henderson. Rev Mex Enfer Cardiol. 2012; 20(1): 21-9.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.