

302112

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
COMUNICACION INTERVENTRICULAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
BEATRIZ LORENA CHAVEZ HERNANDEZ

ASESOR: LIC. ENF. MARIA DE JESUS PEREZ HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por dame la fuerza y la fe para salir adelante Gracias Señor por escogerme para brindar un poco de alivio a mis semejantes.

A MI QUERIDA MAMÁ

Este triunfo es tuyo porque tú lo has hecho realidad y donde quiera que estás, sé que siempre has estado a mi lado para guiarme, cuidarme y motivarme para ser lo que ahora por ti soy.

Gracias mamá por todo lo que hiciste por mí, nunca lo olvidare, porque lo hemos logrado
¡ FELICIDADES !

A MI PAPI.

Por sus grandes desvelos, te doy gracias por ser mi pilar en estos momentos. Este logro también es tuyo **¡ GOZALO !**

A MIS HERMANOS.

Que siempre me han apoyado, mil gracias por seguir con migo en esta aventura

A MIS SOBRINOS.

Solo les puedo decir que espero y sean los mejores en todo lo que se propongan y agradecerles por hacer más placentero este camino con sus locuras y recuerden * QUE EL AMOR AL DEBER LLEVA IMPLICITA LA RESPONSABILIDAD *

A TI.

A mi apoyo incondicional, quiero decirte que siempre estaré muy agradecida por todo lo que has realizado en mi persona, espero sigamos conquistando cimas.

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y AL I.N.C.I.C.H.

Les agradezco por abrimme sus puertas, enseñarme las bases para mi desarrollo profesional y por hacerme comprender que el plan de la vida se rige dentro de una ley, que establece como norma el bien para todos sin ninguna distinción, cuando reconocen que por medio del amor viven con inteligencia.

Y por último a todas aquellas personas que pusieron un granito de arena para la culminación de esta etapa, solo les puedo decir:

GRACIAS.

LORENA

INTRODUCCIO	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVO	6

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 EMBRIOLOGIA Y ANATOMOFISIOLOGIA DEL CORAZÓN	8
1.1.1 EMBRIOLOGIA DEL CORAZÓN	8
1.1.2. ANATOMOFISIOLOGIA DEL CORAZÓN	10
1.2. COMUNICACION INTERVENTRICULAR (CIV)	14
1.2.1. CIV PERIMEMBRANOSAS	15
1.2.2. CIV MUSCULARES	15
1.2.3. CIV SUBARTERIALES INFUNDIBULARES	16
1.2.4. FISIOPATOLOGÍA	16
1.2.5. MANIFESTACIONES CLINICAS	19
1.2.6. EXPLORACION FÍSICA	20
1.2.7. ELECTROCARDIOGRAFÍA	21
1.2.8. RADIOLOGÍA	23
1.2.9. ECOCARDIOGRAFIA	23
1.2.10. CATETERISMO	24
1.2.11. ANGIOCARDIOGRAFIA	25
1.3 PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE	26
1.3.1. DESARROLLO FÍSICO	26
1.3.2. PROCESO COGNOSCITIVO	27
1.3.3. SOCIALIZACION	27

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	30
---	----

CAPITULO III

PROPUESTA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE) PARA CIV

3.1. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA PARA CIV -----	36
(DE ACUERDO AL PLAN DE AUTOCUIDADO DE D. E. OREM)	
3.1.1. VALORACIÓN -----	36
3.1.2. DEFICIT DE AUTOCUIDADO -----	38
3.1.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA -----	39
3.1.4. PRESCRIPCION DE ENFERMERIA -----	40
3.1.5. COMENTARIO -----	41
CONCLUSIONES -----	43
BIBLIOGRAFÍA -----	44
ANEXO I -----	46
ANEXO II -----	49

INTRODUCCION

El presente trabajo comenzará con la descripción de la embriología y la anatomofisiología del corazón considerando solo aspectos generales, que nos facilitan entender lo referente a la fisiopatología de la CIV. El aspecto psicológico se aborda a partir de las características particulares en el desarrollo del adolescente, las cuales deben considerarse durante la valoración y planificación de cuidados de enfermería.

Con el desarrollo de la teoría de Dorotea E. Orem se valoraran los 8 requisitos de autocuidado, y se establecerá una guía de orientación del autocuidado del paciente de CIV, siendo parte importante del plan de alta que debe proporcionar el profesional de enfermería al egreso del paciente del servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

JUSTIFICACION

Las cardiopatías congénitas suelen deberse a trastornos estructurales en el corazón y grandes vasos, con el que se produce una alteración de la función normal. Estas se presentan de 5 a 10 niños por cada 1000 nacidos vivos. Dos tercios de ellos mueren en el primer año si no se diagnostican y se establece el tratamiento oportunamente. (3,13)

La comunicación interventricular (CIV) es de las cardiopatías congénitas más frecuentes en nuestro medio, siendo superado por la persistencia del conducto arterioso y seguida por la comunicación interauricular. (2)

Por lo anterior, este trabajo se enfoca a describir y valorar los 8 requisitos de autocuidado, para pacientes con cardiopatía congénita acianógena de tipo CIV, proponiendo así una guía de autocuidado la cual será facilitada por el profesional de enfermería al egreso del paciente.

OBJETIVO

GENERAL :

Valorar los 8 requisitos del autocuidado del paciente con comunicación interventricular (CIV) del servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (INCICH).

ESPECIFICOS :

- Diseñar un instrumento que valore los requisitos de autocuidado establecidos por Dorotea E. Orem.
- Elaborar una guía de autocuidado para pacientes con CIV.
- Lograr la participación de enfermería en la orientación del autocuidado del paciente con CIV.

CAPITULO I

MARCO TEORICO



1.1. EMBRIOLOGIA Y ANATOMOFISIOLOGIA DEL CORAZON

1.1.1 EMBRIOLOGIA DEL CORAZON

El corazón, un derivado del mesodermo comienza a desarrollarse antes del final de la tercera semana de gestación, comienza su desarrollo en la región ventral del embrión por debajo del intestino anterior. El primer paso es la formación de un par de tubos, los tubos endoteliales (endocárdicos), a partir de células mesodérmicas, estos tubos se unen posteriormente para formar un tubo común, el tubo cardíaco primitivo. El tubo cardíaco primitivo se desarrolla en cinco regiones: el ventrículo, el bulbo cardíaco, la aurícula, el seno venoso y el tronco arterioso. Debido a que el bulbo cardíaco y el ventrículo crecen con mayor rapidez que las otras regiones y, a que el corazón aumenta de tamaño con mayor rapidez que sus fijaciones superior e inferior, el corazón adopta una forma de "U" y posteriormente una forma de "S". Las curvas del corazón reorientan las regiones, de forma que la aurícula y el seno venoso finalmente quedan en un plano superior al bulbo cardíaco, al ventrículo y al tronco arterioso. Las contracciones del corazón primitivo se inician a los 22 días de gestación y comienzan en el seno venoso e impulsan la sangre a través del corazón tubular.

Aproximadamente a la séptima semana, en la región auricular se forma una división, el tabique interauricular, dividiéndola en aurícula derecha y aurícula izquierda. La abertura del tabique es el agujero oval, que normalmente se cierra en el nacimiento y posteriormente forma una depresión, la fosa oval.

También se desarrolla un tabique interventricular que divide la región ventricular en un ventrículo derecho y un ventrículo izquierdo. El bulbo cardíaco y el tronco arterial se dividen en dos vasos, la aorta (que se origina en el ventrículo izquierdo) y el tronco pulmonar (que se origina en el ventrículo derecho). El conducto arterioso es un vaso temporal que conecta la aorta y el tronco pulmonar hasta el nacimiento. Las grandes venas del corazón, la vena cava superior y la vena cava inferior se desarrollan a partir del extremo venoso del tubo cardíaco primitivo. (17)

Formación de la tabicación ventricular. Entre las bolsas trabeculadas de cada ventrículo, existe una zona carente de trabeculaciones que constituye el esbozo del septum interventricular primitivo, de forma semilunar, con un extremo cefálico ventral y otro caudal y dorsal. Debido al socavamiento que ejercen las bolsas trabeculadas sobre la pared miocárdica a ambos lados de esta cresta, el tabique aumenta en altura; el crecimiento se origina por un proceso de plegamiento de las paredes del ventrículo primitivo y del bulbus cordis, de tal manera que se acerca progresivamente una hacia la otra, hasta que hacen contacto y se fusionan para constituir nuevas porciones de tabique ventricular primitivo. El proceso de coaptación y fusión de las paredes ventriculares origina el crecimiento epicobasal de este tabique y, su crecimiento lateral que determina el grosor, se efectúa por oposición progresiva de trabéculas de miocárdio, mismas que se agregan sobre las superficies septuales derecha e izquierda, como ha sido demostrado experimentalmente marcando tales trabéculas con isótopos radiactivos y localizando su posición definitiva en el tabique ventricular.

Por otra razón nos explicamos que el tabique ventricular primitivo tenga sus mitades izquierda y derecha con características morfológicas propias, lo cual se debe a que se originan respectivamente los ventrículos, izquierdo y derecho. El extremo dorsal del septum ventricular se dirige hacia la base del cojín dorsal del canal atrioventricular, mientras que su extremo ventral se dirige hacia el infundíbulo. Entre el borde superior de esta cresta septal y el dobléz de la pared cardíaca que esta frente a ella (pliegue infundibuloventricular), existe una amplia comunicación que constituye el foramen bulboventricular primario. Se ha mencionado que el pliegue infundibuloventricular es una cresta obstructiva para la salida de sangre del ventrículo primitivo hacia el bulbus cordis y hacia el

infundíbulo. Esta consideración es puramente mecanística, ya que esta estructura no es rígida, puesto que posee una proporción importante de retículo gelatinoso que la hace moldeable. Este pliegue tiene una porción derecha y otra izquierda, la primera separa el infundíbulo de la pared atrial que esta detrás de él, y la segunda se interpone entre ventrículo izquierdo e infundíbulo. (2)

1.1.2. ANATOMOFISIOLOGIA DEL CORAZON

El corazón aproximadamente mide un puño cerrado de una persona y pesa unos 300gr en el adulto. Descansa en el diafragma en el espacio mediastinal, tiene una longitud de 12cm, anchura de 9cm y grosor de 6cm.

El pericardio es la capa que recubre al corazón y está formada por pericardio fibroso y pericardio seroso. Este limita al corazón y lo protege. El líquido pericárdico es una secreción viscosa de las células pericárdicas que reduce el rozamiento entre las membranas cuando se mueve el corazón. La pared cardíaca se conforma de tres capas: Epicardio, Miocardio y Endocardio (siendo estas las capas del exterior al interior). Las cámaras cardíacas son cuatro: 2 aurículas y 2 ventrículas y, a su vez, son derechas e izquierdas. Las líneas o surcos que dividen al corazón son: surco coronario, surco interventricular anterior y posterior, tabique interauricular y tabique interventricular. La circulación pulmonar es el bombeo de sangre del ventrículo derecho a los pulmones. La circulación sistemática se origina en el ventrículo izquierdo que es el que bombea la sangre al resto del cuerpo.

El flujo sanguíneo comienza en la aurícula derecha que es la que recibe sangre desoxigenada a través de las venas inferior, superior y seno coronario. La sangre pasa al ventrículo derecho por la válvula tricúspide llegando así al tronco pulmonar. Este se divide en arterias pulmonares derecha e izquierda, las cuales llegan a los pulmones y realizan el intercambio gaseoso de las células; siendo ya sangre oxigenada vuelve por las venas pulmonares las cuales desembocan a la aurícula izquierda y pasando por la válvula mitral llega al ventrículo izquierdo para ser bombeada a la aorta ascendente y a las arterias coronarias que transportan sangre al corazón, para después pasar al cayado aórtico, aorta torácica y aorta abdominal.

Durante la vida fetal, un vaso sanguíneo temporal del conducto arterioso, conecta el tronco pulmonar con la aorta reduciendo así la sangre para que una pequeña cantidad entre en los pulmones fetales todavía no funcionales, el conducto arterioso se cierra normalmente poco después del nacimiento, permaneciendo un resto conocido como ligamento arterioso

Las válvulas auriculoventriculares son las que permiten el flujo sanguíneo por las cavidades cardiacas las cuales son tricuspídea (paso de aurícula derecha a ventrículo derecho) y la mitral (paso de aurícula izquierda al ventrículo izquierdo), estas tienen tres y dos válvulas respectivamente. Las válvulas semilunares se encuentran en la arteria pulmonar y la aórtica, ambas tienen tres valvas semilunares, las cuales se fijan por su borde convexo a la pared arterial, los bordes libres de la valva se curvan hacia afuera y se proyectan en la abertura dentro del vaso. Las valvas de la tricúspide y mitral son movilizadas por las cuerdas tendinosas.

La vascularización del corazón comienza con la circulación coronaria, que es el flujo de sangre a través del corazón. Las principales arterias son las coronarias derecha e izquierda, la vena más importante es el seno coronario

La arteria coronaria izquierda baja por la aurícula izquierda y se divide en rama interventricular anterior y circunfleja

- La rama interventricular anterior o arteria descendente anterior, discurre por el surco interventricular anterior y da sangre oxigenada a las paredes de ambos ventrículos.
- La rama circunfleja corre por el surco coronario, y da sangre oxigenada a las paredes del ventrículo izquierdo y aurícula izquierda.

La arteria coronaria derecha emite pequeñas ramas a la aurícula derecha y se divide en las ramas interventricular posterior y marginal.

- La rama interventricular posterior corre por el surco interventricular posterior y suministra sangre oxigenada a las paredes de los dos ventrículos.
- La rama marginal localizada en el surco coronario, transporta sangre oxigenada al miocardio del ventrículo derecho. El ventrículo izquierdo recibe un aporte de sangre mayor debido al enorme trabajo que debe realizar.

A medida que la sangre pasa por la circulación coronaria libera oxígeno y nutrientes y capta dióxido de carbono y productos de desecho. A continuación drena en una gran vena situada en la cara posterior del corazón, llamada seno coronario, que a su vez desemboca en la aurícula derecha. Los principales vasos que llevan sangre al seno coronario son: la vena coronaria mayor (drena la cara anterior del corazón) y la vena interventricular posterior (drena la cara posterior del corazón).

El sistema de conducción o marcapaso fisiológico, esta formado por tejido especializado para la producción y conducción de potenciales de acción. Los componentes son: Nodo sinoauricular o marcapaso fisiológico, el nodo auriculoventricular, el haz de His, o haz auriculoventricular, ramas fasciculares, miofibrillas de conducción o fibras de purkinje. Los focos ectópicos o marcapasos ectópicos desarrollan una autoexcitabilidad anormal, funcionan de forma ocasional produciendo latidos adicionales o pueden marcar el ritmo del corazón durante un cierto periodo de tiempo.

La fisiología de la contracción del músculo cardiaco comienza con el impulso del seno auricular propagándose para excitar las fibras musculares auriculares y ventriculares "funcionantes" denominadas fibras contráctiles. Estas tienen un potencial de reposo de la membrana cercano a -90mV , cuando alcanzan el umbral por la excitación de las fibras contiguas, se abren algunos canales del ion sodio (Na^+) con gran rapidez. Son los canales rápidos de Na^+ dependientes del voltaje, este aumento permite un flujo de entrada de sodio a favor del gradiente de concentración y produce la despolarización rápida. Durante la fase de meseta se abren los canales lentos de calcio (Ca^{2+}) dependientes del voltaje permitiendo la entrada de calcio al citosol. La concentración combinada de sodio y de calcio en el citosol mantiene la despolarización durante unos 0.25seg.

Las sustancias que alteran al calcio a través de sus canales lentos, influyen en la fuerza de las contracciones cardiacas, por ejemplo la adrenalina aumenta la fuerza de contracción al incrementar la entrada de calcio. Los fármacos llamados bloqueantes de los canales del calcio como el verapamilo, reducen la entrada del calcio y disminuyen la fuerza del latido cardiaco.

En la fase de repolarización, los canales de potasio dependientes del voltaje se abren y los iones de potasio salen a favor del gradiente de concentración. Al mismo tiempo, los canales de sodio y calcio se cierran, lo cual ententece y casi detiene la entrada de estos dos iones. A medida que el potasio

sale de la fibra y entra menos calcio y sodio, se restablece el potencial de reposo de la membrana negativo (-90mV) y la fibra muscular se relaja.

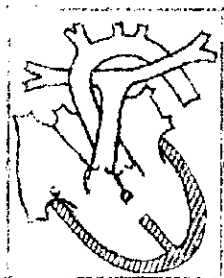
El período refractario es el intervalo de tiempo en que no se puede desencadenar una segunda contracción. El período refractario de una fibra cardíaca es mayor que la propia contracción. El resultado es que no se puede iniciar otra contracción hasta que haya transcurrido un cierto período de relajación y no puede producirse tetania (contracción mantenida)

El ciclo cardíaco consta de una sístole y diástole de ambas aurículas y una sístole y diástole de ambos ventrículos. La sístole significa contracción, referencia a la fase de contracción, y la de relajación es la diástole, que es dilatación. Este ciclo consta de tres fases: 1. Período de relajación, 2. Llenado ventricular y 3. Contracción o sístole ventricular.

Durante la contracción la presión en el ventrículo izquierdo se eleva a 120mmHg y en el ventrículo derecho asciende hasta 30mmHg. En reposo el volumen sistólico es de unos 70ml, esto es aproximadamente, la mitad del volumen total del ventrículo al final de la diástole. Durante la eyección el volumen ventricular desciende desde unos 130ml (volumen total diastólico) a 60ml (volumen total sistólico).

El control nervioso del aparato cardiovascular procede del centro cardiovascular del bulbo raquídeo. Los impulsos simpáticos aumentan la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, los impulsos parasimpáticos disminuyen la frecuencia cardíaca.

La frecuencia cardíaca está influida por hormonas (adrenalina, noradrenalina y hormonas tiroideas), iones (sodio, potasio y calcio), la edad, sexo, el estado de forma física y la temperatura. (17)



1.2. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

La comunicación interventricular es de las cardiopatías congénitas más frecuentes en nuestro medio, ocupando el segundo lugar, siendo superada por la persistencia del conducto arterioso y seguida por la comunicación interatrial.

El tabique interventricular estructuralmente está constituido por dos porciones, la muscular y la fibrosa. La muscular la dividimos en tres regiones: la de entrada, la trabecular y la de salida. El septum de entrada se sitúa entre las dos valvas septales de la mitral y tricúspide. Se fusiona con el tabique interventricular y separa la porción trabecular fina del ventrículo izquierdo, de las trabéculas gruesas apicales del ventrículo derecho. El tabique trabecular se fusiona anteriormente con el infundibular, el que se interpone entre los dos infundíbulos. El septum infundibular es más extenso en el lado derecho que en el izquierdo. El tabique membranoso en el corazón normal es una pequeña estructura que está dividida en dos partes por la válvula septal de la tricúspide, la atrioventricular y la interventricular.

Las válvulas pulmonar y tricúspide están separadas por una banda muscular, que en el corazón normal se llama "Crista supraventricularis"; Esta estructura presenta dos componentes: uno entre las sigmoideas aórticas y pulmonares, que es septum infundibular, y el otro se interpone entre la tricúspide y la arteria pulmonar y es el pliegue infundibuloventricular. La trabécula septal del ventrículo derecho ha sido considerada por algunos autores como parte de la crista supraventricularis; sin embargo, se piensa que es una estructura independiente y que se debe denominar trabécula

septomarginalis. Muchas veces la trabécula septomarginalis esta hipertrofiada a tal punto que divide el ventrículo derecho en dos cámaras

La mayor parte de las comunicaciones interventriculares están cercanas o en el área del septum membranoso por lo que se denominan perimembranosas y pueden involucrar los tabiques de entrada, el trabecular o el infundibular, áreas cercanas a esta estructura

Contrastando con los defectos perimembranosos, en los que parte del borde del defecto esta formado parcialmente por el cuerpo fibroso central, existen otros defectos en los que sus bordes se denominan musculares; pueden existir entre el área situada entre el septum infundibular y el de entrada, ocupando las zonas musculares de la porción de entrada, de la porción trabecular o de la infundibular.

Al nivel del tabique infundibular existe otro tipo de comunicación interventricular en la que sus bordes no están formados exclusivamente por tejido muscular y que tampoco tiene relación con el tabique membranoso. El borde no muscular de ese defecto esta formado por la contigüedad de las válvulas sigmoideas, y se denomina defecto septal ventricular subarterial.

1.2.1. COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES PERIMEMBRANOSAS

Este tipo de defecto esta situado en el área de continuidad fibrosa entre tricúspide, mitral y aorta (cuerpo fibroso central), puesto que estas estructuras forman parte de sus bordes. Los límites precisos del orificio y su relación con la sigmoidea aortica y con las válvulas atrioventriculares dependen primariamente de su extensión hacia el septum de entrada, hacia el trabecular o hacia el infundibular.

1.2.2. COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES MUSCULARES

Están situados en la porción de entrada del tabique muscular, por debajo de la valva septal de la tricúspide. Sus bordes son exclusivamente musculares. Vistas desde el ventrículo izquierdo, el margen del tabique de entrada está presente situándose inferiormente entre las valvas septales de la tricúspide y de la mitral. Este borde cruza oblicuamente la cresta del tabique trabecular, del lado

derecho, y se extiende fusionándose con la trabécula septomarginalis mientras que, del lado izquierdo, se fusiona con el septum trabecular. El tamaño del orificio varía de acuerdo al grado del desarrollo del tabique trabecular. El tabique membranoso está presente en toda su extensión en este tipo de comunicación interventricular.

1.2.3. COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES SUBARTERIALES INFUNDIBULARES

Estos tipos de comunicaciones interventriculares son similares a las musculares infundibulares, excepto por el hecho de que el tabique infundibular está prácticamente ausente. En tal circunstancia, las sigmoideas aórticas y pulmonares están contiguas en el borde superior del orificio. Por este hecho, las cúspides aórticas coronarias, derecha e izquierda, se mueven libremente en el infundíbulo del ventrículo derecho y algunas veces la sigmoidea aórtica derecha se prolapsa. El piso del defecto está formado por el brazo posterior de la trabécula septomarginalis que se extiende como un anillo muscular enfrente al tabique membranoso. Visto desde el ventrículo izquierdo, observamos que las sigmoideas aórticas coronarias forman el techo del orificio.

1.2.4. FISIOPATOLOGIA

El comportamiento de la cardiopatía depende fundamentalmente del tamaño del orificio y del nivel de las resistencias vasculares pulmonares. Es posible que exista corto circuito del ventrículo derecho al ventrículo izquierdo, ya que la circulación placentaria ofrece menor resistencia al vaciado del corazón. Después del nacimiento los pulmones se expanden por la ventilación. La resistencia sistémica se incrementa rápidamente mientras que la pulmonar disminuye. En las primeras horas de vida las resistencias pulmonares y sistémicas se encuentran balanceadas por lo que, aun en presencia de un conducto arterioso grande, no existirá corto circuito significativo a nivel de las grandes arterias. El conducto se cierra funcionalmente alrededor de las 10 horas de vida separando completamente los dos circuitos.

Para mantener un volumen sistemático adecuado, el ventrículo izquierdo incrementa su gasto para compensar el corto circuito. Toda la sangre que pasa del ventrículo izquierdo al ventrículo derecho, por la comunicación interventricular, regresa al atrio izquierdo y al ventrículo izquierdo.

El incremento de la presión atrial izquierda puede producir una distensión del tabique interatrial, haciendo que el foramen oval se vuelva incompetente y permita un corto circuito de izquierda a derecha. La magnitud de este corto circuito no es de considerable importancia pero puede influir en las manifestaciones clínicas de la comunicación interventricular, produciendo caída de la presión media del atrio izquierdo y disminución de la teladiastólica del ventrículo izquierdo y mejorando así la función ventricular.

El incremento de las resistencias pulmonares a niveles superiores a los de las resistencias sistemáticas, invierte el corto circuito ventricular y aparece la cianosis primero durante el esfuerzo y luego en reposo, cuando se vuelve persistente. Habrá disminución del gasto pulmonar, hipoxia sostenida y después insuficiencia ventricular derecha. Menos frecuentemente ocurre reducción del tamaño de la comunicación interventricular en este grupo de pacientes, motivo por el cual el cuadro clínico puede mejorar.

Las comunicaciones interventriculares de tamaño mediano presentan áreas variables, menores que las del grupo comentado previamente y mayores que las comunicaciones interventriculares restrictivas. En esta circunstancia, la fisiopatología dependerá fundamentalmente del área del defecto. Cuando la presión sistólica de ventrículo derecho es mayor del 50% de la presión sistémica, estos pacientes pueden desarrollar resistencias vasculares pulmonares elevadas al igual que los portadores de comunicaciones interventriculares grandes. Cuando la presión sistólica del ventrículo derecho está entre 40 y 75% de la presión sistémica, aparece la insuficiencia cardíaca. Esta insuficiencia cardíaca es habitualmente controlada con tratamiento médico, y el cuadro hemodinámico se conserva en forma estable por muchos años. Existirán cambios mínimos o lentamente progresivos en las resistencias vasculares pulmonares más allá de los 20 años. Es alta la incidencia de cierre espontáneo en estos pacientes. El grado de cortocircuito tiene relación directa con el tamaño del defecto y con las resistencias pulmonares.

Aparece en las primeras semanas de vida y sus consecuencias dependerán de la cantidad de sangre que pasa del ventrículo izquierdo hacia cavidades derechas y atrio izquierdo. En estos enfermos, las resistencias vasculares pulmonares disminuyen a valores normales y el incremento es lento a pesar del importante corto circuito de izquierda a derecha.

Las comunicaciones interventriculares pequeñas están frecuentemente localizadas en el tabique muscular y no permiten incremento en las resistencias pulmonares. En estos pacientes, la presión sistólica de la arteria pulmonar es normal; estos defectos con frecuencia se cierran en los dos primeros años de vida; otras veces el cierre espontáneo puede ocurrir más tarde.

La evolución de las comunicaciones interventriculares puede tener otra forma de presentación. Una se refiere al cierre espontáneo que sufre el defecto. Esta evolución ha sido encontrada en el seguimiento clínico de muchos pacientes. La incidencia de cierre espontáneo no es del todo conocida y la frecuencia varía en diferentes series. Parece ser que el cierre espontáneo ocurre en el 30% de los pacientes en los primeros dos años de vida, es probable que a los 10 años se hayan cerrado el 50% de los casos.

El diagnóstico de cierre espontáneo de un defecto septal ventricular es sencillo. Durante la evolución de la enfermedad, se observan cambios en las manifestaciones clínicas tales como desaparición progresiva de las infecciones respiratorias, mejoría de la insuficiencia cardíaca y disminución progresiva del soplo sistólico. En las comunicaciones interventriculares pequeñas, las únicas alteraciones se refieren a la disminución del soplo sistólico en mesocardio, ya que estos pacientes habitualmente no tienen síntomas. Muchas veces la desaparición del soplo ocurre entre una y otra consulta en un espacio de tres a seis meses.

El aneurisma de la porción membranosa del tabique interventricular es una malformación anatómica relativamente frecuente. Son lesiones casi siempre aisladas sin embargo, pueden asociarse con otras cardiopatías tales como las estenosis aórtica y la transposición de las grandes arterias.

1.2.5. MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas de la comunicación interventricular se deben a los cambios hemodinámicos y complicaciones que aparecen con la evolución de cardiopatía. La mayoría de los defectos son diagnosticados después del nacimiento, principalmente por las características del soplo, que se escucha en precordio.

Los lactantes portadores de comunicación interventricular pequeña no tienen síntomas, pero no se debe considerar la falta de síntomas en los dos primeros meses de vida como indicativo de un defecto poco importante, ya que el corto circuito está limitado por las resistencias vasculares pulmonares elevadas. El paciente debe ser visto con frecuencia y examinado cuidadosamente hasta la edad de 6 meses.

Si por otra parte los menores de dos meses presentan insuficiencia cardíaca, se deben sospechar otras malformaciones asociadas, anemia o infecciones severas.

En la comunicación interventricular amplia, el niño tolera los primeros meses de vida sin mayores molestias o bien, progresivamente aparecen los síntomas después de las primeras semanas de nacido. Todo dependerá del comportamiento de las resistencias pulmonares. Los síntomas iniciales son disnea y sudoración excesiva, principalmente durante y después de los alimentos. Existe dificultad para ganar peso. Los síntomas respiratorios progresan rápidamente y el paciente se presenta comprometido apareciendo inclusive discreta cianosis. La muerte puede ocurrir a consecuencia de un edema agudo pulmonar. Si sobrevive, ganará peso con dificultad, estará siempre disneico, con frecuentes episodios de infecciones respiratorias e insuficiencia cardíaca. En los prematuros, la insuficiencia cardíaca se instala entre la segunda y cuarta semana de vida. Esto en parte se debe a que en estos pacientes, la resistencia vascular pulmonar cae más rápidamente. La insuficiencia cardíaca es severa, progresiva y puede provocar la muerte en los primeros meses de vida.

Cuando el cuadro congestivo se instala claramente, el niño tiene estertores basales bilaterales que indican la presencia de edema agudo pulmonar. La insuficiencia cardíaca derecha se manifiesta por hepatomegalia, ingurgitación yugular y edema periférico.

El edema periférico no es frecuente en el lactante, por lo que no se debe ser considerado como indispensable para el diagnóstico. La ingurgitación yugular algunas veces es difícil de detectar si el paciente está taquipneico y tiene el cuello corto. De este modo, la hepatomegalia es el único dato seguro de insuficiencia cardíaca derecha. Los hallazgos sugestivos de insuficiencia cardíaca congestiva son muchas veces similares a los encontrados en infecciones pulmonares, por lo que el diagnóstico diferencial en el lactante debe ser realizado en forma cuidadosa.

Algunas veces es difícil determinar el motivo de la mejoría espontánea, ya que todos los eventos mencionados producen disminución del flujo pulmonar.

El desarrollo en portadores de comunicaciones interventriculares amplias que presentan insuficiencia cardíaca está retardado.

Las comunicaciones interventriculares restrictivas son asintomáticas y su evolución natural benigna, puede cambiarse si a ella se injerta una endocarditis infecciosa, complicación íntimamente relacionada con las comunicaciones interventriculares pequeñas.

Los defectos intermedios tienen un comportamiento clínico variable que depende del grado de corto circuito y de las cifras de resistencias vasculares pulmonares.

Las comunicaciones interventriculares con hipertensión arterial pulmonar han sido denominadas por algunos autores como complejo de Eisenmenger. Presenta además cianosis en reposo. Los pacientes con hipertensión pulmonar y poliglobulia pueden presentar trombosis cerebral y posteriormente la formación de abscesos en el mismo sitio. Otras veces sufren episodios sincopales, principalmente con el ejercicio y, al final insuficiencia cardíaca.

1.2.6. EXPLORACION FISICA

Las comunicaciones interventriculares pequeñas tienen el pulso yugular normal. Pacientes con importante corto circuito de izquierda a derecha e hipertensión arterial pulmonar, presentan aumento de amplitud de las ondas a y v. Cuando existe hipertensión pulmonar provocada por aumento de las resistencias pulmonares y cortocircuito invertido, se observa dominio de la onda v en el pulso yugular.

El aumento de amplitud de la onda v puede estar causado por insuficiencia tricuspídea.

La presencia de un soplo sistólico rasposo en mesocardio, que ocupa las dos terceras partes de la sístole de morfología romboidal, rápidamente creciente y lentamente decreciente

Las comunicaciones interventriculares con importantes cortocircuitos de izquierda a derecha presentan deformidad precordial. Existe en mesocardio un frémito sistólico más intenso en tercero y cuarto espacio intercostal izquierdo. En presencia de corto circuito significativo y de hipertensión arterial pulmonar, se palpa un impulso precordial derecho en el borde paraesternal izquierdo. Si existe hipertensión pulmonar, desaparece el impulso precordial izquierdo, se manifiesta aún más el impulso ventricular derecho y se palpa en el segundo espacio intercostal izquierdo el cierre del componente pulmonar del segundo ruido.

La duración y característica del soplo dependen fundamentalmente del tamaño de la comunicación interventricular y de la relación entre las resistencias pulmonares y las sistémicas. Cuando el corto circuito de izquierda a derecha es importante, aparece otro soplo en foco pulmonar producido por el incremento de flujo a través de la válvula pulmonar.

Las comunicaciones interventriculares interinfundibulares se acompañan de un soplo con epicentro en el segundo espacio intercostal izquierdo, el cual se irradia hacia arriba e inclusive se escucha en los vasos del cuello. Cuando el cierre espontáneo se debe a la adhesión de la válvula septal de la tricúspide al margen del defecto, no es habitual encontrar soplo sistólico producido por la insuficiencia tricúspide. El aneurisma de la porción membranosa del tabique interventricular es algunas veces silencioso, pero otros producen el soplo sistólico con refuerzo tardío procedido por un chasquido protosistólico.

Las comunicaciones interventriculares hipertensas con corto circuito venoarterial de larga evolución presentan cianosis universal e hipocratismo digital.

1.2.7. ELECTROCARDIOGRAFIA

El electrocardiograma de la comunicación interventricular refleja las alteraciones hemodinámicas provocadas por el cortocircuito de izquierda a derecha y por la hipertensión arterial pulmonar.

Es frecuente el ritmo sinusal. El bloque atrioventricular de primer grado ha sido encontrado en el 12% de los casos, mientras que el bloqueo atrioventricular completo es poco frecuente. Arritmias supraventriculares o ventriculares son observadas en los portadores de aneurisma del tabique membranoso.

El eje de P en el plano frontal se dirige hacia abajo y a la izquierda, las ondas P son normales. En presencia del cortocircuito importante de izquierda a derecha se registran ondas P bimodales en DII y en V1, como expresión de la sobrecarga atrial izquierda.

El eje medio de QRS se dirige hacia abajo en el plano frontal. Es normal en casos con poco cortocircuito de izquierda a derecha. A medida que se incrementan las resistencias pulmonares, se observa una mayor desviación del AQRS a la derecha que inclusive puede situarse hacia arriba en el plano frontal.

De este modo se registran ondas R altas en V1, puras o con una pequeña deflexión negativa. En precordiales izquierdas se inscriben complejos qRs con ondas T acuminadas y simétricas. El segmento ST es cóncavo hacia arriba con el punto J discretamente elevado. Si la presión sistólica en la arteria pulmonar es mayor de 60 mmHg, no se observan cambios importantes en las precordiales derechas, pero en V5 y V6 se registran complejos qRs. Las ondas S son profundas a diferencia de las anteriores. Las ondas T son positivas en precordiales izquierdas, pero de menor amplitud que el grupo procedente. La hipertrofia ventricular derecha se manifiesta por complejos rR, Rs o R en V1, con o sin empastamiento en la rama ascendente de R. La onda T es habitualmente positiva en V1.

Existe un dato útil para el diagnóstico diferencial entre comunicación interventricular y persistencia del conducto arterioso. Este dato se refiere a la presencia de ondas Q profundas en precordiales izquierdas, que se inscriben simultáneamente con la primera positividad del complejo QRS en precordiales derechas.

Otro dato electrocardiográfico frecuente en la comunicación interventricular es el isodifasismo amplio de V2 a V4. Este hallazgo, conocido con el nombre del signo Katz-Wachtel, es la expresión de sobrecarga biventricular. También es frecuente la onda Q profunda en DII, DIII y aVF. En apoyo al

diagnóstico de comunicación interventricular está la morfología qRs registrada en DIII y aVF, que igualmente permiten el diagnóstico diferencial con la persistencia del conducto arterioso.

En portadores de hipertensión arterial pulmonar con resistencias elevadas y cortocircuito venoarterial dominante, se registran complejos ventriculares de hipertrofia ventricular derecha pura. En precordiales existen complejo qR en V1, con ondas R de alto voltaje en V2 y V3 así como complejos rS en precordiales izquierdas.

1.2.8. RADIOLOGIA

Las alteraciones radiológicas traducen el grado del cortocircuito y la presencia de resistencias pulmonares elevadas. El grado de cardiomegalia, las características de la circulación pulmonar, el tamaño de la aorta y de la arteria pulmonar, son los hallazgos radiológicos que deben ser analizados.

1.2.9. ECOCARDIOGRAFIA

El diagnóstico de CIV por la ecocardiografía de modo M es posible cuando se registran los ecos del tabique interventricular interrumpidos por la presencia del defecto septal, lo que permite el paso de los ecos más allá de la estructura septal. Aunque el hallazgo sugiere el diagnóstico, técnicamente no es frecuente obtener este registro ecocardiográfico.

Otros factores que dificultan el diagnóstico de la CIV son la superposición de los bordes del defecto durante el registro o los rayos del ultrasonido que algunas veces son más anchos que el diámetro del orificio, hechos que impiden obtener los ecos interrumpidos del tabique interventricular.

Datos directos pueden sugerir la presencia de una CIV. Si el defecto septal es amplio y las resistencias pulmonares no están elevadas en forma significativa, habrá hiperflujo pulmonar con la consecuente dilatación del atrio y del ventrículo izquierdo por aumento del retorno venoso pulmonar.

Este dato es más útil en el lactante que en el preescolar o escolar, ya que tardíamente el incremento en las resistencias pulmonares disminuye el corto circuito de izquierda a derecha. Como la mayor parte de los defectos septales ventriculares son perimembranosos, el infundíbulo del ventrículo

derecho es la región que recibe la sobrecarga volumétrica, por lo que no se observa dilatación del ventrículo derecho

El uso de material de contraste es útil en aquellos casos con hipertensión ventricular derecha. No se han visto casos de CIV con cortocircuito de izquierda a derecha, en los que los ecos del material de contraste inyectado en una vena periférica aparecen en la cavidad ventricular izquierda. En los casos con hipertensión ventricular derecha producida por estenosis pulmonar asociada, se observan ecos de la solución salina en el ventrículo izquierdo, principalmente en pacientes con defecto septal de tamaño moderado o amplio. El doppler permite identificar flujo turbulento en el infundíbulo del ventrículo derecho o en la cavidad libre.

1.2.10. CATETERISMO

El estudio hemodinámico está indicado en enfermos sintomáticos exclusivamente. También está indicado en aquellos enfermos en los que la repercusión hemodinámica sugiere en un futuro al paciente como candidato al tratamiento quirúrgico. Son necesarios los parámetros hemodinámicos en la valoración futura de cada caso. Si el lactante está en franca insuficiencia cardíaca, se recomienda el tratamiento conservador 24 o 48 horas antes del estudio, siempre que no exista compromiso que ponga en peligro la vida del niño. El cateterismo puede ser anticipado si se agrava el cuadro clínico. Si existe mejoría, el estudio está igualmente indicado.

Se vuelve necesario excluir la presencia de un conducto arterioso asociado o como cardiopatía aislada, ya que esta malformación puede manifestarse como defecto septal ventricular.

Por el cateterismo se intentará sondear la aorta y por medio de la aortografía, descartar un conducto arterioso. Pacientes con menos de dos años de edad y con resistencias pulmonares inferiores a 12 unidades/m² de superficie corporal, deben ser operados ya que en ellos es de esperarse una reducción de las mismas. En pacientes mayores de dos años, la cirugía está indicada si las resistencias son iguales o inferiores a 8 unidades. La cirugía está contraindicada cuando las resistencias son superiores a 12 unidades. Entre 8 y 12 unidades, el tratamiento quirúrgico ofrece

mejor resultado en pacientes más jóvenes. La cirugía debe efectuarse si se logra una disminución de las resistencias pulmonares con el uso de pruebas farmacológicas.

1.2.11. ANGIOCARDIOGRAFIA

Es un procedimiento necesario para definir la localización del defecto en el tabique interventricular y las malformaciones asociadas. El estudio debe ser practicado en el ventrículo izquierdo, ya que de otro modo no es posible definir con seguridad la anatomía del tabique interventricular en toda su extensión, hecho que impide diagnosticar defectos múltiples. Si este es importante, la cámara ventricular está dilatada. La CIV se visualiza como un chorro de material de contraste que atraviesa el tabique interventricular y opacifica parte del ventrículo derecho en los primeros ciclos cardiacos.

El ventrículo grama derecho es útil en aquellos casos en los que se sospecha la presencia de estenosis pulmonar infundibular. A través del ventrículo grama derecho se observa paso del material de contraste al ventrículo izquierdo. Si las resistencias pulmonares están elevadas, es posible lograr una definición en cuanto a la anatomía del tabique interventricular. (2)



1.3. PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE

Estudios longitudinales recientes han mostrado que la adolescencia no coincide necesariamente con una época de 'borrascas y tensiones', como lo creía Hall. Dichos estudios concuerdan por lo tanto con una conclusión obtenida, con base a investigaciones transculturales, por diversos antropólogos, tales como Margaret Mead y Ruth Benedict: la adolescencia es una época de borrascas y tensiones únicamente si la sociedad hace que lo sea, antes bien, si la sociedad facilita el tránsito de la niñez a la edad adulta, la adolescencia no es tumultuosa (Muuss, 1962).

1.3.1. DESARROLLO FISICO.

A menudo se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, es decir, con la aparición de las características sexuales maduras. En las mujeres, dicho principio está marcado por la menarca o principio de la menstruación.

Casi dos años antes de la menarca, empieza a incrementarse el ritmo de crecimiento en estatura y peso y alcanza un punto máximo por el año anterior a la menarca. El ritmo máximo corresponde al crecimiento más rápido, el cual ocurre en el periodo posnatal. A causa del tiempo en que ocurre, este crecimiento anterior a la menarca recibe el nombre de "jalón" de la preadolescencia.

En los varones no existe un cambio sorprendente, sin embargo, experimentan un "jalón" de peso y estatura, el cual se adecua al mismo patrón que en las mujeres, a excepción de que ocurra dos años después más o menos. Por lo tanto, la adolescencia comienza unos dos años después en los jovencitos que en las jóvenes.

La adolescencia es un período de progreso hacia la edad adulta. No puede decirse con exactitud cuando el adolescente se ha convertido en un hombre o una mujer. Como sucede con todos los fenómenos biológicos y con la mayoría de los cambios psicológicos, existe un proceso continuo que abarca cambios apenas perceptibles ocurridos entre un día y otro. A menudo los padres no se dan cuenta de cuán rápido suceden de hecho esos cambios, sino hasta que alguien, que no ha visto al adolescente desde hace varios meses, comenta cuanto a crecido, o nota el inicio de otros signos visibles de madurez, alguno de los cuales son sexuales.

Las muchachas se preocupan por el tamaño de sus senos y los muchachos por el tamaño de su pene (Katchadourian, 1977).

1.3.2. PROCESOS COGNOSITIVOS

El período de las operaciones formales, tal como Piaget etiquetó a la etapa adolescente del desarrollo cognoscitivo, es un período de organización madura de hechos y eventos que se manejan de modo complejo materiales y símbolos. La persona capaz de efectuar operaciones formales considera, simultáneamente, los problemas desde distintas posiciones ventajosas. La solución de problemas o conflictos sigue siendo en buena parte una cuestión de manejo mental.

1.3.3. SOCIALIZACION

La adolescencia es el período del ciclo de vida en que la socialización con el grupo de iguales alcanza su máximo, no solo en frecuencia de contactos, sino también en la cantidad de personas con las cuales se establecen relaciones sociales. Quizá por esta razón, la adolescencia también es caracterizada como el período máximo de adecuación al grupo de iguales.

Etapla adolescente de acuerdo con Erikson. La principal tensión por resolver durante el período de la adolescencia es la de vérselas con la identidad personal. Es una época de confusión de papeles, ya que el adolescente trata de encontrar el estilo de conducta más confortable que, esperanzadamente, será compatible con las influencias del grupo y al mismo tiempo aceptable para los padres. La persona que efectúe con éxito la transición surgirá de la confusión de papeles con una

identidad personal que honra el entrenamiento social de la niñez personal y que al mismo tiempo suministra al adulto joven un sentimiento de individualidad. El avance exitoso a través de esta época desemboca en ser uno su propia persona y, a la vez, en beneficiarse de los orígenes personales e incluso en respaldarlos con orgullo. Muchos eventos se convierten en cuestiones de principios para el adolescente.

De acuerdo con Freud, la adolescencia marca el abandono del así llamado periodo de latencia, el cual ha durado desde los seis años de edad más o menos. Durante la latencia, los instintos sexuales se hallan supuestamente escondidos y las energías del niño se desvían a otras cuestiones, como el desarrollo de habilidades, el desarrollo de relaciones fuera de la familia, etc. En la adolescencia que Freud llama la etapa genital de desarrollo, se torna apremiante el desarrollo de características sexuales secundarias y la sexualidad aflora de nuevo. El juego íntimo empieza en el transcurso del familiarizarse con el "nuevo" cuerpo personal y con el novedoso concepto del yo, concepto que va surgiendo con base, parcialmente, en la historia previa personal y parcialmente, en las recientes incursiones en el mundo de los adultos.

Etapa moral del adolescente de acuerdo con Kohlberg. En la adolescencia el principio moral efectivo es, frecuentemente, que la sociedad no marcharía si todo mundo se comportara incorrectamente, la ley y el orden son necesarios a fin de que no sobrevenga el caos y la falta de control sobre los demás. Curiosamente, es a lo largo de este periodo de adolescencia cuando muchísimos jovencitos encuentran realmente problemas en aceptar la autoridad, cuando los jóvenes empiezan a percibir intensamente la importancia que esa autoridad posee para definir la moralidad.

(18)

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL



2.1. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorotea E. Orem nació en Baltimore, Maryland. Se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó de enfermera en la escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C. diplomándose en 1930. Dentro de su trayectoria como teonista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas, lo que le sirvió de fuente teórica. (4,16)

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

A) 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". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los 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 de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud

B) 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.

C) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ❖ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- ❖ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ❖ 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 enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismos 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 cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

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 referencias del sujeto. 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 que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus

esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; Desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta (4)

Perspectiva general del proceso de enfermería usando el modelo de enfermería de Orem

Diagnostico de enfermería (valoración).

- » Obtener información del paciente
- » Analizar los datos / la información
- » Emitir juicios sobre el paciente / familia
- » Formular / explicar la naturaleza y causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente
- » Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia de autocuidado del paciente
- » Determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente

Prescripción de enfermería (planificación).

- » Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden / deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente
- » Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente

Tratamiento / regulación de enfermería (intervención).

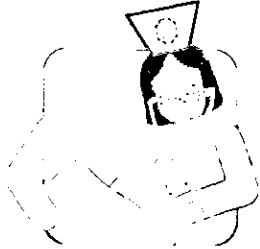
- » Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludable
- » Asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolla al máximo
- » Asegurar que se instituye la retroalimentación y evaluación

Control de los casos (evaluación / auditoría).

- » Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería
- » Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería
- » Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico. (1,14)

CAPITULO III

PROPUESTA DEL P. A. E. PARA CIV



3.1. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA PARA CIV (De acuerdo al plan de autocuidado de D. E. Orem)

LOS OCHO REQUISITOS DE DOROTEA E. OREM

Serán especificados de acuerdo a las características del paciente de CIV al ingresar o egresar del hospital. A continuación se presentaran las cuatro etapas en que se divide el proceso de atención de enfermería mediante la teoría del autocuidado.

3.1.1. VALORACION

1) Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.

Un paciente que porta una comunicación interventricular (CIV), puede presentar una cianosis (esta se presenta por el incremento de las características pulmonares a niveles superiores a la de las resistencias sistémicas) apareciendo primero durante el esfuerzo y luego en reposo, si este persiste se notara una hipoxia sostenida y después insuficiencia ventricular derecha (por la disminución del gasto pulmonar); de igual forma no debe olvidar el cuadro congestivo, ya que presenta estertores basales bilaterales (que indican edema agudo pulmonar).

Por este motivo debemos enseñar como se pueden detectar estos problemas para darles solución en el hogar o bien si estos son signos graves detectarlos a tiempo para así, acudir al médico con prontitud

2) Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Cuando el paciente llega a presentar una insuficiencia cardíaca derecha, una de sus manifestaciones es el edema periférico, por ello debemos advertir y enseñar a moderar la ingesta de agua al paciente

para que este signo no se presente y, si ocurre lo contrario reportarlo al médico oportunamente y hacer lo mismo cuando se presenta una diaforesis o bien una deshidratación

3) Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

La nutrición para un paciente postoperado con CIV es básica para la evolución de su patología, ya que la nutrición esta constituida por nutrimentos esenciales, todos los cuales son necesarios para el crecimiento y desarrollo a través del ciclo vital. Los nutrimentos esenciales son: carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Cuando se proporciona al cuerpo dan un equilibrio apropiado, y los usa para obtener energía, crecimiento y desarrollo, reparación tisular y regulación y mantenimiento de los procesos corporales. Por ello debemos saber primero como está basada la alimentación del paciente en su hogar, para lograr así una mejor valoración y orientación al paciente de cómo debe ser su alimentación. Los registros a valorar serán: peso, apetito y respuesta del paciente a la dieta (estos registros nos servirán de referencia para ver la evolución nutricional y la dificultad de ganar peso en este tipo de pacientes).

4) La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y el excremento

Los productos digestivos deben eliminarse continuamente para lograr una función corporal normal. La alteración nos da como resultado cambios en la motilidad, u obstrucción de la luz del intestino, deficiencias circulatorias y alteraciones inducidas por medios quirúrgicos a las estructuras intestinales o bien por otra causa. En este caso debemos enseñar a nuestro paciente que valore sus evacuaciones, ya que como paciente postoperado y cardiópata, tanto la diarrea como el estreñimiento e infecciones pueden causar complicaciones.

5) El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

La actividad se define como el movimiento que acompaña a las actividades de la vida, y reposo es un estado reducido de actividad que trae consigo una sensación renovante. Si unimos el ejercicio que es un movimiento dirigido a incrementar la fortaleza, el vigor y la tonificación total del cuerpo, este conjunto de actividades nos ayudarán con nuestro paciente a que encuentre ese equilibrio y una mejor calidad de vida de acuerdo a sus posibilidades y necesidades.

6) El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

Nuestro paciente no es solo un enfermo cardíopata, no es un objeto descompuesto, es un ser humano que siente y tiene sentimientos, al igual que necesidades; por ello todo lo que le rodea influye en su vida, por esta razón debemos estimularlo para provocarle una respuesta y así, no se refugie en la soledad, ya que esta ocurre cuando la persona hecha de menos la compañía de otras. El grupo de salud debe dar orientación sobre como tratar a un paciente en casa teniendo cuidado de no llegar a una sobreprotección.

7) La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Debemos cuidar que el paciente aprenda a llevar una calidad aceptable de vida, y para esto enseñaremos al paciente como protegerse de accidentes, dar apoyo psicológico, proporcionar rehabilitación si hay presencia de deformidades, cuidados de la herida quirúrgica, enseñarle a que tenga, dentro de sus posibilidades, una mejor vivienda y a que aprenda el uso de sus medicamentos. De igual forma dar apoyo para que tenga una interacción familiar y así podamos obtener un mejor desarrollo de nuestro paciente.

8) La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

En este punto, es lograr que nuestro paciente se considere "sano" dentro de sus limitaciones, ya que puede interactuar en las actividades del hogar y de la escuela. De igual forma trabajar con las personas que rodean al paciente para enseñarles como deben tratar a un enfermo en casa o bien en la escuela y así darle el apoyo necesario al paciente pero sin que esté sobreprotegido

3.1.2. DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

- ✓ En primer lugar es el estado emocional en que se encuentra nuestro paciente, el deseo que tenga de salir adelante a pesar de su patología, deformidades y cuidados que requiera.
- ✓ Que no este dispuesto a que se lleve a cabo la ayuda para mejorar su bienestar.
- ✓ El que no cuente con lo mínimo de recursos para su pronta recuperación.

- ✓ Que el paciente desconozca las consecuencias o riesgos de su patología
- ✓ Que el paciente no sepa que hacer en un caso de urgencia.
- ✓ Que no cuente con el apoyo de las personas que lo rodean.

3.1.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

En pacientes con cardiopatía de comunicación interventricular encontramos los siguientes signos y síntomas:

SIGNO Y SINTOMA	CAUSADO POR	MANIFESTADO POR
Cianosis	Aumento de las resistencias pulmonares	Cianosis universal o central, al realizar esfuerzos y/o en reposo, llegando en ocasiones a ser persistente
Hipoxia	Insuficiencia del ventrículo derecho y disminución del gasto pulmonar	Se observa disnea y diaforesis
Hiperflujo de sangre	Insuficiencia cardíaca	Dificultad respiratoria, fatiga y la no ganancia de peso.
Edema agudo pulmonar	Persistencia de la insuficiencia cardíaca	Frecuentes episodios de enfermedades respiratorias e insuficiencia cardíaca, estertores basales y la muerte. Si sobrevive ganara peso con dificultad y estará disneico la mayor parte del tiempo.
Insuficiencia cardíaca derecha	Disminución en la contractilidad del ventrículo derecho	Hepatomegalia, ingurgitación yugular y edema periférico.
Deformidad precordial	CIV con importante corto circuito de izquierda a derecha.	Deformidad en el tórax a nivel del esternón
Hipocratismo digital	CIV hipertensiva con corto circuito venoarterial de larga evolución	Deformidad digital en manos y pies (también es llamada como dedos palillos de tambor)
Herida quirúrgica	Procedimiento quirúrgico	Herida quirúrgica longitudinal media esternal.
Alimentación, higiene, desarrollo humano, hábitat y medicamentos	Por los bajos recursos y economía familiar al igual que la falta de nivel cultural	Desnutrición, infecciones gástricas, dermatológicas, etc., actitudes demandantes por una sobre protección y complicaciones de la enfermedad.

3 1 4 PRESCRIPCION DE ENFERMERIA

Se integrarán las acciones de enfermería con cada una de las necesidades del paciente con CIV. al igual que se clasifican éstas para poder determinar que tipo de intervención requieren.

Hipoxia sostenida.- (parcialmente compensatorio) enseñar al paciente que se ponga en cuclillas, a que realice sus actividades mas pausadamente, indicarle que actividades puede hacer o no durante el día, al igual que debe tomar lapsos de reposo y que no realice ejercicios exhaustivos.

Insuficiencia cardíaca derecha.- (parcialmente compensatorio) Educar a la familia y al paciente a disminuir la sal en los alimentos, restringir el agua al paciente, enseñar a valorar una edema, hacer hincapié en que visite regularmente al médico o al cardiólogo.

Cuadro congestivo.- (parcialmente compensatorio) Enseñar a los familiares como dar fisioterapia pulmonar, indicarle al paciente que debe sacar las secreciones, hacer énfasis para el uso del espirómetro y explicar el beneficio de esta acción.

Cianosis.- (de apoyo educativo) Se explicará al paciente y familiares que es la cianosis y como se puede valorar y así detectar oportunamente un cambio y enfatizar que debe acudir al médico.

Herida quirúrgica.- (de apoyo educativo) Enseñar como limpiar la herida, cual es el proceso de cicatrización a diferencia de una infección, advertir que no se debe golpear, tocar o quitarse las costras y, si observa anomalías asistir al médico.

Disnea, diaforesis y síntomas respiratorios frecuentes.- (de apoyo educativo) Explicar porque se presenta, como se puede tratar, notar con que actividades se presenta más, indicar que siempre salga abrigado o se cuide de cambios bruscos de temperatura.

Dificultad para ganar peso.- (parcialmente compensatorio) Mostrar como debe ser una comida balanceada y explicar al paciente que beneficios tiene esta y completar con ejercicio propio para el paciente.

Medicamentos.- (de apoyo educativo) Explicar para qué sirven, como funcionan, efectos adversos, la forma de ministración y que ponga atención en el horario y que sea el medicamento correcto.

Deformidad precordial e hipocratismo digital - (parcialmente compensatorio) Pedir apoyo psicológico para dar una mejor atención a las necesidades de los pacientes, tratando que acepte su deformidad y lleve una vida más "normal"

Alimentación.- (parcialmente compensatorio) Enseñar al familiar y al paciente como debe ser su alimentación, complementar esta ayuda con un nutriólogo para lograr una dieta balanceada, restringida en líquidos y adecuarla a la economía familiar.

Higiene.- (de apoyo educativo) Indicarle al paciente como puede llevar a cabo su aseo personal.

Desarrollo humano - (parcialmente compensatorio) Con ayuda psicológica y de terapia ocupacional, tratar de mejorar la interacción familiar y el desenvolvimiento del paciente ante su vida.

Hábitat.- (parcialmente compensatorio) Enseñar a los familiares y al paciente que tengan una vivienda, dentro de sus posibilidades en las mejores condiciones, para tener una vida más óptima

3.1.5. COMENTARIO

La enfermera tiene que valorar primero las condiciones ambientales al igual que el estado anímico del paciente para poder planear las actividades a realizar con él, al igual que llevar un apoyo con el psicólogo, nutriólogo y el médico o cardiólogo, para lograr un equipo de salud y desarrollo para los programas.

Al obtener lo anterior podemos planear el tiempo de aplicación de las actividades de enseñanza y evaluación; esto se realizará en un lugar propicio para el paciente y los familiares, evitando el estrés y desmotivación de los mismos

El equipo de salud debe apoyarse con rotafolios, videos, diapositivas, franelografos, pizarrón, etc., para hacer más atractivas las clases y sobre todo atraer la atención del paciente y familiar, recordando manejar explicaciones con un lenguaje sencillo y entendible para ellos. Al final se harán evoluciones para verificar que han entendido las clases y de la misma manera, después de un tiempo, se puede regresar a la casa del paciente para evaluar el progreso de la familia.

Para el buen desarrollo y entendimiento de este proceso de atención para el paciente con CIV, se tuvo que retomar los cuidados prequirúrgicos para poder entender y llevar acabo el autocuidado del paciente,

y así lograr la finalidad de este trabajo. De igual secuencia esta desarrollado la propuesta del folleto de autocuidado para pacientes con CIV

CONCLUSIONES

Al concluir este trabajo me di cuenta que enfermería tiene muchas actividades extramuros y sobre todo, que él más necesitado de esta ayuda son los pacientes por la carencia de información y conocimientos sobre su propia enfermedad y cuidados en casa, por esta razón exhorto a las enfermeras a que tomen un poco más de su tiempo a explicar al paciente todo su tratamiento cuando es egresado del hospital, para evitar una complicación y el internamiento del paciente nuevamente.

Dejo abierta la posibilidad de llevar a cabo este proyecto y de ser necesario modificarlo, al igual que las propuestas de la valoración de los requisitos de Orem y el folleto de autocuidado de pacientes con CIV (anexo 1 y 2); para su enriquecimiento científico, y de utilidad para el paciente, recordando siempre que debe ser práctico, entendible y de fácil acceso; y no olvidar el sentido humano de una mejor calidad de vida.

Por último quisiera que cada uno de nosotros tomara conciencia de que debemos tener nuestro propio autocuidado (y no solo los pacientes), para así mejorar nuestra vida, enriquecerla con nuestras propias deficiencias, tratar de ser mejores cada día, mejorar la convivencia familiar; en conjunto lograr una predicación de lo mismo que estamos enseñando.

BIBLIOGRAFIAS

1. Cavanagh, S.J. * MODELO DE OREM (APLICACIÓN PRÁCTICA) * ED. Salvat. Madrid, España, 1993 PAG: 4 –34
2. Fause Attie, et al. * CARDIOPATIAS CONGENITAS * ED. Salvat México, 1985
PAG: 3 – 7, 15, 16, 279 – 308
3. Guadalajara, B.J.F. et al. * CARDIOLOGIA * ED. Francisco Mendez Cervantes. 4ta ed., México, D.F., 1991 PAG: 1129
4. <http://teletine.terra.es/personal/duenas/home.htm>
5. <http://usuarios.bitnet.es/ylalbert/>
6. <http://www.americanheart.org/spanish/civ.html>
7. <http://www.med.ub.es/ajl-net/spanish/cardpage/usd-kumc.html>
8. <http://www.modimes.org/healthlibrary2/factsheets/spanish/defectoscardiacoscongenitos.htm>
9. <http://www.noch.cuny.edu/so/pregnancy/marchofdimmes/birthdefects/socongnit.html>
10. <http://www.portealcardio.com/enfcard.htm>
11. <http://www.portealcardio.com>
12. Lewis, L. W. y Timby, B.K. * FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA * ED. Harta. 4ta ed.
PAG: 44, 184, 210, 283 y 254
13. Raffensperger, E.B., Zusy, M.LI. y Marchesseault, L.C. * CONSULTOR DE ENFERMERIA CLINICA VOL. II * ED. Oceano. España, 1989 PAG: 525
14. Savannah, G.A. * MODELO DE OREM * ED. Salvat. 4ta ed., Madrid, España, 1993.
PAG: 131 – 146

BIBLIOGRAFIA

15. Smith, S.F. Duell, D J et al. "ENFERMERIA BASICA Y CLINICA" ED El Manual Modemo 3ra ed., México D F , 1996 PAG 407, 423 y 545
16. Tomey A M , et al. "MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA." ED Mosby 3ra ed , Madrid, España, 1994 PAG: 181 – 190
17. Tortora, G.J. y Grabowski, S R. "PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA." ED Harcourt Brace. 7ma ed , Madrid, España, 1999 PAG: 592 – 622
18. Zimbardo, P.G. "PSICOLOGIA Y VIDA" ED. Trillas 3ra ED., México, 1990 PAG: 226 - 229

ANEXO

/

El siguiente instrumento esta basado en la valoración de requisitos universales de autocuidado de la teoría de Dorotea E. Orem.

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____ PESO _____ TALLA _____ DX _____

I.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AIRE SUFICIENTE

- 1) ¿Presentas frecuentemente una hipoxia o dificultad respiratoria?
SI NO
- 2) ¿Cuándo te falta el aire que haces?
TÉ QUEDAS PARADO TE PONES EN CUNCLILLAS TE SIENTAS OTRO
- 3) ¿Cuándo aumenta más la cianosis?
AL CORRER CAMINAR JUGAR COMER OTRO
- 4) ¿Al comer te cansas o sientes que te falta el aire?
SI NO

II.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA SUFICIENTE

- 5) ¿Cuentas el agua que tomas durante el día?
SI NO
- 6) ¿Sabes cuanta agua debes tomar por tu patología?
SI NO
- 7) ¿Sabes como valorar tu estado hídrico?
SI NO

III.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE ALIMENTOS SUFICIENTE

- 8) ¿Cuántas comidas haces al día?
1 2 3 más de 3
- 9) ¿Qué es lo que más comes a la semana?
CARNE HUEVO VERDURAS FRUTA
- 10) ¿Tu mamá cocina con manteca o aceite?
MANTECA ACEITE OTRO
- 11) ¿Sabes como debe ser tu dieta?
SI NO

IV.- LA PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y EL ESCREMENTO.

- 12) ¿Cuándo evacuas observas que características tienen las heces?
SI NO
- 13) ¿Presentas estreñimiento?
SI NO FRECUENTEMENTE
- 14) ¿Tienes baño o letrina?
BAÑO LETRINA OTRO

V.- EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

- 15) ¿Cuántas horas duermes regularmente al día, contando siestas?
7-9 hr. 10-12 hr. 12-a más
- 16) ¿Cuándo duermes, presentas alguno de estos signos?
DIAFORESIS DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLOR TORACCICO
- 17) ¿Haces alguna actividad manual o deportiva?
SI NO

VI - EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION HUMANA

- 18) ¿Tienes con quien jugar o convivir pero que sean de tu misma edad?
SI NO
- 19) ¿Cómo disfrutas más, solo o con alguien?
SOLO ACOMPAÑADO

VII.- LA PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

- 20) ¿Cómo esta construida tu casa?
LAMINA CARTON TABIQUE ADOBE CONCRETO LADRILLO OTRO
- 21) ¿Cuentas con los servicios básicos (agua potable, luz, teléfono, drenaje)?
SI NO
- 22) ¿Hierves el agua que tomas?
SI NO
- 23) ¿Cocinan con gas o carbón?
GAS CARBON OTRO
- 24) ¿Tienes animales domésticos o de cría en tu casa?
SI NO CUALES _____
- 25) ¿Hay fauna nociva en tu casa?
SI NO
- 26) ¿Sabes cómo prevenir accidentes en tu casa, escuela, trabajo, en la calle o en algún otro lugar?
SI NO
- 27) ¿Sabes cómo cuidar tu herida quirúrgica?
SI NO
- 28) ¿Sabes qué hacer al presentar una crisis de hipoxia?
SI NO
- 29) ¿Sabes cómo valorar tu cianosis?
SI NO
- 30) ¿Conoces los cuidados específicos sobre tu enfermedad?
SI NO
- 31) ¿Sabes reconocer una complicación de tu enfermedad o bien alguna infección anexa a tu enfermedad?
SI NO
- 32) ¿Conoces la función, sus efectos secundarios y como se deben tomar los medicamentos que se te indican?
SI NO
- 33) ¿Te llevan a revisión constante con tu médico, cardiólogo o dentista?
SI NO A VECES

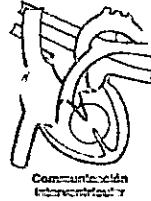
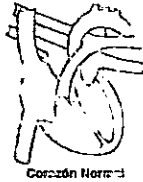
VIII.- LA PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

- 34) ¿Sabes tus padres, o las personas que te rodean, cómo tratarte?
SI NO
- 35) ¿Participas en actividades del hogar?
SI NO A VECES MUY POCO
- 36) ¿Vas a la escuela o trabajas?
ESCUELA TRABAJO AMBOS NINGUNA DE LAS DOS
- 37) ¿Qué es lo que más te gusta hacer?
VER TV OIR MUSICA JUEGOS DE VIDEO LEER OTROS
- 38) ¿Conoces tus limitaciones por tu patología?
SI NO
- 39) ¿Crees que puedes llegar a ser una vida normal, a pesar de tus limitaciones?
SI NO

AUTOCAUIDADO
PARA
PACIENTES
POSTOPERADOS
DE COMUNICACIÓN
INTERVENTRICULAR

¿Qué es un defecto cardíaco congénito?

Tiene su origen al comienzo del embarazo, cuando se está formando el corazón y pueden afectar a cualquiera de las diversas partes o funciones del corazón.



¿Cómo afecta a un niño?

En algunos bebés o niños con defecto de corazón no experimentan síntoma alguno, pero si el médico al explorar al niño puede encontrar un sonido anormal en el corazón llamado soplo, podrá diagnosticar un defecto cardíaco y puede sugerir pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico, (en niños con corazón normal también se pueden encontrar soplos).

Este tipo de niños pueden presentar:

- Insuficiencia cardíaca (el corazón no bombea adecuadamente)
- Taquicardia (el corazón trabaja más rápido)
- Dificultad respiratoria (les falta el aire al hacer ejercicio o en reposo)
- Problemas de alimentación (no suben de peso normalmente)
- Edema (se hinchan las piernas el abdomen o alrededor de los ojos)
- Cianosis (Color azul en uñas, labios, piel y lengua)

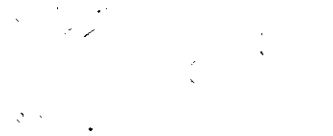
¿Cuál es la causa de los defectos cardíacos congénitos?

Los científicos no saben el porque exactamente de este problema;

aparentemente se deben a factores genéticos (heredo familiar), factores ambientales (contraer rubéola en el 1er trimestre del embarazo, el uso de droga o alcohol y medicamentos), madre diabética, y medicamentos (acetanaca, litio, y algunos que se utilizan para ataques apopléjicos)

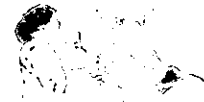
¿Cómo se tratan los defectos cardíacos congénitos?

Hoy en día es posible corregir la mayoría de los defectos cardíacos - o al menos reducir los riesgos que conlleva - mediante cirugía, medicamento o asistentes mecánicos (marcapasos).



¿Existe alguna prueba de laboratorio que permita saber si un bebé tendrá defectos cardíacos congénitos?

Existe un tipo especial de ultrasonido (se ve al feto por medio de ondas sonoras) llamado eco cardiografía que permite detectar muchos defectos cardíacos con precisión



¿Se pueden prevenir los defectos cardiacos congénitos?

Todavía es posible prevenirlos, pero lo que puede hacer la mujer para reducir la posibilidad de tener un bebe con un defecto cardiaco es:

Hacerse un análisis para ver si es inmune a la rubéola y así considerar la vacunación

Evitar el uso de alcohol y drogas

Si tienen alguna enfermedad crónica visitar a su medico para que modifique su alimentación y/o dieta

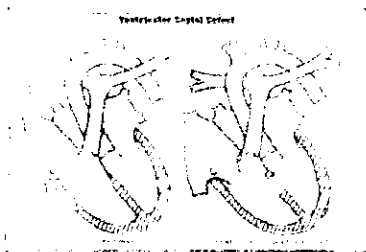
Consultar a un especialista en genética si es que ya se tiene un bebe con estos defectos



COMUNICACION INTERVENTRICULAR

Definición: Es una abertura en la pared que separa los dos lados del corazón.

Dicha abertura se encuentra en la parte inferior del corazón.



Causa. Se desconoce su origen .

Daño al corazón. Si la abertura es grande el corazón tiene que trabajar más.

Complicaciones: El corazón puede enviar más sangre a los pulmones congestionándolos



Como afecta al niño: Si la abertura es grande el niño se cansa fácilmente, su desarrollo físico es lento, contrae pulmonías con facilidad, respira mas rápidamente, su semblante es pálido. Si la abertura es pequeña, no ofrecerá síntomas especiales y la condición se corregirá, posiblemente, por sí sola.

Puede remediarse: Si es severa por medio de cirugía, sino por medio de medicamentos.

Que puede hacer el niño: Jugar, trabajar, ir a la escuela, hacer una vida normal, solo debe cuidar que no corra vigilar su estado de salud y los riesgos especiales (exceso de sal en los alimentos, restringir el agua, evitar fatigarse, correr, etc.).

Que pueden hacer los padres y el paciente: Visitas al médico (general, dental, cardiólogo, y que sean frecuentes o cuando el médico lo indique)

Administración de medicamentos (cumplir con el horario, dosis y saber como se aplican o toman estos)

Medicamento	Horario	Dosis	Aplicación	Sirve para

Análisis especiales: Realizar los estudios a la brevedad posible.



Hipoxia: tomar descansos al caminar o bien durante el día si hay una crisis de Hipoxia colocarse en cunclillas, sus actividades deben ser pausadas y evitar la fatiga.



Alimentación.- Disminución de sal en los alimentos, restricción de líquidos, evitar grasas, se debe comer más fibra, disminuir el azúcar, evitar alcohol, drogas, tabaco, comer menos carne roja, productos preparados y conservados, consumir más pollo, frutas y verdura.

Para evitar el estreñimiento, es conveniente una alimentación rica en verdura, fruta (excepto manzana y plátano) y otros productos ricos en fibra tales como pan y cereales integrales.



Valorar Edema.- Si se observan los pies hinchados con el dedo pulgar presione y vea si se queda hundida la piel y tome el tiempo de cuanto se tarda en volver a su estado normal, si se queda marcado el dedo o tarde más de tres segundos se debe de llevar al niño a revisión médica.



Realizar fisioterapia pulmonar.- Sentar al paciente o bien si está acostado ponerlo de lado y con la mano hueca dar golpes de moderada intensidad, de abajo hacia arriba, iniciando por la mitad de la espalda y evitar pasar por la columna y así sacara el niño las flemas. Esto evita el congestionamiento de los pulmones

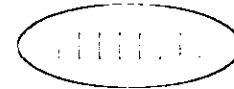


Uso del espirómetro.- Al someter a un niño a cirugía se debe ayudar a los pulmones a recuperar su expansión, por ello se usa el espirómetro y se debe de ir subiendo la intensidad del esfuerzo y el tiempo en sostener la pelotita arriba, deben realizarse frecuentemente durante el día.

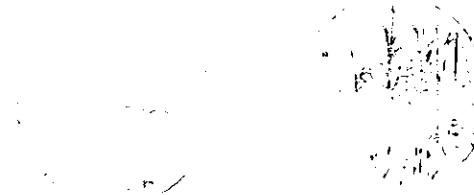
Valoración de la cianosis.- Sabemos que es la coloración violácea en uñas, piel o lengua; y lo que debemos observar es si aumenta su coloración o bien si se va expandiendo de donde inicio.



Cuidado de la herida quirúrgica.- Esta se debe limpiar con el baño diario, se deben cambiar las gasas y dejarla bien cubierta. Se debe revisar que no haya salida de liquido purulento, temperatura alrededor de la herida o bien que este rojiza, que vayan cerrando bien los bordes, que no huela mal, y si se encuentra alguna anomalía ir con el medico. Recordar que se deben retirar los puntos cuando lo indique el medico, no quitarse las costras y evitar golpes sobre la herida.



Evitar las infecciones respiratorias.- Cuidarse de corrientes de aire, cambios bruscos de temperatura, salir siempre abrigado y aumentar la vitamina C en los alimentos.



Deformidades y problemas psicológicos.- para poder hacer que tanto los padres y el niño superen este problema, de ser posible ir con un especialista (psicólogo) para que ayude a manejar esta situación o

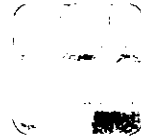
bien asistir a los grupos de ayuda e información para este tipo de pacientes, pregunte en su centro de salud si existe algún programa.



Higiene.- Se debe bañar diariamente, limpiarse y cepillarse bien el cabello, verificar que no tenga piojos, liendres, caspa u hongos, lavarse bien las manos cada que estén sucias, al ir al baño, antes de comer y después de tocar animales, se deben cortar las uñas periódicamente, limpiarse y secarse perfectamente los oídos y pies para evitar hongos e infecciones, limpiar regularmente la nariz, lavar y planchar siempre la ropa y exponerla al sol, cambiarse de ropa interior y exterior de forma diaria, lavarse los dientes después de cada comida, los genitales en las niñas deben lavarse de adelante hacia atrás, la regla no contra indica la limpieza, por el contrario exige una mayor frecuencia, en los niños se debe bajar la piel del pene y limpiar el glande.



Desarrollo humano.- realizar una terapia ocupacional (manualidades, pintura, lectura, etc.) y tener ayuda profesional para mejorar la interacción familiar Realizar con prudencia actividades deportivas y juegos.



Como mejorar tu casa.- Tener siempre la casa limpia y en orden, con ventilación, que tenga entradas de sol, dar un mantenimiento por lo menos anual y tratar dentro de las posibilidades que cada integrante de la familia tenga su propia habitación. En el caso de las letrinas, estas deben estar siempre delante de las casas y de los pozos de agua en caso de tener. (Esto debido a la rotación de la tierra)

