



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UNA ADOLESCENTE FEMENINA DE 18 AÑOS, EN REHABILITACIÓN
CARDIACA RELACIONADO CON PRONÓSTICO RESERVADO PARA LA VIDA
Y MALO PARA FUNCIÓN**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ESPERANZA AMADA GÓMEZ SAN MARTÍN
No. Cta. 403112658

ASESORA:

LIC. ENF. IRMA VALVERDE MOLINA

SEPTIEMBRE, 2008



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.

INDICE

	PAG.
Introducción	1
Justificación	2
Objetivos	3
Metodología	4
Marco Teórico	5
➤ Evolución histórica del cuidado enfermero.	
➤ Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.	
➤ Definición del proceso de enfermería y sus etapas.	
➤ Etapa de desarrollo del paciente.	
Presentación del Caso Clínico	46
Desarrollo del Proceso	53
Conclusiones	63
Sugerencias	64
Bibliografía	65
Anexos	66

INTRODUCCIÓN

El ejercicio constituye una prueba de esfuerzo fisiológico muy utilizado para poner al descubierto anomalías cardiovasculares que no se manifiestan en reposo, así como para determinar la idoneidad de la función cardíaca.

Ante la expectativa de un ejercicio dinámico, la frecuencia ventricular, se acelera como consecuencia de un reflejo de supresión vagal, el aumento de la ventilación alveolar y el incremento del retorno venoso, fundamentalmente como consecuencia de una vasoconstricción simpática.

Se selecciono el modelo de Virginia Hender son por el tipo de paciente para desarrollar un plan de cuidados basado en un método científico individualizado, con el siguiente padecimiento es una malformación congénita cianógeno llamada Atresia Pulmonar + Comunicación Interventricular la cual se corrigió en dos ocasiones en las cuales se coloca una Fístula de Blalock –Taussing en dos ocasiones fue izquierda a los 3 años y derecha a los 7 años. Ya que como dice Henderson existen acciones que el paciente no puede realizar en determinado ciclo vital (enfermedad niñez y adolescencia), tratando de hacer por medio de ejercicio monitorizado electrocardiográfica mente apoyando con Bicicleta fija y Banda sin Fin y así evaluar la reserva cardiovascular al final, aumentando en función de la capacidad funcional calculada y tolerada por el paciente .

JUSTIFICACIÓN

Este plan de cuidados, individualizado continuo y sistemático inicia realizando una valoración de Enfermería Especializada en cuidados al paciente cardiológico, interrelacionados con la paciente para poder obtener los diagnósticos. Utilizando las 14 necesidades básicas de Henderson, posteriormente se realizaran actividades y entrenamiento físico para la familiarización con el equipo electrónico con la finalidad de aumentar la capacidad máxima de trabajo al miocardio y de las condiciones ambientales al realizar la sesión aeróbica del paciente, con su colaboración y reincorporándolo a la vida cotidiana, la sociedad y a la familia disminuyendo stress emocional y conduciendo su duelo anticipado ante una amenaza subjetiva de muerte, mejorando limitaciones al esfuerzo que se asocia a un mayor riesgo de episodios cardiológico y en general , cuanto mayor sea la limitación, mayor será la extensión de la enfermedad y peor será el pronóstico y la calidad de vida, ya que puede llegar a una hemorragia masiva o infarto súbito; además lograr que el paciente se independice en algunas necesidades básicas aplicadas a través de un plan de cuidados. Convirtiéndonos así en un sustituto y auxiliar en los periodos de su convalecencia fortaleciendo emocionalmente

OBJETIVOS

- Aplicar la metodología del Proceso Atención de Enfermería a una adolescente femenina con atresia pulmonar y comunicación interventricular.
- La Enfermera Especialista Cardiológica aplicará un plan de cuidados individualizado, al paciente con atresia pulmonar + comunicación interventricular para incrementar el aporte energético de volumen de oxígeno al miocardio (mvo₂) además de provocar colaterales en árbol pulmonar a través de la rehabilitación cardíaca con monitoreo continuo electrocardiográfico y de saturación capilar en la consulta externa de cardiología del Hospital. Regional Ciudad Madero en 24 sesiones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Mejorar actividad motora ambulatoria.
2. Prevenir la aparición de crisis hipoxias.
3. Mejorar la red venosa y arterial del árbol pulmonar.
4. Mantener fístula blalock-taussig sin estenosis.
5. Ejecutar actividad física sin cambios electrocardiográficos en bicicleta o banda sin fin.
6. Mantener saturación de oxígeno arriba de 60% durante el ejercicio.
7. Reincorporar a la paciente a la vida de familia, sociedad y laboral en lo posible.

METODOLOGÍA

Se eligió a una adolescente femenina de 18 años de edad con atresia pulmonar y comunicación interventricular, se solicitó autorización verbal a la familia y paciente. Se le realizó la historia clínica de Enfermería y se planeó las Intervenciones de Enfermería a través del Proceso Atención de Enfermería.

Este tipo de estudio observacional, documental y participativo para desarrollar un proceso atención de enfermería apoyado en 24 sesiones con duración variable dependiendo del estado físico y emocional del paciente en el servicio de rehabilitación cardíaca en función de las necesidades básicas basadas en el modelo de Virginia Henderson que aparezcan a corto o mediano plazo en pacientes con malformaciones congénitas cianógenas con pronóstico reservado para la vida y malo para la función, para conseguir un grado de recuperación óptimo.

MARCO TEORICO

VIRGINIA HENDERSON nació en 1897 en Kansas City, Missouri.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingreso en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años mas tarde entra en el teacher's collage de la universidad de Colombia donde consecutivamente obtuvo los grados de bachelor Of. science y master of arts, con especialización en docencia de enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong memorial hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's Collage como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's Collage revisó la 4ª edición del **“textbook of de principles and practice of nursings”** de Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto **“nursing studies index”** auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto **“basic principles of nursing care”** fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

Su libro **“the nature of nursing”** se publicó en 1966 y en el define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, “reflexiones 25 años después”. En 1978 publica la 6ª edición de **“the principles and practice of nursing”**. En la década de 1980 permanece activa como emérita asociada de investigación en Yale. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer **“chistine reimann award”**. En Barcelona se la nombra profesora honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Ficha técnica

Autora: **Henderson, Virginia.**

Título: **Principios básicos de los cuidados de enfermería.**

Edición: 1ª edición.

Lugar: Suiza.

Editorial: editado por el Consejo Internacional de Enfermeras.

Año de publicación: 1971

Páginas: 63

Formato: 12 x 17

Versión única editada por el Consejo Internacional de Enfermeras. Siendo propiedad de él y reservándose todos sus derechos.

Esta primera y única edición, fue publicada en Ginebra en el año 1961.

Ha sido traducido y editado a veintidós idiomas, lo que ha hecho posible su gran difusión.

PRESENTACIÓN LITERARIA

Esta obra es un resumen del libro de texto de Henderson **“Principios y Prácticas de Enfermería”**.

Aquí nos refleja su modelo conceptual. Define la Enfermería como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte.

Podemos decir que la función de la enfermera consiste en asistir a la persona en aquellas actividades que contribuyen a su salud y a su independencia.

La enfermera esta dentro de un grupo interdisciplinar, en el cual hay una colaboración mutua y cuyo centro de atención es la persona a la que asisten.

Virginia Henderson nos muestra estas actividades, que en si son los componentes básicos de los cuidados enfermeros, como 14 necesidades. Donde nos muestra de forma sencilla las necesidades fundamentales de cada persona que son comunes a todos los individuos y a todas las edades.

El estilo es descriptivo y de fácil lectura, definido en términos de lenguaje común. Sus ideas las expone de forma clara, lógica y amena, pero a la vez de gran complejidad, pues cada una de ellas encierra muchas variables y diversas relaciones aclaratorias y descriptivas.

ESTRUCTURA DE LA OBRA

Comienza con un prefacio elaborado por la Secretaría General del Consejo Internacional de Enfermeras, Daisy C. Bridges, C.B.E., R.R.C., seguido de una introducción.

La obra se divide en:

- La función propia de la enfermera en los cuidados básicos de Enfermería.
- Las necesidades humanas fundamentales y su relación con la Enfermería Básica.
- Estados del paciente y otras condiciones que se deben tener en cuenta en los cuidados básicos de Enfermería.
- Los elementos integrantes de los cuidados básicos de Enfermería.

Y finaliza con un resumen.

TESIS DE LA OBRA

Virginia Henderson en su libro **“Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”**, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias.

Utiliza pues un razonamiento retro ductivo. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería que aunque no lo reconoce, esta influenciado por la jerarquización de las necesidades de “MASLOW”.

En esta obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía hacer que sea lo mas pacífica posible y contribuir de manera que ayude a ganar la independencia en la mayor brevedad posible. También señala como función, el ayudar al enfermo a seguir de la forma mas adecuada los tratamientos prescritos por el médico.

En cuanto al rol profesional establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua.

Esta definición introduce nuevos conceptos y una forma diferente de actuación, ya que hasta entonces la función de la enfermera era meramente de asistencia a la enfermedad y auxiliar del médico.

En cuanto al concepto de salud no expresa una definición propia ni clara, pero se vislumbra a través del texto que equipara salud con independencia. Es la

habilidad de la persona para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas, y hace referencia a salud positiva, refiriéndose a la prevención.

En este punto también aporta nuevos conceptos ya que, al haber necesidades no solo fisiológicas, sino de tipo psíquico y social, y al considerar estas necesidades no como una carencia, sino como algo fundamental para la persona, está definiendo salud no ya como la ausencia de enfermedad como se la relacionaba hasta entonces, sino como el grado de vigor físico y mental para poder realizar actividades de forma independiente.

Tampoco hace una definición concreta en cuanto al entorno, pero hace referencia a condiciones tanto externas como internas. Cuando habla de la comprensión de la enfermera matiza estados anímicos de la persona, entorno social y cultural, motivaciones distintas entre personas o simplemente entre determinadas edades y cuando enumera las 14 necesidades hace referencia a las condiciones geográficas de cada país, a la importancia de la familia y a la integración en la sociedad.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O SENSACIONES

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar

ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

Hay unas afirmaciones teóricas como:

ENFERMERA PACIENTE

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud.

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”
(Pág. 9)

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

ENFERMERA MÉDICO

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”. (Pág. 8)

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

ENFERMERA SUSTITUTO

ENFERMERA COMO AYUDA

ENFERMERA COMPAÑERA

En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaces de idear junto con ella su propio plan de cuidados.

CRÍTICA Y CONCLUSIONES PERSONALES

Después de leer detenidamente, realmente he sido incapaz de recoger nada negativo. Es más, impresionada por el libro de Virginia Henderson, he leído algunos trabajos suyos para conocerla un poco más, y aún ha aumentado más mi admiración por ella. Por lo tanto, mi crítica es totalmente constructiva.

Personalmente he tenido la suerte de trabajar en un equipo formado por médico, enfermera y yo como auxiliar. Esto me ha permitido observar las necesidades de los clientes en diferentes situaciones y momentos. Por suerte la enfermera de mi equipo es una buena enfermera, con una filosofía de Enfermería y de lo que son los cuidados enfermeros, que me ha enseñado mucho. Y para apreciar la diferencia, con otros enfermeros que tienen una filosofía muy distinta, que les hace ser más auxiliares de medicina y que no dan tanta importancia al bienestar del cliente.

Contrastando estas dos tendencias, me permitió ver la respuesta del cliente en cada una de ellas. Me hizo reflexionar, y ver que el cliente cuando tiene problemas de salud necesita muchísimas cosas, además de un buen tratamiento de la enfermedad. Por supuesto, mis conclusiones hasta el momento, han sido más bien intuitivas, a través de la observación, ya que carezco de los conocimientos científicos necesarios para poder desarrollarlas y para verificar que sean correctas. Al leer la obra de Henderson, no sólo he reafirmado esta filosofía, sino que he ampliado en gran manera mis conocimientos.

En cuanto a su estructura, teniendo en cuenta que no tuvo la intención de desarrollar una teoría, le faltan afirmaciones teóricas interrelacionadas o definiciones operativas suficientes. Pero, sin embargo, se pueden hacer a través del texto.

Ya he señalado anteriormente que es bastante compleja, por encerrar muchos matices. Goza de generalidad, ya que es de amplio alcance. Intenta incluir a todas las enfermeras y todos los tipos de pacientes, en las distintas interrelaciones e interdependencias. Dada la época, en que muy bien no se sabe hacia donde va la Enfermería, su obra es muy oportuna, pues sus asunciones filosóficas podrían ser el cauce. La obra de Henderson es muy completa, pues abarca todos los aspectos, tanto de la persona que requiere cuidados como de la enfermera.

Después de más de treinta años y teniendo en cuenta la evolución que ha sufrido el entorno, tanto físico, social, como cultural, por más que he intentado definir una nueva necesidad, ya se contempla en algún matiz de las ya enumeradas por ella. No cabe duda, que la difusión de su trabajo, la aceptación y puesta en práctica por los profesionales de Enfermería, mejoraría notablemente la profesión enfermera.

Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson

Los esfuerzos para conceptualizar el cuidado de enfermería, aún se ejerce con relativo consenso disciplinar, esto se hace más evidente durante la formación universitaria de enfermería sustentada en una diversidad curricular de planes y programas de estudio; no obstante coexisten factores de índole biológico y social que mantienen desarticulado y consecuentemente poco sustentado el modelo pedagógico con el contexto social y el mercado de trabajo. Lo anterior explica él por qué y el cómo los alumnos aprenden técnicas y procesos

instrumentales ahistorizados y poco referenciados a una visión comprensiva del quehacer profesional, aunado al débil referente empírico en donde la hegemonía positivista del modelo de atención, no da cabida a otras formas de explicar los hechos o fenómenos en el contexto de la atención de salud a las personas, esencia del ejercicio profesional de otras disciplinas. En consecuencia, las representaciones sociales y conceptos que debieran ser únicos sobre elucidado enfermero tienen tendencia y matices diferentes en los múltiples modelos propuestos teóricamente para la práctica de la enfermería en sus diversos ámbitos de aplicación.

Con la intención de sistematizar el pensamiento desarrollado por la ciencia de la enfermería, existen diversos modelos conceptuales que demarcan las líneas de acción sobre la imagen profesional, su contribución disciplinar e interdisciplinaria con el equipo de salud y con la naturaleza del servicio que presta a la sociedad.

Dicha diversidad de abordajes teóricos en Enfermería, así como su dirección y diseño, plantean la necesidad de construir una metateoría, como la base del conocimiento enfermero de una práctica que incida en la preservación, curación, rehabilitación o paliación del bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, de tal forma que los resultados obtenidos permitan evaluar el impacto de los cuidados de enfermería y trascender hacia un abordaje objetivo de los planteamientos y elementos que determinen un modelo propio de práctica.

En este sentido, las aplicaciones prácticas conocidas responden más a políticas y necesidades emergentes de formación académica y atención a la salud, o simplemente a razones de interés individual más que a metas epistemológicas y éticas que permitan encontrar mejores explicaciones no sólo a los fenómenos de interés disciplinar, sino a las formas de intervenir, evaluar y contrastar los resultados con base en marcos de referencia filosófica y científicamente sustentados. Con esta consideración, el empleo de un modelo conceptual se

basa en la utilidad que este presta a la práctica, en la medida que proporciona los componentes y planteamientos teóricos que generen acciones de enfermería para el trabajo con las experiencias humanas de salud. Por el contrario, la teoría es un planteamiento que propone o caracteriza algún fenómeno y aunque tiene los mismos elementos que el modelo, pretende describir, relacionar, predecir o prescribir ese fenómeno de una forma específica. Cabe hacer mención que las teorías se asumen como ciertas en el momento de enunciarlas; los modelos por el contrario no pretenden certeza sino guiar la práctica. Cada uno de ellos requiere ser analizado en función al contexto actual de cada país, población o centro de atención de salud, para ser operativamente aplicado.

Un ejemplo de este análisis se presenta en el libro “El arte y la ciencia del cuidado” para el modelo de Betty Newman, en el que se advierte una estructura derivada de la correlación de teorías generadas por la biología, psicología, sociología y antropología. Este cúmulo de saberes, se adapta para ilustrar una construcción del cuidado enfermero, introduciéndose a la vez teorías aceptadas por otras áreas sin que hayan sido necesariamente validadas, pero aplicables con la adecuada contextualización de la práctica de enfermería de cada región o país, con una perspectiva transcultural y ética, en donde los valores y creencias son las que determinan la visión del cuidado en cada persona y cuya influencia es obvia en el desarrollo de los modelos.

Con el mismo propósito, se aplicaron criterios utilizados para el modelo de Betty Newman, en la filosofía de Virginia Henderson bajo los siguientes cuatro cuestionamientos.

1) ¿Importa diferenciar si la propuesta que ideó Virginia Henderson es una filosofía, una teoría o un modelo? Al respecto puede argumentarse que en tanto que sea una filosofía y no una teoría científica o un modelo conceptual, dicho propuesto queda automáticamente exento de cumplir con los criterios para la construcción teórica derivada de la aplicación del método científico. Se

reconoce el aporte filosófico, dado que es la primera propuesta que indaga e incorpora conceptos universalmente aceptados como necesidad humana, persona, salud y entorno, en los que articula una propuesta para conceptualizar a la enfermería, sin que necesariamente defina los criterios para operacionalizar dicho concepto. Se puede suponer entonces, que su intención no fue desarrollar una teoría o un modelo conceptual de enfermería, sino construir una definición que aclara la función clínica de la práctica profesional y convencida en que esta, es un quehacer histórico que se modifica de acuerdo al momento en que se practique. Solo baste añadir que Henderson consideró su trabajo más como una asesoría filosófica, que como una teoría, describe su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas, según sus propias observaciones e incorpora tempranamente los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

2) ¿La propuesta filosófica de Henderson se perfila como expansionista y evolucionista? A partir de esta propuesta admite al individuo en el contexto “del todo”, lo ubica como alguien que evoluciona y es capaz de modificar su comportamiento a partir de la interacción con el entorno incluyendo, las relaciones con los profesionales de la salud.

3) ¿Son las necesidades básicas la esencia de la filosofía de Henderson? Según Henderson, en la persona las 14 necesidades básicas son: oxigenación, hidratación, eliminación, moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, evitar peligros, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y/o participar en actividades recreativas y aprendizaje. Tal cual las menciona Henderson, solo indica las necesidades básicas de los seres humanos en los 14 componentes de la asistencia de enfermería, resulta obvio que estos componentes están derivados de los componentes psicosociales observados por Abraham Maslow, sin que se cite a éste como influencia directa, la estrecha correlación conceptual entre ambos, puede interpretarse como la base de una

propuesta en la cual Henderson tuvo la visión, perspicacia y originalidad para recuperar tales conceptos como ejes en su definición de enfermería. Es relevante mencionar el componente filosófico de la definición “falta de voluntad, fuerza o conocimiento”, como las posibles causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades; cabe la reflexión, respecto a que la voluntad es un atributo del espíritu, el conocimiento es una capacidad de toda persona y resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular, en el caso de la fuerza habrá que diferenciar si es fuerza de voluntad y/o fuerza física; el reto es, que la enfermera identifique objetivamente tales componentes y los conciba como criterios para definir sus intervenciones.

4) ¿Cuál es el componente conceptual de la propuesta de Henderson? La cristalización de sus ideas se concreta en el libro *The Nature of Nursing* (1956), en el que define los conceptos básicos de su modelo, al respecto ella dice: “La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, incorporando las categorías de persona, salud, rol profesional y entorno, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la preservación o recuperación de la salud, (en el caso, a una muerte serena) mismas que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias, de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Virginia Henderson pensó en el paciente como una persona que necesita asistencia para recuperar la salud, independencia o una muerte tranquila. Su visión organicista plantea al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes; es desarrollista porque conforma una espiral con componentes organizados de manera implícita y explícita en diferentes situaciones que la persona experimenta. Aún cuando no aparece una definición concreta de necesidad, esta es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora, reconoce a Ida Orlando como una de sus influencias en su

concepto de relación enfermera paciente y recurre a Maslow para el contexto de las necesidades humanas.

Así mismo, no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos la compara con independencia, a la cual considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o total de forma temporal o permanente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad a saber: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, mismas que deberán ser valoradas para la planificación de intervenciones, y tipo de actuación de suplencia o ayuda, determinadas por el grado de dependencia identificado.

Sin embargo, los conceptos sobre las causas de dificultad en la satisfacción de necesidades en las personas, no están lo suficientemente explícitos y diferenciados, de manera que puedan definirse operativamente las categorías o indicadores para facilitar la valoración objetiva de tales elementos.

La disyuntiva de la práctica en la interacción enfermera-paciente, aún no está elaborada en el marco filosófico de Henderson, y en tanto sea resuelto este problema conceptual se presenta la alternativa del enfoque social para identificar actitudes de la persona o de los grupos ante situaciones de salud, perfilados a través de una escala con tres componentes: el nivel de información de la persona sobre su estado de salud, las experiencias previas positivas o negativas y las expectativas respecto a su salud, bajo condición de aceptación o rechazo en la participación dentro de un plan terapéutico.

Un punto de discusión, está relacionado con el concepto de independencia, según Henderson la define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, al respecto, ¿cómo resolvería un niño o un

anciano la necesidad de trabajar o realizarse, dado que en el primero no es factible y el segundo los procesos van en decremento?

En este orden de ideas, considero que no se desarrolla una conexión entre la propuesta filosófica y su propuesta de enfermería, particularmente en la valoración de las necesidades existen diversas propuestas de instrumentación y diseño sin un consenso conceptual y definición operacional de cada necesidad.

El Diagnóstico de Enfermería se formuló muchos años después de la publicación de la construcción filosófica de Henderson y por tanto no es tratado por ella, lo cual se infiere en el análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades; en la práctica , pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa, como cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva, se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica, cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología o cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería.

Este acercamiento preliminar a la filosofía de Virginia Henderson, permite reconocer la importancia de las bases filosóficas como contribución al avance de la enfermería; es evidente que su trabajo se aproxima a la definición de los límites y el contenido de la profesión y sin duda a una definición universal de la disciplina enfermera. Prueba del interés por validar tales postulados, es el uso frecuente de una guía de valoración de enfermería de las 14 necesidades, como criterios para el juicio y la actuación de la enfermera en cualquier ámbito de la práctica.

Es deseable continuar el seguimiento y documentación de todas aquellas aportaciones generadas en los diferentes escenarios, con la pretensión de establecer la congruencia entre filosofías o marcos conceptuales, métodos, técnicas e instrumentos a fin de asegurar el rigor metodológico exigido a toda disciplina.

Proceso Enfermero

Para que el profesional de enfermería fundamente el cuidado integral que proporciona al individuo, familia o comunidad es necesario que conozca los modelos, paradigmas, teorías y principios que han guiado este quehacer desde Florence Nightingale y así comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería, por lo que se requiere aumentar la conciencia en cuanto a su significado, divulgación y accesibilidad.

El proceso enfermero fue introducido por Lydia May, en 1955, como un término que representaba una herramienta útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad. A partir de entonces ha sufrido modificaciones, gracias a la intervención de teóricas de la enfermería como Dorothy Johnson, Ida Orlando, Virginia Henderson y Lois Knowles, sin embargo, no fue sino hasta 1973, cuando Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, de la St. Louis University School of Nursing, comenzaron a utilizar el modelo del proceso de enfermería en cinco fases, el cual se convirtió en el patrón para la práctica de la enfermería profesional.

En México, se ha venido trabajando bajo la política de profesionalización de la enfermería, lo cual exige que el ejercicio esté basado en evidencias. Esta situación ha obligado a las instituciones formadoras de enfermeras a incorporar en sus planes de estudio el método enfermero como el eje de la disciplina profesional, y a las instituciones de salud a implementarlo en sus programas de educación continua; esperando que en la práctica profesional diaria los beneficios de su utilización mejoren la atención al responder a indicadores y estándares que surgen como consecuencia y permitan evaluar de manera objetiva el trabajo del profesional enfermero.

El proceso enfermero puede ser considerado como un procedimiento sistemático e individualizado de resolución de problemas, necesita de las capacidades conductuales, cognitivas y afectivas de la enfermera para lograr

identificar las necesidades de atención del paciente y brindarle los cuidados personalizados, en cualquier fase del proceso salud-enfermedad.

El método tiene características que determinan su importancia para la enfermera, posee un sustento teórico, basado en una amplia gama de conocimientos de ciencias y humanidades; es dinámico, porque implica un cambio continuo a partir de las respuestas humanas; es flexible, pues puede adaptarse a la práctica de la enfermería en cualquier situación o área de especialización, y sus fases pueden ser aplicadas en forma sucesiva, realizando los ajustes que se requieran en la evaluación de cada una de ellas.

Las cinco fases del proceso enfermero son: Valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; todas ellas se encuentran interrelacionadas y tienen secuencia lógica.

La valoración es la primera fase del cuidado enfermero. Su objetivo es reunir información que permita identificar las necesidades del paciente, los datos objetivos y subjetivos de las respuestas humanas y/o los factores que determinan problemas reales y potenciales.

Las actividades que se realizan en la fase de la valoración son la recolección, organización, análisis, verificación o validación de datos:

- ❖ La obtención de la información se ayuda de técnicas directas como el interrogatorio, la exploración física, datos de laboratorio y gabinete
- ❖ Para la organización de los datos es necesario clasificarlos, agruparlos en categorías por información relacionada y documentarlos en una base de datos, se recomienda realizar un instrumento bajo el modelo o teoría que se prefiera, a fin de que se facilite esta labor; en este caso se utilizó una cédula de valoración basada en el modelo de Virginia Henderson.
- ❖ EL análisis, la verificación y la validación permiten realizar la historia clínica de enfermería, identificar las áreas afectadas por situaciones reales o potenciales y concluir las condiciones en las que se encuentra el paciente.

El diagnóstico de enfermería es propiamente la declaración del problema real o potencial del paciente, elaborado a partir de las respuestas humanas, factores relacionados y datos objetivos y subjetivos relacionados. Se trata de un juicio de enfermería bien se puede entender como la necesidad que tiene el paciente y que enfermería puede satisfacer.

Para elaborar los diagnósticos se propuso el formato PES: P (problema, respuesta humana, déficit), E (etiología, factor relacionado) y S (sintomatología manifestada).

El problema se sustenta en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), que permite unificar el lenguaje y los criterios al momento de definir los problemas. La etiología está basada en los factores relacionados, situaciones o condiciones causantes del origen de la enfermedad. La sintomatología se refiere a las manifestaciones objetivas expresadas por el paciente u observadas por el prestador de servicio que indican la presencia o ausencia de necesidades.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en reales y potenciales. El diagnóstico real es el que reúne todos los datos para confirmar su existencia. El diagnóstico potencial es en el que los datos no están presentes al momento de la valoración, pero existen indicios suficientes para hacerlo evidente.

La planeación es un proceso de toma de decisiones para la solución de los problemas del individuo sano o enfermo, por lo tanto las necesidades se jerarquizan estableciendo prioridades y proyectando los objetivos del paciente y la enfermera, en términos de reducir o eliminar los factores causantes del malestar del paciente, al promover un mayor nivel de bienestar y/o controlar el estado de salud. También se plantea el plan de cuidados que no es sino la selección de las situaciones de enfermería y la determinación de las responsabilidades del paciente para su auto cuidado y las acciones del resto de los integrantes del equipo de salud, que contribuirán al logro de los objetivos.

Todo lo anterior debe quedar documentado en un plan de atención estructurado, que incluya como componentes mínimos: Diagnósticos de enfermería, objetivos centrados en el paciente, intervenciones de enfermería y evaluación.

La ejecución es la fase del método enfermero orientada a la acción, requiere de los conocimientos, habilidades, destrezas y relación socio-humanística de la enfermera. Incluye la actualización de la valoración, la validación del plan, la revisión de prioridades, la identificación de las áreas de cuidados, la organización del material y del personal, la preparación del entorno y del paciente, y la prevención de complicaciones potenciales.

La ejecución también requiere de aptitudes cognitivas, conductuales, y afectivas, por parte del prestador de servicios. Al comenzar su tarea, el profesional de enfermería debe optar por el nivel de cuidados que producirá el máximo beneficio para el paciente y la familia. El desarrollo de capacidades que beneficien al paciente depende en gran medida de su estado físico y sus potencialidades identificadas.

En esta fase también se elige el sistema de enfermería, ya sea totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo/educación, con el fin de adaptar las actuaciones tanto del paciente como del equipo de salud; los elementos principales son: La enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos, incluyendo entre ellos las interacciones con los familiares y amigos, hecho que permitirá alcanzar los objetivos elaborados en la fase de planeación. La elección del sistema de enfermería permitirá compensar las necesidades del paciente, hasta que él mismo sea capaz de reanudar sus actividades normales, por lo que, a medida que vaya mejorando su estado, se adaptará otro sistema de enfermería.

La fase de ejecución es el eje principal del proceso de enfermería, por que durante ella se proporcionan los cuidados que el paciente y la familia requieren para establecer un equilibrio entre sus demandas y sus capacidades.

Por último la evaluación es la que determina la eficacia del plan de cuidados, ofreciendo al profesional de enfermería la información requerida para asegurar la obtención de los mejores resultados.

Esta fase es particularmente importante, porque implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoria basada en indicadores y estándares que permiten evaluar la utilización de los recursos, con la finalidad de determinar si se realizan periódicamente las actividades diseñadas en la fase de ejecución, si las actividades que se han realizado están acordes con las condiciones del entorno del paciente y si éstas aún son útiles. Permite corroborar o evaluar si se está logrando la regulación del funcionamiento del paciente, mediante la realización de medidas de cuidados para satisfacer las demandas terapéuticas, observar si la actuación del paciente como agente de auto cuidado etapa adecuadamente controlada, y por último verificar si el paciente está desarrollando capacidades para ocuparse de sí mismo.

También es importante recordar que la evaluación, aún cuando tiene mayor significancia en la ejecución por los resultados de evidencia genera, debe estar implicada en cada una de las etapas que conforman el proceso enfermero.

LA ATRESIA PULMONAR CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

(AP+ CIV)

FISIOPATOLOGIA:

Conocida también como Fallot extremo o Pseudotruncus, la definimos por la falta de continuidad entre el ventrículo derecho y al árbol vascular pulmonar (atresia pulmonar) y por la presencia de un defecto septal interventricular. La atresia pulmonar puede afectar a la válvula, al tronco pulmonar (arterias

pulmonares confluentes) o extenderse más allá de su bifurcación (arterias pulmonares no confluentes). La circulación pulmonar se establece a través del nativo árbol vascular pulmonar, alimentado por un conducto arterioso persistente (PCA) y/o arterias Sistémico-Pulmonares (*MAPCAs, Mayor Aorto-Pulmonary Collateral Arteries*) o, exclusivamente por MAPCAs en los casos de ramas pulmonares no existentes; vemos pues, que el origen del flujo pulmonar puede ser único o múltiple. Cuando el flujo pulmonar se establece exclusivamente a expensas de un PCA, la arborización pulmonar suele ser normal, cosa que no ocurre en las otras variantes en las que podemos encontrarnos lóbulos pulmonares irrigados por doble circulación. De soplos continuos en ambos hemitórax. Por tanto, las variables anatómicas en el árbol vascular pulmonar nativo y en el flujo pulmonar “colateral” son las condicionantes de las manifestaciones clínicas, la supervivencia sin operación y la complejidad de los teóricos tratamientos quirúrgicos. El mantenimiento de un hiperflujo pulmonar en determinadas zonas pulmonares puede desarrollar en la evolución enfermedad vascular pulmonar, de ahí la importancia de la localización exacta de la circulación pulmonar y los tratamientos paliativos de “uní focalización” (conexionar toda la circulación sistémica al tronco pulmonar nativo) de una manera precoz, para a su vez condicionar crecimiento de las ramas pulmonares nativas. En la edad adulta, si estos pacientes no han sido sometidos a corrección quirúrgica, la presentación clínica viene caracterizada por las manifestaciones de un síndrome de hipoxia crónica. La insuficiencia de la válvula aórtica es un problema evolutivo añadido, que afecta a un 70% de los pacientes que llegan a la edad 264 *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2004;10(4):264-265 Cuando el flujo pulmonar se establece exclusivamente a expensas de un PCA, la arborización pulmonar suele ser normal, cosa que no ocurre en las otras variantes en las que podemos encontrarnos lóbulos pulmonares irrigados por doble circulación.

Epidemiología

Cardiopatía congénita cianótica más frecuente en niños y adultos. Es responsable del 4-10 % de todas las enfermedades (CC). Afecta por igual a ambos sexos. El riesgo en hermanos es del 3%. Asociados .S.Dawn con prevalencia del 50%. El 15 % de los pacientes presentan delección del cromosoma (22q11). ASCARDIO: (1977-1996) Epidemiología.

Comunicación interventricular (CIV)	785	24,7
Persistencia del conducto arterioso (PCA)	405	12,7
Estenosis valvular pulmonar (EP)	278	8,7
Tetralogía de Fallot (TF)	168	5,2

La presentación clínica:

Va a depender del flujo pulmonar existente. En el recién nacido los pacientes con flujo pulmonar disminuido, cuya circulación dependa exclusivamente de un PCA presentarán cianosis intensa al nacimiento, con segundo ruido único a la auscultación cardiaca, y requerirán el mantenimiento ductal con prostaglandinas E1 para su supervivencia, con la realización de fístula sistémico pulmonar quirúrgica (Blalock-Taussig modificada-BTM) como medida quirúrgica inicial. Sin embargo en los casos con circulación pulmonar aumentada, por existencia de múltiples MAPCAs, pueden presentar hiperaflujo pulmonar, con la consecuente aparición de insuficiencia cardiaca a los pocos días de nacimiento, coincidiendo con la disminución de las resistencias pulmonares, en estos pacientes la presentación clínica será de cianosis junto con situación de insuficiencia cardiaca, siendo característica la auscultación En la edad adulta, si estos pacientes no han sido sometidos a corrección quirúrgica, la presentación clínica viene caracterizada por las manifestaciones de un síndrome de hipoxia crónica. La insuficiencia de la válvula aórtica es un problema evolutivo añadido, que afecta a un 70% de los pacientes que llegan a la edad adulta. En algunos pacientes, se añade a la sintomatología hipóxica un cuadro de insuficiencia

cardiaca por fallo ventricular izquierdo, ocasionado por: la hipoxia, la insuficiencia aórtica y la sobrecarga de volumen que ocasiona la circulación sistémico-pulmonar.

DIAGNOSTICO:

La auscultación se caracteriza por la existencia de un segundo ruido único, y un soplo continuo en región intraclavicular y/o en ambos hemitórax atribuible a PCA y/o circulación sistémica pulmonar. Si existe regurgitación aórtica se ausculta su soplo diastólico característico.

El *diagnóstico* se puede realizar con el Ecocardiograma- Doppler, pero no es útil para la visualización del árbol vascular pulmonar. Por ello, es indispensable el cateterismo cardíaco. En el cateterismo cardíaco, son necesarias múltiples inyecciones aorta ascendente y descendente para delimitar el origen de las arterias sistémico pulmonares y, en Correspondencia: Dimpna C. Albert Brotons Hospital Valle de Hebrón Pº Valle de Hebrón, 119 08035 Barcelona ocasiones, son precisas las inyecciones retrogradas en venas pulmonares (ello es fundamental en los casos que no se visualiza una de las arterias pulmonares).

Cuando existe un aporte multifocal del flujo pulmonar, hay que medir la presión pulmonar en cada uno de dichos territorios, ya que no es infrecuente la existencia de enfermedad vascular pulmonar circunscrita en uno de los lóbulos pulmonares. Otra exploración a realizar para visualización del árbol pulmonar es la RNM, pero no nos permite la medición de la presión pulmonar, por lo que es una prueba que puede ser complementaria al cateterismo, pero de momento no es decisiva para tomar las decisiones quirúrgicas.

La actitud terapéutica:

Es difícil y debe individualizarse para cada paciente, teniendo presente su situación clínica, las posibilidades y el riesgo quirúrgico, y la historia natural de la enfermedad. Si el flujo pulmonar depende exclusivamente de un PCA el

tratamiento es más simplificado, con la realización inicial de un BTM y posteriormente, alrededor de 1 año la corrección quirúrgica, con cierre de CIV y conexión de tubo valvulado entre ventrículo derecho y ramas pulmonares. Pero en general, el tratamiento quirúrgico debe hacerse en varios estadios, dada la existencia de circulación multifocal, y en muchos casos se precisa también de procedimientos de cateterismo intervencionista. Cuando, tras el estudio de la vasculatura pulmonar, el tratamiento es considerado posible, éste consiste en unifocalizar la circulación pulmonar y establecer su continuidad con el ventrículo derecho, el proceso de unifocalización pulmonar hay que planificarlo individualmente para cada caso. La historia natural de los pacientes que nacen con esta cardiopatía demuestra que sólo un 4% de los pacientes llegan a la edad adulta, de ellos el 40% lo consiguen con alguna paliación realizada en la edad pediátrica. El 70% de los pacientes desarrollan insuficiencia valvular aórtica, causante de insuficiencia cardiaca en el 40 % de los casos. Aunque hay descritos pacientes mayores de 40 años, la edad media de muerte es de 35 años y ésta es causada, tanto por las consecuencias del síndrome hipóxico, como por insuficiencia cardiaca o enfermedad vascular pulmonar. Evidentemente, la enfermedad vascular pulmonar contraindica el tratamiento quirúrgico y la actitud terapéutica se limita al tratamiento del síndrome de hipoxia, conjuntamente al tratamiento de la otra sintomatología acompañante (insuficiencia cardiaca, insuficiencia aórtica etc.). Por otro lado, las MAPCAs que permiten el desarrollo de muchos de estos pacientes, en la evolución son las causantes de las complicaciones, como hemorragias pulmonares durante el postoperatorio o el desarrollo de la enfermedad pulmonar vascular.

Cuidado postoperatorio

Luego de la cirugía, el paciente volverá a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) para ser vigilado constantemente durante el período de recuperación.

En la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), se utilizarán equipos especiales para su recuperación, entre los que se incluyen:

- Respirador artificial - máquina que ayuda a su hijo a respirar mientras se encuentra bajo anestesia durante la operación. Se pasa un tubo de plástico pequeño por la tráquea y se lo conecta al respirador, que respirará por el paciente mientras se encuentre demasiado dormido para poder hacerlo por sí mismo de manera eficaz. Después de la atresia pulmonar, es conveniente que los pacientes permanezcan con respirador artificial durante al menos una noche para poder descansar.
- Catéteres intravenosos (IV) - tubos de plástico pequeños insertados a través de la piel en los vasos sanguíneos con el fin de suministrar fluidos intravenosos y medicamentos importantes para que su hijo se recupere de la operación.
- Línea arterial - vía intravenosa especializada que se coloca en la muñeca o en cualquier otra zona del cuerpo donde se pueda tomar el pulso y que mide constantemente la presión sanguínea durante la cirugía y mientras su hijo se encuentra en la unidad de cuidado intensivo (ICU).
- Sonda Nasogástrica (NG) - sonda flexible y pequeña que drena las burbujas de gas y de ácido que pueden formarse en el estómago durante la cirugía.
- Catéter urinario - tubo flexible y pequeño que permite drenar orina de la vejiga y que mide con exactitud cuánta orina produce el cuerpo, lo que ayuda a determinar cómo está funcionando el corazón. Después de la cirugía, el corazón estará algo más débil que antes. Por lo tanto, es

posible que el cuerpo empiece a retener líquido. Pueden suministrarse diuréticos para hacer que los riñones liberen el exceso de líquido en el cuerpo.

- Tubo torácico - tubo de drenaje introducido para liberar al tórax de la sangre que, de lo contrario, se acumularía después de cerrada la incisión. Puede producirse una hemorragia durante varias horas o, inclusive, días después de la operación.
- Monitor cardíaco - máquina que exhibe de manera continua una imagen del ritmo cardíaco de su hijo y que controla la frecuencia cardíaca, la presión arterial y otros valores.

Mientras el paciente permanece en la unidad de cuidado intensivo o cuando salga de ella, puede ser necesaria la utilización de algún otro equipo aquí no mencionado. El personal del hospital le detallará cuál es el equipo necesario.

El paciente se sentirá mejor con la administración de diferentes medicamentos; algunos aliviarán el dolor y otros reducirán la ansiedad. El personal también necesitará su colaboración para poder tranquilizar y calmar a su hijo de la mejor manera posible.

Una vez que abandone la UCI, el individuo se recuperará en otra unidad hospitalaria antes de ir a casa. Antes de que sea dado de alta, el familiar aprenderá cómo atenderlo en el hogar. Se le explicará acerca de los medicamentos que necesite tomar durante algún tiempo. También se le darán instrucciones por escrito acerca de los medicamentos, las restricciones de las actividades y las citas de seguimiento.

Al principio, los niños que han estado mucho tiempo con respirador o que estuvieron bastante enfermos en la unidad de cuidado intensivo, pueden presentar inconvenientes para alimentarse. Estos bebés pueden tener aversión

oral; pueden llegar a igualar la sensación de tener algo en la boca, como un chupete o un biberón, con aquella menos placentera de estar con respirador artificial. Algunos niños simplemente están cansados y necesitan recuperar fuerzas antes de poder aprender a alimentarse con biberón. Entre las estrategias que ayudan a los niños a alimentarse se encuentran las siguientes:

- Fórmulas con alto contenido calórico o leche materna. Pueden añadirse suplementos nutricionales especiales a la fórmula o a la leche extraída del pecho con una bomba. Estos suplementos aumentan el número de calorías por cada onza, de manera que su hijo beberá menos pero consumirá las calorías necesarias para crecer.
- Alimentación suplementaria por sonda. Alimentación suministrada a través de un tubo flexible y pequeño que pasa por la nariz y baja por el esófago hacia el estómago. Dicha alimentación puede complementar u ocupar el lugar de la alimentación con biberón. A los niños que beben parte del biberón, pero no todo, se les puede suministrar el resto de la alimentación a través de la sonda. Los niños que están demasiado cansados para alimentarse con biberón pueden recibir la fórmula o leche materna simplemente a través de la sonda.

Cuidado en el hogar luego de la reparación quirúrgica de PA

Para que el niño se sienta mejor, pueden recomendarse medicamentos para el dolor, tales como Acetaminofen o Ibuprofeno. Antes de que sea dado de alta, solicitar con el médico las opciones para el control del dolor.

De requerirse cualquier tratamiento especial en el hogar, el personal de enfermería se asegurará de que pueda realizarlo de manera individual o con la ayuda de una agencia de cuidados en el hogar.

Perspectivas a largo plazo después de la reparación quirúrgica de PA

Las perspectivas varían de un niño a otro. Se debe realizar un seguimiento médico en forma regular en un centro que ofrezca atención para niños con problemas cardíacos congénitos. Es de esperar que deban practicarse múltiples reoperaciones para el reemplazo de conductos o la revisión de una paliación.

Después de cada operación, un cardiólogo pediátrico deberá estar a cargo del seguimiento de su hijo para realizar ajustes en los medicamentos, ayudarlo con los inconvenientes de alimentación, medir el nivel de oxígeno y determinar el momento apropiado para la próxima operación.

Hay un riesgo importante de desarrollo progresivo de complicaciones tales como insuficiencia cardíaca, disritmias y enteropatía con pérdida de proteínas (congestión hepática).

El embarazo y otras cirugías no cardíacas plantean considerables riesgos, que exigen la evaluación cuidadosa y la discusión con un cardiólogo especializado en problemas congénitos.

La atención de seguimiento frecuente en un centro que proporcione atención cardíaca congénita pediátrica o para adultos, debería continuar durante todo el período vital del individuo.

Consulte al médico para obtener más información acerca de la perspectiva específica para el individuo.

REHABILITACIÓN CARDIO - VASCULAR



REHABILITACIÓN CARDIACA

- En el pasado se promulgaba el reposo en cama.
- El hacer ejercicio estaba contraindicado.
- En los años cincuenta y setenta se publican informes sobre actividad física.
- Hellerstein con el modelo de RC en tres fases.

DEFINICION OMS

“La suma de actividades que garanticen al paciente cardiaco las mayores condiciones físicas, mentales y sociales para poder obtener, por su propio esfuerzo, un lugar en la comunidad tan normal como sea posible, alcanzando una vida activa”

- A fines de la década de los 80
- Oldridge et al y O'connors et al
- 2 Meta análisis
- Más de 4,000 pacientes
- Divididos entre rehabilitación y controles
- Pacientes mayores de 65 años de edad

Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca agrupan todas las medidas tendientes a **disminuir la mortalidad** y el riesgo de presentación de nuevos episodios en pacientes con cardiopatías crónicas.

La utilidad de estos programas ha sido demostrada de manera fehaciente en numerosas publicaciones de las últimas décadas en enfermos con cardiopatía isquémica, y más recientemente en enfermos con insuficiencia cardiaca crónica. La complejidad de la enfermedad cardiovascular y su elevada mortalidad y la **necesidad de conseguir objetivos** terapéuticos exigentes con los FRC y otros parámetros cardiovasculares.

Se debe llevar a cabo una labor de control y seguimiento del tratamiento, que habitualmente **es de por vida**.

Cambios adaptativos al ejercicio crónico

■ CAMBIOS MORFOLÓGICOS:

1. Vasos Sanguíneos:

- a) Capilares.- Aumento de su densidad.
Aumento de su número.
- b) Arteriolas.- Aumento del diámetro.

2. Circulación colateral:

- a) Incremento en número y diámetro.

3. Corazón:

- a) Aumento de sus volúmenes.
- b) Hipertrofia adecuada.

■ *CAMBIOS FISIOLÓGICOS:*

1. Sistema nervioso autónomo:

- a) Aumento del tono parasimpático.
- b) Disminución del flujo simpático.
- c) Disminución de catecolamina libres.
- d) Aumento de receptores alfa y beta adrenérgicos.
- e) Aumento del gasto cardiaco alcanzado con menor frecuencia cardiaca.

■ *CAMBIOS MIXTOS:*

1. Músculos periféricos:

- a) Aumento número y tamaño de mitocondrias.
- b) Aumenta densidad de las mitocondrias.
- c) Incremento del consumo máximo de O₂.
- d) Incremento en concentraciones de mioglobina.

■ *METABOLISMO LIPÍDICO:*

- a) Disminución de valores de LDL.
- b) Disminución en tamaño de moléculas de LDL.
- c) Incremento en concentración de HDL.
- d) Disminución de colesterol total.
- e) Disminución de triglicéridos.
- f) Aumento en la sensibilidad a la insulina.

■ *FACTORES PSICOLÓGICOS:*

- a) Disminución en la depresión, ansiedad y miedo.
- b) Mejor control de peso.
- c) Aumento en la autonomía.
- d) Incremento en la actividad sexual.
- e) Incremento en las actividades sociales y familiares.

- Las indicaciones del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los controles y el seguimiento deberían realizarse en el seno de estos programas, **para asegurarse unos resultados óptimos.**
- Dichos programas **han sido recomendados**, por la Sociedad Mexicana de Cardiología y por otras Sociedades científicas, tanto mexicanas, como europeas y americanas

Indicaciones y contraindicaciones de los programas de prevención secundaria y rehabilitación:

- Los pacientes con CI y otras cardiopatías crónicas deben seguir el programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca.
- El programa está indicado para los pacientes que tengan cualquier manifestación de CI, sea cual sea la edad.
- Angina estable, síndromes coronarios agudos, y los revascularizados, mediante angioplastia. coronaria o cirugía de bypass aortocoronario.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.
- Clásicamente se ha indicado rehabilitación cardiaca en pacientes post-infarto de miocardio y tras cirugía de revascularización, pero si es posible, el programa **debe iniciarse incluso antes** de la operación quirúrgica o de la angioplastia coronaria.
- Después de la cirugía y de la angioplastia, los programas deben considerar los aspectos físicos con la máxima atención con el fin de la **reincorporación social y laboral** lo más precoz posible.
- **Las contraindicaciones** absolutas se reducen a los aneurismas disecantes de aorta y a las obstrucciones graves del tracto de salida de ventrículo izquierdo.

Los pilares fundamentales de actuación son:

- 1) Control de los FRC.
- 2) Entrenamiento físico programado.
- 3) Tratamiento psicológico.
- 4) Prescripción de fármacos profilácticos.

Tabla 18.2.

Clasificación de los pacientes por su riesgo

Bajo riesgo

Curso hospitalario sin complicaciones
Ausencia de signos de isquemia miocárdica
Función ventricular normal
Capacidad funcional mayor de 7 METS
Ausencia de arritmias ventriculares graves

Riesgo medio

Defectos reversibles con tallo de esfuerzo
Fracción de eyección entre el 35-49%
Capacidad funcional entre 5-7 METS
Aparición de angina a esa carga

Alto riesgo

Infarto previo
Fracción de eyección menor del 35% en reposo
Respuesta hipotensiva al esfuerzo
Capacidad funcional menor de 5 METS, con respuesta hipotensiva o depresión del segmento ST mayor de 1 mm
Insuficiencia cardíaca congestiva durante el ingreso
Depresión del ST mayor de 2 mm a niveles inferiores de 135 lat/min de frecuencia cardíaca
Arritmias ventriculares malignas

REHABILITACION CARDIACA

Características del Entrenamiento



1. Tipo de ejercicio.
Predominantemente aeróbico, con ejercicios de estiramiento, flexibilidad y potenciación suave y progresiva.



2. Frecuencia. Entre 3-5 sesiones semanales. Para mejorar la capacidad cardiovascular son necesarias por lo menos 3 sesiones semanales.

REHABILITACION CARDIACA

Características del Entrenamiento



3. Intensidad. Se determinará en relación con la prueba de esfuerzo y se incrementará en función de la respuesta del paciente al entrenamiento.



4. Tiempo. Una hora, con 10 minutos de ejercicios de calentamiento, otros 10 de enfriamiento y 40 minutos de entrenamiento aeróbico.

REHABILITACION CARDIACA

Características del Entrenamiento



5. Duración. El programa durará 1-2 meses, aproximadamente.



6. Características de las sesiones:

- Calentamiento:
acondicionamiento
musculosquelético y
cardiovascular.

- Pauta de ejercicio:
predominantemente dinámico.

BENEFICIOS DE LA REHABILITACION CARDIACA

1. Incremento en la tolerancia al ejercicio:

a) Mejora en 30-50% luego de tres meses de entrenamiento.

2. Mejoría de los síntomas:

a) Disminución de la angina de pecho, disminución de síntomas de insuficiencia cardiaca y mejoría en evaluación paraclínica

3. Mejoría en el perfil de lípidos:

a) Un programa multidisciplinario repercute en la mejoría de sus valores.

b) Además del ejercicio físico se requiere consejo nutricional y en caso necesario tratamiento farmacológico.

c) La terapia con ejercicio aumenta las concentraciones de HDL y disminuye las VLDL. Aumenta tamaño de LDL, que está inversamente correlacionado con la reactividad del endotelio.

e) Disminución en concentración de lipoproteína apo-B. f) Disminución de lipasa hepática (degrada HDL).

4. Suspensión del tabaquismo:

a) Se espera una suspensión del 16 – 26%.

5. Mejoría en el bienestar psicológico:

- a) Mejora funciones sociales y psicológicas.
- b) Mejora el control del estrés emocional, reducción del patrón de conducta tipo

6. Seguridad:

- a) Ningún estudio aleatorizado de ejercicio físico en un programa de rehabilitación cardíaca con pacientes isquémicos describe aumento de la morbilidad o mortalidad.

7. **Costos:**

- a) Disminuye costos secundarios a rehospitalizaciones considerablemente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G. C. L. M. Edad: 17 Peso: 59 Kg. Talla: 1.70 Fecha de nacimiento: 1990 Sexo: Femenino

Ocupación: ESTUDIANTE

Escolaridad: PREPARATORIA Fecha de admisión: 02/01/08 Hora: 19: 00 hrs.
Procedencia: CD. CUAUHEMOC, VERACRUZ CLINICA DE MATA REDONDA VER CALLE BRASIL # 200 ALTOS COLONIA LAS FUENTES.

Fuente de información: Directa

Fiabilidad:(1-4):4 puntos

Miembro de la familia / persona significativa: hija de la segunda gesta

Graciela de 18 años. Ampliamente conocida en el servicio de Cardiología Pediátrica en Hospital Central Sur de Alta Especialidad y Servicio de Cardiología Adultos del Hospital Regional de CD. Madero, Tamaulipas con los siguientes antecedentes patológicos:

AHF:

Sin relevancia.

Portadora de Atresia pulmonar + comunicación interventricular del tipo cardiopatía congénita cianógeno PO con cirugía cardiopulmonar con Fístula Blalock-Taussig derecho en febrero 1992, el cual disfunciono requiriendo nueva intervención de nueva Fístula de B-T izquierda se ha reportado por el servicio de cardiología con estenosis a su llegada a la rama izquierda de la Arteria Pulmonar datos que se registraron por angiotac, por estudios de ecocardiograma hay evidencia de flujo en Fístula izquierda aceptable , en la Fístula Derecha el flujo es muy limitado no es posible determinar la presión sistólica de la arteria pulmonar por que tiene atresia la arteria .(en esta patología se valora el flujo de la fístulas . se insiste a la paciente que debe tener

constante control por el servicio de cardiología en el ramo de Rehabilitación Cardiovascular (RHCV). Con la finalidad de impedir la progresión de su clase funcional, misma que se encuentra limitada en estos momentos.

El objetivo de la RHCV es provocar la formación de colaterales en árbol pulmonar en pro de evitar que su clase funcional se siga deteriorando, monitorizando el ejercicio con electrocardiógrafo y oxímetro de pulso así como trazo eletrocardiologico previa asistencia de Enfermería Especializada en Cardiología y supervisión medica del cardiólogo en turno, además de proporcionar un plan de cuidados paliativos y una mejor calidad de vida.

VALORACIÓN POR NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Oxigenación:

Palidez facial xx con respiraciones de 38x', frecuencia cardiaca de 106x'
Cianosis. Mucosa, labios, boca, uñas, Superficie cutánea azulado oscuro
Escleras, crisis, conjuntivitis leve, mucosa faringe, púrpura, lengua, azul oscuro. Macroglosia, encías Manos y dedos Palillos de tambor. Disnea de esfuerzo, y paroxística.

Crisis de hipoxia. Inquietud. Disnea, actitud tónica convulsiones tónicas, hipotonía muscular.

FACTORES PRECIPITANTES. El llanto, defecación, alimentación. Se acompañan de un incremento de los requerimientos de oxígeno, y se asocia con aumento del retorno venoso

Nutrición/Hidratación:

Presenta hemoptisis diaria en la mañana y dos por la tarde pero con buena hidratación, refiriendo la madre que con la que al toser es mas abundante se le quita el hambre, presentando dificultad en la masticación y en la deglución, con la presencia de lesiones en la mucosa oral, refiere haber bajado de peso estando en desnutrición leve y con una talla de 1.70 cm. siendo normal para su edad.

Eliminación:

Excretas de consistencia duras, refiriendo la paciente estreñimiento y siente al evacuar con esfuerzo lipotimia se indica seloken vía oral 1 tab. Por las noches por lo regular realiza 1 deposiciones con estrías sanguíneas.

Sangre oculta en heces: positiva

Orina de 4 a 5 veces al día sin presentar dolor ni ardor al orinar. Las características de la orina son normales sin presentar hematuria.

Movilidad y postura: presenta artralgias, astenia casi todo el tiempo esta acostada, no quiere caminar mucho y cuando lo hace su postura es algo hundida y con expresión facial de cansancio.

Descanso y sueño: duerme de en el día y se mantiene por las noches despierta dependiente de oxígeno. Refiere la mamá que duerme mucho.

Uso de prendas de vestir: tiene autonomía para vestirse y elegir su propia ropa, tiene buen arreglo personal.

Termorregulación: presenta hipotermia en miembros superiores y sudoración excesiva de manos. La segunda sesión presenta fiebre de 38.6 °C.

Higiene y protección de la piel: piel pálida y con resequedad además de petequias y lesiones equimóticas en extremidades y tronco. Realiza aseo

personal con baño cada tercer día si no va a salir, uñas frágiles y dedos en forma de palillos de tambor.

Evitar peligros: nivel de consciencia - alerta, estado mental respondiendo en forma coherente siendo capaz de seguir la conversación sin dificultad aunque con facie de tristeza y cansancio.

Comunicación: no presenta alteraciones auditivas ni de lenguaje difiere tener comunicación con su padre y esta molesta con el, es dependiente un poco retraída y manipuladora con ellos, casi siempre llora o se enoja cuando quiere algo.

Profesar su fe: sus padres manifiestan ser católicos y que acuden a misa cuando pueden.

Recreación y diversión:

No realiza roll escolar, no interactúa con amigos, únicamente con la familia últimamente se siente fatigada y cansada de tanto tratamiento y hospitalizaciones.

Aprender:

Esta confusa respecto a su enfermedad sin comprender la gravedad a la edad que tiene anuncia planes a futuro, aunque ya se esta acostumbrando a los procedimientos que se le realizan cada vez que se le hospitaliza desea infinitamente que la vuelvan a operar pero para el HCSAE no es candidata a reintervención quirúrgica por hipoplasia de lechos venosos y arteriales pulmonares para la realización de una nueva fístula aunada a cambios anatómicos importantes secundarios a las 2 toracotomías realizadas .

DATOS SIGNIFICATIVOS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1.- Patrón percepción/ mantenimiento de la salud.

Vive en casa-habitación con buena higiene, hábitos higiénicos personales buenos, en contacto con animales domésticos, perro con una percepción de su estado de salud como enfermiza. La mamá tiene interés por el cuidado de la salud, realiza cuidados para conservar y recuperar la salud de su hija aunque difiere con el padre por atención a la misma.

2.- Patrón nutricional/ metabólico.

Presenta lesiones de mucosa oral (aftas), piezas dentales completas sin caries dental. La alimentación habitual es a base de carne, leguminosas, y vegetales en dos ocasiones (almuerzo y cena) la ingesta habitual de líquidos diarios es pobre. Pero la aceptación de la dieta disminuye al sentirse enfermo.

3.- Patrón eliminación.

Presenta peristaltismo intestinal disminuido, micciones presentes en 5 ocasiones sin presencia de evacuaciones.

4.- Patrón actividad/ ejercicio.

Presenta limitaciones para la actividad física como caminar dice que se cansa y le falta el aire cada vez que hace algún tipo de actividad física.

5.- Patrón reposo sueño.

Se encuentra irritable, huraña, la mamá refiere que Graciela pelea mucho con su papa, no puede dormir ya que es dependiente de oxígeno, dice que tiene el ciclo del sueño invertido y que le agradan las rehabilitaciones desea estar ahí.

6.- Patrón cognitivo/perceptual.

El usuario expresa sentir artralgias y dolor para deglutir los alimentos dice que siente que le falta un poco el aire si se mantiene parado por mucho tiempo.

7.- Patrón auto imagen/auto concepto.

Presenta un poco de nervios a la presencia de personal de salud se observa un poco angustiada que tiene un poco de dificultad para mantenerse relajada y tranquila. Ella se siente temerosa en la ausencia de su madre dice que con ella se siente más segura.

8.- Patrón rol/relaciones.

Presenta cambios frecuentes en su estado de animo la mamá refiere que su hijo tiene dificultad para adaptarse en la convivencia diaria con sus hermanos y papá dice que casi no platica con nadie que se la pasa encerrada en su cuarto. .

9.- Patrón sexualidad/reproducción.

Ella refiere tener novio el cual la abandona cada vez que se encuentra hospitalizada a la mamá no le agrada.

10.- Patrón afrontamiento/estrés

Presenta inquietud, y dado a su edad los mecanismos habituales para canalizar el estrés son poco satisfactorios. Expresa sentirse aburrida dentro de su casa, su mamá se muestra preocupada y desesperada por no encontrar consuelo.

11.- Patrón valores/creencias.

Negación ante su enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Valoración

Diagnóstico de enfermería:

Afrontamiento individual inefectivo relacionado con el proceso de deterioro tisular y funcional esperado por la estenosis de fistulas de blalock taussig manifestado por ansiedad, nerviosismo, apatía desconsuelo, incertidumbre de planes a futuro y miedo a lo desconocido.

Planeación:

Objetivo:

La paciente recibirá información relacionada con las actividades físicas que realizará por sesión así como las ventajas de abrir colaterales pulmonares, mejorar la perfusión tisular y conocer alternativas para integrarse al roll familiar y a la sociedad interactuando con el equipo multidisciplinario del área de rehabilitación cardiaca.

Intervención de enfermería:

➤ Presentar al personal y recorrer el área física. (Enf. Especialista Cardiológica y Médico cardiólogo encargado del programa y reconocimiento del sitio de sesión).

La presentación del personal con el paciente permite una mejor relación enfermera paciente otorgando confianza y mayor aceptación de las técnicas y procedimientos a realizar.

➤ Preparación psicológica

El importante rol que cumple la actividad física en la promoción de un estilo de vida saludable mejora a la vez las enfermedades crónicas así mismo el ejercicio aeróbico ayuda en el control de los factores promotores de la enfermedad cardiovascular.

El arte de una buena rehabilitación implica la planificación de un adecuado trabajo a la vez que un apropiado estímulo de entrenamiento para adaptaciones fisiológicas. La importancia de la educación del paciente cardiovascular es:

- El incrementar el conocimiento y adherencia al tratamiento.
- Disminuir la ansiedad y el miedo a lo desconocido.
- Promueve la adaptación a la enfermedad.
- Facilita el proceso de recuperación a la función mitigando pensamientos de muerte inminente.

➤ Se realiza terapia integral.

La experiencia de los enfermos en relación con una enfermedad grave y los cuidados intensivos cardiológicos es variable. Sin embargo, todos los pacientes deben afrontar al menos algunos de los siguientes factores generadores de estrés:

Amenaza de muerte

Amenaza de sobrevivencia, con problemas residuales significativos relacionados con la enfermedad/lesión.

Dolor o malestar.

Pérdida de autonomía con respecto a la mayoría de aspectos de la vida y del funcionamiento diario carencia de control sobre el ambiente, incluida la ausencia de intimidad.

Entre las técnicas esenciales para realizar intervenciones eficaces se incluye una actitud de solicitud, apertura y calidez y abstenerse de juzgar hasta conocer al paciente, hasta tener una comprensión de la percepción del

individuo sobre si misma, la enfermedad o el problema actual y el tipo de apoyo social disponible.

La confianza de un paciente en la competencia del personal de enfermería en los aspectos físicos y técnicos de la asistencia ayuda a su participación. Cuando el personal de enfermería muestra una sensación de optimismo con respecto al progreso del paciente, se inculca confianza. Es esencial que los pacientes reciban retroalimentación honesta, ya que son agudos observadores de sus cuidadores y saben interpretarlos bien.

Escuchar al paciente, confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (ira/depresión). Establecer límites para las personas que utilizan mecanismos de afrontamiento inapropiados y comportamiento manipulativo. Fomentar salidas constructivas para la ira y la hostilidad (respiraciones profundas y pausadas, y escuchar “conocer” al paciente. En la toma de decisiones éticas sobre la vida/la muerte. Escuchar música instrumental o de su preferencia.

Proporcionar información basada en las necesidades de la familia.

Facilitar el control y la participación del paciente en la toma de decisiones dentro de sus capacidades físicas y funcionales.

Facilitar la esperanza realista del paciente como medio para hacer frente a los sentimientos de indefensión.

Ser sensible a los signos de sufrimiento espiritual o respetar la resistencia del paciente a expresar sus preocupaciones espirituales. Asegurarse de que los servicios de apoyo están disponibles y derivar a servicios especializados según sean necesarios. Incluir a la familia en la planificación del final de la vida y proporcionar cuidados paliativos y de apoyo a los enfermos crónicos y a sus familias.

EVALUACION:

El entablar una relación enfermera paciente médico; favorece la cooperación en el tratamiento disminuyendo temores y síntomas para poder disminuir la hiperventilación y mitigar la hiperemia y aumentar la adaptación fisiológica positiva que permitan un mejoramiento de la capacidad funcional.

Diagnóstico:

Intolerancia a la actividad física r/c con la disfunción cardiopulmonar, el aumento en la demanda miocárdica de oxígeno m/p, el aumento de la frecuencia cardíaca, o el ritmo cardíaco, desaturación menor de 75%, insuficiencia respiratoria, hipocratismo, cianosis generalizada al mínimo esfuerzo, adinamia.

Objetivo:

Aumentar el consumo miocárdico de oxígeno, por medio de la rehabilitación cardíaca además de acortar el tiempo de llenado diastólico, lo que reduce el volumen latido, la percusión sistémica y el llenado de las arterias coronarias.

Intervención de enfermería

➤ Durante el inicio del ejercicio supervisado se proporciona apoyo suplementario de oxígeno con puntas nasal a 4 litros., se monitoriza el estado respiratorio del paciente observando mecánica respiratoria y saturación pulsátil ayuda a que el organismo vaya disminuyendo la pérdida de energía y el estrés; mejorando el intercambio ventilación–perfusión pulmonar fortaleciendo a las células y facilitando la labor de las mismas.

- Explicar la importancia del inicio con mínimo de tiempo por sesión ya que cada día mejorara la mecánica motora, y la ventilación pulmonar así como se alarga el tiempo por sesión. (Iniciamos con 1 min. de ejercicio forzado y alcanzamos a 30 min. en la Sesión 24.)
- Insistir en los ejercicios de arco de movilidad activa y pasiva mientras el paciente esta integrándose al servicio de rehabilitación cardiaca para mantener flexible las articulaciones y los músculos distendidos, enseñar al paciente a no contener la respiración mientras realiza los ejercicios.
- Realización de ejercicios de tonificación muscular al menos tres veces al día, por que un músculo tonificado consume menos oxígeno cuando realiza el trabajo que otro no tonificado. (elevación de las piernas estiradas, flexión plantar/ dorsal y de fortalecimiento del cuádriceps y de los glúteos así aumentamos el tono muscular y vascular).
- Comprobar la hidratación del paciente y cumple los requerimientos de líquidos en 24 hrs. Por área de superficie corporal (aumentar la precarga, el Vol. Latido y el gasto cardiaco. Hidratar en forma conveniente si no existe un trastorno cardiaco agregado o renal que lo contraindique.

Monitorización de la terapia farmacológica Graciela suele requerir numerosos medicamentos, por su patología de base, como diuréticos, calcio antagonista, beta bloqueador Reducir la demanda miocárdica, vasodilatadores Mejorar el retorno venoso, anti-agregados plaquetarios Aspirina para reducir la viscosidad de la sangre.

- Es esencial conocer los efectos colaterales conocidos e indeseables por la enfermera cardiológica de la medicación habitual del paciente y facilitar la identificación temprana y el tratamiento oportuno a posibles complicaciones proarrítmicas o bradicardizante durante el ejercicio.

➤ Monitorización cardiaca continúa.

Se utilizan electrodos adhesivos con gel incorporado para obtener el trazo del ECG. Se requiere como mínimo 5 tanto para poder monitorizar las dos derivaciones simultáneamente como para seleccionar varias derivaciones diferentes en cualquier momento mediante el selector del monitor, electrodos dos en hemitorax derecho, dos en el izquierdo y uno en el manubrio del esternón para identificar si existe disritmias. El electrocardiograma registra los cambios eléctricos en el miocardio y no la contracción mecánica que suele servir de forma inmediata a la despolarización eléctrica.

➤ Se realiza maniobras en vena yugular es decir con movimiento rotatorios y haciendo opresión en vena yugular se produce reflejo vagal, que produce un cambio rápido en la frecuencia cardiaca y en la presión sanguínea desencadenando arritmias, informar al medico en la administración del tratamiento en caso de arritmias y/o cardioversión sincronizada y o marcapaso temporal para control.

➤ Toma de signos vitales t/a, Fc., pulso y temperatura. son manifestaciones objetivas medibles en el ser vivo valorando su estado de salud o enfermedad y ayudando a establecer tratamientos oportuno y evitando complicaciones.

➤ (3/24 sesión) Ejercicios físico pasivos 5 a 10 min. Utilizar en las primeras sesiones bicicleta y a la 10 sesión se utilizará banda sin fin. Iniciar sesión en bicicleta aumento la dificultad respiratoria aún con oxigenoterapia 5 litros disminuyendo T/A a 80-60 y de saturación de O₂ a 48% con cansancio excesivo. Duración de ejercicio forzado 1 min. se toma trazo electrocardiográfico pre/sesión, trans/sesión y post/sesión.

➤ Monitoreo de Electrocardiografía T/A en la pre/sesión, trans/sesión y post/sesión (en sesión con pacientes de bajo riesgo son cada 5 min. y en el caso de Graciela cada 2 a 3 min. Considerada de alto riesgo. por diferentes

razones puede presentar hipotensión que pueden desencadenar la disminución del aporte miocárdico así como desnivel del segmento ST, sintomatología como diaforesis profusa y hipotermia.

➤ Colocar saturómetro de pulso manteniendo saturaciones del 83%. y mejorar la hipoxia tisular así facilitar la identificación temprana y el tratamiento de la acidosis. Las crisis de hipoxia y el daño cardíaco crónico producido por la hipoxemia y la sobrecarga de presión y de volumen del VD aumenta la insuficiencia cardíaca congestiva y cardiomiopatía desencadenando a la isquemia subendocárdica.

➤ Se retiran electrodos, puntas nasales y se apoya ambulatoriamente con silla de ruedas y se egresa para sesión al día siguiente Promover el reposo y la relajación y reducir la estimulación ambiental para reducir al mínimo la estimulación simpática.

Evaluación

Graciela evoluciono en forma tórpida ya que fue ingresada al día siguiente por urgencias y se hospitaliza al servicio de sala mujeres por hemoptisis importante además se proporciona tratamiento para la Policitemia donde amerito 2 paquetes globulares. Indicados por la especialidad de Medicina Interna y hematología.

Fase III de RHCV. (Ejercicio no supervisado)

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de abandono de tratamiento R/C actividad física limitada y trastornos depresivos recurrentes.

Objetivo

Fomentar la asistencia a grupos de terapia integral, que continúe con las consultas de psicología, el tratamiento medicamentoso, el monitoreo por laboratorio y se concientizará de la importancia en la subsecuencia del tratamiento y de la asistencia a las sesiones.

Intervención de enfermería

- Se egresa del servicio de RHCV para iniciar con la fase III (ejercicios activos en casa con apoyo respiratorio durante el ejercicio).
- Se incrementa la tolerancia al ejercicio mejorando en 30 – 50% luego de tres meses de entrenamiento, mejora la sintomatología, disminuye la angina de pecho y síntomas de insuficiencia cardiaca, así como la evolución para clínica colocar en reposet durante 5 min. mejorando sintomatología y recuperando mecánica respiratoria.
- Verificar que práctica cuando menos una técnica de relajación al día se puede inscribir junto con su mamá, y hermano a yoga e incorporarse a las actividades cotidianas. Los programas de ejercicio pueden aumentar la sensación de bienestar de la persona, proporcionar un escape para las tensiones emocionales y aumentar las concentraciones de lipoproteínas de densidad elevada en relación con el colesterol sanguíneo total.

- Se dan instrucciones para darle seguimiento al tratamiento.

Señalar los beneficios psicológicos del ejercicio puede aumentar la sensación de bienestar de la persona, un escape para las tensiones emocionales así como de mejorar la clase funcional y además de provocar colaterales en árbol Pulmonar.

- Comentar que tiene que ajustarse al rol familiar ya que su patología de base puede desarrollar una hemorragia masiva o un infarto agudo súbito, o desencadena crisis hipoxia y no puede estar sin supervisión fuera de casa. Enseñarle al cuidador a identificar situaciones de estrés que se presentan regularmente y sugerir medios específicos para reducir o eliminar los factores estresantes.

- Solicitarle a Graciela que lleve un diario para documentar que tan bien funcionan las estrategias para reducir el estrés .El transferir sus pensamientos ayuda a disminuir el estrés.

- Toma de muestras para laboratorio de control.

Gasometría Arterial:

La incidencia de complicaciones graves como síndrome hipóxico, accidentes trombo lítico cerebro-vasculares y en otros órganos vitales como el riñón e hígado. Se tomaran de control cada mes.

Biometría hemática completa:

El proceso anémico crónico produce policitemia compensadora y trastornos de coagulación. Cuando aumenta el hematocrito se produce un incremento de la viscosidad sanguínea que produce micro trombosis cerebral y de órganos vitales. En la evolución de la cardiopatía son las causantes de las complicaciones como hemorragias pulmonares durante las sesiones.

Química sanguínea:

Las concentraciones de lipoproteínas de densidad son elevadas en relación con el colesterol sanguíneo total.

Evaluación

Graciela se siente triste pero satisfecha con las sesiones anteriores progreso relativamente además que trabajaba en el ejercicio sin miedo a complicaciones y fue notoria su estabilidad emocional. Lenta pero productiva ya que puede movilizarse sin apoyo de la familia.

Graciela se observa en la calle con una amiga caminando sin encorvarse y con menos grado de cianosis, se comprueba por expediente electrónico la asistencia con psicología.

CONCLUSIONES

Desafortunadamente Graciela cursa con una enfermedad congénita cianógeno en donde el periodo de vida es máximo de 20 años con deterioro de la capacidad funcional por el aumento de gasto cardiaco del sistema pulmonar que es insuficiente conforme la persona esta en crecimiento y desarrollo. Se trata de dar un tratamiento paliativo y de sostén preparando a la paciente a una muerte digna, aunque Graciela no se engaña y presiente que ya esta en una fase terminal, es doloroso y tedioso para los familiares ver como su hija lucha cada día por un nuevo amanecer.

SUGERENCIAS

Establecer estrategias para una terapia integral combinadas con cuidados, de enfermería especializados en cardiología constantes e interactuando con el especialista cardiólogo indicando tratamientos de sostén ya que la paciente tiene un pronóstico reservado para la vida, malo para la función además proporcionamos apoyo emocional y medidas de bienestar para Graciela y su familia e involucrarlos de manera activa en este proceso mejorando su calidad de vida y proporcionando una muerte digna fomentando la asistencia a cursos de tanatología .

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso en Enfermería. Doyma, Barcelona, 1989.

Alfaro Rosalinda. Le Fevre. Aplicación del Proceso Enfermero, Fomentar el cuidado en colaboración. Quinta Edición. Ed. Masson, Barcelona España.2003.

Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Harcourt Brace, Madrid España. 1999.

Carpenilo, L. J. Planes de cuidados y documentos en enfermería. Ed. Interamericana. México, 1994.

Gordon Marjory, Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Tercera Edición. Harcourt Brace. Madrid. España, 1999.

Haworth SG, Rees P, Taylor JF, Macartney FJ, de Leval M, Stark J. Pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collateral arteries. Effect of systemic pulmonary anastomosis. *British Heart Journal* 1981;45:133-4.

Hinchliff, Susan M. et. al. Enfermería y cuidados de la salud. Doyma, Barcelona, 1993.

Anexos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**INSTRUMENTO METODOLÓGICO
PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

II VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.
3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y aprendizaje

III CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

IV PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

V EVALUACIÓN

VI PLAN DE SEGUIMIENTO Y ALTA

PRESENTACIÓN

Con el presente instrumento se pretende guiar al alumno en la adquisición de habilidades para la valoración clínica, tomando como fundamento teórico el Modelo de Virginia Henderson, por lo que con fines didácticos se agruparon en tres tipos con base en el criterio de similitud de los elementos biofisiológicos, psicológicos, y socioculturales de las necesidades humanas a valorar, a partir de las cuales el alumno analizará sus interrelaciones que le permita la construcción de los Diagnósticos de Enfermería. Posteriormente continuar con el proceso de atención planeando las intervenciones de enfermería con enfoque holístico y con base en los objetivos propuestos, implementando criterios de evaluación de los mismos.

Por último se considera un plan de seguimiento del cuidado durante las sesiones de rehabilitación cardíaca que permita la participación del individuo y su familia en vías del logro de su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Es indispensable que para el manejo del presente instrumento el alumno maneje los conceptos básicos del modelo teórico de Virginia Henderson.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G. C. L. M. Edad: 17 Peso: 59 Kg. Talla: 1.70 Fecha de nacimiento: 1990 Sexo: Femenino

Ocupación: ESTUDIANTE

Escolaridad: PREPARATORIA Fecha de admisión: 02/01/08 Hora: 19: 00 hrs. Procedencia: CD. CUAUHTEMOC, VERACRUZ CLINICA DE MATA REDONDA VER CALLE BRASIL # 200 ALTOS COLONIA LAS FUENTES.

Fuente de información: Directa Fiabilidad:(1-4):4 puntos

Miembro de la familia/ persona significativa: hija de la segunda gesta.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

I.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

1. OXIGENACIÓN

❖ Subjetivo:

Disnea debido a: Mínimo Esfuerzo Tos productiva /seca: seca Dolor asociado con la respiración: positivo Fumador: negado Etilismo social.

❖ Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A: 100/60 FC: 90 FR: 24 Temperatura: 38.8 refiere dolor al tragar saliva.

Tos productiva /seca: seca Estado de conciencia: conciente

Coloración de piel/lechos ungueales / peribucal: palidez ++ cianosis generalizada al esfuerzo con extremidades superiores con dedos en forma de palillos de tambor, discreta acrocianosis, no hay petequias a este nivel ,equimosis única en muslo der. con mucosa semihidratada.

Circulación del retorno venoso: 2“

Otros: PO 2 ocasiones de fístula sistémica pulmonar parcial ambos lados . blalock- taussig

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

❖ Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): equilibrada Número de comidas diarias: **2**

Trastornos digestivos: hemoptisis ocasional, gastritis

Intolerancias alimentarias / Alergias: por gastritis y anorexia

Problemas de la masticación y deglución: Negados

Patrón de ejercicio: se la pasa dormida no realiza ejercicio por adinamia generalizada, infiere un litro de agua al día, refresco y café.

❖ Objetivo

Turgencia de la piel: palidez de tegumentos

Membranas mucosas hidratadas/ secas: semihidratadas cianosis y acrocianosis

Características de uñas/cabello: acrocianosis cianosis unguial con buen implante de cabello negro

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Fuerza y sensibilidad conservados

Aspecto de los dientes y encías: Cuenta con todas las piezas dentarias

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida quirúrgica con buena cicatrización

Otros: Fístula de Blalock Taussig

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

❖ Subjetivo:

Hábitos intestinales: estreñimiento características de las heces/orina/ menstruación: irregular, heces melenitas sec. a policitemia,

consistencia blanda, eliminación urinaria de 3 a 5 veces al día coloración , olor, cantidad normal .

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: **hemoptisis**

Uso de laxantes: **senokot** Hemorroides: **Negados**

Dolor al defecar/menstruar/orinar: **dismenorrea, oliguria y estrías de sangre al evacuar**

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: **Deficientes**

❖ Objetivo:

Abdomen, características: **Blando y depresible**

Ruidos intestinales: **Perístalsis disminuida**

Palpación de la vejiga urinaria: **no se palpo**

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

❖ Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: **Le es difícil adaptarse al clima frío**

Ejercicio, tipo y frecuencia: **Ninguno**

Temperatura ambiental que le es agradable: **Clima caluroso**

❖ Objetivo:

Características de la piel: **pálida, lisa marmolea** .Transpiración: **negativa**

Condiciones del entorno físico: **Es de estatura alta complejión delgada.**

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

❖ Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: **no la tiene por fatiga .**

Actividades en el tiempo libre: **chatea por computadora**

Hábitos de descanso: **se la pasa dormida la mayor parte del día .**

Hábitos de trabajo: **no labora**

❖ Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: **disminuida y flácida con función conservada.**

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: **conservados**

Posturas: **tiende a encorvarse.**

Necesidad de ayuda para la de ambulación: **positivo**

Dolor con el movimiento: **positivo**

Presencia de temblores: **positivo** Estado de conciencia: **consciente**

Estado emocional: **Se encuentra triste, deprimida, ansiosa, atemorizada con relación a su enfermedad. agresiva. labilidad emocional**

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

❖ Subjetivo:

Creencia religiosa: **Católica va a misa todos los domingos**

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: **No**

Principales valores en la familia: **Respeto, honradez.**

Principales valores personales: **Respeto**

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: **Sí**

❖ Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): **viste ropa apropiada para su edad**

Permite el contacto físico: **Sí**

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: **No**

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

❖ Subjetivo:

Trabaja actualmente: **No** Tipo de trabajo: **ninguno**

Riesgos: **X** Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: **X** Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia: **X**

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: **No; quiere participar económicamente para sentirse que es independiente.**

❖ Objetivo:

Estado

emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

eufórico: **Su estado emocional actual es a la defensiva y tiende a labilidad.**

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

❖ Subjetivo:

Horario de descanso: la mayor parte del día Horario de sueño: invertido el ciclo

Horas de descanso: 14 a 16 hrs. Horas de sueño: 8

Siesta: positivo Ayudas: negada

Insomnio: positivo Debido a: hipoxia

Descansado al levantarse: casi siempre

❖ Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje:

Ojeras: si Atención: si Bostezos: si Concentración si

Apatía: en ocasiones Cefaleas: si

Respuesta a estímulos: dolorosas al tacto

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

❖ Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Sí

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Sí

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

❖ Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Viste ropa apropiada para su edad

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Disminuida apoyo familiar

Vestido incompleto: Completo Sucio: Limpio Inadecuado: adecuado

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

❖ Subjetivo:

Frecuencia del baño: **cada tercer día si no sale con cambio de ropa diario**

Momento preferido para el baño: **Por las mañanas**

Cuántas veces se lava los dientes al día: **Tres veces**

Aseo de manos antes y después de comer: **Sí** Después de eliminar: **Sí**

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: **No**

❖ Objetivo:

Aspecto general: **alineado**

Olor corporal: **limpio** Halitosis: **Negado**

Estado del cuero cabelludo: **Con buen implante**

Lesiones dérmicas Tipo **Ninguna**

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: _____

NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

❖ Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: **Mamá, Papá un hermano, una hermana.**

Como reacciona ante situación de urgencia: **Con ansiedad y temor**
No le gusta acudir al servicio de urgencias.

Conoce las medidas de prevención de accidentes en el:

Hogar: **Si**

Trabajo: **Sí**

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: **si**

Familiares: **si**

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: **Con llanto agresiva**

❖ Objetivo:

Deformidades congénitas: **atresia pulmonar + comunicación interventricular**

Condiciones del ambiente en su hogar: **regulares le disgusta cuando su papá se encuentra en casa .**

Trabajo: _____

Otros: _____

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

❖ Subjetivo:

Estado civil: **soltera** Años de relación: ____ Vive con: **con sus padres y hermanos**

Preocupaciones / estrés **planes a futuro** Familia: **desconcierto**

Otras personas que pueden ayudar: **equipo de salud y familiares**

Rol en estructura familiar: **segunda gesta**

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: **negados**

Cuanto tiempo pasa sola: **la mayor parte del día**

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: **ninguno**

❖ Objetivo:

Habla claro: **Sí** Confusa: **no** Dificultad. Visión: **Negados** Audición: **Negados**
Comunicación verbal / no verbal / con la familia / con otras personas
significativas: **Si existe comunicación verbal con la familia difiere
únicamente con el padre.**

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

❖ Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: **a veces sale a caminar**

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: **Si**

Recursos en su comunidad para la recreación: **ninguno**

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: **No**

❖ Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: **Marcha forzada y débil**

Rechazo a las actividades recreativas: **Negado**

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: **estado de animo apática en
casa y participativa en las sesiones .**

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

❖ Subjetivo:

Nivel de educación: **preparatoria**

Problemas de aprendizaje: **Ninguno**

Limitaciones cognitivas: **Negadas** Tipo: **x**

Preferencias. Leer/escribir: **escribir**

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: **Negado**

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: **x**

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: **si**

Otros: _____

❖ Objetivo:

Estado del sistema nervioso: **Dentro de lo normal**

Órganos de los sentidos: **Dentro de la normalidad**

Estado emocional ansiedad, dolor: **Ansioso**

Memoria reciente: **buena**

Memoria remota: **buena**

Otras manifestaciones: **propias**