



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO A PERSONA ADULTA CON
ALTERACIÓN EN LA CONEXIÓN VENTRÍCULO
ARTERIAL CON ENFOQUE EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

P R E S E N T A:

L.E.O. ROBERTO ALAVEZ RAMIREZ



**ASESOR ACADÉMICO:
MAESTRA MAGDALENA SIERRA PACHECO**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



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.

RESUMEN

Estudio de caso a persona adulta con alteración en la conexión ventrículo arterial con enfoque en el modelo de virginia Henderson.

La prevalencia mundial de tetralogía de Fallot es del 0.08% y representa el 5-10% de todas las cardiopatías congénitas. Afecta aproximadamente a 1 de cada 8.500 nacidos vivos. Consiste en cuatro características anatómicas fundamentales: estenosis de arteria pulmonar, comunicación interventricular, cabalgamiento aórtico e hipertrofia del ventrículo derecho donde el defecto anatómico principal es la desviación anterior del tabique infundibular. El presente estudio de caso se realizó en una persona adulta con tetralogía de Fallot y síndrome de válvula pulmonar ausente post operada de corrección total, con el objetivo de proporcionarle cuidados especializados de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson y mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. El estudio se desarrolló durante un periodo de 6 meses, iniciando en el posquirúrgico en terapia intensiva del INCICH llevando un seguimiento durante su recuperación hasta el egreso hospitalario y posteriormente de manera extrahospitalaria. Se realizaron 2 valoraciones exhaustivas y 3 focalizadas en donde se identificaron las necesidades alteradas, mediante su jerarquización se elaboraron diagnósticos de enfermería mediante el formato PES. Los objetivos del estudio de caso se cumplieron al planificar las intervenciones de Enfermería basadas en evidencia científica dirigidos a resolver los problemas reales y potenciales identificados, aplicando y evaluando continuamente estas intervenciones y las respuestas de la persona a las mismas. Se elaboró un plan de alta de acuerdo con las necesidades y capacidades de la persona que la llevó a un egreso hospitalario seguro alcanzando la independencia.

Palabras clave: *Tetralogía de Fallot, Adulto, Síndrome de válvula pulmonar ausente, Defectos cardiacos del septum ventricular, Defectos cardiacos congénitos, Atención de Enfermería.*

ABSTRACT

Case study of an adult person with an alteration in arterial ventricular connection with focus on the Virginia Henderson model.

The worldwide prevalence of tetralogy of Fallot is 0.08% and despicits between 5-10% of all congenital heart disease. It affects approximately 1 in 8,500 live births. It consists of four fundamental anatomical features: pulmonary artery stenosis, ventricular septal defect, aortic thrust, and right ventricular hypertrophy where the main anatomical defect is the anterior deviation of the infundibular septum. The present case study was conducted in an adult with tetralogy of Fallot and absent pulmonary valve syndrome after total correction surgery, with the aim of providing specialized nursing care based on the Virginia Henderson model and by applying the Nursing Process. The case was developed over a period of 6 months, starting in the postsurgical period in intensive care unit at the INCICH and being followed up during his recovery until discharge from the hospital and subsequently out-of-hospital. Two exhaustive and three focused evaluations were carried out in which the altered needs were identified and through their ranking, nursing diagnoses were elaborated using the PES format. The objectives of the case study were met by planning the Nursing interventions based on scientific evidence aimed at solving the real and potential problems identified, continuously applying and evaluating these interventions and the responses of the person to them. A discharge plan was developed according to the needs and capacities of the person who led them to a safe discharge from the hospital, achieving independence.

Key words: *Tetralogy of Fallot, Adult, Absent pulmonary valve síndrome, Ventricular hear septal defects, Congenital heart defects, Nursing Care.*

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo para mi formación profesional.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por abrirme las puertas al conocimiento y formarme como futuro especialista.

A mi coordinadora, Maestra Magdalena Sierra Pacheco, que con su ejemplo de dedicación y disciplina me han llevado a dar lo mejor de mí, por su asesoramiento, apoyo y su guía en este recorrido.

DEDICATORIA

Para ti Abue, que me formaste como persona, por todo el amor que me diste y porque desde donde estás me sigues guiando.

Para ti Emilio, hermanito, que desde arriba me das la fuerza que necesito para seguir adelante.

A mis compañeros y amigos, por su apoyo, por librar juntos esta etapa de nuestras vidas, por no dejarnos caer, por la motivación mutua.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos	3
CAPITULO I. FUNDAMENTACION	4
CAPITULO II. MARCO TEORICO	7
MARCO CONCEPTUAL	7
MARCO EMPÍRICO.....	9
MODELO DE ENFERMERÍA	14
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	16
Tetralogía de Fallot	21
CAPITULO III. METODOLOGIA.....	28
Presentación del caso	32
PERSONA	32
ENTORNO	32
SALUD.....	32
CUIDADO	33
CAPITULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	34
PRIMERA VALORACION EXHAUSTIVA	34
ANÁLISIS DE DATOS	34
JERARQUIZACION DE NECESIDADES	38
PLAN DE INTERVENCIONES.....	39
PRIMERA VALORACION FOCALIZADA	47
ANÁLISIS DE DATOS	47
JERARQUIZACION DE NECESIDADES	48
PLAN DE INTERVENCIONES.....	49
SEGUNDA VALORACION FOCALIZADA.....	56
ANÁLISIS DE DATOS	56
JERARQUIZACION DE NECESIDADES	58
PLAN DE INTERVENCIONES.....	59
TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA	65

ANÁLISIS DE DATOS	65
JERARQUIZACION DE NECESIDADES	65
PLAN DE INTERVENCIONES.....	66
SEGUNDA VALORACIÓN EXHAUSTIVA.....	69
ANÁLISIS DE DATOS	69
JERARQUIZACION DE NECESIDADES	71
PLAN DE INTERVENCIONES.....	72
CAPITULO V. CONCLUISIONES Y RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	85

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que brinda cuidados de salud y responde a las necesidades de las personas, cuando éstas no tienen la capacidad suficiente de independencia y poder proporcionarse a sí mismas o a las personas que dependen de ella los cuidados necesarios para mantener un estado de bienestar de su salud. La profesión se distingue en satisfacer las necesidades humanas como lo establece Virginia Henderson, y atender las alteraciones de la salud, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Para llevar a cabo las funciones propias de enfermería, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible con la aplicación del método científico, mediante el PAE; el cual constituye una herramienta para organizar los cuidados que implica una manera propia de proceder. El PAE está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas.

La atención de personas con alteraciones cardiovasculares lleva en sí, cuidados especializados, en los cuales el tiempo que se va a ejecutar en su cuidado será extenso y con bases científicas, por ello es necesario planificar las diferentes actividades que deben realizarse. El especialista en enfermería cardiovascular tiene el fin de mejorar el estado de salud de la persona y llevarlos en la medida de lo posible a un estado de independencia.

El presente documento trata de un estudio de caso dirigido a una persona adulta hospitalizada en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez con malformación cardíaca en la conexión ventrículo arterial tipo Tetralogía de Fallot y con síndrome de válvula pulmonar ausente el cual se desarrolló durante la práctica clínica de la Especialidad en Enfermería Cardiovascular y seguimiento intra y extrahospitalario.

Es poco común que una persona con esta asociación de malformaciones cardíacas sin corrección quirúrgica durante la infancia sobreviva a la edad adulta por lo que tiene especial relevancia el desarrollo del presente estudio.

Se describen los objetivos, general y específicos, enfocados al desarrollo del estudio de caso, mediante los cuales se guía y basa la metodología a seguir durante el desarrollo y muestran los resultados que se pretenden obtener desde el inicio hasta la culminación del seguimiento de la persona logrando el nivel máximo de independencia.

Se presenta la fundamentación realizada mediante el análisis de artículos y estudios de caso relacionados al presente trabajo y la epidemiología actual a nivel mundial de las cardiopatías congénitas y de Tetralogía de Fallot, la complejidad de esta entidad y la necesidad de atención de enfermería especializada; se describe la fisiopatología, etiología, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento.

Se describe la metodología utilizada y cada uno de los pasos aplicados durante el desarrollo del estudio de caso con apego a las consideraciones éticas y legales, a las normas y reglamentos establecidos para la realización del presente estudio.

Se presentan las diversas valoraciones intra y extrahospitalarias realizadas a lo largo del seguimiento de la persona, el análisis de las necesidades alteradas, su jerarquización y la elaboración de planes de cuidados e intervenciones especializadas dirigidas a llevar a la persona al nivel máximo de independencia. Se realiza un plan de alta para un egreso seguro que incluye recomendaciones generales para el cuidado en casa, el inicio de actividad física y prevención secundaria cardiovascular.

Por último se presentan las conclusiones, con el logro de los objetivos planteados y los resultados obtenidos a lo largo del estudio y se proponen recomendaciones en cuanto a los cuidados especializados en personas con tetralogía de Fallot y la importancia de continuar con investigación en Enfermería dirigido a las cardiopatías congénitas.

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un estudio de caso a una persona adulta con alteración en la conexión ventrículo arterial con base en el modelo de Virginia Henderson.

Objetivos específicos

- Realizar valoraciones exhaustivas y focalizadas con la guía de valoración cardiovascular.
- Identificar y jerarquizar las necesidades de la persona que se encuentren alteradas.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud.
- Planificar en conjunto con la persona y su cuidador primario, las intervenciones de Enfermería basadas en evidencia científica dirigidos a resolver los problemas reales y potenciales identificados, de promoción a la salud, así como los objetivos a alcanzar.
- Aplicar y evaluar continuamente las intervenciones de enfermería planeadas y las respuestas de la persona a las mismas para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Elaborar un plan de alta de acuerdo con las necesidades y capacidades de la persona y de su cuidador primario que permitan un egreso hospitalario seguro y de continuidad en el hogar.
- Llevar un seguimiento extrahospitalario de la persona que permita evaluar los resultados del plan instaurado que llevarán a la persona a la independencia.

CAPITULO I. FUNDAMENTACION

Las cardiopatías son, entre las enfermedades crónicas no transmisibles, las que han presentado mayor incidencia desde mediados del siglo XX, tienen una frecuencia de 8 por cada 1000 nacidos vivos en el mundo con ligero predominio del sexo masculino, y un rango entre 4 y 12 por 1000 nacidos vivos. Se calcula 27 por cada 1000 muertes fetales; hasta el momento solo el 15% de los defectos cardíacos importantes se diagnostican en la etapa prenatal. Según la Asociación estadounidense del corazón, aproximadamente 35 000 bebés nacen cada año con algún tipo de malformación congénita cardíaca. Las cardiopatías congénitas son las responsables de más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento. Los defectos congénitos constituyen una de las diez primeras causas de mortalidad infantil en 22 de 28 países de América Latina, ocupan entre el segundo y el quinto lugar entre las causas de defunción en los menores de un año.(1)

La tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita compleja más frecuente; su incidencia es del 0,08% y representa el 5-8% de todas las cardiopatías congénitas. Afecta, aproximadamente, a 1 de cada 8.500 nacidos vivos, con un ligero predominio de varones sobre mujeres. Esta malformación se caracteriza por el desplazamiento anterior y craneal del septum infundibular, lo que causa cabalgamiento aórtico sobre el septum interventricular, comunicación interventricular (amplia y no restrictiva), estenosis infundibular (pulmonar) del ventrículo derecho (VD) e hipertrofia ventricular derecha.(2)

Pocas personas con Tetralogía de Fallot sobreviven hasta la edad adulta sin operación, algunos estudios refieren que solo el 10% sobrevive hasta los 30 años. La complejidad de la patología y los datos estadísticos son los motivos por los cuáles es relevante el presente estudio de caso al realizarse en una femenina de 23 años de edad que cursó su infancia sin manifestaciones cardiovasculares.

Sánchez Cisneros en el 2004 presenta un artículo de proceso enfermero en disfunción ventricular derecha en un adolescente post operado de corrección total de tetralogía de Fallot; en el cual hace mención que la disfunción ventricular derecha es una entidad

frecuente durante el postoperatorio de corrección total de la tetralogía de Fallot, secundario a la ventriculostomía realizada. Donde el diagnóstico se realiza mediante métodos invasivos y no invasivos como tomografía, resonancia magnética y coronariografía y el tratamiento es enfocado a mejorar el gasto cardíaco. La intervención de enfermería es crucial en la evolución de la persona ya que debe valorar los datos de disfunción ventricular derecha, ejecutar intervenciones y colaborar en el tratamiento de la entidad y mantener una evaluación constante que determine o guie la toma de decisiones. Concluye que la persona post operada de cirugía cardiovascular requiere de una atención adecuada ya que implica todo un universo de conocimientos teórico-prácticos.(3)

Sierra Pacheco y Carrillo Medina en 2013 publicaron un artículo con el nombre de “Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson” en el cual mencionan que el cuidado de enfermería especializado desempeña un papel esencial en la atención al niño portador de alguna cardiopatía congénita compleja, donde utilizar las herramientas metodológicas como el proceso de atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson facilitan el reconocimiento de las necesidades alteradas, el grado de dependencia y la fuente de dificultad que concierne a la persona con la finalidad de proporcionar cuidados de calidad dirigidos a solucionar los problemas específicos a través de intervenciones basadas en la evidencia científica. (4)

Ramirez Martínez en 2017 presenta un estudio de caso a un adolescente con alteración de flujo pulmonar disminuido por cardiopatía congénita basado en las necesidades de Virginia Henderson en el que se lleva seguimiento desde el preoperatorio hasta la rehabilitación en el hogar; menciona que el cuidado de la enfermera especialista cardiovascular tiene un papel sumamente importante en la atención de la persona con alteración cardíaca congénita compleja. Al realizar una adecuada valoración de las necesidades se pueden establecer intervenciones especializadas e individualizadas para obtener resultados favorables y un adecuado nivel de independencia. En su estudio refiere cumplir con los objetivos mediante la elaboración de planes de

intervenciones de enfermería y un plan de alta al aumentar el nivel de independencia que permitió un egreso hospitalario satisfactorio en buenas condiciones físicas.(5)

Chávez Velázquez en 2018 publicó un estudio de caso a un escolar con alteración en las necesidades básicas secundario a Tetralogía de Fallot, a quien se le realizó una cirugía de corrección total. Hace énfasis en que la especificidad del cuidado brindado, el plan de alta y el seguimiento domiciliario logran la reincorporación de la persona a las actividades cotidianas sin complicaciones derivadas del post operatorio de la cirugía correctiva de Tetralogía de Fallot a medio plazo y el seguimiento permite crear vínculos que favorecen a la adquisición de habilidad cognitiva para realizar valoraciones de forma eficiente para detectar datos objetivos y subjetivos necesarios para brindar un tratamiento y cuidados oportunos.(6)

Marta Canedo Gabín en el 2020 publicó un artículo denominado “Plan de cuidados de enfermería para un postoperatorio infantil de corrección total de Tetralogía de Fallot: a propósito de un caso”, en el cuál menciona que la Tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianógena compleja más frecuente, el tratamiento es quirúrgico y requiere de la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos pediátricos especializados. El estadio postoperatorio requiere de atención multidisciplinar y una planeación adecuada de cuidados con intervenciones que permitan valorar y prevenir complicaciones. La mayoría de los niños diagnosticados con TF no requieren tratamiento en el periodo neonatal y pueden darse de alta al domicilio con revisiones cardiológicas frecuentes. Sin embargo la TF con estenosis pulmonar leve puede precisar tratamiento anticongestivo durante las primeras semanas de vida. (7)

CAPITULO II. MARCO TEORICO

MARCO CONCEPTUAL

Enfermería: Son los cuidados autónomos y en colaboración dispensados a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción a la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados dispensados a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.(8)

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.(8)

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.(8)

Proceso enfermero: El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades. Se integra por 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí.(8)

Valoración: proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y sus respuestas a esta, a partir del cual se genera un juicio clínico.(9)

Persona: Ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.(10)

Cardiopatía congénita: Malformaciones estructurales del corazón o los grandes vasos que existen desde el nacimiento.(11)

Tetralogía de Fallot: Se debe a la desviación antero cefálica del septum de salida; caracterizada por cabalgamiento aórtico, defecto septal interventricular (sub aórtico), obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho el cual puede ser infundibular, valvular, supra valvular o combinación de todos e hipertrofia del ventrículo derecho.(12)

Síndrome de válvula pulmonar ausente: falta de desarrollo o formación rudimentaria de las sigmoideas pulmonares con dilatación del tronco y de las ramas de la arteria pulmonar de grados variables.(13)

Comunicación interventricular: Cardiopatía congénita acianógena de flujo pulmonar aumentado, caracterizada por un defecto anatómico en el septum interventricular, permitiendo una comunicación entre el sistema sanguíneo sistémico y el pulmonar a través de un corto circuito de izquierda a derecha debido a la diferencia de presiones entre ambos sistemas.(14)

MARCO EMPÍRICO

Miranda Chávez, Figueroa Solano y colaboradores mencionan que el síndrome de la válvula pulmonar ausente (SVPA) es una anomalía rara, que consiste en falta de desarrollo o formación rudimentaria de las sigmoideas pulmonares con dilatación del tronco y de las ramas de la arteria pulmonar de grados variables la cual puede existir de forma aislada o asociarse a otras cardiopatías como Tetralogía de Fallot, comunicación interventricular, doble salida del ventrículo derecho, transposición de grandes arterias, hipoplasia del ventrículo derecho y la interrupción del arco aórtico. Presenta una incidencia del 3-6% de las personas con Tetralogía de Fallot. De las 14 personas operadas que se incluyeron en el estudio, tres fallecieron, dos fueron menores de 6 meses. Todos los niños que murieron después de la cirugía tenían el diagnóstico de Tetralogía de Fallot más SVPA. Las complicaciones posquirúrgicas inmediatas fueron: insuficiencia cardíaca 57.1%, sangrado 28.6% y arritmias 14.3%.

Se ha demostrado que la curva actuarial de supervivencia en los enfermos con Tetralogía de Fallot corregida a los 35 años es de 85%. Sin embargo, esto no ha sido descrito para las personas con SVPA. Es conveniente subrayar que los resultados obtenidos por cada grupo están en relación al momento en que se hace el diagnóstico, la cultura de la población y los recursos humanos y materiales que existen en cada centro hospitalario.(13)

Telich Tarriba, Alekos Ocampo y colaboradores en el 2012 en un reporte de caso refieren que el tratamiento de Tetralogía de Fallot es quirúrgico y consiste en 2 entidades: una paliativa y otra correctiva. La cirugía correctiva involucra el cierre de la comunicación interventricular, corrección del cabalgamiento aórtico y reparación de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. La cirugía paliativa se utiliza generalmente en presencia de contraindicaciones para el procedimiento correctivo permanente y se utiliza más comúnmente la técnica de Blalock-Taussig, que consiste en un cortocircuito entre la arteria subclavia y la pulmonar, mediante una anastomosis y un injerto de Gorotex con el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo al lecho pulmonar. No se han encontrado beneficios en retrasar el procedimiento más allá del

año de edad, sin embargo, se ha observado que el tiempo que el paciente transcurre sin tratamiento no tiene influencia en el éxito del procedimiento. Las complicaciones principales de la cirugía correctiva son las insuficiencias valvulares y arritmias, especialmente ventriculares. El pronóstico de los pacientes sin corrección quirúrgica es poco alentador, con una sobrevida al año de 66%, y a los 10 años de 24%. Con la cirugía paliativa ésta aumenta hasta el 90%, y es cercana al 97% en pacientes que son atendidos de forma directa con cirugía correctiva.(15)

Alfonso de León y Pérez Cruz en el 2013 describen a la tetralogía de Fallot como la principal afección cardíaca compleja que constituye el 10 % de todas las cardiopatías congénitas, con una incidencia de 5,8 % al nacer. Sin embargo solo el 6 % de las personas no operados viven a los 30 años y el 3 % a los 40 años. La sobrevida de la persona de este estudio hasta los 48 años es algo fuera de lo común, pero el haber tenido tres embarazos, dos de ellos a término se convierte en algo excepcional, teniendo en cuenta que los cambios hemodinámicos durante el embarazo (aumento del volumen sanguíneo y descenso de las resistencias periféricas) pueden exacerbar el cortocircuito derecha-izquierda ocasionando cianosis y síncope, por lo demás su vida ha sido normal: trabaja como dependiente de farmacia aun cuando el seguimiento en los últimos años fue pobre por despreocupación de la propia paciente.(16)

Varela Ortiz y colaboradores en el 2015 desarrollaron un estudio epidemiológico en un hospital privado de la CDMX en el cual reportan que en México se estima que nacen entre 12 y16 mil niños con cardiopatías congénitas (CC) cada año y se consideran la primera causa de hospitalización en recién nacidos con malformaciones congénitas. De acuerdo con el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2013, éstas representan la segunda causa de muerte en niños mexicanos menores de cinco años. La sobrevida de los niños con CC depende de la complejidad, edad a la que se realiza el diagnóstico y el tratamiento otorgado. En México las CC más frecuentes tratadas quirúrgicamente son los defectos del septum ventricular (CIV), persistencia del conducto arterioso (PCA), tetralogía de Fallot (TF), defectos del septum atrial (CIA), conexión anómala total de venas pulmonares (CATVP) y coartación de aorta (CoAo).

Con una mortalidad global de 7.5% comparada con 4% de la descrita para países desarrollados.(17)

Polo López y colaboradores en 2016 mencionan que las personas llegan a la vida adulta tras reparación completa quirúrgica durante la infancia y solo un pequeño porcentaje sobreviven sin cirugía reparadora o solo con una paliación previa. Las personas con TF que llegan a la edad adulta sin operar o solamente paliados poseen habitualmente una anatomía y una fisiología más favorables para la supervivencia, por lo que la indicación de la reparación puede ser cuestionable. Se llevó la evolución de más de 3.000 pacientes con cardiopatía congénita. Entre ellos predominaba el grupo de pacientes con TF constituido por 318 adultos. Entre 1991 y 2014 se realizaron 113 cirugías en 104 pacientes adultos con TF, lo cual supone que hasta el 32% de estos pacientes seguidos en la unidad de cuidados coronarios precisaban de cirugía, ya sea una re-operación tras reparación completa durante la niñez (86 cirugías), o los ocasionales casos que se repararon completamente más allá de los 18 años (27 cirugías). Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 27 personas con TF que llegaron a la edad adulta sin operar o solo paliados, y en los que se practicó una cirugía de reparación completa. Con este estudio concluyeron que, como ya es conocido, la TF es una de las cardiopatías congénitas cianóticas más frecuentes. La historia natural sin tratamiento es mala, estando menos del 50% vivos entre los 5 y 10 años. Las causas de los fallecimientos son debidas a la hipoxia, y en los pacientes de mayor edad también se deben a insuficiencia cardiaca congestiva. Sin intervención quirúrgica, excepcionalmente llegan a la edad adulta, (alrededor de un 15 % y un 2% alcanzan respectivamente la tercera y la cuarta décadas), bien porque son formas más leves de enfermedad que progresan con el tiempo, o porque conservan fuentes adicionales de flujo pulmonar, como colaterales aorto-pulmonares o ductus arterioso persistente. Probablemente, tuvieran una patología inicialmente más leve o benigna, en la que predominara la insuficiencia cardiaca secundaria al cortocircuito izquierda-derecha de la CIV, que con el tiempo, y como mecanismo de compensación natural, fueron desarrollando estenosis pulmonar progresiva para limitar ese hiperflujo pulmonar. (18)

Matías Gómez, Agustina Vayo y colaboradores en 2017 presentan un caso de TF con SVPA y una revisión de literatura en el cual mencionan que la tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianótica compleja más frecuente. El síndrome de válvula pulmonar ausente constituye una variante poco frecuente, que representa del 3% al 6% de los pacientes con tetralogía de Fallot. Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años, con tetralogía de Fallot y síndrome de válvula pulmonar ausente, los hallazgos del examen físico y los principales exámenes complementarios. Entre los principales datos clínicos presentó disnea en clase funcional II (NYHA) de larga duración, asociada a palpitations de inicio y finalización súbita y de reposo. Como antecedentes patológicos, refería cardiopatía congénita no especificada de diagnóstico en la infancia, sin control ni seguimiento cardiológico y múltiples cuadros de infecciones respiratorias durante la niñez. En el ECG el eje del QRS está desviado a la derecha. Existen datos que sugieren hipertrofia ventricular derecha aislada o combinada con la del ventrículo izquierdo. Puede haber imagen de bloqueo de la rama derecha del haz de His. El ecocardiograma suele ser diagnóstico en esta condición. La modalidad Doppler muestra flujo sistólico-turbulento a través del tracto de salida ventricular derecho. Existen publicaciones que sugieren a la tomografía computada multicorte y a la resonancia magnética como parte de la evaluación prequirúrgica. El cateterismo se reserva para pacientes seleccionados en los que existe alguna duda diagnóstica, diferentes anomalías asociadas o para ayudar en la planeación del procedimiento quirúrgico. El manejo óptimo del paciente portador de síndrome de válvula pulmonar ausente radica en la detección temprana de la patología, idealmente desde el ultrasonido prenatal. El tratamiento quirúrgico es complicado y controversial, y conduce a una elevada mortalidad, principalmente en aquellos pacientes severamente sintomáticos. La tendencia actual es más agresiva en intentar corregir completamente las lesiones. El procedimiento consiste en el cierre de la comunicación interventricular y el implante de un aoinjerto valvular entre el VD y la arteria pulmonar. En algunos casos también se realizan reducciones del diámetro de la arteria pulmonar dilatada o sus ramas, mediante la plicatura de las mismas o la colocación de bandas, y/o se actúa sobre las vías aéreas estenóticas.(19)

En el 2020 Robin Boyer y colaboradores describen la tetralogía de Fallot como una cardiopatía congénita que consiste en una aorta predominante, obstrucción del flujo de salida del ventrículo derecho, comunicación interventricular e hipertrofia del ventrículo derecho. Sin tratamiento quirúrgico, aproximadamente sólo el 3% de los pacientes sobreviven más allá de los 40 años. Pocos pacientes con TF sobreviven hasta la edad adulta sin operación; El 10% sobrevive hasta los 30 y solo el 3% llega a la cuarta década. Existe controversia con respecto a la edad óptima para la reparación. Por lo general, la corrección quirúrgica de la TF se realiza durante la infancia y la mayoría de los centros tienen como objetivo la corrección completa a los 9 meses de edad. Los supervivientes no operados tienen 3 características comunes: una arteria pulmonar hipoplásica con un desarrollo moderadamente lento de obstrucción subpulmonar, hipertrofia del VI (HVI) y colaterales de la arteria pulmonar sistémica.(20)

MODELO DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería proporciona los cuidados, autónomos y en colaboración, que se proporcionan a las personas de todas las edades, familias, grupos y/ o comunidades, ya sea enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción, prevención, atención y rehabilitación. La Enfermería ha evolucionado de forma vertiginosa y espectacular como disciplina científica, la profesión posee dos dimensiones: ciencia y aplicación de los sistemas de cuidado.

A medida que enfermería crece en su estatus profesional, el uso de conocimiento científico para la enfermería basada en evidencia es una cualidad necesaria en la práctica. El desarrollo de conocimientos es una actividad importante a la que deben dedicarse los especialistas en enfermería. La práctica profesional requiere un método sistemático centrado en la persona con fundamentos científicos.(21)

El proceso de enfermería es el modelo sistemático de pensamiento crítico, que promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan los profesionales para la toma de decisiones. Las habilidades y capacidades que el personal debe poseer al usar el proceso de enfermería se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos y valores).(22) Este proceso se realiza en cinco fases.(10)

Valoración: es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de la información que se obtiene de diversas fuentes: directas a través de la persona en estudio e indirectas o secundarias mediante familiares, personal del equipo de salud, registros clínicos, examen físico, etc., que permiten determinar la situación de salud de las personas. Los datos que se obtienen son: objetivos y subjetivos. Los primeros son evidencias que se pueden cuantificar como temperatura, olor, un color, una frecuencia; los subjetivos son hechos o ideas expresadas por la persona, como percepción del dolor, el sufrimiento, no comprender, sentirse cansado, entre otros. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el

inicio la toma de decisiones importantes, qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son dependientes de los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores, de quién realice la valoración.

Diagnóstico: es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad ante los problemas de salud vitales, reales o potenciales, que requieren intervención de enfermería con el objetivo de resolver o disminuir la etiología o causa y se formulan mediante diversos componentes como análisis de datos, identificación de los problemas de salud independientes, interdependientes y dependientes y la subsecuente elaboración del enunciado.

Planificación: Se refiere al plan de acciones con el objetivo de reducir o eliminar los problemas diagnosticados y/ o promover la salud. Consiste en las intervenciones estipuladas en la relación enfermera-persona que los lleve a reducir, corregir y prevenir, los problemas para alcanzar los objetivos y criterios esperados. Se establecen prioridades de cuidado.

Ejecución: se realizarán todas las intervenciones planteadas en la fase anterior. Durante la ejecución de las intervenciones se acompaña a la persona. Es necesario considerar que la fase es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación: se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo filosófico de Virginia Henderson, el cual expone de manera clara, el rol autónomo y la especificidad de su servicio, donde los conceptos de persona y salud, coinciden con el pensamiento humanístico; se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia, ayuda u orientación) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.(9)

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que el profesional de enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad de la persona para que esta adquiera su independencia.

Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.(10)

Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, concebida como extensión de la práctica médica.

El soporte teórico del modelo filosófico de Henderson se centra en el paradigma enfermero: persona, entorno, salud y el rol profesional.(10)(23)

Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales; comprende también a la familia, grupo y comunidad.

Entorno: Es todo aquello que rodea a la persona, tanto interno como externamente, constituido por todos los contextos en el cual la persona se desenvuelve. Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas.

Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

Fuente de Dificultad

Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado.

Relación enfermero/a - paciente según Henderson:

Enfermera/o como sustituto. Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos de la persona. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las

funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo de la persona para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.(23)

Enfermera/o como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda a la persona para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma, realiza actividades de ayuda parcial, nunca sule totalmente las actividades de la persona que puede realizar por sí misma.(23)

Enfermera/o como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con la persona y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando, pero es la persona quien realiza sus cuidados.

Henderson establece 14 necesidades básicas que la persona ha de satisfacer (9):

1. Respiración normal. La toma de aire que permite el intercambio de gases- obtención de oxígeno y expulsión de anhídrido carbónico- a través de la función respiratoria, es una función del organismo que tiene que preservarse de forma continua.
2. Alimentación e hidratación adecuada. Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia. La enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales de la persona y del tratamiento médico.
3. Eliminación de los desechos corporales. Eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. Se produce principalmente por la orina y heces, también a través de la piel como el sudor, la respiración pulmonar y la menstruación.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas. La necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas es un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

5. Sueño y descanso. Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.
6. Selección apropiada de la ropa. Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal. Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado. Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.
9. Prevención de los peligros ambientales. Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas
10. Comunicación. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores. Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido

como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción. Valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.
13. Participar en actividades recreativas. El ser humano tiene necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad.
14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal. La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud.

Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Desde el inicio del proceso de atención, que es la valoración de enfermería, se permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería.(9)

Con los aspectos anteriores, se busca la integración, la exploración de las áreas de dependencia de la persona para poder formular un diagnóstico, diseñar los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y poder evaluar los alcances y limitaciones, que garanticen un cuidado integral, resolutivo, preventivo, enfocado en garantizar la calidad y seguridad, relacionándose así, el modelo conceptual de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería.

DAÑOS A LA SALUD

Tetralogía de Fallot

Niels Stenson fue el primero en describir TF en 1671. Sin embargo, la primera descripción completa de TF se le atribuye a Etienne Fallot en 1888. Es la más frecuente de las cardiopatías congénitas complejas, es decir, en las que se asocian más de una lesión. Pertenece al grupo de las cardiopatías conotruncales, caracterizadas por presentar defectos en los tractos de salida.

La tetralogía de Fallot consiste en cuatro características anatómicas fundamentales: estenosis de arteria pulmonar, comunicación interventricular, cabalgamiento aórtico e hipertrofia del ventrículo derecho; forma parte del grupo de cardiopatías congénitas con alteraciones tronco-conales, donde el defecto anatómico principal es la desviación anterior del tabique infundibular; que es un tabique muscular que separa los infundíbulos de la salida aórtica y pulmonar.

Las consecuencias de esta desviación son:

- La obstrucción del infundíbulo de salida del ventrículo derecho provocando la estenosis pulmonar, la cual puede afectar la región sub - valvular, valvular o supra - valvular de la válvula pulmonar, frecuentemente afecta a más de un nivel anatómico.
- Secundario al defecto de alineación del tabique ventricular se da la CIV que suele ser un defecto sub - aórtico grande situado inmediatamente debajo de la válvula aórtica.
- El cabalgamiento aórtico por el defecto que provoca la CIV permite a la aorta cabalgar sobre el septo interventricular conectándose anatómicamente con ambos ventrículos; cuando lo normal es que estuviera relacionada solamente con el ventrículo izquierdo.
- Hipertrofia ventricular derecha secundaria a la estenosis pulmonar crónica.

ETIOLOGIA

Como ocurre con la mayoría de las cardiopatías congénitas, la etiología exacta de la malformación se desconoce, 70-80% de los casos tiene un origen multifactorial donde se involucran tanto factores genéticos como ambientales; ya sea por enfermedades maternas como diabetes no tratada, ingesta materna de ácido retinoico, fenilcetonuria o factores teratógenos. Aproximadamente 10% de los casos de TF se asocian a anomalías cromosómicas (trisomías 21, 18, 13), la más frecuente reportada es la microdelección de la región q11 del cromosoma 22 que está presente en aproximadamente el 16.6% de los diagnósticos de Fallot así como el síndrome de Alagille, mutaciones en el factor de transcripción NKX, polimorfismo de metilentetrahidrofolato reductasa y mutaciones en TBX1 y ZFPM2.(2)(14)

FISIOPATOLOGIA

Los datos clínicos en la Tetralogía de Fallot son determinados por el grado de obstrucción (fija y dinámica) en el tracto de salida del VD. La obstrucción genera un cortocircuito de sangre de derecha a izquierda. Este paso de sangre (a través de la CIV) condiciona la cianosis.

Conforme predomina la obstrucción dinámica (hipertrofia muscular) y aumenta el requerimiento de oxígeno, aparecen las crisis hipóxicas. El cuadro clínico se caracteriza por la exacerbación de la obstrucción en el tracto de salida del VD ante diversos estímulos (frío o infecciones), con lo que disminuye el flujo pulmonar y aumenta el cortocircuito de derecha a izquierda ocasionando una urgencia que puede poner en riesgo la vida del individuo.

La combinación de lesiones da origen a un amplio espectro de anomalías asociadas, que incluyen la llamada válvula pulmonar ausente, atresia pulmonar, defecto del tabique auriculoventricular, ramificación anormal de las arterias coronarias, arco aórtico derecho y persistencia de la vena cava superior izquierda. Si bien algunas de estas anomalías estructurales pueden ser simplemente variaciones benignas, otras tienen implicaciones importantes para el tratamiento quirúrgico.(11)

El síndrome de agenesia valvular pulmonar engloba un conjunto de defectos cardiovasculares cuyo epicentro es la presencia de un reducido rudimento de tejido fibroso adherido a la pequeña y habitualmente estenótica unión ventrículo derecho-arteria pulmonar, como excepción, la válvula sigmoidea está inequívocamente ausente.(24)

Los pacientes con esta cardiopatía pueden presentar manifestaciones clínicas desde el periodo neonatal; la cianosis es el signo más evidente y de no existir colaterales aortopulmonares el cierre del conducto arterioso producirá una hipoxemia severa, en aquellos pacientes neonatales que no la presentan ya sea porque el conducto arterioso permanece abierto o por existir colaterales aortopulmonares, en el periodo de lactancia exhiben cianosis y fatiga progresiva, manifestaciones que están en relación directa al mayor o menor flujo pulmonar y al crecimiento y actividad del niño.

En las personas que logran llegar a la edad adulta sin intervención quirúrgica generalmente presentan una variedad anátomo-funcional que permitió una buena tolerancia como comunicación interauricular, válvula aórtica bicúspide, estenosis valvular pulmonar leve o válvula ausente, transposición corregida de las grandes arterias, entre otras.(25)

La historia natural de los pacientes con esta cardiopatía es difícil de establecer por su amplia gama de variaciones anatómicas; sin embargo, en los enfermos con arterias pulmonares confluentes y mínima hipoplasia cuyos 20 segmentos pulmonares están abastecidos a través de un conducto arterioso, 50% de ellos suele morir en los primeros seis meses de vida y 90% en el primer año. Cuando las arterias pulmonares son confluentes pero la irrigación de muchos de los segmentos pulmonares se efectúa por medio de colaterales aortopulmonares, la mitad de los pacientes fallecen antes de los tres años de vida y 90% no alcanza los 10 años. En ausencia de confluencia de ramas pulmonares o cuando no existen arterias centrales pulmonares y la irrigación de los segmentos pulmonares es a través de múltiples y grandes colaterales aortopulmonares la sobrevida puede ser hasta la edad adulta, aunque el fallecimiento ocurre en la mayoría de los casos antes de los 30 años de edad.(26)

CLASIFICACIÓN

Grado 1. La forma menos severa del espectro anatómico lo constituyen los corazones en los que solo existe atresia de la válvula pulmonar la cual forma un diafragma imperforado que evita la comunicación entre la arteria pulmonar y el infundíbulo del ventrículo derecho, en algunas ocasiones pueden identificarse tres senos de valsalva rudimentarios en el fondo ciego del tronco pulmonar. Se reconoce el septum infundibular desviado hacia delante y a la izquierda, situado por delante de la trabécula septomarginal, las dos ramas de esta trabécula circunscriben el piso muscular de la comunicación interventricular. Está presente un conducto arterioso que irriga al tronco y a las ramas pulmonares confluentes.

Grado 2. Lo forman aquellos corazones que además de la atresia valvular se agrega atresia infundibular por fusión del septum infundibular con la pared anterior del infundíbulo, generalmente el tejido valvular pulmonar se encuentra empastado.

Grado 3. En este grupo se incluyen corazones que presentan atresia del tronco pulmonar ya sea parcial en su porción proximal o total. Las ramas pulmonares confluentes están irrigadas por un conducto arterioso, en esta última situación el tronco de la arteria pulmonar está representado por un cordón fibroso que conecta la masa infundibular con las ramas pulmonares confluentes.

Grado 4. Este grupo presenta atresia de la porción confluyente de las ramas pulmonares las cuales surgen de sendos conductos arteriosos.

Grado 5. En este grupo están presentes las colaterales aortopulmonares, pueden ser unilaterales cuando en el lado opuesto está una rama de la arteria pulmonar, o bilaterales cuando ambas ramas pulmonares están ausentes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La aparición y severidad de las manifestaciones clínicas van a depender del grado de obstrucción del infundíbulo de salida del ventrículo derecho. Si la estenosis pulmonar no es severa la persona se va a manifestar primero con signos clínicos de insuficiencia cardiaca, mientras que si la estenosis es severa, la persona se presentará con cianosis.

Los neonatos con grados leves de estenosis se presentan con un fenotipo normal en la mayoría de los casos con estado general y hemodinámico conservado al nacimiento. A la exploración física se ausculta un soplo sistólico rudo precordial dado por la estenosis pulmonar. No suele existir cianosis franca al momento del nacimiento, pero con la hipertrofia creciente del infundíbulo ventricular derecho a medida que crece la persona, aparece cianosis dada por esfuerzos generalmente en los primeros tres meses de vida.

En los casos de estenosis pulmonar severa la cianosis neonatal puede verse de forma inmediata. En estos casos el flujo sanguíneo pulmonar va a depender del flujo sanguíneo a través del conducto arterioso y cuando este empieza a cerrarse en las primeras horas o días de vida se suele producir e instaurar la cianosis en el recién nacido. Algunos pacientes presentan crisis hipoxémicas que se caracterizan por episodios bruscos de cianosis o palidez, con disnea o pérdida de conciencia, estas crisis se deben al espasmo del infundíbulo pulmonar o disminución de las resistencias periféricas, aparecen tras el llanto y maniobras de valsalva. Es un signo de gravedad e indica la presencia de estenosis pulmonar severa y dinámica.

En los niños mayores con TF no reparada quirúrgicamente aparece disnea con el esfuerzo. De forma característica estos niños suelen adoptar una postura de acuclillamiento que permite mitigar la disnea causada por el esfuerzo físico. Esta posición permite aumentar la tensión arterial sistémica y favorece el paso de sangre desde el ventrículo derecho al tronco pulmonar a través de la CIV, incrementándose la oxigenación de los tejidos periféricos. En las personas que logran llegar a la edad adulta sin intervención quirúrgica generalmente presentan disnea, dolor precordial, palpitaciones y a la exploración física cianosis, choque de punta, disminución del segundo ruido cardiaco, soplo cardiaco.(25)

DIAGNÓSTICO

La presentación clínica depende fundamentalmente del grado de obstrucción pulmonar. La cianosis puede estar atenuada por la presencia de un conducto arteriosos permeable. Cuando la obstrucción es severa y se ha cerrado el conducto, las manifestaciones de hipoxia y acidosis importante se presentan desde las primeras horas o días de vida. La mayoría de los niños con TF se encuentran con mínima cianosis o sin cianosis al nacimiento, pero puede auscultarse un soplo expulsivo pulmonar. Con el paso de días o algunas semanas, la estenosis infundibular se acentúa, la cianosis aparece y eventualmente desencadena crisis de hipoxia.

El diagnóstico definitivo se hace mediante el ecocardiograma transtorácico. Los datos sugestivos en la radiografía de tórax son el flujo pulmonar disminuido, la pulmonar excavada, el ápex levantado (corazón sueco) y particularmente el arco aórtico derecho. Esto se observa en los casos típicos, la tele de tórax puede ser normal en los casos poco severos.

En el electrocardiograma existe desviación del eje de QRS a la derecha con hipertrofia ventricular derecha y en la mayoría de los casos bloqueo de rama derecha. Se caracteriza por voltajes altos en precordiales derechas con patrón Ren V1, clásicamente se observa cambio brusco de V1 a V2 en voltaje, pero no siempre.

El ecocardiograma es el gold standard y debe realizarse de forma urgente, aun si no se cuenta con la placa de tórax o el electrocardiograma. Este método permite evaluar la CIV y su localización subaórtica, el grado de cabalgamiento aórtico y el diagnóstico diferencial con otros tipos anatómicos, el grado y localización de la estenosis pulmonar, el tamaño del anillo, el tronco pulmonar y las ramas pulmonares proximales.

La resonancia magnética y el cateterismo cardiaco actualmente se usan poco en los casos típicos y la persona puede operarse sin ellos cuando se sospechan daños colaterales, estenosis periférica de ramas, anomalías coronarias o existe alguna duda razonable, se emplea la resonancia magnética o el cateterismo cardiaco.(14)

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico con sedación y betabloqueadores, puede estar indicado sólo temporalmente en lactantes pequeños o neonatos sintomáticos con crisis hipóxicas, se hace énfasis en que ante este cuadro clínico se debe plantear un procedimiento quirúrgico paliativo mediante una fístula sistémico pulmonar o mediante un procedimiento intervencionista con la colocación de stent en el tracto de salida del ventrículo derecho.

El tratamiento estándar de la tetralogía de Fallot es la corrección quirúrgica anatómica que se realiza mediante esternotomía media y circulación extracorpórea. Consiste en el cierre con parche de la CIV y un alivio extenso de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho mediante resección de las bandas hipertróficas, mediante sección o preservación de la válvula pulmonar o mediante colocación de parches de ampliación del infundíbulo, tronco o ramas de la arteria pulmonar. Se realiza un parche transanular si el anillo pulmonar es demasiado pequeño. Podría ser necesario el tratamiento de lesiones adicionales si están presentes. Suele realizarse en la infancia cuando la edad del paciente es de 3 a 6 meses. (7)(12)

Desde la primera reparación quirúrgica en 1954, el tratamiento ha mejorado continuamente. Las estrategias de tratamiento que se utilizan actualmente en el tratamiento de la TF dan como resultado una excelente supervivencia a largo plazo (la supervivencia a 30 años oscila entre el 68,5% y el 90,5%). Sin embargo, los problemas residuales como la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho, la regurgitación pulmonar y la arritmia (ventricular) son frecuentes y a menudo requieren reintervenciones. La disfunción del ventrículo derecho se puede observar después de una insuficiencia pulmonar y / o estenosis de larga duración. Es importante realizar el reemplazo de la válvula pulmonar o el alivio de la estenosis pulmonar antes de que ocurra una disfunción ventricular derecha irreversible.(27)

CAPITULO III. METODOLOGIA

Se realizó una búsqueda exhaustiva de información científica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochane, Medigraphic, Elsevier, así como en revistas científicas como la revista Española de Cardiología y estudios de caso de la biblioteca Institucional de la UNAM de la cual se encontraron estudios de caso afines y artículos que sirvieron de guía para la elaboración del marco teórico y la fundamentación del presente estudio; la mayoría de los estudios de caso y artículos se enfocaban a neonatos y niños.

Para la búsqueda científica se utilizaron descriptores con el apoyo de DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) de BIREME: Tetralogy of Fallot, Absent pulmonary valve syndrome, Ventricular Heart Septal Defects, Congenital heart defects y operador booleano “AND”. Se amplió la búsqueda a artículos del año 2004 a la fecha debido a la poca información en personas adultas. Con los artículos encontrados se usaron como base y orientación para la realización del presente estudio de caso.

Durante la realización del presente estudio se tomaron en cuenta los 4 principios éticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y Justicia; así mismo se ajusta a los principios básicos emitidos en la declaración de Helsinki y los códigos de ética y confidencialidad establecidos en el protocolo de Estambul.

Con apego al título quinto “Investigación para la Salud” de la Ley General de Salud en donde se establecen los lineamientos y principios a los cuales debe someterse la Investigación en materia de Salud que involucre seres humanos.

Manteniendo ajuste a las recomendaciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se realiza dentro de un establecimiento de salud que cuenta con una comisión de investigación y de ética, con apego al artículo 98. Se adapta a los principios éticos y científicos de la investigación médica y será realizada por profesionales de salud con apego al artículo 100.(28)

De la misma forma, el presente estudio cumple con apego al Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud con lo establecido en el Capítulo I, Artículo 13, en la cual prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad de la persona y protección de sus derechos y bienestar, con el Artículo 16, ya que protege la privacidad del sujeto de investigación. El presente estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo de acuerdo con lo redactado en el Artículo 17 del mismo Reglamento, ya que solamente se realizarán procedimientos comunes como valoraciones físicas de diagnósticos o intervenciones de enfermería. La unidad médica donde se realizará la investigación cuenta con apego a los Artículos 98 a 112. El investigador principal está comprometido con lo establecido a los artículos 113 a 120 del mencionado Reglamento.

Existe concordancia con lo establecido en la NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, tanto en la redacción del protocolo como lo establecido en el riesgo de la investigación, el compromiso del investigador y lo establecido para la unidad médica donde se llevará a cabo la investigación.

La selección de la persona de estudio se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez” en el área de Terapia Intensiva el día 9 de Junio del 2021. Se trata de una persona del sexo femenino de 23 años, la cual ingresó con un diagnóstico de Tetralogía de Fallot, síndrome de válvula pulmonar ausente y defecto septal ventricular subaortico; a quien se le realizó cirugía de corrección total. Se eligió con base a su patología e interés por la complejidad de la misma. Se abordó al cuidador primario, su esposo, para explicarle la metodología del proyecto y solicitarle su consentimiento para la participación en el estudio de caso (anexo 1); se recabó información por fuentes secundarias debido a que la persona se encontraba bajo sedación, se realizaron valoraciones exhaustivas y focalizadas mediante el instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. La primera valoración (anexo 2) se realizó posterior a la cirugía, al ingreso a Terapia Intensiva y realizándose posteriores valoraciones durante la estancia de la misma. En el momento que la persona de estudio se encontró bajo condiciones adecuadas, se le proporcionó información sobre los

objetivos del estudio de caso, aceptando el seguimiento de este y se realizó la primera valoración focalizada (anexo 3). Se le explicó la metodología que se llevaría a cabo, la importancia de su participación, el apego a los planes y el acompañamiento que se le dará a lo largo de su proceso de recuperación, estancia hospitalaria y seguimiento en el hogar.

A partir de las valoraciones realizadas se detectaron las necesidades alteradas en los distintos momentos y, con base en la escala propuesta por Margot Phaneuf, se jerarquizaron dichas necesidades de acuerdo al nivel de dependencia identificado, se elaboraron los diagnósticos de enfermería a partir de los datos obtenidos en las valoraciones mediante el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).

Se desarrollaron planes de cuidado de Enfermería basada en evidencia científica para la solución de los problemas identificados y la ejecución de estas intervenciones. Se evaluaron las intervenciones aplicadas con base en los objetivos y la evolución de la persona.

Se desarrolló un plan de alta, orientado a sus recursos y necesidades alteradas identificadas al egreso hospitalario (anexo 4). El seguimiento extrahospitalario se realizó vía telefónica, mediante el cual se brindando orientación y aclaración de dudas surgidas durante su recuperación en el hogar. Se realizó una tercera valoración focalizada (anexo 5).

Así mismo se realiza una visita domiciliaria para observar la evolución clínica y el entorno para identificar limitaciones y factores de riesgo para el apego terapéutico, acceso a asistencia médica y la red de apoyo con la que cuenta la persona (anexo 7).

Las valoraciones realizadas en el transcurso del estudio fueron 5, de las cuales 2 son exhaustivas y 3 focalizadas (tabla 1).

VALORACION	TIPO	FECHA
1	Exhaustiva	9 Junio 2021
2	Focalizada	10 Junio 2021
3	Focalizada	17 Junio 2021
4	Focalizada	05 Agosto 2021
5	Exhaustiva	23 Octubre 2021

Tabla 1. Valoraciones de Enfermería

Presentación del caso

PERSONA

M. J. M. G. de 23 años con fecha de nacimiento el 25 de Diciembre de 1997. Con escolaridad de primaria trunca. Se dedica al hogar. Profesa la religión católica. Casada, madre de dos hijos, dependiente económico de su esposo.

ENTORNO

Originaria del estado de Oaxaca, emigró a la Ciudad de México a los 10 años. Actualmente reside en San Salvador, Milpa Alta, CDMX. Madre de una familia nuclear, vive con su esposo de ocupación albañil, y con sus dos hijos, una mujer, estudiante de primaria de 7 años y un hombre de 3 años. Vive en casa propia de tres habitaciones con paredes de ladrillo, techo de lámina y piso firme, cuenta con todos los servicios básicos. No cuenta con fauna doméstica.

SALUD

A su nacimiento se le detectó soplo cardíaco el cuál por motivos económicos y demográficos no se le dio seguimiento. Cursó una infancia aparentemente sin alteraciones ni manifestaciones. Inició sintomatología a principios del mes de Abril del 2021 con disnea de medianos esfuerzos, mareos, cefalea, palpitaciones de inicio súbito y termino lento, posterior a ello dolor torácico en reposo de 10 – 15 min. El 25 de Mayo se exacerban los síntomas presentando disnea súbita en reposo, palpitaciones y cianosis peribucal. El día 28 de Mayo mientras cocinaba presentó pérdida del estado de alerta con caída desde su propia altura, motivo por el cual acude a centro de salud de Milpa Alta, CDMX, de donde la refieren al Instituto Nacional de Cardiología. Asiste a valoración al día siguiente (29 de Mayo) en donde se decide su hospitalización, este día se realiza radiografía de tórax mostrando un aumento del flujo pulmonar en región hiliar, para hiliar y basal bilateral, silueta cardíaca aumentada, cardiomegalia grado I, cayado de aorta desplazado hacia arriba y a la derecha; posterior se realiza ECOTT el cual demuestra doble salida ventricular derecha con 40% de cabalgamiento aórtico,

estenosis pulmonar y comunicación interventricular con una FEVI del 66%. El día 2 de Junio se realiza cateterismo diagnóstico encontrando válvula pulmonar ausente, estenosis pulmonar con gradiente de 88 mmHg, dilatación de ramas pulmonares y tronco de arteria pulmonar común. Se programa para cirugía de corrección total. El día 9 de Junio se ingresa a procedimiento quirúrgico en el cual entra a circulación extracorpórea, desciende temperatura a 32°C, se administra cardioplegia y se inicia redirección del flujo del ventrículo izquierdo a la aorta con cierre de CIV con parche pericárdico bovino, resección infundibular, plicatura posterior y resección anterior de ambas ramas pulmonares, remodelación del tracto de salida de ventrículo derecho con parche pericárdico bovino y colocación de prótesis biológica valvular pulmonar. El día 18 de Junio es dada de alta a su hogar.

CUIDADO

Cuidador primario: Esposo

Relación persona - enfermero: Suplencia, ayuda y orientación.

Nivel de dependencia: Total y parcial

Nivel de dificultad: Falta de fuerza y falta de conocimiento

CAPITULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

PRIMERA VALORACION EXHAUSTIVA (ANEXO 2):

Se realizó el día 9 de Junio del 2021 posterior a procedimiento quirúrgico de corrección total, en el área de Terapia Intensiva. Los datos fueron obtenidos mediante exploración y por fuentes secundarias como expediente clínico y algunos datos por familiar.

ANÁLISIS DE DATOS

Necesidad de Oxigenación

Complementarios:

- Laboratorios prequirúrgicos

TP: 12.2 seg.

TTP: 37.3 seg.

Hb: 14.1 g/dl

Hto.: 41.1%

Plq: 227

- Datos trans quirúrgicos

Sangrado: 390 ml

Recuperador celular: 3000 ml

TCA Inicial: 129

TCA final: 126

Tiempo de cirugía: 7 hrs.

Tiempo de anestesia: 9 hrs.

Tiempo de circulación extracorpórea: 222 min

Tiempo de Pinzamiento Ao: 151 min

Transfusiones: 2 Aféresis plaquetarias; 3 concentrados eritrocitarios; 1 plasma fresco congelado; 2 crioprecipitados.

Actual:

Persona con sedo – analgesia: Midazolam a 1.5 mg/hr y Citrato de Fentanilo a 0.15 mg/hr

Ramsay de 6 puntos.

Ventilación mecánica AC por volumen:

Vol. Corriente de 340 ml; FR de 16 x'; FiO₂ del 30%; PEEP de 5 cmH₂O; Sensibilidad de 3 lts/min

Ruidos respiratorios vesiculares y bronco vesiculares normales sin agregados saturando mediante oximetría de pulso al 94%, sin secreciones bronquiales y escasas por boca. TET #7.5. En radiografía de tórax se observan infiltrados pulmonares bilateral en región hilar.

Gasometría arterial con pH 7.44, PO₂ 81 mmHg, PCO₂ 44 mmHg, HCO₃ 27.9 mmol/l, SO₂ 97.4%, EB 2.8, Hb 14 g/dl, lactato 2.5

Gasometría venosa con pH 7.39, PO₂ 43 mmHg, PCO₂ 53 mmHg, HCO₃ 28.1 mmol/l, SO₂ 63%, EB 3.3, Hb 13.8 g/dl, lactato 2.9

Apoyo hemodinámico con inotrópico y vasopresor en dosis mínimas terapéuticas:

Levosimendán 0.05 mcg/kg/min

Vasopresina 0.02 UI/kg/hr

Norepinefrina 0.05 mcg/kg/min

Focos de auscultación cardiaca sin alteraciones perceptibles, piel y mucosas ligeramente pálidas, con buena hidratación, llenado capilar en miembros torácicos de 5 segundos y en miembros pélvicos de 3 segundos, pulso humeral, radial, popíteo y pedio disminuidos, edema en miembros inferiores de +.

FC 77 lpm

Presión arterial invasiva 121/ 76 mmHg

TAM 92 mmHg

PVC 6 mmHg

GC (Fick): 3.5 lts/min

IC: 2.4 l/min/m²

Marcapasos temporal epicardico VVI:

Frecuencia 60/ Amperaje 2.5 mA/ Sensibilidad 0.5

EKG (ANEXO 2):

Ritmo sinusal regular.

FC 75

Onda P 60 mseg/ 0.05 mv

Intervalo PR 120 mseg.

QRS 100 mseg/ 0.6 mv

Onda T 200 mseg/ 0.4 mv

Eje de transición eléctrica en V6. Dextrorrotación.

Eje frontal en segundo cuadrante a +108°. Normal

Se observa en V1 y V2 descenso del segmento ST e inversión de la onda T así como una onda R alta en V2 (1.8 mv) y onda S empastada en aVR y V2, lo cual nos indica un bloqueo de rama derecha.

Hipertrofia del ventrículo derecho (Lewis -6)

Necesidad de Alimentación e Hidratación

La persona pesa 50 kg, con una talla de 1.55 mts y un IMC de 23.45 kg/mts² y un diámetro de cintura de 86 cm, con lo cual se encuentra en un adecuado peso para la talla. Se encuentra en ayuno por procedimiento quirúrgico. Cavidad oral hidratada, con dentadura completa, imposibilidad de valorar adecuadamente piezas dentarias por presencia de TET.

Necesidad de Eliminación

Con sonda vesical a derivación 14 fr., orina hematúrica, en límites de índice urinario .5 ml/kg/hr de la llegada al servicio de Terapia Intensiva al cierre de turno vespertino. Sin presentar evacuaciones. La persona cuenta con dispositivos de drenaje retrocardiaco (Blake #19 fr), retroesternal (Blake #24 fr) con un gasto total de 820 ml en las primeras 5 hrs.

Necesidad de Termorregulación

La persona presenta hipotermia de 34.7° axilar por lo cual se da apoyo térmico externo mediante sabana térmica.

Necesidad de Higiene

Piel pálida, hidratada, presenta esternotomía media longitudinal bien afrontada, con sangrado escaso. Catéter venoso central trilumen 7 fr. en vena yugular izquierda con adecuada fijación y protección. Sin lesiones a la exploración.

Necesidad de Movilidad

Persona bajo sedación, suplencia total para la movilidad.

Necesidad de Seguridad

Adulto joven con riesgo de caídas alto con 9 puntos por escala de Crichton y riesgo alto por escala Norton de 8 puntos para lesiones por presión. Riesgo de sangrado por procedimiento quirúrgico. Portadora de válvula pulmonar biológica.

Laboratorios: Leucocitos 11.64 103/mcl; Plaquetas 106, 000 x10³; Na 141 mmol/l; Ca 7.66 mmol/l; Cl 109 mmol/l; Tp 14.3 s; TTP 33.5 s; INR 1.26

Necesidad de creencias y valores

Cuidador primario refiere profesora la religión Católica.

Necesidad de elegir ropas adecuadas

Persona completamente dependiente para vestir y cambio de ropa de cama.

Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción

Persona en edad reproductiva, menarca a los 14 años. Dos gestas, un parto y una cesárea.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Tabla 2: Jerarquización de Necesidades/ Primera valoración exhaustiva.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
Oxigenación	Parcial temporal	5	Falta de fuerza
Oxigenación	Parcial temporal	4	Falta de fuerza
Termorregulación	Parcial temporal	4	Falta de fuerza

PLAN DE INTERVENCIONES

Tabla 3: PAE 1. Necesidad de Oxigenación

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 09 Jun 21	Hora: 19:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Oxigenación	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
Piel pálida Pulsos periféricos disminuidos Llenado capilar de 5 segundos en miembros torácicos y de 3 segundos en miembros pélvicos Fc 77 lpm PVC 6 mmHg Gasto cardíaco 3.5 lts/min IC: 2.4 l/min/m ² VS: 45.4 ml			Cirugía cardíaca de 7 hrs. Anestesia: 9 hrs. Circulación extracorpórea de 222 min. Cardioplegia Marcapasos epicárdico temporal: FC 60 lpm, 2.5 mA Levosimendan 0.05 mcg/kg/min Norepinefrina 0.05 mcg/kg/min Vasopresina 0.02 UI/kg/hr
Diagnóstico de Enfermería:			
Disminución del gasto cardíaco r/c aturdimiento miocárdico m/p piel pálida, pulsos periféricos disminuidos, llenado capilar retardado, gasto cardíaco de 3.5 lts/min, IC de 2.4 l/min/m² y volumen sistólico de 45.4 ml.			

Objetivo			
De la enfermera: Incrementar del gasto cardiaco y mantener parámetros hemodinámicos dentro de los límites normales durante el post operatorio inmediato.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Monitorizar frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, presión venosa central, saturación de oxígeno cada hora.(29)	Suplencia	Independiente	Se mantiene con adecuados parámetros hemodinámicos, FC mayor a 60 lpm, presión arterial media mayor a 70 mmHg, PVC entre 6 y 8 mmHg y Saturación capilar mayor de 94%, mejora el llenado capilar a 3
Valorar la presencia de signos de hipoperfusión como alteración en la frecuencia cardiaca, palidez de tegumentos o cianosis, pulsos rápidos, llenado capilar mayor a 3 segundos y gasto urinario.(29)	Suplencia	Independiente	segundos y se mantiene con un gasto urinario de 0.5 ml/kg/kr, se disminuyen las gammas a infundir hasta dosis mínimas 0.05 mcg/kg/min y se logra el destete de vasopresina. Se logra mantener temperatura corporal mayor a 36°C pero aún con apoyo externo de sábana térmica, se
Administración de fármacos inotrópicos y vasopresores como	Suplencia	Interdependiente	

Levosimendán, norepinefrina y vasopresina calculados de acuerdo al peso de la persona y en función de presión arterial invasiva media.(29)			maneja restitución de líquidos con cargas de solución Hartman manteniéndose con ello la presión arterial dentro de valores normales. Se lleva control del gasto de drenajes cuantificando en las primeras 4 horas menor a 5 ml/kg/hr. Se alcanza un nivel de dependencia de 3 según escala de Phaneuf.
Identificar y tratar hipotermia manteniendo control externo mediante sabana térmica.(29)	Suplencia	Independiente	
Identificar datos de hipovolemia mediante el control de los drenajes torácicos, cuantificación del gasto de los mismos, restitución con volumen (cargas con solución Hartman).(29)	Suplencia	Independiente	

Tabla 4: PAE 2. Necesidad de Oxigenación

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 09 Jun 21	Hora: 19:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Oxigenación	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial Temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Datos Complementarios	
Fc: 77 lpm Presión arterial invasiva: 121/76 ~92 Eje de transición eléctrica en dextrorotación Bloqueo de rama derecha		Circulación extracorpórea: Tiempo de pinzamiento Ao: 151 min. Tiempo de perfusión: 222 min. Tiempo de cirugía: 7 hrs Cardioplegia Marcapasos epicárdico temporal: FC 60, 2.5 mA, sensibilidad de 0.5	
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de alteraciones del ritmo y de la conducción eléctrica r/c modificaciones anatómo-funcionales (remodelación estructural) y miocardio aturdido.			
Objetivo			
De enfermería: Identificar y disminuir los factores de riesgo que alteren el funcionamiento del sistema eléctrico cardíaco.			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Monitorización cardiaca continua. Tomar y registrar ritmo cardiaco, frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura, presión venosa central, saturación de oxígeno.(29)	Suplencia	Independiente	Se mantiene ritmo sinusal regular y signos vitales estables. Al llegar la persona al área de terapia intensiva se monitoriza y comprueba funcionamiento de línea arterial al obtener una curva adecuada de presión arterial, se registran signos vitales estables, se mantiene presión arterial media con manejo de inotrópico y vasopresores.
Obtener curvas de monitoreo hemodinámico invasivo: línea arterial.(29)(30)	Suplencia	Independiente	Al realizar EKG se detecta bloqueo de rama (anexo 3). La persona se mantiene en ritmo sinusal a 77 lpm, marcapasos programado a 60 lpm.
Tomar y registrar las constantes vitales cada 15 minutos en la primera hora y, posteriormente, cada hora.(29)	Suplencia	Independiente	No es posible obtener perfil hemodinámico completo debido a falta de sistema de flotación (Swan-Ganz).
Obtener electrocardiograma de 12 derivaciones al momento del arribo de la persona y ante cualquier	Suplencia	Independiente	

cambio en el ritmo.(31) (anexo 3)			<p>Se mantiene control mediante línea arterial y se registran electrolitos en niveles adecuados. Se alcanza un nivel de dependencia de 3 en escala de Phaneuf.</p> <p>Na 143 mEq/l K 4.2 mEq/l Cl 102 mEq/l Ca 9.2 mg/dl Mg 2 mg/dl P 3.2 mg/dl</p>
Uso y manejo del marcapasos epicárdico de manera profiláctica. (30)	Suplencia	Interdependiente	
Obtener perfil hemodinámico completo así como control de electrolitos.(29)	Suplencia	Independiente	
Administración de fármacos inotrópicos las primeras 24 hrs; vasopresores (norepinefrina 0.05 mcg/kg/min) e inotrópicos (levosimendán 0.05 mcg/kg/min).(30)	Suplencia	Interdependiente	
Manejo de la temperatura corporal. Recalentamiento empleando sábana térmica.(31)	Suplencia	Interdependiente	

Tabla 5: PAE 3: Necesidad de Termorregulación

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 09 Jun 21	Hora: 18:30	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Termorregulación	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Datos Complementarios	
<p>Piel pálida, fría</p> <p>Temperatura axillar de 34.7°C</p> <p>Llenado capilar de 5 segundos en miembros torácicos y de 3 segundos en miembros pélvicos</p>		<p>Exposición a circulación extracorpórea</p> <p>Tiempo de cirugía: 7 hrs</p> <p>Tiempo de bomba: 222 min</p> <p>Tiempo de anestesia: 9 hrs</p> <p>Hipotermia inducida a 32°C</p>	
Diagnóstico de Enfermería:			
Alteración de la capacidad de termorregulación r/c disminución del metabolismo basal m/p temperatura corporal axilar de 34.7°C, piel pálida, fría y llenado capilar retardado			
Objetivo			
De la enfermera: Aumentar y mantener una adecuada temperatura corporal en la persona hasta lograr un control térmico independiente.			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Monitorización hemodinámica y de la temperatura corporal cada hora.(32)(33)	Suplencia	Independiente	Se llevó un control de la temperatura corporal horaria para valorar la necesidad del control térmico externo y monitorización para detectar alteraciones del ritmo. La persona presenta un índice urinario limítrofe de .5 ml/kg/hr. Se mantiene con niveles de glicemia menores a 180 mg/dl sin necesidad de apoyo con insulina. Se mantienen electrolitos dentro de niveles normales.Se logra incrementar la temperatura corporal y se mantiene eutérmica hasta su control térmico independiente. Se alcanza un nivel de dependencia de 3 en escala de Phaneuf.
Control de diuresis en las primeras 24 hrs posteriores a la hipotermia inducida. (32)	Suplencia	Independiente	
Control de niveles de electrolitos y glucosa mediante muestras sanguíneas hasta mantener normotermia.(32)	Suplencia	Independiente	
Calentamiento cutáneo activo mediante sábana térmica.(33)	Suplencia	Independiente	

PRIMERA VALORACION FOCALIZADA (ANEXO 3):

Se realizó el día 10 de Junio, posterior a extubación, en el área de Terapia Intensiva en el cubículo 513, se valoró la Necesidad de Oxigenación debido al cambio del estado respiratorio. Se extubó durante la mañana aproximadamente a las 6:00 hrs y se realiza valoración en el turno vespertino.

ANÁLISIS DE DATOS

Necesidad de Oxigenación

Apoyo con oxígeno suplementario mediante nebulizador de alto flujo con FiO₂ de 40% a 10 ltsx' por tienda facial. Saturación al 96% por oximetría de pulso con una frecuencia respiratoria de 18 x', frecuencia cardíaca de 80 lpm, presión arterial invasiva de 118/66 mmHg con presión arterial media 83 mmHg, presión venosa central de 9 mmHg. Se auscultan campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos vesiculares y broncovesiculares normales sin agregados. Focos de auscultación cardíaca normales. Palidez generalizada de tegumentos. Llenado capilar de 2 segundos en las cuatro extremidades, pulsos periféricos disminuidos. Marcapasos temporal epicárdico: Frecuencia 60/ Amperaje 2.5 mA/ Sensibilidad 0.5 Se lleva control gasométrico para valorar respuesta respiratoria al destete, las cuales muestran aumento de la presión parcial de oxígeno y adecuada saturación de oxígeno por lo cual se continúa con destete de oxígeno suplementario.

13:06 hrs: pH 7.42, PCO₂ 38 mmHg, PO₂ 112 mmHg, HCO₃ 25.2 mmol/l, SO₂ 99%, Hb 10.4 g/dl, Hto 31%

16:38 hrs: pH 7.41, PCO₂ 39 mmHg, PO₂ 108 mmHg, HCO₃ 25 mmol/l, SO₂ 98.3%, Hb 10.9 d/dl, Hto 33%

Continúa con apoyo de inotrópicos y vasopresores a dosis mínimas.

Levosimendan 0.05 mcg/kg/min

Norepinefrina 0.05 mcg/kg/min

Necesidad de Alimentación e Hidratación

Continúa en ayuno. Cavidad oral hidratada.

Necesidad de Eliminación

Sonda vesical a derivación, orina ligeramente hematórica, índice urinario .9 ml/kg/hr. Continúan dispositivos de drenaje retrocardíaco (Blake #19 fr) con gasto de 10 ml, retroesternal (Blake #24 fr) 5 ml.

Necesidad de Termorregulación

Se mejora el control térmico. Presenta temperatura de 36.1° axilar, apoyo térmico externo mediante sabana térmica.

Necesidad de Higiene

Piel pálida, hidratada, esternotomía media longitudinal bien afrontada, con sangrado escaso. Catéter venoso central trilumen 7 fr. en vena yugular izquierda con adecuada fijación y protección al cuál se le realiza curación, línea arterial funcional, sin sangrado. Sin lesiones a la exploración.

Necesidad de Movilidad

Movilidad limitada, somnolienta.

Necesidad de Seguridad

Ramsay de 4. Riesgo de caídas alto con 7 puntos por escala de Crichton y riesgo alto por escala Norton de 10 puntos para lesiones por presión. Riesgo de sangrado por drenajes. Portadora de válvula pulmonar biológica.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Tabla 6: Jerarquización de necesidades/ primera valoración focalizada

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
Seguridad	Parcial temporal	4	Falta de fuerza
Oxigenación	Parcial temporal	4	Falta de fuerza
Higiene	Total temporal	4	Falta de fuerza

PLAN DE INTERVENCIONES

Tabla 7: PAE 4: Necesidad de Seguridad

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 10 Jun 21	Hora: 16:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Seguridad	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
Plaquetas de 106,000/ mm ³ Circulación extracorporeal			Drenaje blake #19 retrocardiaco Drenaje blake #24 retroesternal Con gasto total de 820 ml. Recuento plaquetario pre quirúrgico: 227,000/ mm ³ Cirugía cardiaca Tp 14.3 seg, TTP 33.5 seg INR 1.26
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de hemorragia posoperatoria r/c alteración en la hemostasia por circulación extracorpórea, TP 14.3 seg y plaquetopenia.			
Objetivo			
De la enfermera: Disminuir los factores de riesgo que intervienen en la aparición de hemorragias hasta el retiro de dispositivos torácicos.			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Monitorización hemodinámica mediante monitor cardiaco y línea arterial.(31)	Suplencia	Independencia	Se mantiene hemodinámicamente estable con apoyo de inotrópico y vasopresor a dosis mínimas 0.05 mcg/kg/min y se continúa con el destete de apoyo de aminas. Se valora herida quirúrgica la cual presenta escaso sangrado y apósitos con escaso gasto. Gasto de drenajes menor a 5 ml/kg/hr en las primeras 4 hrs. Los drenajes se encuentran fijos. Se mantiene con valores de tiempos de coagulación limítrofes, hubo descenso de plaquetas posterior a la cirugía por lo que se vigilarán valores en posteriores laboratorios. Se alcanza un nivel de dependencia de 3.
Valoración del sangrado por heridas quirúrgicas y en los apósitos.(31)	Suplencia	Independencia	
Colocación de drenajes a presión negativa y llevar registro de gasto por hora. Comprobar la adecuada fijación(31)	Suplencia	Independencia	
Llevar control continuo de hemoglobina, hematocrito, plaquetas y tiempos de coagulación.(31)	Suplencia	Independencia	

Tabla 8: PAE 5: Necesidad de Oxigenación

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 10 Junio 21	Hora: 16:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Oxigenación	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
<p>Oxígeno con nebulizador de alto flujo con FiO2 de 40% a 10 ltsx' por tienda facial.</p> <p>Saturación de 96%</p> <p>Frecuencia respiratoria de 18 x'</p> <p>Somnolienta</p>			<p>Estado post extubación (8 hrs)</p> <p>Efecto residual de sedación</p> <p>Gasometrías arteriales:</p> <p>13:06 hrs: pH 7.42, PCO₂ 38 mmHg, PO₂ 112 mmHg, HCO₃ 25.2 mmol/l, SO₂ 99%, Hb 10.4 g/dl, Hto 31%</p> <p>16:38 hrs: pH 7.41, PCO₂ 39 mmHg, PO₂ 108 mmHg, HCO₃ 25 mmol/l, SO₂ 98.3%, Hb 10.9 d/dl, Hto 33%</p>
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de deterioro del intercambio de gases r/c cambio en la dinámica respiratoria secundaria a destete ventilatorio mecánico			
Objetivo			
De la enfermera: Apoyar en la adaptación respiratoria manteniendo adecuados niveles de oxigenación hasta el destete de oxígeno suplementario.			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Valorar patrón respiratorio, observar si existen signos de distrés respiratorio.(31)	Suplencia	Independiente	Se observa a la persona con adecuado esfuerzo respiratorio, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin sonidos agregados manteniéndose saturación capilar mayor de 95% con apoyo de oxígeno, el cual se disminuye hasta alcanzar el destete. Se mantiene con nebulizador de alto flujo las primeras 10 horas post destete ventilatorio y se progresa a cánula nasal a 4 lts manteniendo saturación óptima. La persona refiere menor dificultad para respirar en posición semifowler, mejora la capacidad de expectoración, la presencia de éstas son mínimas. Se alimenta sin alteraciones respiratorias y mejora el confort con la cánula nasal. Se alcanza un nivel de dependencia de 3.
Observar signos y síntomas de oxigenación adecuada mediante monitorización.(29)	Suplencia	Independiente	
Administración de oxígeno por medio de nebulizador de alto flujo.(29)	Suplencia	Independiente	
Posición semifowler para favorecer el uso de músculos respiratorios.(31)	Suplencia	Independiente	
Toma y valoración de gasometría arterial para identificar alteración en el equilibrio ácido-base.(31)	Suplencia	Independiente	

Tabla 9: PAE 6: Necesidad de Higiene

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 10 Junio 21	Hora: 16:00	Servicio: Terapia Intensiva
Necesidad Alterada: Higiene	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Total temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
<p>Esternotomía media</p> <p>Drenaje Blake #19 retrocardiaco</p> <p>Drenaje Blake #24 retroesternal</p> <p>Cateter venoso central yugular izquierdo 7fr.</p>			<p>Post cirugía cardiaca.</p>
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de infección r/c perdida de la continuidad de la piel por herida quirúrgica medio esternal y presencia de dispositivos invasivos.			
Objetivo			
De la enfermera: Evitar infecciones de herida quirúrgica y manejo adecuado de sitios de inserción de drenajes durante la estancia hospitalaria.			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Monitorización de las características de la herida quirúrgica, del gasto hemático, afrontamiento o dehiscencia y datos de infección como enrojecimiento, secreción purulenta, cambios en la coloración o temperatura de la piel mediante observación e inspección.(29)(34)	Suplencia	Independiente	No se observan datos de infección, se mantiene la herida limpia. Se realiza curación observando adecuado afrontamiento y escaso gasto seroso, se cuantifica gasto de los drenajes menor de 5 ml/kg/hr. Y se observa de características serohemático. Se mantienen drenajes permeables. Se alcanza un nivel de independencia de 3 en escala de Phaneuf.
Lavado de manos con técnica adecuada y manipulación de drenajes, catéteres y heridas de manera aséptica.(35)	Suplencia	Independiente	
Mantenimiento de herida quirúrgica cubierta las primeras 24 a 48 horas y curación diaria respetando los principios de asepsia.(35)	Suplencia	Independiente	

Inspección de sitios de incisión en busca de datos de inflamación, enrojecimiento o signos de dehiscencia.(29)	Suplencia	Independiente	
--	-----------	---------------	--

SEGUNDA VALORACION FOCALIZADA (ANEXO 4):

Se realizó el día Jueves 17 de Junio en el tercer piso Hospitalización cardiología adultos. La persona se encontraba hospitalizada en la cama 305. Se complementaron datos de la primera valoración que no se pudieron obtener de manera directa por el estado de la persona en ese momento y se realiza el plan de alta debido a su egreso hospitalario,

ANÁLISIS DE DATOS

Necesidad de Oxigenación

Se encuentra sin apoyo de oxígeno suplementario, satura al 93% por oximetría de pulso, sin datos de dificultad respiratoria con una frecuencia de 16 x', frecuencia cardiaca de 91 lpm, presión arterial no invasiva de 90/60 mmHg con presión arterial media 83 mmHg. Se auscultan campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos vesiculares y broncovesiculares normales sin agregados. Focos de auscultación cardiaca normales. Tegumentos con buena coloración e hidratación. Llenado capilar de 2 segundos en las cuatro extremidades, pulsos periféricos normales.

Necesidad de Alimentación e Hidratación

Tolerando vía oral. Cavidad oral hidratada, con dentadura completa. Se observa caries en tercer y segundo molar inferior derecho

Necesidad de Eliminación

La persona refiere orinar 3 veces al día con características urinarias normales, sin molestias, color amarillo claro.

Evacua 2 veces por día. Escala de Bristol tipo 4

Necesidad de Higiene

Buena coloración e hidratación de tegumentos y mucosas, presenta esternotomía media longitudinal en proceso de cicatrización. Sin drenajes torácicos y sin lesiones a la exploración.

Necesidad de Seguridad

Riesgo de sangrado por tratamiento anticoagulante (enoxaparina 40 mg SC c/12 hrs).

Portadora de válvula pulmonar biológica.

Tratamiento al alta con Acenocumarol 4 mg por tres meses

Necesidad de Reposo y Sueño

La persona refiere antes de su hospitalización llevar su patrón del sueño normal “en mi casa duermo 9 horas diarias, pero por el día soy muy activa”. Refiere su sueño es continuo sin necesidad de facilitadores de sueño.

En su estancia hospitalaria refiere “Si descanso pero despierto temprano por el ruido de las demás personas”

Necesidad de comunicación

Se comunica de manera clara en Español y su lengua materna es el Mazateco.

Dependencia en comunicación por escrito ya que no sabe leer y sólo sabe escribir su nombre.

Necesidad de creencias y valores

Religión Católica. Sus creencias no le impiden seguir el régimen terapéutico. Sus creencias le ayudan espiritualmente. “No asisto diario a la iglesia pero siempre me encomiendo a Dios”

Necesidad de aprendizaje

La persona conoce y entiende su padecimiento pero aún no tiene claro los cuidados específicos en el hogar o los datos de alarma. Tiene dudas respecto a su vida

reproductiva. Cuestiona: “¿Puedo volver a embarazarme?, es que cuando me revisaron me dijeron que ya no podría embarazarme”

Necesidad de trabajo y auto realización

Se dedica al hogar y a sus hijos, se siente satisfecha con su rol.

Necesidad de elegir ropas adecuadas

La persona refiere cambio de ropa diario. Refiere uso de ropa “normal”.

Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción

Persona en edad reproductiva, menarca a los 14 años. Dos gestas, un parto y una cesárea. Niega abortos y óbitos. En edad reproductiva, método de control natal mediante implante desde hace 3 años que nació su segundo hijo.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Tabla 10: Jerarquización de necesidades/ segunda valoración focalizada.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
Seguridad	Parcial Temporal	3	Falta de fuerza
Aprendizaje	Parcial Temporal	3	Falta de conocimiento

PLAN DE INTERVENCIONES

Tabla 11: PAE 7. Necesidad de Seguridad

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 17 Jun 21	Hora: 17:00	Servicio: 3er Piso
Necesidad Alterada: Seguridad	Fuente de Dificultad: Falta de fuerza		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Datos Complementarios	
Tratamiento anticoagulante (enoxoparina 40 mg SC c/12 hrs). Portadora de válvula pulmonar biológica.		En su tratamiento de alta se indica anticoagulación por 3 meses. (Acenocumarol 4 mg VO cada 24 hrs)	
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de sangrado r/c tratamiento anticoagulante			
Objetivo			
De la enfermera: Enseñar los factores de riesgo que intervienen en la aparición de hemorragia De la persona: Conocer los factores de riesgo y como prevenir una hemorragia			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Concientización sobre la importancia de llevar un control en los tiempos de coagulación y el manejo estrecho en clínica de anticoagulación.(36)	Orientación	Independiente	La persona refiere entender la importancia de llevar un control con clínica de anticoagulación, así como el tener un apego terapéutico, los riesgos y complicaciones que pueden existir por el tratamiento de anticoagulación prescrito y expresa dudas sobre el horario recomendado para su ingesta y el control de laboratorios. Se alcanza un nivel de dependencia de 2 en escala de Phaneuf.
Evaluación del conocimiento de la persona sobre su tratamiento anticoagulante: dosis, vía, hora regular, duración, reacciones adversas y el reforzamiento de estos.(36)	Orientación	Independiente	
Orientación sobre los datos de alarma: epistaxis, hemoptisis, dolor abdominal agudo, melena, hematuria, hematomas de manera espontánea.(37)	Orientación	Independiente	
Enseñanza de los cuidados	Orientación	Independiente	

<p>adecuados en el hogar como el uso de cepillos de cerdas suaves, corte de uñas de manera cuidadosa, mantener piel hidratada, prevención del riesgo de lesiones en el hogar, etc.(36)</p>			
<p>Instruir acerca de la alimentación, sobre los alimentos que pueden interferir con el tratamiento como alimentos ricos en vitamina k (alimentos de hoja verde).(37)</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	

Tabla 12: PAE 8. Necesidad de Aprendizaje

Tipo de Valoración: Focalizada	Fecha: 17 Jun 21	Hora: 17:00	Servicio: 3er Piso
Necesidad Alterada: Aprendizaje	Fuente de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Datos Complementarios	
Expresa dudas en relación a sus actividades al alta hospitalaria y datos de alarma.	<p>“¿Puedo volver a embarazarme?, es que cuando me revisaron me dijeron que ya no podría embarazarme”</p> <p>“No conozco todos los datos de alarma o lo que podría sentir si algo está mal”</p>	El día 18 de Junio está programada su alta hospitalaria	
Diagnóstico de Enfermería:			
Conocimientos deficientes r/c falta de información sobre cuidados en el hogar m/p expresa dudas e inquietudes ¿podré volver a embarazarme?, “no conozco todos los datos de alarma o lo que podría sentir si algo está mal”			
Objetivo			
De la enfermera: Enseñar a la persona y su cuidador primario los cuidados en el hogar De la persona: Conocer los signos de alarma y los cuidados en el hogar			

Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Escucha activa sobre las dudas que refiere la persona y su cuidador primario debidas al alta hospitalaria.	Ayuda	Independiente	La persona expresa sus dudas acerca de los cuidados que deberá llevar en el hogar, refuerza el conocimiento de los datos de alarma para la asistencia médica y aclara dudas respecto al tratamiento, actividad sexual, reproductiva y cuidados generales en el hogar. Se enseñan los cuidados y recomendaciones específicas por necesidades y se entrega plan de alta elaborado. Entiende el riesgo de volver a embarazarse, aun así manifiesta no descartar la idea en un futuro llevando un adecuado control médico. Se alcanza un nivel de dependencia de 2 en escala de Phaneuf.
Orientación a la persona y su cuidador primario sobre las dudas expresadas y los temores debido al alta hospitalaria mediante enseñanza de los factores de riesgo, signos de alarma y cuidados específicos por necesidades (Plan de alta ANEXO 5)	Orientación	Independiente	
Se orienta sobre los riesgos que conlleva un embarazo con antecedentes de cardiopatía congénita y las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo como arritmias y falla	Orientación	Independiente	

cardiaca derecha, tromboembolia y muerte; además del alto riesgo de aborto, prematuridad, bajo peso al nacer y cardiopatía congénita fetal.(38)(39)			
Concientización sobre el cambio de hábitos y un estilo de vida saludable.	Orientación	Independiente	

TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA (ANEXO 6): Seguimiento

Se realizó el día Jueves 5 de Agosto mediante llamada telefónica. La persona se encontraba ya en su hogar.

ANÁLISIS DE DATOS

Necesidad de Oxigenación

Sin alteraciones. No refiere disnea ni molestias torácicas

Necesidad de Alimentación e Hidratación

Se apega a las recomendaciones al alta hospitalaria, refiere no llevar una dieta específica o personalizada elaborada por profesional en nutrición.

Necesidad de Seguridad

Ingesta de anticoagulante (Acenocumarina 4 mg)

Necesidad de aprendizaje

Expresa dudas referentes al tipo de actividad física que puede realizar.

“Tengo consulta hasta Noviembre y no se si ya puedo realizar más actividades y que tipo de actividades puedo realizar ahora”

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Tabla 12: Jerarquización de necesidades/ tercera valoración focalizada.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
Aprendizaje	Parcial Temporal	3	Falta de conocimiento

PLAN DE INTERVENCIONES

Tabla 13: PAE 9. Necesidad de Aprendizaje

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 05 Agosto 21	Hora: 17:00	Servicio: Hogar
Necesidad Alterada: Aprendizaje	Fuente de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
	<p>Refiere no llevar una dieta específica o personalizada elaborada por profesional en nutrición.</p> <p>Expresa dudas referentes al tipo de actividad física que puede realizar: “...no se si ya puedo realizar más actividades y que tipo de actividades puedo realizar ahora..”</p>		
Diagnóstico de Enfermería:			
<p>Conocimientos deficientes r/c falta de conocimientos sobre la dieta y el ejercicio adecuados m/p refiere no llevar una dieta específica y expresa “no se si ya puedo realizar más actividades y que tipo de actividades puedo realizar ahora”</p>			

Objetivo			
De la enfermera: Enseñar a la persona los principios de una dieta cardiosaludable y actividad física segura. De la persona: Conocer el tipo de actividad que puedo hacer y lo que puedo comer.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Se explica a la persona la manera de llevar una alimentación adecuada en conjunto al uso de anticoagulante oral, evitando alimentos verdes que son ricos en vitamina K durante el tratamiento con este, haciendo énfasis en una dieta hiposódica, rica en fibra y baja en grasas y carbohidratos.(36)	Orientación	Independiente	Se lleva un seguimiento de manera breve con llamadas telefónicas para conocer los avances en cuanto a la actividad física y el seguimiento en el proceso de inicio de rehabilitación cardiovascular en el INCICH, aún sin fecha próxima. La persona refiere cansarse menos al caminar, comenta que antes debía descansar cada dos o tres cuerdas porque le faltaba el aire, ahora puede recorrer mayor distancia sin cansarse tanto, comenta que sale por las mañanas a caminar dos o tres días a la
Se orienta sobre la actividad física segura y la necesidad de evaluar la condición física actual antes de implementar ejercicio. A partir de la 4	Orientación	Independiente	

<p>semana posterior a la cirugía se le recomienda realizar actividad física de ligera a moderada (se explica escala de Borg), caminata de 15 a 20 minutos al día, máximo 6 días, incluyendo las tres fases del entrenamiento (calentamiento, fase principal y enfriamiento) e interrumpir ante cualquier sintomatología.(41)</p>			<p>semana y aplica los principios del ejercicio.</p> <p>Respecto a la dieta continúa tratando de evitar los alimentos restringidos pero cree no llevar una dieta adecuada o suficiente. Se alcanza un nivel de dependencia de 2 en escala de Phaneuf.</p>
<p>Se hace énfasis en la importancia de acudir al área de rehabilitación cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología para prueba de esfuerzo, estratificación del riesgo e inicio de protocolo de rehabilitación.</p>	Orientación	Independiente	
<p>Reforzamiento de conocimientos de los cuidados y recomendaciones especiales por necesidades enseñados al alta hospitalaria.</p>	Orientación	Independiente	

SEGUNDA VALORACIÓN EXHAUSTIVA (ANEXO 7): Seguimiento

Se realiza visita domiciliaria el día Sábado 23 de Octubre. Milpa Alta, CDMX

ANÁLISIS DE DATOS

Necesidad de Oxigenación

Ruidos respiratorios vesiculares y bronco vesiculares normales sin agregados saturando mediante oximetría de pulso al 94%, con frecuencia respiratoria de 16 por minuto, focos de auscultación cardiaca sin alteraciones perceptibles, piel y mucosas rosadas e hidratadas, con buena hidratación, llenado capilar de 2 segundos en miembros superiores y 3 segundos en inferiores, pulsos normales, de buena intensidad y regulares. Frecuencia cardiaca de 79 lpm, T/A 125/68 mmHg con una media de 87 mmHg.

Necesidad de Alimentación e Hidratación

Peso 58 kg (aumento de 8 kg), con una talla de 1.55 mts y un IMC de 24.1 kg/mts² y un diámetro de cintura de 89 cm (aumento de 3 cm), con lo cual se encuentra en un adecuado peso para la talla. Realiza 3 comidas al día, carnes rojas 1/7, carne blanca 2/7, verduras 2/7, consume pan dulce diario. Considera su alimentación suficiente aunque refiere en ocasiones no saciar su apetito.

“a veces no me lleno, me quedo con hambre pero trato de seguir el trípico que me dieron de las porciones que debo comer”

Necesidad de Eliminación

Orina 5 veces al día amarillo claro. Refiere continuas infecciones de vías urinarias, la última el día 5 de Octubre, atendida por medio particular. Comentar aguantar las ganas de orinar durante la noche.

Evacua 2 veces al día de características normales.

Necesidad de Termorregulación

36.2°

Necesidad de Higiene

Piel hidratada, rosada. Cicatriz quirúrgica queloide en esternón.

Necesidad de Seguridad

Portadora de válvula pulmonar biológica con tratamiento antiplaquetario (Ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada 24 hrs)

Necesidad de Reposo y Sueño

Refiere en ocasiones despertar en la noche por palpitaciones. Duerme aproximadamente 8 ½ hrs.

Necesidad de comunicación

Expresa: “me preocupa la salud de mis hijos, como darme cuenta que no tengan la misma enfermedad?”

Necesidad de creencias y valores

Religión Católica.

Necesidad de aprendizaje

Conoce su padecimiento, su tratamiento pero tiene inquietudes referentes a su cuidado “¿hasta cuando podré hacer actividades más pesadas?, “¿es suficiente ya con solo una medicina?”

Necesidad de trabajo y auto realización

No trabaja y refiere que su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar como actividades del hogar, verbaliza “quisiera ayudar mas en la casa pero mi esposo no quiere que haga mucho esfuerzo hasta mi próxima cita al hospital”

Necesidad de realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción

G-2 P-1. Vida sexual activa. MPF Implante.

Expresa dudas sobre su actividad sexual, ¿Puedo tener relaciones con mi marido normalmente?

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Tabla 14: Jerarquización de Necesidades/ Segunda valoración exhaustiva.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD
Aprendizaje	Parcial temporal	3	Falta de conocimientos

PLAN DE INTERVENCIONES

Tabla 15: PAE 10. Necesidad de Aprendizaje

Tipo de Valoración: Exhaustiva	Fecha: 23 Octubre 21	Hora: 13:00	Servicio: Visita domiciliaria
Necesidad Alterada: Aprendizaje	Fuente de Dificultad: Falta de conocimientos		Grado de Dependencia: Parcial temporal
Datos Objetivos	Datos Subjetivos		Datos Complementarios
	<p>Verbaliza inquietudes sobre la salud de sus hijos, sobre el aumento de sus actividades, nuevo tratamiento y actividad sexual</p> <p>“me preocupa la salud de mis hijos, como darme cuenta que no tengan la misma enfermedad?” “¿es suficiente ya con solo una medicina?” “¿puedo tener relaciones con mi marido normalmente?”. “¿hasta cuándo podré hacer actividades más pesadas?”</p>		

Diagnóstico de Enfermería:			
Iniciativa para ampliar los conocimientos sobre el cuidado en el hogar m/p verbaliza: “me preocupa la salud de mis hijos, como darme cuenta que no tengan la misma enfermedad?, ¿es suficiente ya con solo una medicina?, “¿puedo tener relaciones con mi marido normalmente?”, “hasta cuando podré hacer actividades mas pesadas?”			
Objetivo			
De la enfermera: Explicar a la persona la información necesaria para optimizar su cuidado en el hogar. De la persona: Resolver las dudas existentes.			
Plan de Intervención			
Intervenciones de Enfermería	Nivel de Relación		Evaluación
	Enfermera-Persona	Enfermera-Equipo de Salud	
Herencia: Explicación sobre la multifactorialidad de la Tetralogía de Fallot, factores ambientales y genéticos y la importancia de llevar a una revisión especializada a sus hijos para realizar los estudios necesarios y así descartar o	Orientación	Independiente	Se resuelven las dudas que la persona verbaliza durante la valoración, la persona solicita se realice una valoración a sus hijos la cual se lleva a cabo, se explica la necesidad de estudios auxiliares y se

<p>identificar precozmente afecciones cardiovasculares.</p>			
<p>Actividad física: Se reorienta sobre la actividad física segura y la necesidad de evaluar la condición física actual antes de implementar ejercicio más vigoroso. Se le recomienda continuar con actividad física de ligera a moderada, caminata de 15 a 20 minutos al día, máximo 6 días e ir aumentando paulatinamente la distancia y la velocidad. Incluir las tres fases del entrenamiento (calentamiento, fase principal y enfriamiento) e interrumpir ante cualquier sintomatología como angina, palpitaciones, mareos, disnea y parar el ejercicio inmediatamente.</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	<p>recomienda en próxima cita solicitar valoración médica a los mismos para descartar alguna cardiopatía. Refiere mejoría en su capacidad física al ir aumentando paulatinamente la intensidad y distancia de las caminatas. Expresa deseos de acudir con profesional en nutrición para llevar una dieta acorde a sus necesidades y por el momento refiere tratar de incluir todos los grupos de alimentos en su dieta, disminuyendo el consumo de harinas y azúcares. Entiende la importancia de apegarse al tratamiento médico y refiere le tranquiliza saber que con un solo medicamento es suficiente para su manejo. Se alcanza un nivel de dependencia de 2 en escala de Phaneuf</p>

<p>Tratamiento:</p> <p>Educación sobre el apego terapéutico, no ingerir más medicamentos de los que tiene prescritos, explicación sobre la acción del ácido acetil salicílico y el motivo por el cuál se han suspendido los demás medicamentos.</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	
<p>Sexualidad:</p> <p>Orientación sobre la reanudación de las relaciones sexuales, realizarlas con moderación y poco esfuerzo, utilizar posiciones que no le causen tensión o incomodidad en el pecho.</p>	<p>Orientación</p>	<p>Independiente</p>	

CAPITULO V. CONCLUISIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, evalúa en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona a partir de los cuidados otorgados por el especialista en enfermería, esto asegura la atención de alta calidad a la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud hasta su nivel máximo de independencia.

La elaboración de un estudio de caso permite al estudiante en Enfermería Cardiovascular crear y desarrollar un pensamiento crítico y reflexivo mediante el uso de herramientas metodológicas y de investigación basada en evidencia científica, las cuales permiten determinar las mejores intervenciones de cuidado para que este sea de calidad, oportuno e individualizado, que mejore las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de la persona.

El cuidado del especialista en Enfermería Cardiovascular tiene un papel sumamente importante en la atención a la persona con corrección total de TF ya que al realizar una adecuada valoración de las necesidades en diferentes etapas del proceso salud – enfermedad se pueden establecer intervenciones especializadas e individualizadas que permitan obtener resultados favorables y llevar a la persona al máximo nivel de independencia.

El presente estudio de caso fue llevado a cabo durante 6 meses, desde el posoperatorio de corrección total de TF hasta su culminación con una última valoración realizada mediante visita domiciliaria, en donde se encontró con una persona reincorporada casi en su totalidad a su vida habitual. La realización del estudio de caso permitió brindar una atención integral, basándose en la resolución de problemas reales y potenciales. Los resultados obtenidos con el presente estudio fueron satisfactorios ya

que se demostró el bienestar y la recuperación de la independencia, así como el incremento en la calidad de vida de la persona objeto de estudio.

Se cumplieron los objetivos del estudio de caso al planificar las intervenciones de Enfermería basadas en evidencia científica dirigidos a resolver los problemas reales y potenciales identificados, aplicando y evaluando continuamente estas intervenciones y las respuestas de la persona a las mismas. Se elaboró un plan de alta de acuerdo con las necesidades y capacidades de la persona que la llevó a un egreso hospitalario seguro. Desde su egreso se mantuvo contacto vía telefónica que permitió llevar un seguimiento estrecho, orientar y resolver dudas que fueron surgiendo durante su recuperación en casa, valorar el nivel de independencia alcanzado en cada una de las 14 necesidades basadas en el modelo de Virginia Henderson y de esta manera reforzar el conocimiento sobre los cuidados y estilo de vida cardiosaludable para reducir el riesgo de complicaciones posteriores.

RECOMENDACIONES

La elaboración de estudios de caso tiene gran impacto para la ciencia de Enfermería, pues permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida a la persona pues permiten observar situaciones reales sucedidas en la práctica, lo que facilita el análisis de las acciones, procedimientos, actitudes, conocimientos y habilidades desarrolladas o aplicadas en la atención especializada, y así poder plantear intervenciones y estrategias para mejorarla.

El estudio de caso se considera básico para la formación de profesionales reflexivos porque fomenta la capacidad de resolver problemas mediante pensamiento crítico, de esta forma se incorpora el aprendizaje teórico, experiencial y reflexivo al estudio, favoreciendo que los estudiantes de Enfermería se familiaricen con la reflexión sobre la práctica, recurriendo a evidencia científica para aplicarla a la práctica.

Es entonces, que los especialistas en Enfermería Cardiovascular necesitan de capacidades intelectuales al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería para poder brindar un cuidado especializado que garantice un nivel óptimo de cuidados a personas con problemas cardiovasculares, específicamente con cardiopatías congénitas que requieren tratamientos complejos, para promover la salud y contribuir a su rehabilitación con el objetivo de mejorar la calidad de vida ayudando a la reintegración a su entorno hasta lograr la independencia.

El desafío para Enfermería y los próximos estudios será identificar a estas personas con cardiopatías congénitas en su práctica diaria, desde un primer nivel para reconocer los primeros signos y síntomas de una condición que empeora, y referir y tratar antes de que el daño cardíaco se vuelva irreversible, además, las valoraciones continuas son importantes para identificar los riesgos adicionales que resultan de la interacción de las condiciones postoperatorias, los cambios cardiovasculares y las comorbilidades de la persona para minimizar las complicaciones a largo plazo.

Es probable que el personal de enfermería en una variedad de entornos encuentre personas con cardiopatías congénitas, incluidos adultos corregidos de Tetralogía de Fallot, cuyas complicaciones pueden aparecer años después, especialmente en personas que no se han sometido a exámenes y valoraciones regulares. Por ello, el cuidado de enfermería especializado desempeña un papel esencial en la atención que se le brinda al adulto con cardiopatía congénita ya que al utilizar un método científico como el proceso de atención de enfermería, se facilita el reconocimiento de los problemas de salud actuales o potenciales, con la finalidad de proporcionar cuidados especializados dirigidos a solucionar dichos problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en evidencia científica.

Con el fundamento científico y el conocimiento de las complicaciones que se pueden generar en las personas reparadas de tetralogía de Fallot, el personal de enfermería especializado puede incidir en la limitación de los factores predisponentes mediante la educación tanto a la persona como al cuidador primario sobre el reconocimiento de los signos de alarma, llevar un estilo de vida saludable, modificar factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, sedentarismo y un adecuado control lipídico, además de brindarle un seguimiento domiciliario y rehabilitación cardíaca acorde a la capacidad física.

La intervención mediante el proceso de atención de Enfermería, como se ha mencionado, ayuda a proporcionar un cuidado organizado y sistemático, lo cual aumenta el interés por la investigación sobre el tema y permite tomar las mejores decisiones en base a la evidencia científica y por ello es necesario concientizar a los profesionales de Enfermería de pregrado y posgrado sobre la importancia que tiene la investigación mediante la realización de estudios de caso y la aplicación del PAE para el desarrollo de la profesión y los beneficios que aporta ya que a través de la investigación podemos demostrar la evolución en la práctica asistencial, el fomento de la autonomía profesional y el rol independiente de esta ciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aymara D, Rodríguez V, Pediátrico H, Noel E, Matanzas C. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica , aspectos clínicos y epidemiológicos Congenital heart disease in pediatric age , clinical and epidemiological aspects. :1083-99.
2. Abarca Zúñiga V, Piñar Sancho G. Tetralogía de fallot en pediatría. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020;5(5):9. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/479>
3. Sanchez Cisneros N. Proceso enfermero en disfunción ventricular derecha en un adolescente postoperado de corrección total de tetralogía de Fallot. Rev Mex Enfermería Cardiológica. 2004;12:9.
4. Carrillo-Medina E, Pacheco MS. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Rev Mex Enferm Cardiol. 2013;21(3):111-7.
5. Ramírez Martínez BS. Estudio de caso a un adolescente con alteración de flujo pulmonar disminuido por cardiopatía congénita basado en las necesidades de Virginia Henderson. Bibl Cent Dir Gen Bibl la UNAM [Internet]. 2017;134. Available from: <http://132.248.9.195/ptd2017/septiembre/0765856/Index.html>
6. Chávez Velázquez NV. Estudio de caso a escolar con alteración en las necesidades básicas secundario a malformación estructural cardiaca congénita aplicando el modelo de Virginia Henderson. Bibl Cent Dir Gen Bibl la UNAM [Internet]. 2018;150. Available from: <http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0779728/Index.html>
7. Gabín MC. Plan de cuidados de enfermería para un postoperatorio infantil de corrección total de Tetralogía de Fallot: a propósito de un caso. 2020;
8. Posos González M de J, Bretado de los Ríos MP, Olivera Carrasco H, Leija Hernández C. Modelo del Cuidado de Enfermería. [Internet]. Ciudad de México, México; 2018. p. 69. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
9. Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinoza JG. Valoración de enfermería

- Basada en la filosofía de Virginia Henderson. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco; 2016. 148 p.
10. Hernández Martín C. El modelo de virginia henderson en la práctica enfermera. Univ Valladolid [Internet]. 2015;29. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?sequence=1>
 11. Khan SM, Drury NE, Stickley J, Barron DJ, Brawn WJ, Jones TJ, et al. Tetralogy of Fallot: morphological variations and implications for surgical repair. 2019;56(January):101-9.
 12. Riyas M, Younes KR. Tetralogy of Fallot Will be Treated Interventionally Within Two Decades. *Pediatr Cardiol* [Internet]. 2020;41(3):539-45. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00246-020-02297-z>
 13. Chávez IM, Solano JF, Alberto J, Quispe M, De A, Hernández AB, et al. Síndrome de la válvula pulmonar ausente. Evolución, tratamiento y factores asociados a muerte. *Arch Cardiol México* [Internet]. 2008;78(1):79-86. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402008000100009
 14. Alva Espinosa C. Tetralogía de Fallot. Actualización del diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Cardiol* [Internet]. 2013;24(2):87-93. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982013000200004
 15. Telich Tarriba JE, Ocampo A, López Cordero S, Rodríguez JJ, Juárez Orozco L, Alexánderson E. Tetralogía de Fallot: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2012;55(6):21-5. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 16. Alberto J, León A De, Maricela D, Cruz P. Tetralogía de Fallot en el paciente adulto . A propósito de un caso Fallot ' s tetralogy in an adult patient . Apropos of a case. *Hosp Univ Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández* [Internet]. 2014;93-102. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n1/tema10.pdf>
 17. Varela-ortiz J, Contreras-santiago E, Calderón-colmenero J, Ramírez-marroquín

- S, Cervantes-salazar J, Patiño-bahena E, et al. Epidemiología de pacientes con cardiopatías congénitas sometidos a cirugía en un hospital privado de tercer nivel en México. *Rev Invest Med Sur Mex*. 2015;22(4):182-8.
18. Polo López ML, Aroca Peinado Á, González Rocafort Á, Bret Zurita M, Rey Lois J, Villagrà Blanco F, et al. Reparación completa quirúrgica en adultos con situación Fallot no operada o solamente paliada: ¿ficción o realidad? *Cir Cardiovasc* [Internet]. 2016;23(1):24-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2015.06.009>
 19. Gómez M, Gómez M, Vayo MA, Ortiz LM, Portis M, Echazarreta D, et al. Tetralogía de Fallot con síndrome de válvula pulmonar ausente Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Insufic Card* [Internet]. 2017;12(2):91-5. Available from: <http://www.insuficienciacardiaca.org>
 20. Boyer R, Kim HJ, Krishnan R. Management of Unoperated Tetralogy of Fallot in a 59-Year-Old Patient. *J Investig Med High Impact Case Reports* [Internet]. 2020;8:3. Available from: <https://doi.org/10.1177/2324709620926908>
 21. Raile Alligood M, Merriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. 7 ma. Edic. España: Elsevier; 2011. 809 p.
 22. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Nursing process; what it is and what is not*. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(2):71-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
 23. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF, Alba Rosales MA, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. 217 p. Available from: [https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/694/Proceso enfermero.pdf](https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/694/Proceso%20enfermero.pdf)
 24. Cazzaniga M, Gómez FR, Pérez PR, Jiménez CQ, Vázquez R. Síndrome de agenesia valvular pulmonar con emergencia ductal de arteria pulmonar izquierda . Papel de la ecocardiografía Doppler color. :132-5.
 25. Sancho M. Cardiopatías Congénitas en el Adulto *Cardiopatías Congénitas en el Adulto*. *Goldman-Cecil Tratado Med interna* [Internet]. 2014;(Ici):405-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9113-033-8/00069-0>

26. Muñoz-castellanos L, Ramírez-marroquín S, Kuri-nivon M. Tetralogía de Fallot con atresia pulmonar . Morfopatología y anatomía quirúrgica. 2010;80(3):141-53.
27. Helbing WA, Bosch E Van Den, Bogers AJCC. Current outcomes and treatment of tetralogy of Fallot. F1000 Fac Rev [Internet]. 2019;8:1-15. Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.17174>.
28. Mc L. Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México Regulations governing humans ' clinical research and requirements to be met. 2016;37(3):175-82.
29. Ortega - Vargas, Puntunet - Bates, Suárez - Vázquez, Leija - Hernández, Montesinos - Jiménez, Cruz - Ayala et al. Guías de Practica Cínica Cardiovascular: Intervenciones de enfermería con base en la evidencia. México: Editorial Médica Panamericana; 2011. 248 p.
30. Jesús J De, Salas R, Lago EN, Sánchez E, Iglesias JH. Manejo de las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardiaca en cuidados intensivos. Rev la Asoc Mex Med Crítica y Ter Intensiva [Internet]. 2013;XXVII:172-8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2013/ti133f.pdf>
31. Carmona Simarro JV. Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2002;18(1):72-7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100013
32. Sunde K. Hipotermia terape Therapeutic Hypothermia in Cardiac Arrest. 2013;66(5):346-9.
33. Anestesia E, Cr I. anestesia analgesia reanimación. 2009;
34. Arquellada M, Benito RB, Od S, Udgldo D, Flufxodflyq S. Plan de cuidados estandarizado en pacientes sometidos a bypass y / o procedimiento valvular cardiaco con cirugía mayor. 2011;23-6.
35. López J, Polo L, Fortún J, Navarro JF, Centella T. Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de la infección de herida quirúrgica en cirugía cardiovascular. Cir Cardiovasc [Internet]. 2018;25(1):31-5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo->

- recomendaciones-basadas-evidencia-prevencion-infeccion-S1134009617302164
36. Altirriba J, Aparicio P. Anticoagulación oral en Atención Primaria. *Rev Española Sanid Penit* [Internet]. 2017;19(1):28-44. Available from: <https://medes.com/publication/119537>
 37. Consenso Sociedades Científicas. Guía clínica de consenso de anticoagulación oral en castilla y león. *Guía clínica consenso anticoagulación oral en castilla y león*. 2014;15-21.
 38. Feldman F, López V, Diaz E, Vitreira G, Sarubbo B, Benavides N. Tetralogía de Fallot y embarazo: abordaje multidisciplinario basado en la estratificación de riesgo. *Arch Ginecol Obstet* [Internet]. 2017;55(2):78-87. Available from: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=AdjIRFUAAAAJ&citation_for_view=AdjIRFUAAAAJ:u-x6o8ySG0sC
 39. D. Rendón I, Soto M, Jaramillo M, C. Palacio A, A. Restrepo J. Tetralogía de Fallot y embarazo. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2014;21(4):246-50. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563314000151>
 40. Miranda-Chávez I, Ilarraza-Lomelí H, Rius MD, Figueroa-Solano J, de Micheli A, Buendía-Hernández A. Rehabilitación cardíaca en cardiopatías congénitas. *Arch Cardiol Mex* [Internet]. 2012;82(2):153-9. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v82n2/v82n2a12.pdf>
 41. Mercedes M, Torres M, Alejandra G, Moreira C, Trinidad X, Bailón S, et al. Riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de pacientes cardiópatas. *Cardiovascular risk and cardiac rehabilitation of cardiac patients*. *Recimundo* [Internet]. 2020;4(1):442-52. Available from: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/773/1255%0Ahttp://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/773>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

Carta de consentimiento informado

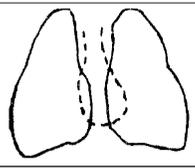
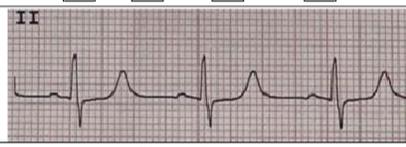
Nombre: María de Jesús Martínez García Fecha: 17 Junio 2021
Edad: 23 años Diagnóstico: Corrección total
Fecha de nacimiento: 25 Dic. 97 Numero de registro: 374196 Hora: 13:00

Yo: María de Jesús Martínez García a los 17 días del mes de Junio del año 2021 manifiesto ser participe en el estudio de caso clínico con fundamento en el artículo 3º del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud con el (la) Licenciado (a) en enfermería: Roberto Alavez Ramirez el cual se encuentra actualmente cursando el posgrado de Enfermería Cardiovascular, manifiesto que se me ha explicado ampliamente en que consiste el proceso es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento y participación sabiendo cuales son los beneficios y a si mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el proceso no implica riesgos a mi salud.

Si no pudiera firmar la persona de estudio por su condición física o por ser menor de edad, familiar, tutor o representante legal. <u>María De Jesús</u> Nombre completo, firma y parentesco	 <u>Roberto Alavez Ramirez</u> Nombre completo y firma del profesional de la salud.
 <u>Griselda Galicia Palestina</u> Testigo 1 Nombre completo y firma	 Testigo 2 Nombre completo y firma

Anexo 2. Primera valoración exhaustiva 09 Junio 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR											
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN											
Nombre	María de Jesus Martínez G	Sexo	Fem	Edad	23 año	Servicio	Terapia Intensiva	No. Cama	513	Registro	374196
Institución	INC	Escolaridad	Primaria incompleta	Estado civil	Unión libre	Ocupación	Ama de casa				
Lugar de procedencia	San Salvador Milpa alta, CDMX			Fecha	09 de Junio de 2021						
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL											
a) ESTRUCTURA FAMILIAR											
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica							
Juan Galicia Aniceto	33	Esposo	Albañil	\$3900							
Marisol Galicia Martínez	7	Hija	Estudiante	---							
Maximiliano Galicia Martínez	3	Hijo	-----	---							
III. HISTORIA DE SALUD											
Motivo de la consulta	Inició hace dos semanas con disnea de medianos esfuerzos, mareos, cefalea, palpitaciones de inicio súbito y término lento; posterior dolor torácico en reposo de 10 a 15 minutos. Hace 15 días con disnea súbita, palpitaciones y cianosis peribucal. El 28 de Mayo de 2021 pérdida del estado de alerta con caída de su propia altura por lo que acude al centro de salud y se refiere al Instituto Nacional de Cardiología el 29 de Mayo de 2021.										
Dx Médico reciente	Postoperatorio: Redirección del flujo del VI a la aorta con cierre de CIV c/ prótesis de pericardio bovino + resección infundibular + plicatura posterior y resección anterior de ambas ramas pulmonares + remodelación del tracto de salida de ventrículo derecho con prótesis pericárdica bovina y colocación de prótesis biológica valvular pulmonar. Preoperatorio: tetralogía de Fallot/ doble lesión pulmonar con predominio de estenosis/ tronco y ramas pulmonares confluentes sin evidencia de obstrucción/ arco aórtico derecho con origen en espejo de los vasos supra aórticos/ síndrome de válvula pulmonar ausente/ defecto septal ventricular sub aórtico con cabalgamiento aórtico de 40%										
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías)	<u>Cesárea hace 7 años. Requirió de transfusión sanguínea.</u>										
Antecedentes de salud familiar											
Antecedentes de estudios recientes	29/05/21. ECOTT. Doble salida del ventrículo derecho con cabalgamiento aórtico del 40%. insuficiencia moderada de válvula tricúspide, dilatación del ventrículo derecho con hipertrofia. Válvula pulmonar ausente con anillo pequeño. Dilatación del tronco y ramas de la arteria pulmonar. Insuficiencia ligera de la válvula mitral. Ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica, FEVI 66%. Comunicación interventricular. RX. Aumento del flujo pulmonar región hilar, para hilar y basal bilateral, silueta cardiaca aumentada, cardiomegalia grado I con cayado de aorta desplazado hacia arriba y a la derecha. 02/06/21: Coronariografía. Válvula pulmonar ausente, estenosis pulmonar con gradiente de 88 mmHg, dilatación de ramas pulmonares y tronco de arteria pulmonar común, comunicación interventricular.										
Tratamientos prescritos	<u>Hartman 500 ml p/50 ml/hr; Midazolam 1.5 mg/hr; Vasopresina 0.05 UI/hr; Levosimendán 0.15 mg/hr; Dexmedetomidina 32 mcg/hr; Midazolam 0.15 mg/hr</u>										
1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN											
Area pulmonar											
FR <u>16</u> resp x min	Dificultad para respirar:		Apnea <input type="checkbox"/>	Disnea:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Clase funcional NYHA: I II III IV			
Secreciones bronquiales:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Características								
Dificultad para la expectoración:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>								
Ruidos respiratorios:	Normales <input type="checkbox"/>	Vesicular <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Broncovesiculares	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Roce pleural Si <input type="checkbox"/>			
	Anormales <input type="checkbox"/>	Estertores	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Sibilancias	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Fuma Usted:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuanto tiempo lleva fumando? <u>-----</u>		Cuantos cigarrillos al día? <u>-----</u>						
Suplemento de O ₂ :	Nebulizador <u>-----</u>	O ₂	Catéter nasal <u>-----</u>	Lts x min <u>-----</u>	Sat O ₂ : <u>95%</u>						
Ventilación mecánica:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Invasiva <input checked="" type="checkbox"/>	No invasiva <input type="checkbox"/>	# de cánula <u>7</u>	Modalidad: <u>AC Volumen</u>					
Vol. Corr:	<u>340 ml</u>	FiO ₂ : <u>30%</u>	Flujo: <u>----</u>	P. soporte: <u>----</u>	PEEP <u>5 cmH2</u>	Sensibilidad <u>3 l/m</u>					
Gasometría arterial	Hora <u>13:4</u>	PO ₂ <u>81 mmH</u>	PCO ₂ <u>44 mm</u>	pH <u>7.44</u>	HCO ₃ <u>27.9 mmol/l</u>						

Gasometría venosa	Hora <u>13:4</u>	Parámetros <u>So2 97.4</u> <u>EB 2.8</u> <u>Hb 14</u> <u>Lactato 2.5</u>	pH <u>7.39</u> PO2 <u>43 mmHg</u> PCO2 <u>53 mmHg</u> HCO3 <u>28.1 mmol/l</u>	SO2 <u>63%</u> EB <u>3.3</u> Hb <u>13.8 g/dl</u> Lactato <u>2.9</u>	
Color de piel y mucosas:	Palidez <input checked="" type="checkbox"/>	Cianosis central <input type="checkbox"/>	Cianosis periférica <input type="checkbox"/>	Otros: _____	
Control radiológico:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Congestión pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>	Infiltrados <input type="checkbox"/>	Foco neumónico <input type="checkbox"/>	Derrame <input type="checkbox"/>	Atelectasia <input type="checkbox"/>
Datos subjetivos: <u>Infiltrados pulmonares bilateral en región hiliar</u>					
Área Cardiopulmonar					
Fc: <u>77</u> Lat x min	Presión arterial: <u>121/76 mmHg</u> <u>M: 92 mmHg</u>	Pulso (anotar características): N=Normal D= Débil P=Paradójico A=Ausente			
PANI _____ Invasiva <u>Si</u>	Perfil Hemodinámico: Fick	Carotídeo <u>N</u>	Humeral <u>D</u>	Radial <u>D</u>	D <u>N</u>
GC: <u>3.5 lts/min</u>	IC: <u>2.4 lts/min/ m2</u>	Popíteo <u>D</u>	Pedio <u>D</u>	Femoral <u>D</u>	N <u>N</u>
PVC: <u>6 mmHg</u>					
Llenado capilar: Miembro torácico. <u>5</u> seg	Miembro pélvico. <u>3</u> seg	Ingurgitación yugular: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Tipo de dolor: _____ Irradiación: _____				
Hepatomegalia Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Presenta dolor a la palpación Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
Edema: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sitio: _____ + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>				
Acrocianosis M.Torácicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>	M.Pélvicos + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ <input type="checkbox"/>				
Marcapasos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Temporal <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/>	Trazo ECG			
Frecuencia <u>60</u> Amperaje <u>2.5</u> Sensibilidad _____					
Datos subjetivos: _____	Ritmo Sinusal Alteraciones: _____				
Soporte Cardíaco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inotrópicos: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Otros: <u>Levosimendán 0.05 mcg/kg/min; Vasopresina 0.02 UI/kg/hr; Norepinefrina 0.05 mcg/kg/min</u>					
Datos subjetivos: _____					
Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>			Independencia <input type="checkbox"/>		
2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN					
Peso: <u>50 kg</u>	Talla: <u>1.55 mts</u>	Índice de masa corporal (IMC): <u>23.45 kg/mt2</u>	Diámetro cintura: <u>86 cm</u>		
Coloración de la piel <u>Pálida</u>		Características del cabello <u>Lacio, largo</u>			
Días a la semana que consume:					
Carne roja (res, cerdo) <input type="checkbox"/> Carne blanca (pollo, pescado) <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Leguminosas <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/>					
Cantidad de:					
Sal <input type="checkbox"/>	Azúcar <input type="checkbox"/>	Nº de tortillas <input type="checkbox"/>	Pan blanco <input type="checkbox"/>	pzas Pan dulce <input type="checkbox"/>	veces por día <input type="checkbox"/> a la semana
Agua natural _____ Litros por día	Agua con frutas naturales _____ Litros por día	Aguas con sabores artificiales _____ Litros por día			
Gaseosas _____ por día	Café _____ por día	Té _____ por día			
Consumo golosinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo:					
Frituras _____ por día	_____ a la semana	Dulces _____ veces por día _____ a la semana			
Comidas que realiza al día en casa: _____ Comidas que realiza fuera de casa: _____					
En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes? _____					
Como considera su alimentación (cantidad y calidad) _____					
*No se recaba información por estado clínico _____					
Estado de la cavidad oral:					
Mucosa oral <u>Hidratada</u>	Dentadura <u>Completa</u> <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>				
Caries _____	Uso de prótesis dental: _____				
Datos subjetivos: <u>No se valora por completo por dispositivo de vía aérea TET</u>					
Dependencia <input type="checkbox"/>			Independencia <input type="checkbox"/>		
3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN					
Patrón urinario:	Frecuencia: _____	Veces al día	Características <u>Hematuria. IU 0.5 ml/kg/hr</u>		
Anuria <input type="checkbox"/>	Oliguria <input type="checkbox"/>	Poliuria <input type="checkbox"/>	Polaquiuria <input type="checkbox"/>	Disuria <input type="checkbox"/>	Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Orina intermitente <input type="checkbox"/>

Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis

Patrón intestinal Frecuencia habitual -----veces al día

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Características Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida c/sangre fresca Fétida

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes Si No

Dispositivos de drenaje Blake retrocardíaco 19 fr Menstruación Vol Alto Medio Bajo FUM

Blake retroesternal 24 fr

Datos subjetivos Gasto total en primeras 5 hrs: 820 ml

Dependencia Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura 34.7° Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos Apoyo con sábana térmica

Dependencia Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

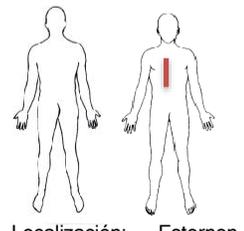
Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica	Proceso de cicatrización	<input checked="" type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	Dehis en e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Úlcera por presión	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Úlcera venosa	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Úlcera diabética	I II III IV	<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otra _____		<input type="checkbox"/>	Proceso de cicatrización	<input type="checkbox"/>	Infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos subjetivos Esternotomía media



Localización: Esternon

Dependencia Independencia

6. NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil

Datos subjetivos _____

Dependencia Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si Localización ----- Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Etapas de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) Adulto Joven

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No Valoración de Norton 8 pts

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras _____ Ninguna

Uso de anteojos y lentes de contacto Si No Uso de dispositivos auditivos Si No Uso de prótesis en extremidades Si No

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR

Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: ----- Adicciones -----

Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólica Si No Frecuencia ---- Maneja automóvil Si No

Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas Válvula pulmonar biológica Marcapasos definitivo Si No

Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No

Ingiera alguno de los siguientes medicamentos:

Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No

Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No Insulina de acción rápida o intermedia Si No

Datos subjetivos: Leucocitos 11.64 x10/mcl; Plqt 106.000 x103; Na 141 mmol/l; Ca 7.66 mmol/l; Cl 109 mmol/l; Tp 14.3; TTP 33.5; INR 1.26

Dependencia Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien Si No En caso negativo ¿cuál es la causa? _____ Nº de horas _____

¿Se despierta con frecuencia? Si No En caso afirmativo ¿cuál es la causa? _____

Duerme durante el día Si No

Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos

Tipo de medicamentos _____ Su entorno le favorece el reposo y sueño Si No

La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No

Datos subjetivos: No valorable, persona bajo sedación

Dependencia

Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es: Clara Confusa Afásica Incapaz

Limitaciones físicas para la comunicación: _____

Se expresa en otra lengua Si No Cuál? _____

Manifiesta:

Emociones y sentimientos _____ Temores _____ Problemas sociales _____ Le cuesta pedir ayuda _____ Le cuesta aceptar ayuda _____

Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos? Si No En caso negativo ¿por qué? _____

¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No

¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal? _____

De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores? _____

Tipo de relación (E: Excelente B: Buena R: Regular M: Mala)

Familia EBRM Vecinos EBRM Compañeros de Trabajo EBRM

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)

Datos subjetivos: No valorable, persona bajo sedación

Dependencia

Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? _____ Católica

Solicita apoyo religioso Si No Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? _____

Sus creencias: Le ayudan No ayudan No interfieren

Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No

Dependencia

Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso Si No Conoce su padecimiento Si No Conoce su tratamiento Si No

Tiene inquietudes sobre su salud Si No Cuál? _____

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos No valorable, persona bajo sedación

Dependencia

Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No

Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar Si No

Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales Si No

Datos subjetivos No valorable, persona bajo sedación

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar _____

El cambio de ropa cada cuando lo realiza? Diario por parte del personal de Enfermería

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? _____

Cuál es su diversión preferida? _____

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

Etapa reproductiva	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Menarca	14 años	Uso de método para control natal	Implante
Nº embarazos	2	Eutócicos	2	Cesáreas	1	Abortos
						Óbitos
Vida sexual activa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con que lo relaciona? _____			
Andropausia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Menopausia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Apoyo hormonal	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál en caso afirmativo? _____			
Datos subjetivos	_____					
Dependencia			<input type="checkbox"/>			
I dependencia			<input type="checkbox"/>			

IV. Exploración Física

1. Cabeza (Facies, tono de voz, postura, coloración, hidratación, zona de alopecia, pulsos temporales, fondo de ojo, conducto auditivo, dolor, piezas dentarias...)

2. Cuello (pulsos carotídeos, inspección yugular <plétora>, simetría y movilidad de tráquea, ganglios linfáticos, dolor)

Pulsos palpables, rítmicos, regulares.

3. Tórax

a) Inspección (simetría, movimientos de amplexión y de amplexación, pulso apical, coloración, hidratación)

Adecuada amplexión y amplexación, sin ruidos agregados a la auscultación de focos cardíacos y pulmonares. Esternotomía media longitudinal bien afrontada con escaso sangrado. Catéter venoso central trilumen 7 fr en yugular izquierda, adecuada fijación y protección. Drenajes Blake retro cardíaco y retro esternal.

--

b) Palpación (delimitación de vértices y de bases para identificar posible dolor precordial, pulso apical, acumulo de secreciones en campos pulmonares)

Campos pulmonares sin estertores ni sibilancias

c) Percusión (percutir campos pulmonares en región anterior, posterior y lateral)

Matidez en campos pulmonares

d) Auscultación (focos Valvulares <aórtico, pulmonar, tricuspídeo, mitral y accesorio>, campos pulmonares, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria)

Sin 3er ni 4to ruido

4. Abdomen

a) Pulso abdominal, red venosa colateral, delimitación de órganos abdominales (hígado-bazo), líquido abdominal (ascitis), peristaltismo, turgencia, hidratación y dolor.

5. Genito-urinario

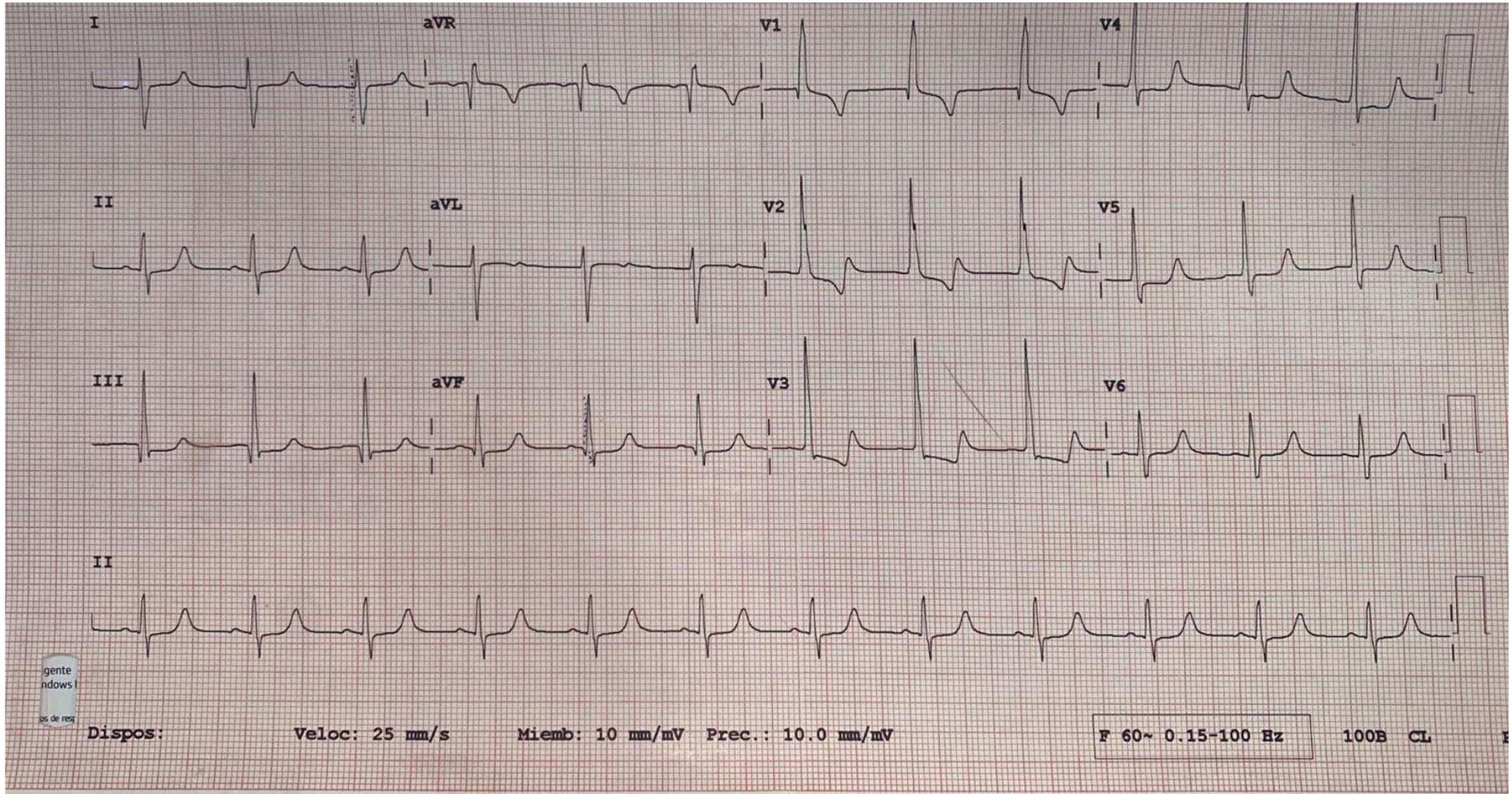
a) Identificación de globo vesical, inspección de genitales, percusión renal, dolor (identificación de posibles infecciones)

Sonda vesical a derivación 14 fr. IU 0.5 ml/kg/hr

6. Extremidades

a) pulso braquial, radial, femoral, popíteo, dorsal, pedio y tibial, llenado capilar, coloración, dedos en "palillo de tambor", coiloniquia, edema, sensibilidad, turgencia, temperatura, hidratación, dolor, toma de presión arterial en ambos brazos)

Electrocardiograma 09 de Junio de 2021



Anexo 3. Primera valoración focalizada 10 de Junio de 2021

Ficha de identificación

Nombre María de Jesús Martínez G. Servicio Terapia Intensiva Registro 374196 Fecha 10/06/21 Hora 19:30

1. Necesidad de Oxigenación

Apoyo de oxígeno con nebulizador de alto flujo con F_{iO_2} : 40% a 10 lts/min por tienda facial, saturando arriba del 96%, FC 18 x', FC 80 x', presión arterial de 118/66 mmHg, PVC de 9 mmHg. Campos pulmonares con ruidos vesiculares y broncovesiculares normales, llenado capilar 2" en miembros torácicos y pélvicos Marcapasos temporal epicárdico a 60 de frecuencia.

Palidez de tegumentos. **Gasometría 13:06:** pH: 7.42, pCO_2 :38mmHg, pO_2 :112mmHg, Hb: 10.4g/mol, Hcto: 31%, HCO_3 : 25.2 mmol/l, SO_2 : 99%.

Gasometría 16:38: pH: 7.41, pCO_2 :39mmHg, pO_2 :108mmHg, Hb: 10.9g/mol, Hcto: 33%, HCO_3 : 25mmol/l, SO_2 : 98.3%

Tratamiento farmacológico: Norepinefrina 0.05mcg/kg/min; Levosimendán 0.05 mcg/kg/hr.

Al momento de la alimentación se cambia dispositivo a cánula nasal, tolerando adecuadamente y manteniendo saturación por arriba del 94%.

Datos subjetivos La persona refiere mayor confort con cánula nasal, niega dificultad para respirar o sensación de falta de aire.

2. Necesidad de Alimentación/Hidratación

Inicia vía oral, tolerando en moderada cantidad asistida por cuidador primario.

Datos subjetivos _____

3. Necesidad de Eliminación

Sonda vesical a derivación, orina ligeramente hematurica, índice urinario de 0.9 ml/kg/hr. Continúa con dispositivos de drenaje retrocardiaco

Blake #19 fr con gasto de 10 ml y retroesternal Blake #24 fr de 5 ml. Gasto serohemático

Datos subjetivos _____

4. Necesidad de Termorregulación

Temperatura axilar de 36.1°C aún con apoyo térmico mediante sabana térmica.

Datos subjetivos _____

5. Necesidad de Higiene

Piel pálida, hidratada. Con esternotomía longitudinal bien afrontada. Presenta sangrado escaso.

Catéter venoso central tri lumen 7fr. en yugular izquierda con adecuada fijación y protección a la que se le realiza curación.

Línea arterial funcional, sin sangrado. Sin lesiones a la exploración física.

Datos subjetivos _____

6. Necesidad de Movilidad

La persona continúa somnolienta. Con movilidad limitada por catéteres, sondas y efectos de sedación residuales.

Datos subjetivos _____

7. Necesidad de Seguridad y Protección

Ramsay de 4 puntos. Riesgo de caídas alto con 7 puntos en escala de Crichton y riesgo alto para lesiones por presión por escala de Norton

Con 10 puntos. Factor de riesgo portadora de prótesis valvular pulmonar biológica.

Datos subjetivos _____

8. Necesidad de Descanso y sueño

Continúa somnolienta por lo que no se valora.

Datos subjetivos _____

9. Necesidad de Comunicación

No se valora por estado actual, efectos residuales de sedación.

Datos subjetivos _____

10. Necesidad de Vivir según creencias y valores No se valora por efectos residuales de sedación.
Datos subjetivos _____
11. Necesidad de Aprendizaje No se valora por efectos residuales de sedación
Datos subjetivos _____
12. Necesidad de Trabajar y Autorrealizarse No se valora por efectos residuales de sedación
Datos subjetivos _____
13. Necesidad de Elegir ropas adecuadas No se valora por efectos residuales de sedación.
Datos subjetivos _____
14. Necesidad de Realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción No se valora por efectos residuales de sedación.
Datos subjetivos _____
Datos Complementarios La persona se encuentra aún somnolienta por lo que se realiza solo valoración focalizada de las necesidades alteradas en la primera valoración y se queda pendiente valoración de necesidades.

Enfermera(o) L.E.O. Roberto Alavez Ramírez

Anexo 4. Segunda valoración focalizada 17 de Junio de 2021

Ficha de identificación

Nombre María de Jesús Martínez Servicio 3er Piso Registro 374196 Fecha 17/06/21 Hora 13:00

1. Necesidad de Oxigenación

Adecuada, sin apoyo de oxígeno suplementario. Hemodinámicamente estable. T/A 90/60; FC 91 lpm; FR 16 rpm; T 36°; SpO2 93%. Campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin estertores o sibilancias, focos cardiacos sin agregados, llenado capilar de 2 segundos en las 4 extremidades pulsos normales, fuertes y rítmicos, sin edema de miembros inferiores. Se retiró marcapasos transitorio. Sin soporte inotrópico. Glasgow 15 pts.

Labs: Hb 10 g/dl, Hto 32%, Plq 414,000 x10, Leu 10,000 x10, Gluc 103 mg/dl, Na 141 mEq/l, K 4.3 mEq/l, Cl 101 mEq/l, Ca 8.9 mEq/l

Datos subjetivos No refiere molestias ni dolor torácico.

2. Necesidad de Alimentación/Hidratación

Peso: 48 kg. Realiza 3 comidas.

Cavidad oral hidratada, dentadura completa con presencia de caries en 2do y 3er molar, sin atención odontológica.

Datos subjetivos Refiere tolerar adecuadamente vía oral. Consume la dieta que le proporciona el hospital

3. Necesidad de Eliminación

Orina 4 veces al día sin molestias, con características amarilla sin sedimentos. Con apoyo diurético con Furosemida 20 mg VO c/12 hrs

Evacua 2 veces al día con características normales, sin necesidad de laxantes.

Datos subjetivos _____

4. Necesidad de Termorregulación

Eutermica

Datos subjetivos _____

5. Necesidad de Higiene

Piel ligeramente pálida, hidratada, con lesión quirúrgica (esternal media e infra esternal) en proceso de cicatrización, limpia, sin datos de infección.

Datos subjetivos _____

6. Necesidad de Movilidad

Independiente

Datos subjetivos _____

7. Necesidad de Seguridad y Protección

Sin referir dolor o alguna molestia. Conciente y orientada. Riesgo de caídas medio 2 pts en escala de Crichton.

Factor de riesgo por anticoagulante (Enoxoparina 40 mg SC c/12 y Acenocumarina), betabloqueador (bisoprolol VO 1.25 mg c/24 hrs)

Datos subjetivos _____

8. Necesidad de Descanso y sueño

Duerme aproximadamente 8 hrs, se despierta temprano debido al ruido del hospital y las demás personas. Refiere que su sueño es reparador y duerme por la tarde 2 hrs.

Datos subjetivos _____

9. Necesidad de Comunicación

Comunicación clara, a parte de español habla mazateco. Expresa emociones y sentimientos fácilmente, refiere llevar una buena relación con familiares y amigos.

Datos subjetivos _____

10. Necesidad de Vivir según creencias y valores

Católica, no asiste seguido a la iglesia pero refiere que sus creencias le ayudan para sobrellevar su proceso de salud.

<p>Datos subjetivos _____</p>
<p>11. Necesidad de Aprendizaje Refiere tener dudas en cuanto a los cuidados y reposo en casa y si puede volver a embarazarse.</p> <p>Datos subjetivos "me han dicho que ya no debería embarazarme por mi enfermedad pero quiero saber si dentro de algunos años si podría..." "¿Cuánto tiempo deberé reposar en casa?, ¿Qué actividades puedo hacer los primeros días?"</p>
<p>12. Necesidad de Trabajar y Autorrealizarse Se dedica al hogar, sabe que debe tener reposo al egresar a su domicilio pero tiene dudas del tiempo que no puede hacer actividades domésticas.</p> <p>Datos subjetivos _____</p>
<p>13. Necesidad de Elegir ropas adecuadas Independiente. Le gusta usar ropa cómoda, refiere que por lo general utiliza pants o jeans. Realiza el cambio de ropa diario.</p> <p>Datos subjetivos _____</p>
<p>14. Necesidad de Realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción Vida sexual activa, se colocó método anticonceptivo hace 3 años (implante) pero desea embarazarse en los próximos años, refiere la relación sexual con su pareja ser satisfactorias.</p> <p>Datos subjetivos _____</p>
<p>Datos Complementarios</p> <p>Sin accesos intravenosos ni dispositivos invasivos. Egresará el día de hoy durante el turno vespertino.</p> <p>Tratamiento actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acenocumarina • Omeoprazol 20 mg VO c/24 • Paracetamol 500 mg VO c/8 • Furosemida 20 mg VO c/12 • Bisoprolol 1.254 mg VO c/24 • Enoxoparina 40 mg SC c/12 <p>Ejercicios con inspirómetro incentivo cada hora durante 10 minutos Plan de anticoagulación por 3 meses</p> <p>Plan de manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisoprolol 2.5 mg VO cada 12 hrs • Acenocumarol 4 mg de acuerdo a esquema por tres meses • Furosemida 40 mg VO cada 24 hrs

Enfermera(o) L.E.O. Roberto Alavez Ramírez

Anexo 5. Plan de alta

Se orienta a la persona en su plan de alta sobre la importancia de acudir a sus próximas valoraciones en consulta externa, la importancia del apego terapéutico, y se explica la función que tiene cada medicamento prescrito a su egreso hospitalario. Restricciones y datos de alarma así como recomendaciones generales con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se explica además, las implicaciones y los riesgos de un embarazo posteriores a la cirugía y debidas a su condición, las recomendaciones para un embarazo seguro debido a que no descarta la idea de un embarazo en el futuro. Se realiza un plan para el inicio de actividad física segura mientras se programa para iniciar protocolo de rehabilitación cardiaca en el INCICH. Se elabora material visual y se entrega a la persona para su mejor

Seguimiento:

- ✓ Consulta externa de cardiopatías congénitas del adulto.
- ✓ Consulta externa a clínica de anticoagulación.

Tratamiento Médico:

- ✓ Bisoprolol 2.5 mg VO cada 12 hrs.
- ✓ Acenocumarol 4 mg (Durante 3 meses)
- ✓ Furosemide 40 mg VO cada 24 hrs.

Restricciones:

- × Alcohol
- × Tabaquismo
- × Cafeína
- × Drogas
- × Bebidas energéticas

Recomendaciones por Necesidades:

OXIGENACIÓN

- Ejercicios respiratorios mediante el uso de inspirómetro.

ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN

- Una buena nutrición es fundamental para una buena recuperación.
- Comer en pequeñas porciones varias veces en el día ya que las grandes comidas someten al corazón a un gran esfuerzo que puede ser perjudicial.
- Descanse luego de cada comida.
- Evitar el exceso de cafeína. Ésta aumenta el trabajo cardíaco y puede provocar arritmias.
- No hacer dieta para adelgazar.
- Llevar una dieta rica en proteínas principalmente carne y pescado, nueces, habas.
- Incluir en la alimentación diaria frutas, verduras, granos y cereales.
- Acudir con especialista en Nutrición para una dieta más específica (Mediterránea).

ELIMINACIÓN

- No debe existir ningún problema para evacuar u orinar. Observar características y coloración anormal (sangre) y acudir a atención medica en caso de presentarlo.

TERMORREGULACIÓN

- Tomarse temperatura diaria durante los primeros 10 días, si presenta fiebre (temperatura mayor a 37.5°C) asista a consulta médica ya que puede tratarse de algún proceso infeccioso.

HIGIENE

- Vigilar signos de infección hasta que las heridas cicatricen por completo. Una suave picazón, enrojecimiento, adormecimiento o dolor son normales en la cicatrización.
- No se alarme ante un mínimo movimiento o claqueo del esternón al moverse o girar. Es normal las primeras 6-8 semanas luego de la cirugía.
- No intente retirar los puntos de sutura. Éstos se reabsorberán espontáneamente. Si detecta la punta de un hilo que asoma a través de la herida, déjela tal cual está.

- Mantenga sus heridas limpias y secas hasta que cicatricen. Puede mojarlas mientras se ducha, lavarlas con agua y jabón neutro. Secar suavemente sin fricción. No coloque lociones, perfumes, talcos, ni cremas sobre sus heridas.
- No exponga sus heridas al sol ya que pueden quemarse con facilidad. Si se encuentra a la intemperie, cúbralas con ropa liviana hasta que cicatricen. Luego de haberse completado la cicatrización utilice protector solar sobre las mismas. La exposición solar puede oscurecer las cicatrices.

MOVILIDAD

- Aumentar actividad física de manera gradual de 4 a 8 semanas, evitar esfuerzos excesivos
- Primeras semanas: camine cerca de casa. Cuando salga por primera vez, hágalo con un acompañante. Empiece con circuitos cortos todos los días. Aumento de 200 metros por semana.
- Con cualquier tipo de actividad física, recuerde iniciarla lentamente e incrementar gradualmente su intensidad, finalice su actividad también gradualmente para permitirle a su corazón y músculos paulatinamente regresar a su estado normal.
- Evite el ejercicio los días de mucho frío, salga con abrigo y en las horas más templadas, así mismo evite el ejercicio los días de intenso calor. Preferir las horas más frescas.
- Evitar el trabajo pesado (lavar ropa, barrer pisos, mover muebles, etc), actividades que requieran aguantar la respiración o tensar el cuerpo (levantar ventanas o persianas, etc). Levantar, empujar, tirar cualquier objeto que pese más de 5kg (alzar niños o mascotas, bolsas de compras, etc), actividades que requieran mantener los brazos por sobre la cabeza o detrás del cuerpo por tiempo prolongado (limpiar ventanales).
- No apoyarse en los brazos para incorporarse en la cama o levantarse de una silla.
- No subir escaleras rápidamente.
- Es recomendable iniciar con un programa de rehabilitación cardiovascular dentro de un mes.
- Si presenta cualquier tipo de molestia en el tórax, sensación de opresión en el pecho, cuello, mandíbula, hombros, brazos, muñecas, boca de estómago o espalda, mareos, sensación de malestar general, falta de aire, fatiga excesiva, adormecimiento o cosquilleo en manos o piernas, trastornos visuales, sudoración fría o excesiva, náuseas o vómitos o palpitaciones suspenda inmediatamente la actividad física.

SEGURIDAD/ PROTECCIÓN

- Tomar únicamente la medicación prescrita y no suspender hasta la próxima cita o término del tratamiento prescrito.
- No omitir la toma de su medicación anticoagulante. Esté alerta ante cualquier sangrado de encías, nariz, en evacuaciones o en orina. Si esto se presenta asista a atención médica.
- Para el manejo del control del dolor será necesario tomar su medicamento con el horario establecido, es normal percibir algo de dolor y malestar luego de una cirugía cardíaca. Puede tener dolor en sus hombros, en el dorso entre sus escápulas, o en las heridas.

DESCANSO Y SUEÑO

- Evitar distractores y entorno que imposibilite el descanso.
- Procurar mantener un patrón de sueño de 6 a 8 hrs diarias.
- Tanto el reposo como la actividad física son necesarios para lograr la recuperación. Inicialmente podrá tener dificultades en conciliar el sueño o despertará a la mitad de la noche. Durante las primeras 4-6 semanas su resistencia física estará disminuida. Tómese pequeños momentos de descansos a lo largo de todo el día.
- Mantener confort para favorecer el descanso.
- En caso de dificultad para conciliar el sueño utilizar alternativas de relajación como aromaterapia y musicoterapia.

COMUNICACIÓN

- Mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud multidisciplinario ante cualquier duda y orientación.
- Tener estrecha comunicación con los miembros de su familia para que conozcan su tratamiento y/o posibles complicaciones.

CREENCIAS Y VALORES

- Solicitar apoyo religioso si lo cree necesario.

APRENDIZAJE

- Si surgen dudas acerca de su padecimiento, tratamiento, plan de alta o alguna inquietud respecto a su salud acuda a su centro médico mas cercano y/o comunicarse con L.E.O. Roberto Alavez Ramírez al teléfono 4611271487.

TRABAJO Y AUTORREALIZACIÓN

- Comience muy gradualmente con las actividades del hogar y las actividades que llevaba a cabo antes de la cirugía.

VESTIR

- Usar ropa ligera, fresca, de preferencia de algodón.
- Realizar cambio de ropa diario.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

- Es normal tener algo de ansiedad por normalizar la vida sexual, es seguro reiniciarla tan pronto se sienta en condiciones.
- Aproximadamente 3 semanas luego de la cirugía podrá reasumir su vida sexual en forma progresiva, aguarde hasta sentirse física y emocionalmente lista.
- No sentirse presionado a que todo "sea como antes" el primer día.
- Esperar 2 o 3 horas luego de haber comido
- Usar posiciones sexuales que demanden menor esfuerzo (cuide su esternón).
- Si aparecen síntomas cardiovasculares suspender la actividad sexual.

Datos de alarma

- Lipotimia
- Dificultad para respirar
- Hinchazón en piernas
- Palpitaciones
- Fatiga
- Desvanecimiento
- Fiebre
- Sangrado
- Dolor de pecho
- Observar herida abierta

Embarazo

El embarazo implica una serie de cambios fisiológicos en el sistema cardiovascular que se inician en el primer trimestre, alcanzan su máximo al final del segundo e inicio del tercero, pero se prolongan dos meses después del parto, cambios que ante la presencia de una cardiopatía pueden ser mal tolerados y conducir al desarrollo de complicaciones como un descenso de las resistencias vasculares sistémicas, incremento progresivo del gasto cardiaco, incremento del volumen plasmático y en menor proporción del volumen de glóbulos rojos, hipercoagulabilidad sanguínea que incrementa el riesgo tromboembólico.

Estos cambios hemodinámicos pueden exacerbar los problemas que se asocian con enfermedades congénitas. Varias intervenciones que se practican no son curativas, por lo que a largo plazo pueden desarrollar trastornos del ritmo, insuficiencia cardiaca y muerte súbita. Los profesionales de la salud deben estar conscientes de los riesgos y ofrecer información precisa, a las mujeres en edad reproductiva acerca del estado funcional materno, las lesiones cardiacas subyacentes, riesgo de complicaciones cardiacas durante el embarazo, riesgo de intervenciones futuras paliativas o curativas, riesgo obstétrico, factores de riesgo adicionales, esperanza de vida y riesgo de que los descendientes tengan malformaciones cardiacas.(40)

ACTIVIDAD FÍSICA

Iniciar actividad física 4 semanas posteriores a la cirugía. A partir del 17 de Julio del 2021.

Iniciar la primera semana en compañía de familiar y cerca de casa.

Aumentar paulatinamente la intensidad aumentando la velocidad y el tiempo de caminata durante 4 a 8 semanas.

- ▶ META: Al menos 150 minutos a la semana de ejercicio moderado (30 min/ 5 días/ semana) o 75 minutos a la semana de ejercicio aeróbico vigoroso (15 min/ 5 días/ semana), o una combinación de ambos.

Enseñanza sobre la importancia de los componentes de prescripción del ejercicio: frecuencia, intensidad, tiempo, tipo de ejercicio y progresión.

Enseñanza de los puntos de seguridad antes de realizar el ejercicio:

1. Sentirse bien
2. Ayuno de 90 minutos
3. Tomar los medicamentos
4. No tener síntomas cardiovasculares agudos: dolor de pecho, palpitaciones, adormecimiento de brazos, disnea, etc.
5. No tener enfermedades agudas: fiebre, diarrea, cefalea, dolor de muelas, etc.



Enseñanza de la escala de Borg, su uso y signos para suspender el ejercicio.

Realizar ejercicios de calentamiento. Caminata leve durante 5 minutos.

Iniciar con caminatas a intervalos cortos de 10 minutos a intensidad moderada (esfuerzo regular en escala de Borg). De 5 a 7 días a la semana, progresar tiempo hasta mínimo 30 minutos diarios

Enfriamiento. Caminata leve durante 5 minutos. Ejercicios de estiramiento.

CUIDADOS EN EL HOGAR

Recomendaciones generales para los cuidados en el hogar

Consultas subsecuentes

- Consulta externa en cardiopatías congénitas del adulto
- Consulta externa en clínica de anticoagulación

Tratamiento médico

1. Bisoprolol 2.5 mg VO c/12 hrs
2. Acenocumarol 4 mg VO c/24 hrs (3 meses)
3. Furosemida 40 mg VO c/24 hrs

Oxigenación

Realizar ejercicios respiratorios con inspirómetro cada 2 horas

Colóquese la boquilla del inspirómetro en la boca asegurando hacer un buen sellado, saque el aire normalmente e inspire lentamente.

Alimentación

Llevar una dieta rica en proteínas (carne y pescado, nueces, habas), incluir frutas, verduras, granos integrales y cereales; aceite de olivo. Acudir con especialista en Nutrición para una dieta más específica (Mediterránea).

No consumir alimentos ricos en vitamina K como verduras de hoja verde (espinacas, espárragos, brócoli, col, acelgas, remolacha)

Eliminación

No debe existir ningún problema para evacuar u orinar. Observar características y coloración anormal (sangre) y acudir a atención médica en caso de presentarlo.

Termorregulación

Tomarse temperatura diaria durante los primeros 10 días, si presenta fiebre (temperatura mayor a 37.5°C) asista a consulta médica ya que puede tratarse de algún proceso infeccioso.

Higiene

Baño diario, usar jabón neutro para el aseo de heridas. Observar datos de infección como enrojecimiento, salida de pus, caliente al tacto, dolor o molestia al tocar.

Movilidad

- Iniciar actividad física en 4 semanas
- Evitar realizar esfuerzos excesivos (lavar, barrer, mover muebles)
- No cargar cosas pesadas (alzar niños, bolsas de compra, etc.)
- No subir escaleras rápidamente.
- Iniciar lo antes posible programa de rehabilitación cardíaca en el Instituto Nacional de Cardiología.

Seguridad

- Tomar únicamente la medicación prescrita y no suspender.
- No omitir la toma de su medicación anticoagulante. Esté alerta ante cualquier sangrado de encías, nariz, en evacuaciones o en orina.

Descanso

- Procure dormir de 6 a 8 horas diarias
- Tome pequeños momentos de descansos a lo largo de todo el día
- Trate de descansar en entornos tranquilos, sin ruidos o distractores

Comunicación

- Mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud multidisciplinario ante cualquier duda y orientación.
- Tener estrecha comunicación con los miembros de su familia para que conozcan su tratamiento y/o posibles complicaciones.

Creencias

Solicite apoyo religioso si lo cree necesario, interactúe con su familia, amigos, vecinos.

Acuda a sesiones de apoyo psicológico en su unidad de salud mas cercana.

Ante cualquier duda puede comunicarse con:
L. E. O. Roberto Alavez Ramirez: 4611271487

Aprendizaje

Si surgen dudas acerca de su padecimiento, tratamiento, plan de alta o alguna inquietud respecto a su salud acuda a su centro médico mas cercano y/o comunicarse con L.E.O. Roberto Alavez Ramirez al teléfono 4611271487



Trabajo

Comience gradualmente con las actividades del hogar, evite realizar grandes esfuerzos.



Vestido

Usar ropa ligera, fresca, de preferencia de algodón.

Realizar cambio de ropa diario.



Sexualidad

- Es seguro reiniciar la vida sexual tan pronto se sienta en condiciones.
- Aproximadamente 3 semanas luego de la cirugía podrá reasumir su vida sexual en forma progresiva, aguarde hasta sentirse física y emocionalmente lista.
- Usar posiciones sexuales que demanden menor esfuerzo (cuide su esternón).
- Si aparecen síntomas cardiovasculares suspender la actividad sexual.



EMBARAZO



Las enfermedades cardiacas en el embarazo es un problema grave: es la primera causa de mortalidad materna de causa no obstétrica. Los cambios que ocurren durante el embarazo son bien tolerados por la mujer sana pero pueden descompensar el corazón de una mujer cardiopata y provocar un alto grado de morbilidad. Las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo son arritmias y falla cardiaca derecha, tromboembolia y muerte; además del alto riesgo de aborto, prematuridad, bajo peso al nacer y cardiopatia congénita fetal.

Una mujer cardiopata que desea o tiene un embarazo necesita un control estricto que va desde una preparación antes del embarazo, durante y tengan un parto en centros especializados de tercer nivel de atención, bajo la supervisión de un equipo multidisciplinario.

PLAN ACTIVIDAD FÍSICA A PARTIR DEL 17 DE JULIO DEL 2021



Iniciar la primera semana en compañía de familiar y cerca de casa. Aumentar paulatinamente la intensidad aumentando la velocidad y el tiempo de caminata durante 4 a 8 semanas.

META: Al menos 150 minutos a la semana de ejercicio moderado (30 min/ 5 dias/ semana) o 75 minutos a la semana de ejercicio aerobico vigoroso (15 min/ 5 dias/ semana), o una combinacion de ambos.

Puntos de seguridad antes de realizar el ejercicio:

1. Sentirse bien
2. Ayuno de 90 minutos
3. Tomar los medicamentos
4. No tener síntomas cardiovasculares agudos: dolor de pecho, palpitaciones, adormecimiento de brazos, disnea, etc.
5. No tener enfermedades agudas: fiebre, diarrea, cefalea, dolor de muelas, etc.



Datos de

¡ALARMA!

- Molestia en el pecho
- Sensación de opresión en el pecho, cuello, mandíbula, hombros, brazos, muñecas, boca de estómago o espalda
- Mareos
- Sensación de malestar general
- Falta de aire
- Fatiga excesiva
- Adormecimiento o cosquilleo en manos o piernas
- Trastornos visuales
- Sudoración fría o excesiva
- Náuseas o vómitos
- Palpitaciones
- Hinchazón en piernas
- Desmayo
- Fiebre
- Sangrado de herida

ANTE CUALQUIERA DE ESTOS DATOS ACUDA INMEDIATAMENTE A SU HOSPITAL MAS CERCANO

1. Realizar ejercicios de calentamiento. Caminata leve durante 5 minutos.
2. Iniciar con caminatas a intervalos cortos de 10 minutos a intensidad moderada (esfuerzo REGULAR en escala de Borg). De 5 a 7 dias a la semana, progresar tiempo hasta minimo 30 minutos diarios
3. Enfriamiento. Caminata leve durante 5 minutos. Ejercicios de estiramiento.

Escala de Borg

Muy, muy ligero	6 7	
Muy ligero	8 9	
Ligero	10 11	
Regular	12 13	
Pesado	14 15	
Muy pesado	16 17	
Muy muy pesado	18 19 20	

Escala para medir el esfuerzo físico percibido

Ante cualquier duda puede comunicarse con:

L. E. O. Roberto Alavez Ramirez: 4611271487

Anexo 6. Tercera valoración focalizada 05 de Agosto de 2021 (Telefónica)

Ficha de identificación

Nombre María de Jesús Martínez Servicio _____ Registro 374196 Fecha 05/08/21 Hora 17:00

1. Necesidad de Oxigenación Sin alteraciones. No refiere tener dificultad para respirar ni molestias torácicas. Datos subjetivos _____
2. Necesidad de Alimentación/Hidratación Refiere llevar la dieta indicada, no consume verduras de hoja verde. No se le realizó dieta personalizada, refiere solo un tríptico con las recomendaciones de lo que debe y no debe consumir. Datos subjetivos <u>"Trato de comer lo mas parecido a la dieta que me recomendaron"</u>
3. Necesidad de Eliminación Independiente. Orina 4 a 5 veces al día, sin molestias a la micción. Orina amarillo claro, Evacúa de 1 a 2 veces al día, de consistencia normal. Datos subjetivos _____
4. Necesidad de Termorregulación Independiente Datos subjetivos _____
5. Necesidad de Higiene Trata de realizar baño diario. Refiere herida quirúrgica completamente cicatrizada Datos subjetivos <u>" a veces por el frío me baño un día si y otro día no"</u>
6. Necesidad de Movilidad Independiente Datos subjetivos _____
7. Necesidad de Seguridad y Protección Anticoagulante oral (Acenocumarina) Datos subjetivos _____
8. Necesidad de Descanso y sueño Duerme aproximadamente 9 hrs, por la tarde ya no realiza siestas Datos subjetivos _____
9. Necesidad de Comunicación Sin limitación. Datos subjetivos _____
10. Necesidad de Vivir según creencias y valores Datos subjetivos _____

<p>11. Necesidad de Aprendizaje Refiere tener dudas respecto a su actividad física.</p> <p>Datos subjetivos "tengo consulta hasta Noviembre y no sé si ya puedo realizar más actividades y que tipo de actividades puedo realizar ahora"</p>
<p>12. Necesidad de Trabajar y Autorrealizarse</p> <p>Datos subjetivos</p>
<p>13. Necesidad de Elegir ropas adecuadas</p> <p>Datos subjetivos</p>
<p>14. Necesidad de Realizar actividades recreativas, sexualidad y reproducción</p> <p>Datos subjetivos</p>
<p>Datos Complementarios</p> <p>Se programa visita domiciliaria para Septiembre. Pendiente confirmar día y hora.</p>

Enfermera(o) L.E.O. Roberto Alavez Ramírez

Anexo 7. Segunda valoración exhaustiva 23 de Octubre de 2021 (Visita domiciliaria)

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHÁVEZ HOJA DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR																					
I. DATOS DE IDENTIFICACION																					
Nombre	María de Jesus Martínez G	Sexo	Fem	Edad	23 año	Servicio		Hogar	No. Cama	Registro	374196										
Institución	INC	Escolaridad	Primaria incompleta	Estado civil	Unión libre	Ocupación					Ama de casa										
Lugar de procedencia	San Salvador Milpa alta, CDMX			Fecha	23 de Octubre de 2021																
II. DATOS SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL																					
a) ESTRUCTURA FAMILIAR																					
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Aportación económica																	
Juan Galicia Aniceto	33	Esposo	Albañil	\$3900																	
Marisol Galicia Martínez	7	Hija	Estudiante	---																	
Maximiliano Galicia Martínez	3	Hijo	-----	---																	
III. HISTORIA DE SALUD																					
Motivo de la consulta	<u>Seguimiento domiciliario.</u>																				
Dx Médico reciente	PO. Redirección del flujo del VI a la aorta con cierre de CIV c/ prótesis de pericardio bovino + resección infundibular + plicatura posterior y resección anterior de ambas ramas pulmonares + remodelación del tracto de salida de ventrículo derecho con prótesis pericárdica bovina y colocación de prótesis biológica valvular pulmonar.																				
Antecedentes de salud de la persona (alergias, cirugías)	<u>Cesárea hace 7 años. Requirió de transfusión sanguínea.</u>																				
Antecedentes de salud familiar	<u>Negados</u>																				
Antecedentes de estudios recientes																					
Tratamientos prescritos	<u>Acido acetil salicílico 100 mg vía oral cada 24 hrs. Desde el 1 de Octubre único medicamento.</u>																				
1. NECESIDAD DE OXIGENACION																					
Area pulmonar																					
FR	<u>16</u>	resp x min	Dificultad para respirar:	Apnea	<input type="checkbox"/>	Disnea:	Si	No	Clase funcional NYHA:	I	II	III	IV								
Secreciones bronquiales:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Características																
Dificultad para la expectoración:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Epistaxis	<input type="checkbox"/>															
Ruidos respiratorios:	Normales	Vesicular	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Broncovesiculares	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Roce pleural	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Fuma Usted:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuanto tiempo lleva fumando?	-----						Cuantos cigarrillos al día?	-----								
Suplemento de O ₂ :	Nebulizador	-----	O ₂	Catéter nasal	-----	Lts x min	-----	Sat O ₂ :	<u>94%</u>												
Ventilación mecánica:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Invasiva	<input type="checkbox"/>		No invasiva	<input type="checkbox"/>		# de cánula	-----	Modalidad:	-----							
Vol. Corr:	-----	FI _{O2} :	-----	Flujo:	----	P. soporte:	----	PEEP	-----	Sensibilidad	----										
Gasometría arterial	Hora	-----	PO ₂	-----	PCO ₂	-----	pH	-----	HCO ₃	-----											
Gasometría venosa	Hora	-----	Parámetros	-----																	
Color de piel y mucosas:	Palidez	<input type="checkbox"/>	Cianosis central	<input type="checkbox"/>	Cianosis periférica	<input type="checkbox"/>	Otros:	-----													
Control radiológico:	Normal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>																
Congestión pulmonar	<input type="checkbox"/>	Infiltrados	<input type="checkbox"/>	Foco neumónico	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>	Atelectasia	<input type="checkbox"/>												
Datos subjetivos:																					
Area Cardiopulmonar																					
Fc:	<u>79</u>	Lat x min	Presión arterial:	<u>125/68 mmHg</u>	M:	<u>87 mmHg</u>	Pulso (anotar características):	N=Normal	D= Débil	P=Paradójico	A=Ausente										
PANI	<u>Sí</u>	Invasiva	-----																		
Perfil Hemoc inámico:	Carotídeo	<u>N</u>	Humeral	<u>N</u>	Radial	<u>N</u>															

Popíteo N Pedio N Femoral N

Llenado capilar: Miembro torácico. 2 seg Miembro pélvico. 3 seg Ingurgitación yugular: Si No
Dolor precordial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tipo de dolor: ----- Irradiación: -----
Hepatomegalia Si No Presenta dolor a la palpación Si No
Edema: Si No Sitio: _____ + ++ +++ ++++
Acrocianosis M.Torácicos + ++ +++ ++++ M.Pélvicos + ++ +++ ++++

Marcapasos: Si No Temporal Definitivo
Frecuencia _____ Amperaje _____ Sensibilidad _____
Datos subjetivos: _____

Trazo ECG

Ritmo Alteraciones:

Soporte Cardiaco: Si No Inotrópicos: Si No

Otros: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

I dependencia

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 58 kg Talla: 1.55 mts Índice de masa corporal (IMC): 24.1 kg/mt² Diámetro cintura: 89 cm

Coloración de la piel Rosada Características del cabello Lacio, largo

Días a la semana que consume:

Carne roja (res, cerdo) 1 Carne blanca (pollo, pescado) 2 Verduras 2 Frutas 1 Cereales 3 Lácteos 7 Leguminosas 2 Vegetales 1

Cantidad de:

Sal Azúcar Nº de tortillas 3 Pan blanco 2 pzas Pan dulce veces por día a la semana

Agua natural 2 Litros por día Agua con frutas naturales 1 Litros por día Aguas con sabores artificiales 1/2 Litros por día

Gaseosas 0 por día Café 0 por día Té 1 por día

Consumo golosinas: Si No En caso afirmativo:

Frituras 1 por día _____ a la semana Dulces _____ veces por día _____ a la semana

Comidas que realiza al día en casa: 3 Comidas que realiza fuera de casa 0

En caso de ingerir alimentos fuera de casa: ¿Cuáles son los más frecuentes?

Como considera su alimentación (cantidad y calidad)

Suficiente "pero a veces no me lleno, me quedo con hambre pero trato de seguir el tríptico que me dieron de las porciones que debo comer"

Estado de la cavidad oral:

Mucosa oral Hidratada Dentadura Completa Incompleta

Caries Si Uso de prótesis dental: _____

Datos subjetivos: No lleva control odontológico

Dependencia

Independencia



3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Patrón urinario: Frecuencia: 5 Veces al día Características Amarillo claro

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Orina intermitente

Color: Normal Hematúrica Coliúrica Otros _____ Uso de diuréticos Si No

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo/orinal Pañal Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis

Patrón intestinal Frecuencia habitual 2 veces al día

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Características Acolia Melena Mucoide Pastosa Líquida c/sangre fresca Fétida

Acompañamiento al sanitario Proporcionar cómodo Pañal Uso de laxantes Si No

Dispositivos de drenaje _____ Menstruación Vol Alto Medio Bajo FUM _____

Datos subjetivos Se aguanta ir al baño por las noches, refiere infección de vías urinarias el 5 de Octubre y acudió a médico particular.

Dependencia

Independencia

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura 36.2 Normotermia Hipotermia Hipertermia Diaforesis Si No

Datos subjetivos

Dependencia

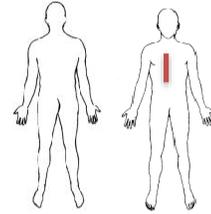
Independencia

5. NECESIDAD DE HIGIENE

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma
Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integra Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

1. Quirúrgica Infectada Dehis en e
 2. Úlcera por presión I II III IV Infectada
 3. Úlcera venosa I II III IV Infectada
 4. Úlcera diabética I II III IV Infectada
 5. Otra Infectada



Localización: Esternon

Dependencia

Independencia

6.

NECESIDAD DE MOVILIDAD

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón
Movilidad en cama: Se mueve solo Suplencia total: Inmóvil
 Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

7. NECESIDAD DE SEGURIDAD

Dolor No Si Localización: _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Etapas de la vida (neonato, lactante mayor o menor, preescolar, escolar, adulto joven, adulto mayor, vejez) Adulto Joven
Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Obnubilado Desorientado
Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción Si No **Valoración de Norton** _____
Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras Ninguna
 Uso de anteojos y lentes de contacto Si No Uso de dispositivos auditivos Si No Uso de prótesis en extremidades Si No
Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso
Factores de riesgo: HAS DM Obesidad Síncope Arritmias INR
 Sufre o ha sufrido de lipotimia: Si No Riesgo laboral: _____ Adicciones: _____
 Cocina con leña o carbón Si No Ingesta de bebidas alcohólicas Si No Frecuencia: _____ Maneja automóvil Si No
 Se sabe portador de: Prótesis valvulares cardíacas Válvula pulmonar biológica Marcapasos definitivo Si No
 Desfibrilador interno Si No Endoprótesis vasculares Si No
Ingiere alguno de los siguientes medicamentos:
 Anticoagulantes orales Si No Antihipertensivos Si No Betabloqueadores Si No Ansiolíticos Si No
 Antidepresivos Si No Hipoglucemiantes Si No Insulina de acción rápida o intermedia Si No
 Datos subjetivos: Antiagregante plaquetario (Aspirina 100 mg)

Dependencia

Independencia

8. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien Si No En caso negativo ¿cuál es la causa? Molestias torácicas Nº de horas 8 1/2
 ¿Se despierta con frecuencia? Si No En caso afirmativo ¿cuál es la causa? "Siento palpitaciones de repente"
 Duerme durante el día Si No
 Necesita algún facilitador del sueño como Música Masaje Lectura Medicamentos
 Tipo de medicamentos _____ Su entorno le favorece el reposo y sueño Si No
 La estancia en el hospital le produce ansiedad? Si No
 Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Su comunicación es: **Clara** Confusa Afásica Incapaz
 Limitaciones físicas para la comunicación: Ninguna
 Se expresa en otra lengua Si No Cuál? Mazateco
Manifiesta:
 Emociones y sentimientos **Temores** Problemas sociales Le cuesta pedir ayuda Le cuesta aceptar ayuda
 Cómo se concibe (Autoconcepto) _____

Expresa Ud con facilidad sus sentimientos y pensamientos? Si No En caso negativo ¿por qué? _____
¿Cree que es tomado en cuenta para las decisiones familiares? Si No
¿Cómo ha afectado su enfermedad la relación de pareja, familiar y comunal? "Un poco, apenas estoy empezando a realizar mas actividades, hago de comer, hago aseo en la casa". "Ya me canso menos al caminar"

De acuerdo a su percepción ¿cuáles son sus principales valores? -----

Tipo de relación (E: Excelente B:Buena R: Regular M: Mala)

Familia E B R M Vecinos E B R M Compañeros de Trabajo E B R M

Utiliza mecanismos de defensa (ira, miedo, negación, evasión)

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN CREENCIAS Y VALORES

Pertenece algún grupo religioso o asociación? Si No Cuál? Católica

Solicita apoyo religioso Si No Asiste a actividades religiosas Si No Cada cuando? _____

Sus creencias: **Le ayudan** No ayudan No interfieren

Le preocupa el hecho de disminuir sus actividades por su estado de salud? Si No

Dependencia

Independencia

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso Si No Conoce su padecimiento Si No Conoce su tratamiento Si No

Tiene inquietudes sobre su salud Si No Cuál? "me preocupa la salud de mis hijos, como darme cuenta que no tengan la misma enfermedad?", "¿es suficiente ya con solo una medicina?"
"¿hasta cuándo podré hacer actividades más pesadas?"

Conoce los signos de alarma de su padecimiento? Si No

Datos subjetivos No tiene dieta personalizada por profesional en nutrición, sigue tratando de llevar las recomendaciones que le dieron al egreso pero por el aumento de actividad es insuficiente.

Tiene inquietud sobre sus hijos, le comentaron que podría ser hereditario.

Dependencia

Independencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y AUTORREALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente Si No Su trabajo le proporciona satisfacción Si No

Su estado de salud le impide hacer cosas que le gustaría realizar Si No

Se siente satisfecho en estos momentos con los que realiza actualmente Si No

Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales Si No

Datos subjetivos "Quisiera ayudar mas en la casa pero mi esposo no quiere que haga aun muchos esfuerzos hasta mi próxima cita al hospital"

Dependencia

Independencia

13. NECESIDAD DE ELEGIR ROPAS ADECUADAS

Requiere de apoyo para vestirse? Si No Tipo de ropa que le gusta usar "Normalmente uso pants o pantalón de mezclilla, tenis y una blusa cómoda"

El cambio de ropa cada cuando lo realiza? Diario

La forma de vestir es adecuada al lugar y las circunstancias? Si No

Datos subjetivos _____

Dependencia

Independencia

14. NECESIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué actividad realiza en su tiempo libre? "Voy al mercado, trato de ayudarle a mi suegra a algunas cosas en la casa, cuido a mis hijos"

Cuál es su diversión preferida? -----

Su estado de salud modificó su forma de divertirse? Si No La distribución de su tiempo es equilibrada entre trabajo y recreación Si No

Etapa reproductiva Si No Menarca 14 años Uso de método para control natal Implante

Nº embarazos 2 Eutócicos 2 Cesáreas 1 Abortos Óbitos

Vida sexual activa Si No En caso afirmativo son consideradas satisfactorias? Si No Con que lo relaciona? _____

Andropausia Si No Menopausia Si No

Apoyo hormonal Si No Cuál en caso afirmativo? _____

Datos subjetivos "¿puedo tener relaciones con mi marido normalmente?"

Dependencia

Independencia



Anexo 8. Escala de Phaneuf. Niveles de dependencia - independencia

I N D E P E N D E N C I A	_____ 1 El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	_____ 2 Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	_____ 3 Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente	_____ 4 Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis	_____ 5 Debe contar con otro para hacerlo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	_____ 6 Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades	D E P E N D E N C I A
---	---	--	--	--	---	---	---

Fuente: Enfermería Universitaria 2013;10(3):105-111

Anexo 9. Visita domiciliaria

