

Estudio de caso

Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita

E.E.I. Erika Rossi Díaz Benítez*

* Jefa de Enfermeras del Servicio de Cardiología Adultos "A" del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Introducción: Los cuidados de enfermería y el concepto de salud-enfermedad han evolucionado en el tiempo por factores sociales, políticos, económicos y religiosos; demandando la profesionalización de enfermería y una transición hacia la mejora de sus intervenciones con la perspectiva bio-psicosocial y espiritual de la persona; basadas en el conocimiento teórico, científico y humano que garantice la atención de calidad y calidez del cuidado enfermero especializado. **Objetivo:** Identificar las necesidades básicas alteradas de un lactante menor con cardiopatía congénita y elaborar un proceso enfermero con el enfoque de Virginia Henderson. **Metodología:** Se realizaron las siguientes acciones; elección del lactante en el servicio de cardiotorax del Instituto Nacional de Pediatría (INP); solicitud del consentimiento informado de la madre; revisión bibliográfica extensa para la construcción del marco teórico; valoración de enfermería con el formato para evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años del INP; jerarquización de necesidades basada con el Modelo de Virginia Henderson, elaboración de diagnósticos enfermeros, planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería bajo el rigor ético pertinente, y la evaluación del resultado. **Conclusiones:** El proceso enfermero es el método ideal para la detección oportuna

de las necesidades humanas alteradas, permite establecer intervenciones especializadas que garantizan una atención segura y cálida en el entorno del ser humano.

Palabras clave: Cuidados especializados, enfermería, Virginia Henderson, cardiopatía congénita, neurodesarrollo, ser biopsicosocial-espiritual.

ABSTRACT

Introduction: Nursing cares and the concept of health-disease have evolved along time because of social, political, and religious factors. There is a demand for nursing professionalization and a transition towards improvement in its interventions with human beings under a bio-psychosocial and spiritual perspective. The aforementioned fact should be based upon a theoretical, scientific and human fact which may assure quality attention and warm care from the specialized nursing care. **Objective:** To identify altered basic needs in a nursing baby and create a nursing process following Virginia Henderson's approach. **Methodology:** It was performed the following actions: election of the nursing infant at the Cardiothoracic Service in the National Institute of Pediatrics (NIP); requirement of mother's informed consent; extensive literature review for the construction of the theoretical frame; nursing evaluation with the form for the evaluation of basic needs in infants from zero to five years old at the NIP; need hierarchy ranking based upon Virginia Henderson's Model, creation of nursing diagnosis, planning and execution of specialized interventions under appropriate medical strictness, and the evaluation of results. **Conclusions:** The nursing process is the ideal method for the timely detection of altered human necessities, which allows establishing specialized interventions that guarantee safe and warm attention in human background.

Key words: Specialized cares, nursing, Virginia Henderson, congenital cardiopathy, neural development, biopsychosocial-spiritual being model.

Recibido para publicación: junio 2010.
 Aceptado para publicación: mayo 2011.

Dirección para correspondencia:
 E.E.I. Erika Rossi Díaz Benítez
 Juan Badiano Núm. 1, Sección XVI, 14080, Tlalpan, D.F.
 Tel. 55-73-29-11 Ext. 1335.
 E-mail: rosy@hotmail.es

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado en el tiempo; el siglo XIX fue la época en donde las religiosas otorgaban los cuidados, hasta la llegada de Florence Nightingale y la creación de la primera escuela de enfermeras el concepto de la enfermería cambió.¹ En esta evolución constante se promulgó a la enfermería como profesión desde 1915, hasta la creación de las especialidades en enfermería. La profesionalización enriquece el conocimiento de la enfermera por medio de la investigación, la docencia y la práctica asistencial en donde adquiere la habilidad analítica y crítica para la toma de decisiones; logrando así la excelencia en el desempeño profesional científico, humano, ético y la responsabilidad de su función social como profesional de la salud. El proceso enfermero dirigido con alguna teoría de enfermería se convierte en el instrumento eficaz para la organización del cuidado seguro, oportuno, profesional y sobre todo especializado y evidencia la profesionalización en enfermería.

MARCO CONCEPTUAL

La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita en donde la válvula tricúspide presenta adosamiento de los velos valvulares al endocardio ventricular derecho ocasionando una "auriculización" del ventrículo derecho (VD) ya que el orificio valvular se desplaza hacia la porción apical de dicho ventrículo y ocasiona un VD hipoplásico.² Puede ser discreta con poca o ninguna manifestación clínica, o ser un defecto grave que pone en peligro la vida. Existe crecimiento de la aurícula derecha, comunicación interauricular que favorece un cortocircuito de derecha a izquierda y como consecuencia insuficiencia tricuspídea, falla ventricular derecha, cianosis, aumentando la precarga, hipertensión arterial pulmonar, regurgitación yugular e insuficiencia cardíaca derecha. El diagnóstico se basa en estudios de gabinete como radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma, cateterismo cardíaco y angiografía; que permiten determinar el grado de cardiomegalia, morfología cardíaca y el crecimiento auricular. El tratamiento médico en la etapa neonatal se dirige a disminuir la presión del ventrículo derecho, la precarga, la cianosis y corregir la acidosis metabólica. Se administran prostaglandinas para mantener el *ductus* abierto hasta que mejore la presión pulmonar y del ventrículo derecho; diuréticos, inotrópicos y asistencia ventilatoria mecánica que asegure el porcentaje de oxígeno en la circulación. Los neonatos graves con VD hipoplásico re-

quieran intervención quirúrgica que se realizará en tres tiempos; primero la técnica de Starnes que consta de cierre de la tricúspide, ampliación de la CIV y creación de una fístula subclavio pulmonar; segundo, un procedimiento de Glenn bidireccional que consiste en la anastomosis de la vena cava superior con la pulmonar y sección de la fístula subclavio-pulmonar; por último el procedimiento de Fontan-Kreutzer que es la anastomosis de la vena cava inferior con la pulmonar y se deberá considerar la posibilidad de un trasplante cardíaco en caso de que las opciones terapéuticas anteriores fracasen.³

Del 20 al 40% de los neonatos con anomalía de Ebstein no sobreviven al mes de vida y menos de un 50% sobreviven hasta los 5 años de vida. En la adolescencia y la edad adulta tienen un buen pronóstico a corto y a mediano plazo posterior a la cirugía, más de un 80% muestran mejoría en cuanto a su capacidad funcional. La detección y control oportuno de los signos de deterioro en el cuadro clínico del niño son momentos cruciales en que la enfermera establece estrategias combinadas entre el cuidado enfermero especializado y la terapéutica médica indicada. A lo anterior se le anexa la necesidad de otorgar apoyo emocional, medidas de bienestar y confort a la persona de acuerdo a la etapa de desarrollo y la interacción de manera activa con la familia y/o cuidador primario durante el proceso para mejorar la calidad de vida del lactante.

Presentación del caso clínico. Juanita de 8 meses, procedente del D.F., nació el 3 de marzo del 2008. Antecedentes: madre 33 años de edad, escolaridad primaria, trabajadora doméstica, aporta el ingreso económico. AGO: G6, P5, C1, A0 (2 muertes al nacimiento hace 7 y 8 años desconociendo la causa); control prenatal irregular, 1ª consulta hasta el 2º trimestre de embarazo por cervicovaginitis; niega ingestión multivitamínica, inmunización prenatal y realización de USG con embarazo normo-evolutivo, presentó ruptura prematura de membranas (40 min.). El padre no vive con ellas. Cuenta con 3 hermanos de 8, 7 y 3 años. Dinámica familiar desintegrada. Producto obtenido por vía abdominal 40 SDG, peso 2.850 kg, talla 49 cm, Apgar 6/7, no llora ni respira al nacer, flacidez, cianosis, bradicardia (100 lat/min), requirió maniobras de reanimación avanzada. Dx. Médico: Anomalía de Ebstein, insuficiencia tricuspídea severa; tratada quirúrgicamente en el INP el 18 de marzo 2008, evolución tórpida por infecciones respiratorias recurrentes, derrame pleural y pericárdico e insuficiencia cardíaca congestiva.

Situación actual: acude al servicio de urgencias del INP ya que el día 25 de octubre de 2008 la madre refiere que posterior al baño e ingesta de leche presen-

ta accesos de tos, vómito en una ocasión e incremento de la cianosis, disnea, pérdida del tono muscular y sin reacción a estímulos.

Primera valoración exhaustiva (03/nov/2008)

Exploración física: al momento hemodinámicamente estable.

Alteración en las necesidades de movilidad y postura se aplica la valoración neuroconductual del desarrollo del lactante (VANEDELA/INP).

Necesidad alterada	Datos objetivos
Moverse y mantener una buena postura	• Posición en rana • Cabeza en gota • No sostiene la cabeza a la sedestación • Manos empuñadas persistentes
Comunicarse	• Se avienta hacia atrás cuando se le intenta levantar • Irritable al tacto • No tiene seguimiento visual a 180° • No tiene el reflejo de alcanzar objetos • Ausencia de vocalización al juego • Comunicación e interacción incompleta • Desarrollo afectado
Trabajar y realizarse	• No balbucea • Falta de actividades para desarrollar el sentido creador y utilizar su potencial • Madre: — Con dificultad en la toma decisiones y control de los acontecimientos — Apática durante la visita a la niña, ya que no le habla, toca o acaricia. — Agresiva a la entrevista y reservada al responder
Jugar y participar en actividades recreativas	• No cuenta con ningún objeto que estimule el desarrollo psicomotriz: juguete y/o música
Aprendizaje	• No se sienta • No come sola • No tiene inquietud por los objetos • La niña ha permanecido hospitalizada desde su nacimiento

Diagnóstico 1. Dificultad en la movilidad física relacionado con retraso psicomotor y neurodesarrollo, manifestado por cabeza en gota y posición en rana.

Objetivo: Juanita realizará actividades psicomotoras normales de un lactante en 2 semanas.

Intervenciones: (05-15/nov/2008):

1. Cepillado corporal céfalo-caudal, frotando y con movimientos circulares.
2. Ejercicios de extensión, flexión, aducción y abducción de las extremidades superiores e inferiores.
3. Presión suave en el costado de su columna en dirección del cuello hacia la cadera.
4. Colocar una mano a la altura de las rodillas y sentarla lentamente.
5. En la posición anterior se toma de la mano y suavemente se levanta para que intente controlar su cabeza.
6. Ofrecer juguetes de un lado y otro para que gire la cabeza, estimulando con la voz y recompensar el logro.
7. Colocar en posición prona con una sabana o polímero en rollo debajo del pecho y motivarla para que levante o gire la cabeza.
8. Presionar con los dedos el dorso de las manos en forma de masajes circulares hasta observar la apertura de la mano.
9. Proporcionar baño de esponja y/o artesa con masaje corporal y estimulación verbal, lubricar la piel del niño con cremas suavizantes y relajantes.
10. Sentarla en la cama con apoyo de una sábana, diario y de acuerdo a tolerancia.

Las actividades 1 a la 8 se realizan una vez al día previo al baño, en serie de 10 repeticiones y duración de 3-5 min.

Evaluación:

El plan de estimulación se inició al 3er día de la captación del caso (05/nov/2008).

El entrenamiento incluyó a la mamá con la entrega de un tríptico con el plan de estimulación.

A los 6 días se observó en la niña: sostén cefálico a la sedestación; movimiento en las extremidades en decúbito ventral; cambios conductuales de la madre con la niña.

Al alta hospitalaria se elaboró un plan de estimulación psicomotriz, dieta, tratamiento médico, signos de alarma y seguimiento de citas.

Segunda valoración focalizada (25/nov/2008)

Necesidad alterada	Datos objetivos
Oxigenación	• T/A: 70/40, FC: 142 Lat /min, FR: 60 resp/min, oximetría de pulso 75%. • Esfuerzo respiratorio, polipneica, cianosis central marcada al esfuerzo. • Oxigenoterapia por campana cefálica c/Fio2 100%, acidosis respiratoria. • Obstrucción de vena cava superior y derrame pleural, por ecocardiograma transesofágico.
Nutrición e hidratación	• Peso: 3.850 kg, talla: 53 cm. • Ayuno, presencia de sonda transpilórica.
Prevención de riesgo	• Nutrición enteral con formula infantil adicionada con hierro y baja en grasas. (24/nov/2008). Suspensión de procedimiento quirúrgico por instalación fallida de catéter central. • Sedación e intubación endotraqueal, extubación programada temprana (25/nov/2008). • Tratamiento vasopresor (adrenalina y vasopresina). • Hipotermia 35.8 °C. • Quilotórax.
Trabajar y realizarse (cuidador primario)	• Madre triste, confundida, preocupada y con dificultad para tomar decisiones.

Diagnóstico 2. *Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio de la ventilación-perfusión, manifestado por incremento del esfuerzo respiratorio, disnea, cianosis.*

Objetivo: Juanita mantendrá el equilibrio ventilación-perfusión a través de actividades que reduzcan el consumo de oxígeno durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones

1. Oxigenoterapia continua al 100%.
2. Auscultación y registro de signos vitales cada 4 h.
3. Registro de oximetría de pulso con y sin oxígeno 1 vez al día.
4. Auscultación de campos pulmonares y de ser necesario, aspiración de secreciones por boca y nariz.
5. Control estricto de líquidos por turno.
6. Vigilancia y cuantificación del líquido del drenaje pleural cada 4 h.
7. Vigilancia del patrón respiratorio FR, coloración de la piel.
8. Vigilar, registrar y controlar datos de dolor.
9. Administrar analgesia en caso necesario, bajo prescripción médica.
10. Administrar broncodilatadores por razón necesaria.

Evaluación:

A pesar de las intervenciones la paciente continuó con inestabilidad hemodinámica, desaturación, ligero esfuerzo respiratorio a la estimulación, irritable al manejo controlado con analgésico.

El 2 de diciembre presenta dificultad respiratoria, aleteo nasal, disociación toracoabdominal, broncoespasmo, sibilancias, estertores gruesos; tratada con broncodilatadores inhalados. Las intervenciones se siguieron hasta el 15 de diciembre y es egresada a su domicilio.

El 18/dic/2008, la madre lleva a la niña al Servicio de Urgencias, refiere evacuaciones recurrentes, micción 3 veces al día, tos que “nunca se le ha quitado”, no ha tenido fiebre. Al momento de la valoración presenta cuadro de tos disneizante y cianotizante sin mejoría a la estimulación. Se observa cianosis central, Silverman Anderson 5, períodos de apnea y se lleva las piernas al pecho (crisis de hipoxia); se instala oxígeno, se administra midazolam intranasal y volumen intravenoso. Se identifica derrame pleural y se instala drenaje pleural; el diagnóstico médico es choque hipovolémico y obstructivo, reportan tiempos de coagulación “cortos” y se inicia heparina en infusión. Veinticuatro horas posteriores presenta hipotensión (40/30) y sangrado a través del drenaje pleural (30 ml) (choque hipovolémico), se suspende heparina y diurético, se inicia adrenalina y vasopresina en infusión, intubación endotraqueal, administración de protamina, transfusión de paquete globular y plasma fresco congelado. Reporte de laboratorio: TP “que no coagula”. A las 22 h presenta bradicardia súbita, proporcionándose maniobras avanzadas de reanimación durante 30 minutos sin respuesta. Hora de defunción 22:30 h. Se intervino en el acompañamiento con el cuidador primario en el momento de la defunción.

DISCUSIÓN

La anomalía de Ebstein es una de las cardiopatías congénitas neonatales más complejas; que por la presencia de alteraciones anatomopatológicas determinan el grado de repercusión hemodinámica, sintomatología, pronóstico y sobrevida en los niños que la presentan; el tratamiento estará dirigido a disminuir la presión del ventrículo derecho, la precarga, la cianosis así como ha de mantener el equilibrio ácido-base; durante el período en que se realiza el tratamiento quirúrgico correctivo. En consecuencia, los niños que nacen con esta patología tienen altas probabilidades de presentar alteraciones en su nutrición secundario a la insuficiencia cardíaca, existiendo retraso en su crecimiento y desarrollo; por la disminución del aporte calórico y el aumento en los requerimientos energéticos. El manejo nutricional en estos casos, es difícil y complejo, relacionado a la restricción de líquidos y a la pobre tolerancia a los alimentos. La evidencia disponible reporta que a pesar de una adecuada ingesta calórica para la edad; el crecimiento se ve comprometido en comparación con aquellos niños sin cardiopatía de la misma edad, lo que deja al niño cardiopata con poca energía disponible para crecer.

Se ha descrito que el personal de enfermería juega un papel importante en la identificación temprana de problemas de salud en los niños, teniendo un impacto significativo en su prevención; por lo que debe hacer uso de instrumentos o valoraciones dirigidas a conocer el grado de crecimiento y desarrollo que tienen los niños; actualmente contamos con la Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante (VANEDELA/INP) que permitió reconocer el grado de retraso en el desarrollo y así implementar las intervenciones adecuadas para mejorar la calidad de vida de Juanita, existiendo una adecuada respuesta. A pesar de ser una valoración para niños de hasta 24 meses de vida, se sabe que este período del crecimiento y desarrollo en el niño es crucial para su adaptación al medio que le rodea; considerándose una valoración idónea en la aplicación de la atención al niño con cardiopatía congénita. No sólo la alteración psicomotriz se detectó en este lactante, también las necesidades de oxigenación, movilización y nutrición; en el cuidador primario las de comunicación, trabajo y aprendizaje; evidenciando que el proceso de atención de enfermería con el modelo de atención de Virginia Henderson es una herramienta que garantiza la calidad del cuidado y permite jerarquizar intervenciones con la persona y/o familiares.

CONCLUSIONES

Actualmente se observa que la incidencia de cardiopatías congénitas incrementa en número y complejidad, afectando a las familias de bajos recursos, donde el seguimiento del tratamiento es difícil por ser costoso. Este estudio de caso es un ejemplo en donde los factores económicos y familiares condicionaron a que Juanita sufriera “abandono social” por el cuidador primario. En la atención al paciente pediátrico es importante que el profesional de enfermería valore el crecimiento y desarrollo ya que de esto dependerá su adaptación al medio que lo rodea y repercutirá en la vida adulta. El profesional de enfermería y el cuidador primario son los responsables de detectar alteraciones en el crecimiento y desarrollo para implementar las intervenciones que favorezcan el desarrollo psicomotriz del lactante. En el presente estudio se demostró que los niños necesitan contacto físico empático y estimulación, para su recuperación y/o cooperación en su tratamiento. Cabe señalar que el cuidador primario es una parte fundamental ya que de él depende el apoyo y autorización para intervenir en la atención del niño,

además es fuente de información para la elaboración del plan de cuidados de enfermería individualizado. En este caso se observó una buena respuesta del cuidador primario al sentirse apoyada, al inicio presentó desconfianza e incredulidad que se disiparon con el resultado positivo de las intervenciones, mismas que fueron encaminadas a la educación en el manejo y estimulación psicomotriz del lactante menor, estas acciones mejoraron la respuesta motora de la niña.

REFERENCIAS

1. Fernández FC, Garrido AM, Santo Tomas PM. *Enfermería Fundamental*. Barcelona: MASSO; 2000.
2. Guadalajara BJF. *Cardiología*. 5ª ed. México: Méndez editores; 1997: 950.
3. Bartrons CJ. Anomalía de Ebstein. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en cardiología pediátrica [internet] Barcelona: Hospital San Juan de Dios-HCP 2005 [Consultado 29 de noviembre 2008]. Disponible en: http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo_16.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro LR. *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
- Attie F. *Cardiología pediátrica, diagnóstico y tratamiento*. 1ª reimpresión. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.
- Brunner SL, Smith SD. *Manual de la enfermera*. 4ª ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1991.
- Campos AM et al. Demandas ante un proceso de muerte. Universidad de Murcia. *Revista electrónica, científica y documental de Enfermería. Enfermería global* 2002; 1(1): 1-5.
- Código de ética para enfermeras y enfermeros en México [internet]. México: Comisión Interinstitucional de Enfermería. Secretaría de Salud; 2001 [consulta 5 de diciembre 2008]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cm_g_cpe/descargas/codigo-etica.pdf
- González M. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. 1ª edición. México: Progreso; 1997.
- Macías NJ, Hernández IR, Rodríguez AMJ. La enfermera y la estimulación temprana del RN de alto riesgo y prematuros: La unidad de cuidados intensivos neonatales [internet]. México: Escuela de Enfermería de Culiacán; 2001 [Consulta 16 de marzo de 2009]. Disponible en: www.uagnet.mx/enfermeria/trab04.html-54-k-
- Martins SV, Venícios de Oliveira LM, Leite de Araujo T. Respuestas humanas de niños con cardiopatía congénita; asociación entre respuestas humanas, factores relacionados y problemas de colaboración en niños con cardiopatías congénitas. Ceará Brasil. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2007; 15 (1).
- Riopelle L, Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. España: McGraw-Hill; 1997.
- Sánchez PM, Benavidez GH. *Manual: valoración neuroconductual del desarrollo del lactante (VANEDELA)*. 3ª ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; 2006.