

Estudio de caso

Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único

Enf. Card. Luz María Cruz López,* Lic. Enf. Guadalupe Martínez Palomino**

* Servicio de Pediatría, Hospital Central Militar.

** Escuela de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

La atención a los pacientes con cardiopatías congénitas es un reto fundamental para el profesional de enfermería por la complejidad que cada una de éstas presenta. Los casos no siempre son como la literatura los describe, presentan variantes y aun con lo avanzado de la tecnología y los estudios diagnósticos cada vez más certeros, las complicaciones que presentan pueden ser muy graves y si no reciben la atención adecuada a tiempo casi siempre son mortales. El presente es un caso de cardiopatía congénita cianógena del tipo de ventrículo único, una variante muy compleja, que requiere de una atención de enfermería que permita la satisfacción de las necesidades a través de la implementación de un plan de cuidados para proporcionar al paciente las mejores condiciones posibles y así disminuir la tensión y angustia que genera en los padres, ya que en la mayoría de los casos el tratamiento es sólo paliativo con pocas expectativas de sobrevida.

Palabras clave: Cardiopatía congénita cianógena, ventrículo único, atención de enfermería, plan de cuidados.

ABSTRACT

Congenital heart diseases patients nursing care is a challenge for professional due to each one complexity. Cases are not always as literature describes them, sometimes, they vary and eventhough there are technological advances and more precise diagnostic tests, complication in this type of patients are serious and most of the times mortal if they are not treated adequate. We present a case of congenital heart disease, of the unique ventricle, type a complex variant that requires the satisfaction of patients needs through nursing attention, providing the better possible conditions in order to diminish parent tension and anguish related to their son condition, because in most cases treatment is only palliative with very low survival.

Key words: Cyanotic congenital heart disease, unique ventricle, nursing care, nursing plan.

INTRODUCCIÓN

Los avances en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas en los últimos decenios han permitido implementar nuevas técnicas de tratamiento con mejores expectativas de vida. En la actualidad para lograr resultados óptimos es indispensable la colaboración de todo el equipo de salud y la

Recibido para publicación: 28 de agosto de 2006.

Aceptado para publicación: 22 de septiembre de 2006.

Dirección para correspondencia:

Enf. Card. Luz María Cruz López

Juan Badiano Núm. 1 Sección XVI Tlalpan, D.F. 14080

Tel. 55 73 29 11 Ext. 1141, 1330

E-mail: imeldafr@hotmail.com

capacitación constante del personal de enfermería que se encuentra en contacto directo con el paciente. Los pacientes con cardiopatías congénitas tienen una gran cantidad de necesidades que se alteran por la fisiopatología de la enfermedad.

La planeación en la atención individualizada del paciente nos permite elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de cada paciente, aplicando así los cuidados específicos para cubrirlas.

En este trabajo se analizan las necesidades de un paciente con cardiopatía congénita cianógena del tipo de ventrículo único, que presenta serias complicaciones propias de la evolución de la enfermedad, aunque en este tipo de pacientes los cuidados que se proporcionan son de tipo paliativo para cubrir sus necesidades de la mejor manera.

OBJETIVO

Implementar un plan de intervención de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson.

MARCO CONCEPTUAL

El corazón univentricular, que sólo tiene un ventrículo funcional, se llama también ventrículo primitivo, ventrículo común o ventrículo único.¹ Es una cardiopatía en la cual no se puede distinguir en la masa ventricular más de una cámara ventricular bien desarrollada que recibe la mayor parte de la conexión atrioventricular. En el desarrollo embrionario, la migración del canal auriculoventricular a la derecha, alinea el ventrículo derecho a la válvula tricúspide y facilita la separación de los dos ventrículos. La alteración en este proceso origina anomalías del tipo de ventrículo único.² Aunque en muchas ocasiones aparece el ventrículo funcional con un ventrículo rudimentario en la posición que debería ser la normal, sólo uno se encarga de la circulación sistémica y pulmonar.^{3,4} La conexión entre las aurículas puede ser por medio de dos válvulas, la tricúspide o mitral y en algunas ocasiones por una válvula única unidireccional o bidireccional, llamada también canal AV común.⁴

En la mayoría, en el 75% de los casos, tiene morfología de ventrículo izquierdo, el 20% de ventrículo derecho y el otro 5% indeterminada. La ubicación de los grandes vasos en algunas ocasiones se conserva,

aunque la sangre fluye en paralelo hacia la aorta y los pulmones y esto se vuelve una urgencia sistémica ya que la saturación venosa y arterial se iguala. Esta cardiopatía es de tipo cianógena de pronóstico reservado.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 días de nacida, originaria de Netzahualcóyotl, Edo. de Méx. presenta cianosis importante desde el nacimiento, que se agudiza con la alimentación y el llanto, se refiere que en una hospitalización previa le diagnosticaron cardiopatía congénita sin especificar el tipo. Posteriormente la revisaron en otro hospital general y le diagnosticaron cardiopatía del tipo de ventrículo único, fue dada de alta e ingresa a este instituto por presentar crisis hipóxica.

A la exploración física presenta cianosis peribucal y ungueal, disnea, tiros intercostales, estertores gruesos y finos, con presencia de tubo orotraqueal, se mantienen con ventilación mecánica asistida, presenta catéter venoso central subclavio, sin datos de infección, cubierto; piel pálida y fría, llenado capilar disminuido, con pobre tolerancia a la vía oral, se le inicia alimentación con sonda orogástrica, presenta también pérdida de la fuerza y tonicidad muscular, con tendencia a la hipotermia, se mantiene en cuna de calor radiante, presenta sitios de presión y enrojecimiento en prominencias óseas.

Se le realizó un ecocardiograma en el cual se reportó: situs abdominal isomérico, levocardia, conexión ventriculoarterial discordante, conexión atrio ventrículo común, yuxtaposición aortocava, conexión anómala total infradiafragmática de venas pulmonares, las cuales llegan a un colector venoso pulmonar posterior a la porción izquierda del atrio común y drenan al sistema hepático. El ventrículo encontrado es de morfología derecha, con defecto septal atrioventricular tipo A de Rastelli. La válvula Ao, se encuentra anterior y derecha y la válvula pulmonar posterior e izquierda. Presenta insuficiencia de la válvula AV. La sangre oxigenada de los pulmones regresa a la aurícula derecha por el sistema porto hepático. Hay aumento importante en el flujo pulmonar y en el volumen y presión diastólica del ventrículo derecho, lo que degenera en insuficiencia cardíaca temprana. Presenta también edema agudo pulmonar severo.

VALORACIÓN FOCALIZADA EN EL SERVICIO DE CARDIOPEDIATRÍA

Necesidad	Datos de dependencia
Oxigenación	Ruidos respiratorios disminuidos, campos pulmonares con estertores gruesos y finos, cianosis, taquipnea, piel pálida y fría, llenado capilar disminuido.
Nutrición	Requiere de alimentación con sonda orogástrica. No ha ganado peso desde el nacimiento.
Movimiento y postura	Pérdida de la fuerza y tonicidad muscular por disminución de la oxigenación periférica.
Termorregulación	Se requiere de cuna de calor radiante para mantenerla eutérmica.
Evitar peligros y riesgos	Tiene catéter venoso central subclavio, sin datos de infección. Presenta sitios de presión y enrojecimiento en prominencias óseas.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería 1

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c hiperplasia de la mucosa de la pared bronquial m/p estertores finos y gruesos, tos frecuente, cianosis.

Objetivo: La paciente mostrará disminución de la cantidad de secreciones y una vía aérea permeable.

Intervenciones	Evaluación
Aspiración de secreciones según sea necesario con técnica aséptica estéril. Auscultar campos pulmonares frecuentemente Vigilar radiografía de tórax. Realizar drenaje postural y palmo- percusión. Utilización de mucolíticos de acuerdo a indicación médica. Uso de broncodilatadores.	Se mantuvo permeable la vía aérea del paciente permitiendo así una mejor relación ventilación-perfusión.

Diagnóstico de enfermería 2

Deterioro del intercambio gaseoso r/c aumento de la presión capilar pulmonar m/p disnea, cianosis, taquipnea, estertores gruesos.

Objetivo: La paciente mantendrá un intercambio gaseoso adecuado en lo posible.

Intervenciones	Evaluación
Mantener la ventilación asistida o intermitente. Auscultar campos pulmonares continuamente. Valoración de la radiografía de tórax. Realizar drenaje postural y fisioterapia pulmonar. Vigilancia de gasometrías arteriales. Mantener la sedación del paciente.	La paciente presentó mejoría parcial, sin presentar crisis de hipoxia y mejoró su oxigenación.

Diagnóstico de enfermería 3

Perfusión tisular inefectiva cerebral, renal, cardiopulmonar y periférica, r/c deterioro del transporte e intercambio de oxígeno por cortocircuitos sistémicos m/p oliguria, piel pálida y fría, cianosis ungueal y peribucal.

Objetivo: La paciente mejorará la perfusión a nivel sistémico.

Intervenciones	Evaluación
Vigilancia estricta de la diuresis. Valorar el llenado capilar continuamente. Vigilar estado de conciencia. Mantener un ambiente tranquilo. Mantener la ventilación mecánica. Vigilancia de la oxigenación periférica por las gasometrías.	Se mejoró paliativamente la perfusión tisular, se mantuvieron mejores cifras de oxigenación en las gasometrías.

Diagnóstico de enfermería 4

Alteración del gasto cardíaco relacionado con disminución del aporte de oxígeno, disminución de la contractilidad, disminución de la precarga y/o aumento de la postcarga m/p taquicardia, diaforesis, piel pálida y fría.

Objetivo: La paciente mantendrá un gasto cardíaco adecuado.

Intervenciones	Evaluación
Vigilancia hemodinámica de la paciente. Vigilar diuresis. Cuantificación estricta de ingresos y egresos. Vigilar llenado capilar y pulsos periféricos. Vigilar temperatura y coloración de la piel.	La paciente se mantiene hemodinámicamente estable, presenta diuresis adecuada, aunque su pulso periférico es poco perceptible y persiste el llenado capilar lento.

Diagnóstico de enfermería 5

Exceso de volumen de líquidos r/c sobrecarga de volumen y presión en el ventrículo único m/p edema, distensión de venas yugulares, congestión hepática.

Objetivo: La paciente disminuirá el exceso de volumen de líquidos.

Intervenciones	Evaluación
Cuantificación estricta de ingresos y egresos. Cuantificación de diuresis. Vigilancia de electrolitos séricos. Administración de diuréticos según esté indicado. Reposición de electrolitos a indicación médica. Peso diario de la paciente. Vigilar características de la piel y articulaciones.	La paciente mejoró la turgencia de la piel, disminuyó el edema, se mantuvo con volúmenes urinarios adecuados y perdió medio kilo de peso desde su ingreso.

Diagnóstico de enfermería 6

Termorregulación ineficaz r/c alteración de la tasa metabólica m/p piel fría, pálida y fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo de los límites normales.

Objetivo: La paciente mantendrá una temperatura corporal estable.

Intervenciones	Evaluación
Manejo constante de la cuna radiante. Monitorización de la temperatura. Valoración de movilización inadecuada. Evitar pérdidas de calor.	La paciente se mantiene con temperatura adecuada.

Diagnóstico de enfermería 7

Desequilibrio nutricional por defecto r/c pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado m/p peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.

Objetivo: La paciente mejorará el estado nutricional en lo posible.

Intervenciones	Evaluación
Alimentación forzada por sonda orogástrica, evaluación de peso diario, evitar gasto de energía por llanto, aspiración de secreciones o cambios innecesarios .	La paciente no mostró cambios significativos.

Diagnóstico de enfermería 8

Riesgo de infección relacionado con pérdida de continuidad de la piel por procedimientos invasivos.

Objetivo: La paciente no presentará datos de infección.

Intervenciones	Evaluación
Toma y registro de temperatura horaria. Vigilar el sitio de inserción del catéter en busca de signos de infección. Realizar curación de acuerdo a protocolo establecido. Realizar baño diario. Mantener el sitio de inserción seco y cubierto perfectamente .	La paciente no presenta hipertermia, el sitio de inserción del catéter se mantiene limpio, seco y sin datos de infección.

CONCLUSIONES

Como profesionales de enfermería nos encontramos ante situaciones muy complejas en nuestro trabajo diario; la cardiopatía congénita del ventrículo único como la de este paciente tenía múltiples variables no descritas en la bibliografía, nos damos cuenta con esto que aun con todos los avances científicos es muy difícil su tratamiento por las múltiples complicaciones que presentan y el diagnóstico, que en muchas ocasiones, por la falta de medios y recursos económicos es difícil de hacer oportunamente. La estancia hospitalaria fue de 10 días, una vez recuperada la función respiratoria se decide su egreso al día siguiente, sin embargo, presenta deterioro súbi-

to y reingresa sin lograr avances significativos en su recuperación, lo cual provoca su fallecimiento. La experiencia más importante que se tiene que considerar en este tipo de casos, es proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a sus familiares, ya que aun cuando los cuidados que se proporcionan sean los mejores no podemos evitar las complicaciones que se presentan por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamientos son sólo paliativos. A través de nuestro plan de cuidados se logran optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de pacientes y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento médico.

REFERENCIAS

1. Kaplan S. Cardiopatías congénitas. En: *Tratado de Medicina Interna Cecil*. 19 ed. México: McGraw-Hill; 1994: 321-337.
2. Attie F. *Cardiopatías congénitas en el adulto*. España: Elsevier; 2003.
3. Braunwauld BK. Cardiopatías congénitas en el adulto. En: Braunwauld E. *Tratado de Cardiología*. 3ª ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1990: 1063-1090.
4. Navarro F. Cardiopatías congénitas. En: Farreras R. *Medicina Interna*. Madrid: Ed. Doyma Mosby; 1995: 590-694.
5. Tucker SM. Normas de cuidados del paciente. *Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. 6ª ed. México: Ed. Océano; 1998.

BIBLIOGRAFÍA

6. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2003-2004. España: Elsevier; 2003.