

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**GUIA DE ESTANDARIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES EN POSOPERATORIO DE CARDIOPATÍA
CONGÉNITA, HOSPITALIZADOS EN LA UCI PEDIÁTRICA
CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL**

**ALICIA DEL PILAR PRADA BENITEZ
JAZMIN MEDINA RODRIGUEZ
MARIA CRISTINA BLANCO FUENTES**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS PEDIÁTRICO
BOGOTÁ D.C.**

2012

**GUIA DE ESTANDARIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES EN POSOPERATORIO DE CARDIOPATÍA
CONGÉNITA, HOSPITALIZADOS EN LA UCI PEDIÁTRICA
CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL**

**ALICIA DEL PILAR PRADA BENITEZ
JAZMIN MEDINA RODRIGUEZ
MARIA CRISTINA BLANCO FUENTES**

**ASESORAS:
MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ AGUDELO
MIRIAM ABAUNZA DE GONZALEZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS PEDIÁTRICO
BOGOTÁ D.C.**

2012

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. TITULO	6
2. PLATAFORMA DEL PROYECTO	7
2.1 MISIÓN	7
2.2. VISIÓN	8
3. CRACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y BENEFICIOS DIRECTOS	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5. OBJETIVOS	17
5.1 OBJETIVO GENERAL	17
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5.3 ARBOL DE OBJETIVOS	19
6. JUSTIFICACIÓN	20
7. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	24
7.1 PRINCIPALES CONCEPTOS SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN	28
7.1.1 Persona	28
7.1.2 Salud	28
7.1.3 Entorno	28
7.1.4 Meta de enfermería	29
7.1.5 Sistema	29
7.1.6 Adaptación	29
7.1.6.1 Nivel de adaptación	30
7.1.6.2 Nivel Integrado	30
7.1.6.3 Nivel compensatorio	30
7.1.6.4 Nivel comprometido	30
7.1.7 Problemas de adaptación	30
7.1.8 Estímulo	30

7.1.8.1 Estímulo focal	30
7.1.8.2 Estímulos contextuales	31
7.1.8.3 Estímulos residuales	31
7.1.9 Procesos de afrontamiento	31
7.1.9.1 Mecanismos innatos de afrontamiento	32
7.1.9.2 Mecanismos de afrontamiento adquiridos	32
7.1.9.3 Subsistema regulador	32
7.1.9.4 Subsistema cognitivo	32
7.1.10 Respuestas	32
7.1.10.1 Respuestas adaptativas	32
7.1.10.2 Respuestas inefectivas	32
7.1.11 Proceso vital integrado	32
7.1.12 Modos de adaptación	33
7.1.12.1 Modo fisiológico y físico e adaptación	33
7.1.12.2 Modo de adaptación del autoconcepto de grupo	33
7.1.12.3 Modo de adaptación de desempeño del rol	33
7.1.12.4 Modo de adaptación de la interdependencia	34
7.1.13 Percepción	35
7.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	35
7.2.1 Características esenciales de un diagnóstico	37
7.2.2 Ventajas sobre el uso de diagnósticos de enfermería	42
7.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	42
7.3.1 Actividades de Enfermería	43
7.3.2 Importancia de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)	43
7.4 ESCALA DE RASCHS	44
8. METODOLOGÍA	51
9. RESULTADOS	56
10. CONCLUSIONES	57
11. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

La ejecución del presente trabajo nace de la experiencia como enfermeras al evidenciar situaciones que surgen en el ejercicio del cuidado, especialmente en el contexto de una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular, donde diariamente se viven múltiples situaciones en el proceso salud-enfermedad de los menores, lo que provoca en las enfermeras incertidumbre e interrogantes a la hora de planear y ejecutar su cuidado.

Las cardiopatías congénitas son enfermedades de incremento en la población pediátrica, en ocasiones de mal pronóstico y de fuerte impacto en la calidad de vida, lo cual exige que la profesión de enfermería se base en un soporte científico y en un marco de conocimientos que le proporcionen autonomía y empoderamiento, con el fin de atender a las personas en sus distintas dimensiones y por ende desempeñar su rol de cuidadora profesional, contribuyendo a la prestación de servicios de salud con atención calificada.

Este proyecto se orienta a la estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en posoperatorio de cardiopatías congénitas y aplicada en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil, apoyadas en la escala de riesgo de mortalidad quirúrgica (RASH 1) y el Modelo de Adaptación de Callista Roy, que pretende valorar al niño como un ser biopsicosocial inmerso en una familia, el cual juega un rol importante para la sociedad.

1. TITULO

Modelo de estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.

2. PLATAFORMA DEL PROYECTO

La Fundación Cardioinfantil es una organización privada sin ánimo de lucro creada en 1973, inicialmente para brindar atención a niños con problemas cardiovasculares, pero que actualmente ofrece servicios integrales a personas de todas las edades, 51 especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas, entre ellas: Cardiología Adulto, Medicina Interna, Cirugía Cardiovascular Adultos, Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Neurología, Cirugía De Cabeza y Cuello, Gastroenterología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Ortopedia, Infectología Pediátrica, Neurocirugía, Endocrinología, Otorrinolaringología, Hematología, Unidad de Urología, Nefrología, Cirugía de Tórax, Alergia e Inmunología, Ginecología, Soporte Nutricional, Anestesia, Rehabilitación Física, Cirugía Ambulatoria, Unidad de Geriatria y Gerontología, Cirugía Plástica, Electrofisiología, Odontología, Pediatría, Cardiología Pediátrica, Neurología Infantil, Gastroenterología Pediátrica, Enfermería, Neumología Pediátrica, Endocrinología Pediátrica, Chequeo Ejecutivo, Hematología Pediátrica, Unidad de Trasplantes, Nefrología Pediátrica, Unidad de Salud Mental, Alergia e Inmunología Infantil, Centro de Vacunación, Soporte Nutricional Pediátrico, Salud Integral de la Mujer, Neonatología, Unidad de la Adolescencia, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Unidad de Evaluación y Manejo del Adulto Mayor (Uemam), Medicina Nuclear, Laboratorio Clínico y Banco De Sangre.

2.1 MISIÓN

Somos una Fundación, sin ánimo de lucro, destinada principalmente a la atención de los niños con problemas cardiovasculares que por sus escasos recursos no

pueden acceder a la calidad y a la tecnología de los servicios de salud que requieren.

2.2 VISIÓN

Ser reconocida a nivel nacional e internacional a 2013, como la Institución líder en la prestación de servicios asistenciales hospitalarios especializados en cardiología y cirugía cardiovascular para pacientes de todas las edades.

La idea fundadora de la Institución se soporta en los principios de docencia, asistencia, investigación y solidaridad; y tiene como principios de enfermería el autocuidado, adaptación.¹

¹ Fundación Cardioinfantil [página de internet]. Bogotá. Disponible en : www.cardioinfantil.org

3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y BENEFICIARIOS DIRECTOS

Teniendo en cuenta la variedad de servicios y especialidades con las que cuenta actualmente la Fundación Cardioinfantil, entre los cuales se encuentra la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular considerado como uno de los servicios pilares de la misma, se establece la realización y ejecución de la presente propuesta en este servicio.

La Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular, actualmente cuenta con 12 camas completamente dotadas con los medios necesarios para brindar una hospitalización integral al menor, entre ellos, equipos de alta tecnología que garantizan un monitoreo veraz y confiable, que a la vez facilitan un adecuado direccionamiento del manejo terapéutico.

En lo que respecta al recurso humano con el que cuenta la unidad, el 100% del equipo médico tiene especialización en pediatría, y alguna proporción son intensivistas y cardiólogos, lo que garantiza un manejo basado en conocimientos científicos, donde no cabe la improvisación a la hora de tomar decisiones en cuanto al manejo de este tipo de pacientes; además cuenta con un equipo de enfermería, idóneo, responsable y disciplinado, que por su experiencia y conocimiento en el manejo y cuidado de los niños cardiopatas sometidos a cirugías, permite garantizar un cuidado más eficiente y a la vez eficaz en pro de mejorar y mantener un estilo de vida adecuado no sólo para el paciente sino también para su familia.

El equipo de enfermería está conformado por 15 enfermeras y 14 auxiliares de enfermería, quienes en su totalidad se desempeñan en labores asistenciales, a excepción de 3 personas que realizan actividades administrativas; el 100% son

mujeres con edad promedio de 32 años, con un nivel de educación de postgrado (especialización y maestría) en un 90% y el otro 10% en proceso de formación, aspecto que vale la pena resaltar ya que es un grupo donde su mayor interés es la adquisición de nuevos conocimientos y el progreso tanto en su nivel académico como profesional.

En cuanto a la población objeto que se atiende en el servicio, como su nombre lo indica son pacientes pediátricos cuyo principal problema de salud es la presencia de cardiopatía congénita, los cuales requieren de intervención quirúrgica para la recuperación y el mantenimiento de su salud.

Según estudios realizados, cada año nacen en Colombia cerca de 10.000 niños enfermos del corazón, de los cuales menos del 50% logran acceder a los servicios de salud que requieren. Están desprotegidos y sus expectativas de vida son muy precarias. Desde hace 37 años la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología (FCI) atiende de manera gratuita a niños de escasos recursos enfermos del corazón, que no tienen seguridad social y no pueden acceder a servicios médicos de alta calidad y tecnología, a través del Programa Social Regala una vida.

Con el fin de detectar a estos niños, la Fundación realiza jornadas médicas en lugares como Cartagena, Barranquilla, Manizales, Pasto, Cúcuta, Tunja, Ibagué, Montería, Villavicencio y otras ciudades, a las que asiste un equipo integrado por cardiólogos pediatras, fellows de cardiología pediátrica, residentes de pediatría y coordinadores del programa, quienes realizan un trabajo conjunto con los especialistas locales.

En cada ciudad, una organización amiga se encarga de la inscripción y seguimiento de los niños que van a ser evaluados en la jornada, provenientes de la zona de influencia. Los niños son examinados por los especialistas de la Fundación, quienes cuentan con equipos portátiles de diagnóstico. Aquellos con

problemas del corazón, que no tienen seguridad social, son traídos a la Fundación para recibir tratamiento, con un soporte para su transporte y alojamiento en la ciudad.

Resultados Programa Social “Regale una Vida” año 2011									
	Manizales 4 y 5 de Marzo	Valledupar 25 y 26 de Marzo	B/quilla 29 y 30 de abril	Past 27 y 28 de mayo	M/tería 5 y 6 de agosto	C/gena 26 y 27 de agosto	Cúcuta 30 sep 1 Oct	Yopali 25 y 26 Nov	Duitama 2 y 3 de Dic
Prioridad 1 (Cirugía Urgente)	5	34	2	1	14	16	7	5	12
Prioridad 2 (Cirugía)	26	8	21	26	37	37	9	16	3
Prioridad 3 (Control)	63	109	154	96	193	228	153	89	30
Dados de alta	119	130	100	278	179	131	366	357	112
Diagnosti-cados	213	280	277	401	423	412	535	467	157

Fuente: Fundación Cardioinfantil [página de internet]. Bogotá. Disponible en: www.cardioinfantil.org

Total de niños diagnosticados: 3165

Total de niños operados (hasta agosto de 2011): 178

Aproximadamente el 30% de consultas, procedimientos, exámenes y cirugías realizadas en niños menores de 18 años en la Fundación Cardioinfantil corresponde a pacientes del Programa Social Regale una Vida.²

² Fundación Cardioinfantil [página de internet]. Bogotá. Disponible en : www.cardioinfantil.org

Teniendo en cuenta lo anterior y la importancia que tiene el cuidado basado en un modelo de referencia, se elaboró una encuesta (**Anexo1**) con el fin de determinar el nivel de conocimiento y puesta en práctica, por parte del personal de enfermería del servicio, acerca de los diagnósticos establecidos por la NANDA e intervenciones especificadas por la NIC, donde se concluyeron como aspectos relevantes los siguientes:

- Con relación al conocimiento de las etiquetas de los diagnósticos de enfermería, el 75% del personal si las conocen, y tan sólo un 25% de este sólo conoce algunas.
- Con respecto al conocimiento de las etiquetas de las intervenciones de enfermería, el 58% del personal si las conocen, y un 42% de este sólo conoce algunas.
- Para establecer el plan de atención de los pacientes, se indagó sobre la prioridad acerca la utilización de los diagnósticos médicos o de enfermería, donde un 67% del personal tienen en cuenta los de enfermería, un 25% los médicos y tan sólo un 8% tienen en cuenta ambos diagnósticos.
- El 100% del personal considera que el uso de los diagnósticos e intervenciones de enfermería sirven para orientar en cuidado hacia los pacientes, donde una de las razones que describen era que ayudaban a priorizar las actividades, identificar las principales alteraciones que puede presentar el paciente, permite ser más organizado, no se improvisa a la hora de brindar la atención, y sirve como un indicador empírico visible que da soporte al cuidado.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona; además, ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

La misión de la enfermera, como parte del equipo de salud, es aportar a la sociedad cuidados, entendidos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar; identificando la capacidad de respuesta humana de los individuos y los grupos, y planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y por tanto de calidad de vida.

El subdesarrollo imperante en la mayoría de los países latinoamericanos se relaciona con todos los aspectos económicos, políticos y sociales de cualquier región, lo que indudablemente afecta al sector salud; debido a esto, el desempeño y ámbito laboral del personal de enfermería no se da en las condiciones ideales. No obstante, en la misma sociedad colombiana de acuerdo a la cultura se

evidencia una falta de autocuidado, un aumento de los índices de miseria y pobreza, una desproporción en el manejo y destinación de recursos a la salud, el aumento en el número de personas que ingresan a cada uno de los centros asistenciales, saturando de esta manera la prestación del servicio y disminuyendo la calidad del cuidado prestado por el profesional. Dado a lo anterior, la enfermera se centra más en el hecho de cumplir actividades administrativas y delegar el cuidado de la persona enferma al personal auxiliar o técnico o en los peores casos a los familiares.³

Por último, el proceso de enfermería es una herramienta con la que actualmente cuenta el profesional de enfermería para brindar cuidado, el cual integra la formulación de diagnósticos enfermeros e intervenciones que direccionan el quehacer; el uso de esta herramienta se ve relegado debido a las múltiples tareas, no significativas para el cuidado, que debe asumir la enfermera en su labor, al desconocimiento sobre su existencia y sobre cómo utilizarla, a la falta de interés percibida como una tarea más que toma tiempo, y a la estructura, en cuanto a procesos, que definen las instituciones que prestan servicios de salud y por ende el empleo de más proporción de los diagnósticos médicos que guían las acciones de cuidado.

3. HERDMAN, Heather. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009 - 2011. Barcelona: EdiDe, 2009, p. 3

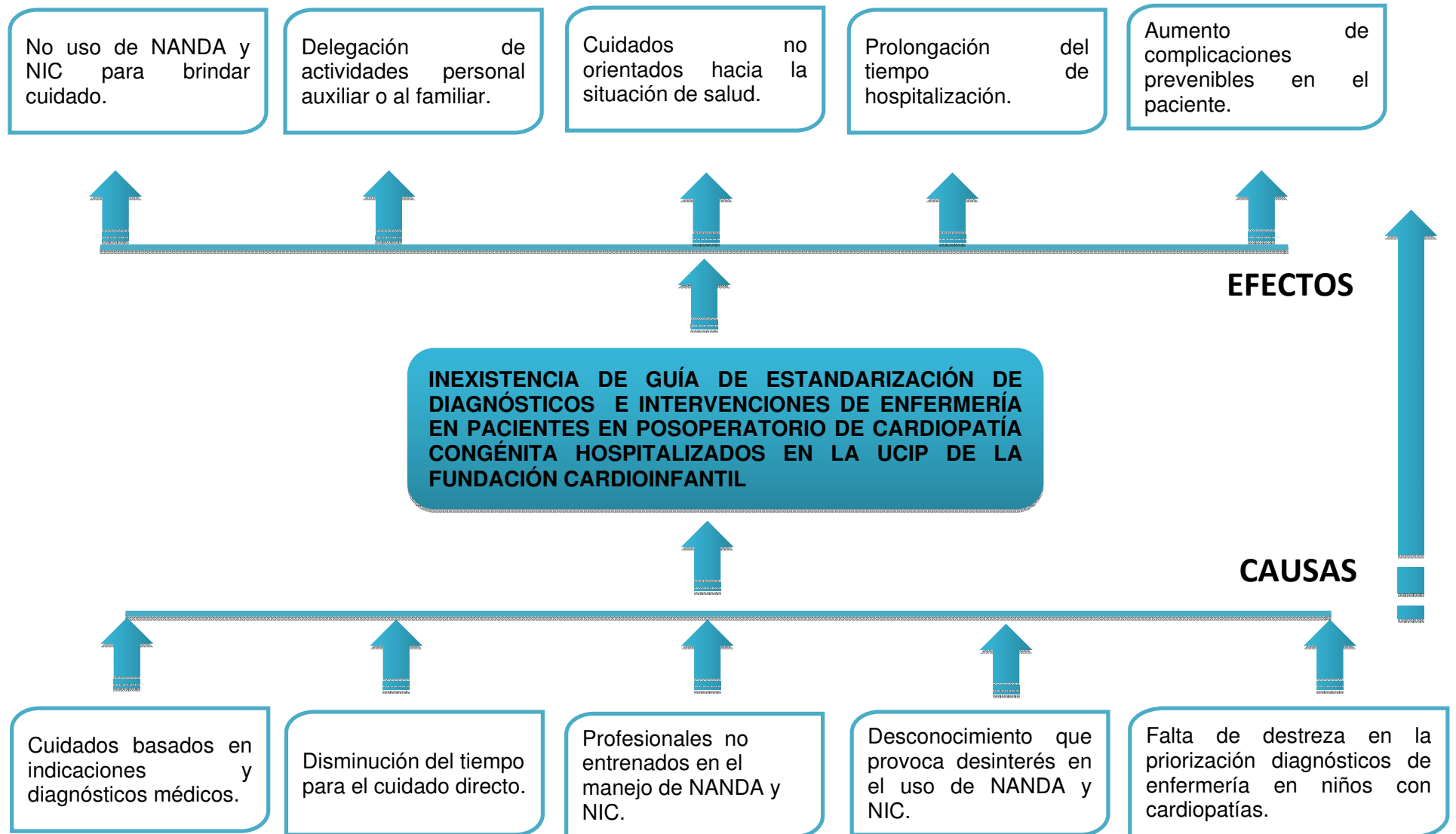
La implementación del uso del proceso de enfermería, ha sido abanderado por las Enfermeras Estadounidenses, quienes desde la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) en 1973 vienen trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería; y desde la Universidad de IOWA vienen desarrollando y publicando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), todo lo cual es referencia a nivel mundial.³-

³ HERDMAN, Heather. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009 - 2011. Barcelona: EdiDe, 2009, p. 3

⁴Todo esto ha repercutido en el cuidado mejorando las intervenciones y la autonomía del profesional de enfermería y propiciando un desarrollo a la disciplina propia del enfermero (a).

⁴ McCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: EdiDe, 2005, p. prólogo.

ÁRBOL DE PROBLEMAS



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

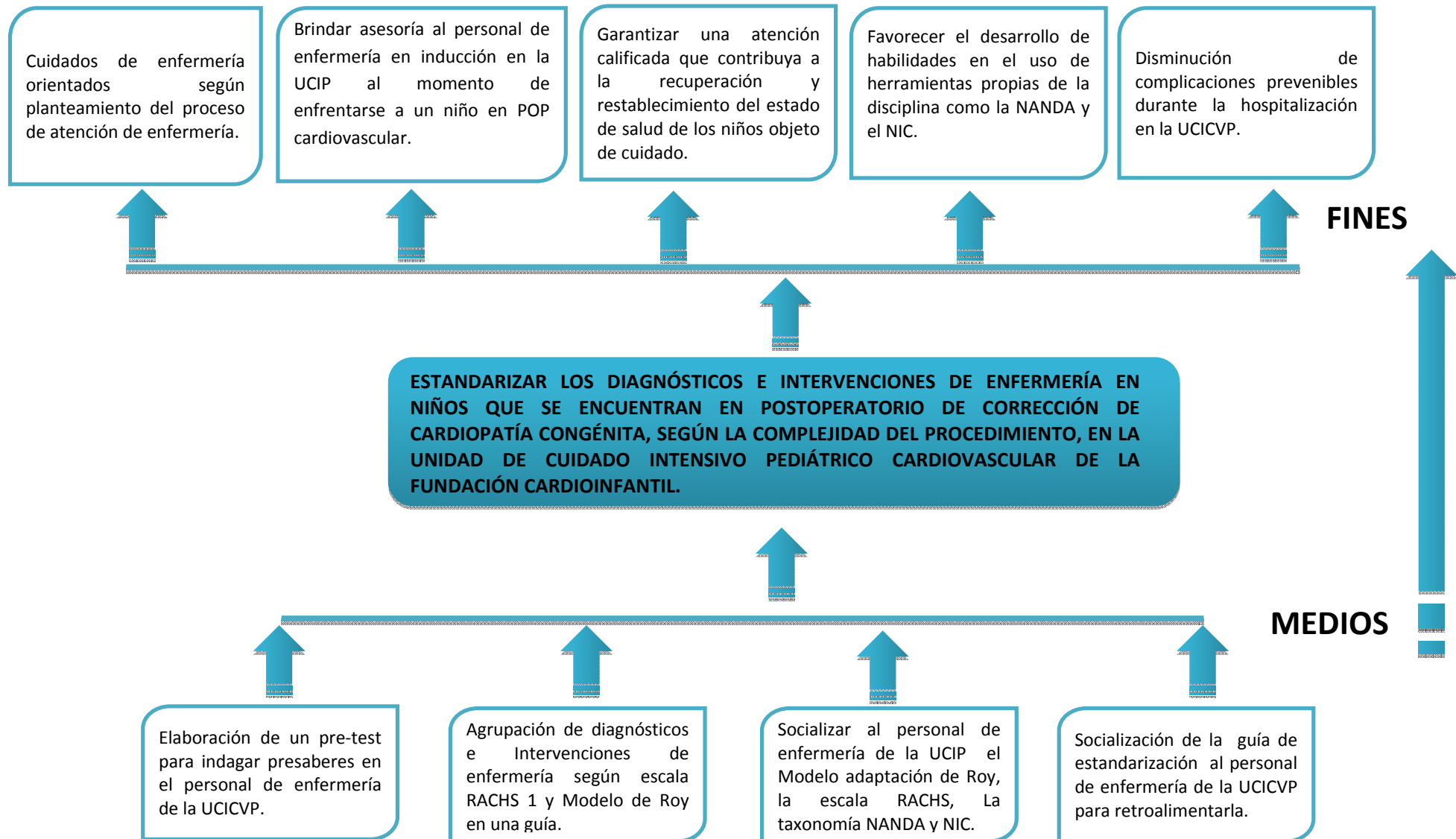
Elaborar guía de Estandarización de los diagnósticos e intervenciones de enfermería en niños que se encuentran en postoperatorio de corrección de cardiopatía congénita, según la complejidad del procedimiento, en la unidad de cuidado intensivo pediátrico cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer un diagnóstico situacional sobre la priorización de los diagnósticos e intervenciones de enfermería en el plan de cuidados.
- Revisar en la literatura sobre el Modelo de Adaptación de Callista, Escala RACHS-1, NANDA y NIC.
- Realizar la agrupación de diagnósticos e intervenciones según la escala y el modelo, teniendo en cuenta las complicaciones de cada procedimiento.
- Capacitar al personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular sobre Modelo de Adaptación de Callista Roy y escala de riesgo quirúrgico RACHS 1.

- Someter la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil”, a revisión en conjunto con el personal de enfermería de la unidad mediante su socialización para determinar claridad y comprensión en su uso.
- Brindar asesoría y educación al personal de enfermería sobre dudas e inquietudes a la hora de hacer entrega de la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil”, en el servicio.

5.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



6. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la enfermería como profesión, implica que su desempeño este basado en un soporte científico, y en un marco de conocimientos que le proporcionen una identidad propia y la definan como ciencia; esto con el fin de cuidar a las personas en sus distintas dimensiones y por ende desempeñar su rol de cuidador profesional, que contribuya a la prestación de servicios de salud con atención calificada, lo que se establece como una necesidad imperante y que además se constituye en el reto de cualquier profesional de enfermería, sobre todo, si se tiene en cuenta el sistema de salud que lo rige y la sociedad en la que interactúa.

No se puede dejar de lado la gran responsabilidad a la hora de desempeñarse en el ámbito asistencial y el escaso tiempo que se tiene para realizar todas las labores que incluyen una atención personalizada, como el ideal del modelo de salud que cualquier individuo necesita.

En la práctica diaria se evidencia la evolución favorable del estado de salud de un individuo, independiente de su condición fisiopatológica, cuando tiene un soporte familiar fuerte y se siente como el centro de atención dentro del equipo de salud, desarrollando un vínculo fuerte con por lo menos uno de los profesionales, propiciado por la calidez, profesionalismo y humanización del servicio prestado.

Dicha atención se puede orientar a través de la aplicación y desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (valoración – diagnóstico – planeación – intervención – evaluación) a cualquier individuo sobre el cual se quiera tener un impacto positivo con los cuidados que se le ofrecen, pues este proceso aporta continuidad, permite una coordinación entre el equipo de salud, facilita la priorización de actividades y permite evaluar el impacto de las mismas, para replantear o continuar con lo

planeado. El uso de este proceso tiene etapas predeterminadas que se deben seguir paso a paso dentro del cual la fase de diagnóstico es completamente determinante para planear las actividades a realizar y finalmente contribuir en el mejoramiento del estado de salud de la persona objeto del cuidado.⁵

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha venido observando en la unidad de cuidado intensivo pediátrico cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil que la mayoría de los profesionales de enfermería siguen más los diagnósticos médicos que los propios de enfermería, lo cual se evidenció y corroboró con los resultados obtenidos según la encuesta aplicada al personal. Además, teniendo en cuenta el volumen de personas a cargo de una enfermera en el ámbito asistencial, se puede determinar que la estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería para un grupo de pacientes con condiciones de salud similares, disminuye el tiempo ocupado en labores administrativas y da paso a mayor contacto directo con la persona que se cuida, y así se evita la variabilidad de la práctica no refrendada desde la evidencia científica.

De aquí surge la importancia de establecer unos diagnósticos de enfermería donde se priorice la utilización de éstos hoy en día establecidos por la NANDA y reevaluados periódicamente, los cuales incluyen características y factores específicos para determinada situación de salud ya sea de forma positiva o negativa; permitiendo de esta manera orientar el resto del proceso, y ser el eje central, pues las situaciones que determina son la base que dirige el establecimiento como tal del plan de cuidado a ejecutar de acuerdo a la situación específica.

⁵ . ROY, CALLISTA, y COL. El modelo de adaptación de Callista Roy, Editorial Appleton y Lange, 2^{a.}, 1999.

No menos importante que los diagnósticos, está la Clasificación de Intervenciones, las cuáles se definen en el prólogo del mismo libro determinando que éstas:

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios
- Normaliza y define la base de conocimientos del plan y de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el costo de los cuidados
- Ayuda a los educadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales sin experiencia.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.⁶

⁶ McCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: EdiDe, 2005, p. prólogo.

En este proyecto lo que se pretende es estandarizar diagnósticos e intervenciones de enfermería por medio de una guía, que permita al enfermero(a), brindar un cuidado integral a este importante grupo de pacientes, teniendo como prioridad la calidad de la atención, la recuperación y el mantenimiento de la salud.

Diagnósticos e Intervenciones que se organizan de acuerdo al Modelo de Adaptación de Callista Roy, establecido actualmente y ampliamente conocido por el personal de enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo de la Fundación Cardioinfantil, donde tiene gran importancia a la hora de establecer prioridades en el plan de cuidados y así reconocer las actividades consideradas urgentes y que se deben desarrollar de manera inmediata en el paciente. El establecimiento de prioridades permite a la enfermera ser más eficiente y eficaz a la hora de ejercer su labor, y de esta manera minimizar la delegación de actividades propias al personal auxiliar de enfermería o en otros casos a la familia.

En general, el establecimiento de la guía en el servicio brindará múltiples beneficios y ventajas al personal de enfermería que labora en el mismo, ya que integra tres aspectos importantes que se deben tener en cuenta en el momento de planear el cuidado, entre los cuales están la valoración según el modelo de adaptación, los diagnósticos y las intervenciones, que se deben brindar a cada uno de los pacientes que se atienden durante la jornada laboral.

7. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

En el origen del Modelo de Adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarcaba desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana. En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación, donde los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo. El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos: estímulos focales, contextuales y residuales. Helson, con su trabajo, desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa, según esta teoría, la adaptación es el proceso de recibir una respuesta positiva ante cambios en el entorno. ^{7 8}

Con la teoría de la adaptación de Helson como base, y otras como la de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye, Roy desarrolló y profundizó en la revisión del modelo, resaltando además la participación de sus coautoras, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martínez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir). También elaboraron los conceptos otros colaboradores, como Pousch-Teddrow y Van Landingham, por su interpretación sobre la interdependencia, y Randall, por el modo de vida según la función del papel que hay que desempeñar. Según Roy: “Las personas coexisten con su entorno físico y social y comparten un destino común con el universo, además de ser responsables de las mutuas transformaciones”. Los avances realizados en el

⁷ MARRINER-Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma. 1994.

⁸ ROY, CALLISTA, y COL. El modelo de adaptación de Callista Roy, Editorial Appleton y Lange, 2ª., 1999.

modelo, con respecto a la relación integral entre la persona y su entorno, se han visto influidos por Pierre Teilhard de Chardin, y por su ley de la complejidad progresiva y de creciente concienciación, además de por el trabajo de Swimme y de Berry.

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción de adaptación puede ser eficaz o no. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse: a saber, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona.

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que le conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona. En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el cognitivo. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoestima, función del rol e interdependencia.

Roy considera que tanto el regulador como el cognitivo son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronal, químico y endocrino. El subsistema cognitivo o relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones. La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador.

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el cognitivo y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema, cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo, o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo. Con respecto al sistema social humano, Roy categoriza de forma amplia los procesos de control situados en el subsistema estabilizador y en el innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizadora, valores culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador se asocia con el subsistema cognitivo del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento. .⁹

Según el modelo y siguiendo el proceso de enfermería, Roy los establece en seis pasos, donde la enfermera: (1) evalúa las conductas manifestadas en los cuatro

⁹ ROY, CALLISTA, y COL. El modelo de adaptación de Callista Roy, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 32, 1999.

modos de adaptación; (2) evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales; (3) expone su juicio o establece un diagnóstico sobre el estado de adaptación de la persona; (4) fija objetivos para fomentar la adaptación; (5) establece las intervenciones que irán dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación, y (6) evalúa qué objetivos se han alcanzado. Al controlar los estímulos y no al paciente, la enfermera consigue una mejora en la interacción de la persona y su entorno, y así fomenta una buena salud.

Se continuó con el desarrollo del modelo a finales de los noventa y ya en el siglo XXI. Estos avances incluyen: afirmaciones científicas y filosóficas actualizadas; la redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de los modos de adaptación al desarrollo del saber en el grupo, y, por último, el análisis, la crítica y la síntesis de los 25 primeros años de la investigación basada en el modelo de adaptación de Roy.

Desde el inicio, El Modelo de Adaptación de Roy se ha apoyado en la investigación llevada a cabo en la práctica y en la formación enfermeras. En 1999, un grupo de siete especialistas que trabajaban con Roy llevaron a término el análisis, la crítica y la síntesis de 163 estudios basados en el Modelo de Adaptación de Roy y que habían aparecido en 44 publicaciones de habla inglesa en cinco continentes, además de disertaciones y tesis redactadas en Estados Unidos. De los 163 estudios, 116 satisficieron los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron doce propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los descubrimientos de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas, y se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas, 216 (82%) fueron apoyadas.¹⁰

¹⁰ Wesley R.L. Teorías y Modelos de Enfermería. México: Mc Graw-Hill- Interamericana. 1997

7.1 PRINCIPALES CONCEPTOS SEGÚN EL MODELOS DE ADAPTACIÓN

7.1.1 Persona. Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general.

Roy describió a la persona como el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y con vida compuesto por procesos internos (regulador y cognitivo) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatros modos de vida.

7.1.2 Salud. La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. Roy extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social, y de que la integridad implica un estado perfecto que lleva a completarla. En el trabajo realizado al principio de su carrera, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud delicada, hasta el nivel más elevado de bienestar. Los últimos escritos de Roy se centran más en la salud interpretada como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir. Empleando lo expuesto por Illich, Roy escribe: La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatir todos ellos del mejor modo posible.

7.1.3 Entorno. Según Roy el entorno es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo de la conducta de las personas y de los grupos, con especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextúales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse, el

entorno es la adaptación de la persona a un sistema que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos.¹¹

7.1.4 Meta de Enfermería. Roy define la meta de enfermería como la promoción de la adaptación en cada uno de los cuatro modos, contribuyendo así con la salud, la calidad de vida ó morir con dignidad. Debe reconocerse que el completo bienestar físico, mental y social, que es la comprensión más común de la salud óptima no es posible para los sistemas humanos. El rol de la enfermera es promover la adaptación en situaciones de salud y enfermedad y alcanzar la interacción de los sistemas humanos con el ambiente, mediante la promoción de la salud. En concordancia con los supuestos del modelo desarrollados para el siglo 21, las enfermeras buscan mejorar la relación de sistemas a través de la aceptación, protección y estimulación de la interdependencia y la promoción de transformaciones personales y ambientales.

7.1.5 Sistema. Un sistema es el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes. Además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí, los sistemas también tienen entrada y salida de información y procesos de control y de retroalimentación.

7.1.6 Adaptación. En su libro más reciente, Roy ya definió con más detalle el concepto de adaptación para que pudiese aplicarse en el siglo XXI. Según Roy, la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Más allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que

¹¹ RIEHL SICA, J.1(992) Modelos conceptuales de enfermería. Doyma, Barcelona

cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

7.1.6.1 Nivel de Adaptación. El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensado y el comprometido. El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

7.1.6.2 Nivel Integrado. El término integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para alcanzar las necesidades humanas. El nivel de adaptación integrado constituye un estímulo para la persona.

7.1.6.3 Nivel Compensatorio. Se presenta cuando los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento (cognitivo y regulador), ante el estímulo focal, contribuyen al control de la situación, sin alcanzar la satisfacción de las necesidades del individuo.

7.1.6.4 Nivel Comprometido. Se presenta cuando los comportamientos resultantes de los procesos de afrontamiento, frente a los estímulos, afectan la integración de la persona y el ambiente como consecuencia de la enfermedad.

7.1.7 Problemas de Adaptación

Los problemas de adaptación son áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Éstas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva. Roy afirma que en este punto, puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros, sino como

áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación).

7.1.8 Estímulo. El modelo de adaptación de Roy describe tres clases de estímulos que constituyen el ambiente (Roy 1984 b). Los nombres de estos estímulos y sus descripciones originales se basan en el trabajo del psicólogo fisiólogo Harry Helson (1964). La utilización de estas categorías por miles de enfermeras ha clarificado su significado dentro del marco conceptual de enfermería.

7.1.8.1 Estímulo Focal. El estímulo focal es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano.

7.1.8.2 Estímulos Contextúales. Los estímulos contextúales son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal. Es decir, los estímulos contextúales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía.

7.1.8.3 Estímulos Residuales. Los estímulos residuales son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano, que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento.¹²

¹² Moreno M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Sabana. Rev. Aquichan, vol 5, [periódico en la Internet].2005, [Consultado Enero, 2008] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=20518786>. Moreno M Orta M. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy [periódico en la Internet].2001, [Consultado Marzo, 2008] Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

7.1.9 Procesos de Afrontamiento. Los procesos de afrontamiento, son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno.¹³

7.1.9.1 Mecanismos Innatos de Afrontamiento. Los mecanismos innatos de afrontamiento se determinan genéticamente o son comunes para las especies, y se suelen ver como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos.

7.1.9.2 Mecanismos de Afrontamiento Adquiridos. Los mecanismos de afrontamiento adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas a lo largo de la vida contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares.

7.1.9.3 Subsistema Regulador. El subsistema regulador supone un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino.

7.1.9.4 Subsistema Cognitivo. El subsistema cognitivo es un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones.

7.1.10 Respuestas

7.1.10.1 Respuestas Adaptativas. Las respuestas adaptativas son las que fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano.

7.1.10.2 Respuestas Inefectivas. Las respuestas inefectivas son las que no contribuyen en la integridad en función de los objetivos del sistema humano.

¹³ RIEHL SICA, J.1(992) Modelos conceptuales de enfermería. Doyma, Barcelona

7.1.11 Proceso Vital Integrado. El proceso de vida integrado, se refiere al nivel adaptación en el que trabajan las estructuras y funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas.¹⁴

7.1.12 Modos de Adaptación

7.1.12.1 Modo Fisiológico y Físico de Adaptación. El modo fisiológico está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el balance de líquidos, electrolitos y ácidos-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica. El modo de adaptación físico, es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas. La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.¹⁵

7.1.12.2 Modo de Adaptación del Autoconcepto de Grupo. El modo de adaptación del autoconcepto de grupo es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. «El

¹⁴ ROY, CALLISTA, y COL. El modelo de adaptación de *CALLISTA ROY*, editorial appleton y lange, 2ª. ed. p. 32, 1999.

¹⁵ ROY, CALLISTA, y COL. El modelo de adaptación de *CALLISTA ROY*, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 32, 1999.

autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos. Sus componentes son: el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo; el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno; se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura.¹⁶

7.1.12.3 Modo de Adaptación de Desempeño del Rol. El modo del desempeño del rol es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado cómo la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar. Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental y al comportamiento expresivo. El comportamiento instrumental es la ejecución física real de un comportamiento. El comportamiento expresivo se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel. El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un período particular de su vida. Está determinado por la edad, el género la fase de desarrollo. Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la

¹⁶ Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (II). Los modelos de Hildegard Peplau y Calista Roy; tomado de [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(II\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(II).pdf)

tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario. Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea.¹⁷

7.1.12.4 Modo de Adaptación de la Interdependencia. El modo de adaptación de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas, (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. La primera relación es con los otros individuos significativos, que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo. La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo: a saber, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia.

7.1.13 Percepción. La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente. La percepción une al regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación.¹⁸

¹⁷ MORENO M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Sabana. Rev. Aquichan, vol 5, [periódico en la Internet].2005, [Consultado Enero, 2008] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=20518786>. Moreno M Orta M. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy [periódico en la Internet].2001, [Consultado Marzo, 2008] Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

¹⁸ Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (II). Los modelos de Hildegard Peplau y Calista Roy; tomado de [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(II\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(II).pdf)

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En el presente proyecto se tendrán en cuenta los diferentes diagnósticos establecidos por la NANDA, las intervenciones establecidas por el NIC y la escala de RASH, lo que permitirá la estandarización de los mismos para ser utilizados en los pacientes pediátricos que han sido sometidos a cirugía cardiovascular. El proceso de estandarización tanto de diagnósticos como intervenciones de enfermería se ha venido desarrollando en diferentes instituciones a nivel internacional, algunos estudios que se encontraron en la revisión literaria, entre ellos se citan:

Asociación entre Diagnósticos de Enfermería en Niños con Cardiopatía Congénita, de los autores Martins Da Silva; Venícios de Oliveira; Leite de Araujo.¹⁹ El presente estudio tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería, los factores relacionados y los problemas colaboradores en niños con cardiopatías congénitas buscando asociaciones entre los mismos. El estudio fue del tipo transversal realizado a 22 niños ingresados. Se aplicó el test exacto de Fisher para verificar la asociación estadística entre diagnósticos de enfermería, factores relacionados y problemas colaboradores. Identificándose una asociación fuertemente significativa entre los diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, Desobstrucción ineficaz de las vías aéreas e hipertermia, los factores relacionados: Secreciones excesivas, Retención de secreciones y Tasa metabólica aumentada y la Complicación potencial: Neumonía.

En el estudio Diagnósticos Enfermeros Identificados en Niños Brasileños Portadores de Cardiopatía Congénita de Martins Da Silva; Venícios De Oliveira;

¹⁹ Martin Da Silva V, De Oliveira M, Leite de Araujo TL. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Colaboradores en Niños con Cardiopatías Congénitas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [pp-55] Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2004/en042b.pdf

Leite De Araujo.²⁰ El presente estudio tuvo como principal objetivo identificar los diagnósticos enfermeros de niños portadores de cardiopatías congénitas. Fue un estudio transversal realizado en un hospital público de Fortaleza, Brasil. Participaron del estudio 45 niños con edades hasta 12 meses y diagnóstico médico confirmado de cardiopatía congénita. Se aplicó un guión de entrevista y examen físico, elaborado según los dominios de la Taxonomía II de la NANDA.

Como resultados se obtuvo que entre los diagnósticos enfermeros encontrados se destacan: Deterioro del intercambio gaseoso (91,5%), Patrón respiratorio ineficaz (86,7%), Intolerancia a la actividad (83,3%), Riesgo de infección (82,2%), Retraso en el crecimiento y desarrollo (77,8%), Perfusión tisular inefectiva (73,0%), Disminución del gasto cardíaco (64,4%), Limpieza ineficaz de las vías aéreas (55,6%), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (43,7%), Riesgo de aspiración (37,4%) y Déficit de volumen de líquidos (21,5%). Como conclusión se puede afirmar que fueron encontrados 22 diagnósticos enfermeros diferentes.

En Pacientes Trasplantados Renales: Análisis de Asociación de Diagnósticos Enfermeros de los autores Ana Luisa Brandau de Carvalho, Marcos Venícios de Oliveira;²¹ el objetivo principal de este estudio fue analizar las asociaciones entre los diagnósticos enfermeros, los factores relacionados y las características definitorias presentes en pacientes transplantados renales de un hospital universitario. Un estudio transversal de carácter exploratorio y descriptivo ha sido preformado con 58 pacientes entre los meses de diciembre de 2004 y abril de 2005. Los resultados mostraron asociaciones entre Deterioro del patrón de sueño

²⁰ Federación Argentina de Cardiología [Página Principal de Internet]. Argentina: Cuarto Congreso Internacional de Cardiología por Internet; Sept - Nov 30, 2005. Diagnósticos Enfermeros Identificados en Niños Brasileños Portadores de Cardiopatías Congénitas. Disponible en: www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl088/tl088.php

²¹ Scielo [Base de Datos de Internet]. Brandao AL, De Oliveira M: Pacientes Trasplantados Renales: Análisis de asociación de diagnósticos enfermeros. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100015&script=sci_abstract&tng=es

y Disfunción sexual, Deterioro del patrón de sueño y Patrones sexuales inefectivos, Disfunción sexual y Patrones sexuales inefectivos. Se concluye que el estudio aportó para la identificación de diagnósticos enfermeros relacionados a características específicas de estos pacientes.

Diagnósticos de Enfermería y Problemas Colaboradores en Niños con Cardiopatía Congénita, estudio realizado por Martins Da Silva; Venícios de Oliveira; Leite de Araujo,²² cuyo objetivo fue establecer el patrón de diagnósticos de enfermería y de problemas colaboradores en niños portadores de cardiopatías congénitas. El estudio fue de tipo transversal, realizado en 22 niños internados.

Los diagnósticos de enfermería que más prevalecieron fueron: intolerancia a la actividad en el 86.4% de los casos, limpieza ineficaz de las vías aéreas 72.7%; crecimiento y desarrollo retardados 68.2%; desequilibrio nutricional: menor requerimiento que las necesidades corporales 68.2%; patrón respiratorio ineficaz 68.2%; hipertermia 50% e interrupción de los procesos familiares 50%. Los problemas colaboradores de mayor frecuencia fueron complicaciones potenciales: disminución de la función cardíaca 77.3%, efectos adversos de la terapia medicamentosa 68.2% y neumonía 50%. Los resultados presentados resaltan la importancia de realizar pesquisas de identificación de perfiles de diagnósticos de enfermería y problemas colaboradores para la determinación de las necesidades de asistencia de enfermería a la persona, en este caso al niño que está siendo cuidado.

Análisis del Diagnóstico de Enfermero: Patrón Respiratorio Ineficaz en Niños con Cardiopatía Congénita de Martins Da Silva; Venícios de Oliveira; Leite de Araujo. El principal objetivo del presente estudio fue analizar el diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz en niños con cardiopatías congénitas. Estudio

²² Martin Da Silva V, De Oliveira M, Leite de Araujo TL. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Colaboradores en Niños con Cardiopatías Congénitas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [pp-55] Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2004/en042b.pdf

desarrollado en hospital especializado en enfermedades cardiopulmonares con 45 niños ingresados. Los niños portadores de cardiopatía congénita que presentaron el diagnóstico Patrón respiratorio ineficaz eran, en promedio, más jóvenes que los sin el referido diagnóstico. Se identificó asociación estadísticamente significativa entre el Patrón respiratorio ineficaz y los seis diagnósticos enfermeros que a continuación se detallan: Deterioro del intercambio gaseoso, Intolerancia a la actividad, Retraso en el crecimiento y desarrollo, Perfusión tisular inefectiva, Disminución del gasto cardíaco y Limpieza ineficaz de las vías aéreas. El análisis de supervivencia indicó que, en los niños mayores de 4 meses llevan más tiempo para desarrollar el diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz. Se concluye que las alteraciones respiratorias y hemodinámicas ocasionadas por la enfermedad cardíaca de base tienen influencia directa en el establecimiento de signos y síntomas del diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz.²³.

El estudio Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Internados en la Unidad Médico quirúrgica en Clínica Ortopédica de Fernando Salomón, Marina Fernández, Marcia Paschoalina.²⁴ Estudio descriptivo y exploratorio, realizado en un hospital escuela en Londrina, Paraná, Brasil, que tuvo como objetivo identificar la frecuencia de los principales diagnósticos de enfermería, de acuerdo con la North American Nursing Diagnosis Association, en pacientes del sexo masculino internados en la clínica ortopédica. La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes con un promedio de edad de 40,6 años. Los diagnósticos fueron interpretados a partir de características definidoras, factores y situaciones inminentes de riesgo. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Riesgo de infección, Integridad de la piel dañada, Integridad tisular perjudicada, Dolor agudo, Déficit en el autocuidado en

²³ Martin Da Silva V, De Oliveira M, Leite de Araujo T. Análisis del Diagnóstico de Enfermero Patrón Respiratorio Ineficaz en Niños con Cardiopatías Congénitas. *Enfermería en Cardiología* [serial 1575-4146] 2006. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2341635>

²⁴ Biblioteca Virtual de Salud [Base de Datos de Internet]. Silva FS, Viana M, Volpato M: Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Internados por la Clínica ortopédica en Unidad Médicoquirúrgica. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-563247>

relación con baños e higiene, Movilidad física afectada, Conocimiento deficiente, Riesgo de disfunción neurovascular periférica. Esta investigación favoreció la identificación de las necesidades de cuidados de estos pacientes, contribuyendo al delineamiento de la relevancia de los distintos focos clínicos relativos a la enfermería ortopédica.

Diagnósticos de Enfermería en Adultos en Tratamiento de Hemodiálisis, de Aline Gozzi Braga LataI; Jaqueline Galdino AlbuquerqueII; Luzimar Aparecida da Silva Borba Paim de Carvalholll; Ana Luisa Brandão de Carvalho LiraIV, ²⁵ cuyo principal objetivo fue analizar la distribución de los diagnósticos de enfermería presentes en adultos de una clínica de hemodiálisis de Petrópolis - Rio de Janeiro. Fue un estudio cuantitativo de tipo transversal, de carácter exploratorio y descriptivo. Fueron evaluados 20 pacientes en los meses de abril y mayo del 2006. Se identificaron 16 diagnósticos de enfermería que son: Riesgo de infección; Perfusión tisular ineficaz: renal; Patrón de sueño perturbado e Intolerancia a la actividad.

Se concluye que el presente estudio proporcionó mayor conocimiento de la realidad de esos pacientes, contribuyendo a una posible implementación de acciones de enfermería más eficientes para la solución de los problemas identificados.

Un diagnóstico enfermero se define como un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es

²⁵ Biblioteca Virtual de Salud [Base de Datos de Internet]. Lata A, Albuquerque J, Carvalho L, Lira AL: Diagnósticos de Enfermería en Adultos en Tratamiento de Hemodiálisis. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-485261>

responsable. Cada diagnóstico consta de una etiqueta o nombre, una definición, las características definitorias, los factores de riesgo y los factores relacionados.²⁶

En la fase de diagnóstico del proceso de atención de enfermería se analizan y jerarquizan los datos obtenidos en la valoración para poder identificar los problemas, que son la base del plan de cuidados y de una intervención de enfermería efectiva. Para la formulación de diagnósticos enfermeros a través de un lenguaje normalizado contamos con la taxonomía de la NANDA. Los diagnósticos pueden ser de tres tipos: Reales, Potenciales o de riesgo y de salud o bienestar.

Un diagnóstico real, representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Este tipo de diagnósticos tiene 4 componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Un diagnóstico de riesgo, es un juicio clínico de que un individuo familia o comunidad, es más vulnerable a desarrollar un problema, que otros en situación igual o similar. Todos los diagnósticos de enfermería potenciales se inician con el término “riesgo de “, que se relaciona en forma clara con la vulnerabilidad del individuo; y cuenta con los mismos 4 componentes del diagnóstico real.

Un diagnóstico de salud o bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más alto. Para que exista un diagnóstico de bienestar tienen que estar presentes dos hechos:

- Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- Estado o función actuales eficaces.²⁷

²⁶ LEFEVRE, M.; DUPUIS, A. (1995). Juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona.

²⁷ HERDMAN, Heather. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009 - 2011. Barcelona: EdiDe, 2009, p. 1

7.2.1. Características Esenciales de un Diagnóstico:

- Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
- Puede referirse a problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que pueden confirmarse.
- Es el enunciado de un juicio de enfermería.
- Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por Enfermería.
- Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.

7.2.2. Ventajas sobre el uso de Diagnósticos de Enfermería:

- Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
- Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
- Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.
- Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.²⁸

²⁸ SARMIENTO, Lucía; IBAÑEZ, Luz. EL PROCESO DE ENFERMERIA. Bucaramanga: UIS, 2002, p. 63.

7.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidado.

29

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. Comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales. Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio de él. Incluyen acciones de cuidado dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria.

Una intervención a la comunidad está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Pretenden el fomento y mantenimiento de la salud, y la prevención de enfermedades, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

7.3.1 Actividades de Enfermería. Actividades o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Se traducen en una acción concreta.

Cuando se utilice el lenguaje normalizado para documentar la práctica, se podrá comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por distintos profesionales de enfermería. El uso del lenguaje

²⁹ PROYECTO DE INTERVENCIONES IOWA.1999. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Síntesis, Madrid.

normalizado no inhibe la práctica, más bien comunica la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. El desarrollo y utilización de ésta clasificación sirve de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la aplicación clínica de las intervenciones de enfermería. Se cree que el continuo desarrollo y uso de la ésta clasificación ayuda a avanzar en el conocimiento de la enfermería y en los esfuerzos para que tenga una mayor proyección en el campo de la política sanitaria.

7.3.2 Importancia de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC):³⁰

- **Completa.** La NIC incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades, y cuidados indirectos. Se incluyen tanto intervenciones independientes como de colaboración; pueden utilizarse en cualquier situación de la práctica, independientemente de la orientación filosófica.
- **Basada en la investigación.** La investigación, que comenzó en 1987, utiliza un enfoque de métodos múltiples; éstos incluyen análisis de contenido, cuestionarios de ensayo para los expertos, revisión de grupos de enfoque, análisis de similitudes, agrupación jerárquica, escala multidimensional y pruebas clínicas de campo. La investigación ha sido subvencionada parcialmente (7 años de apoyo) por el National Institute of Health y el National Institute of Nursing Research.

McCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: EdiDe, 2005, p. prólogo.

- Desarrollo inductivo basado en la práctica existente. Las fuentes originales incluyen libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de cuidados de la práctica clínica, apoyados por la preparación técnica en la práctica clínica de los miembros del equipo y los expertos de áreas de la práctica de especialidades. Las intervenciones añadidas y las mejoras son resultado de las sugerencias de los usuarios.
- Refleja la práctica e investigación clínicas actuales. Todas las intervenciones van acompañadas de una lista de lecturas de referencia que apoyan el desarrollo de la intervención. Todas han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y por organizaciones de la práctica clínica de las especialidades correspondientes. Se ha desarrollado un proceso de respuesta para disponer los cambios sugeridos por los usuarios en la práctica.
- Estructura organizativa de uso sencillo (campos, clases, intervenciones, actividades). Todos los campos, clases e intervenciones disponen de definiciones. Se han desarrollado principios para mantener una coherencia y cohesión de las clasificaciones; las intervenciones se han codificado numéricamente.
- Lenguaje claro y con significado clínico. Durante el trabajo se ha seleccionado el lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje refleja claridad en cuestiones conceptuales.
- Establece un proceso y una estructura de mejora continua. La clasificación se ha desarrollado mediante investigadores del College of Nursing, University of Iowa, el compromiso con el proyecto está evidenciado por años de trabajo y una continua implicación.
- Probada en campo. El procedimiento de implantación inicialmente se ha estudiado en cinco sitios de campo que representaban las diversas situaciones

donde se llevan a cabo los cuidados de enfermería; cientos de centros clínicos y educativos también están comenzando a poner en práctica la clasificación. Se han desarrollado etapas de implantación para ayudar en el proceso de cambio.

- Relacionada con los diagnósticos de enfermería de la NANDA, los problemas de Omaha System, los resultados de la NOC, los RAP en cuidados a largo plazo y el OASIS para asistencia sanitaria domiciliaria. En esta edición se incluye una lista de relaciones de intervenciones de la NIC con los diagnósticos de la NANDA; las relaciones con los resultados de la NOC se encuentran en un libro y en un programa informático publicados por Mosby. Existen monografías del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness sobre otras relaciones.³¹

El NIC define como un tratamiento puesto en marcha por el enfermero a aquella intervención iniciada por un profesional de enfermería en respuesta a un diagnóstico de enfermería, una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados. Tales acciones incluirían los tratamientos iniciados por enfermeros superiores.

Un tratamiento puesto en marcha por el médico es una intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de enfermería en respuesta a una “orden del médico”. Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas o ayudantes de médicos.

³¹ McCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: EdiDe, 2005, p. prólogo.

Actividades de enfermería: Actividades o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Clasificación de las intervenciones de enfermería: Orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

Taxonomía de las intervenciones de enfermería: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clase e intervenciones.³²

7.4 ESCALA DE RASCHS

El método RACHS-1 (Risk Adjustment for Congenital Heart Surgery) se utiliza para predecir mortalidad y ajuste de riesgo en cirugía cardiovascular, y constituye una herramienta válida para la comparación de resultados. Está distribuida en seis categorías, donde cada una de ellas la conforman un grupo de intervenciones quirúrgicas cardiovasculares que se distribuyen según la complejidad de la misma de manera ascendente, siendo la categoría 1 la de menor riesgo y la categoría 6 la de mayor.

³² McCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: EdiDe, 2005, p. prólogo.

CATEGORIA 1

- Comunicación interauricular (ostium secundum, seno venoso)
- Aortopexia
- Ductus arterioso > 30 días
- Coartación de la aorta > 30 días
- Anomalía parcial del retorno venoso pulmonar

CATEGORIA 2

- Valvulotomía aórtica o valvuloplastia
- Resección subaórtica
- Valvulotomía pulmonar o valvuloplastia
- Reemplazo de válvula pulmonar
- Infundibulectomía del VD - aumento del tracto de salida pulmonar
- Reparación de fístulas coronarias
- Comunicación interauricular, Ostium primum
- Comunicación interauricular asociada con comunicación interventricular
- Comunicación interventricular sola o asociada con valvulotomía pulmonar o resección infundibular
- Comunicación interventricular asociada con eliminación de cerclaje pulmonar
- Reparación de CIV no especificada
- Tetralogía de Fallot
- Anomalía total del retorno venoso pulmonar > 30 días
- Anastomosis de Glenn
- Anillos vasculares
- Ventana aortopulmonar
- Coartación de la aorta < 30 días
- Transección de la arteria pulmonar
- Aurícula única
- Comunicación VI-AD

CATEGORIA 3

- Reemplazo de válvula aórtica
 - Procedimiento de Ross
 - Parche de tracto de salida del VI
 - Miotomía ventricular
 - Aortoplastia
 - Valvuloplastia o valvulotomía mitral
-

- Reemplazo de válvula mitral
- Valvectomía tricuspídea
- Valvulotomía o valvuloplastia tricuspídea
- Reemplazo de válvula tricuspídea
- Anomalía de Ebstein > 30 días
- Anomalía coronaria con túnel intrapulmonar o sin él
- Cierre de válvulas semilunares aórtica o pulmonar
- Conducto VD-APT o VI-APT
- Doble salida del VD con reparación o no de obstrucción del VD Fontan
- Canal a-v completo o transicional con reemplazo valvular o sin él.
- Cerclaje de la arteria pulmonar
- Tetralogía de Fallot con atresia pulmonar
- Cor triatriatum
- Anastomosis S/P
- Switch auricular
- Switch arterial
- Reimplantación de arteria pulmonar anómala
- Anuloplastia
- Coartación de la aorta + CIV
- Escisión de tumor intracardíaco

CATEGORIA 4

- Valvulotomía o valvuloplastia aórtica < 30 días
- Procedimiento de Konno
- Reparación de anomalía compleja (ventrículo único), agrandamiento de CIV
- Anomalía total del retorno venoso < 30 días
- Septectomía auricular
- Reparación de TGV+ CIV+ estenosis subpulmonar (Rastelli)
- Switch auricular + CIV
- Switch auricular + estenosis subpulmonar
- Switch arterial + eliminación de cerclaje
- Switch arterial + CIV
- Switch arterial + estenosis subpulmonar
- Tronco arterioso
- Interrupción o hipoplasia del arco aórtico con CIV o sin ella
- Plástica del arco transverso
- Unifocalización pulmonar en tetralogía de Fallot y atresia pulmonar
- Doble switch

CATEGORIA 5

- Anomalía de Ebstein < 30 días
- Tronco arterioso + interrupción del arco aórtico

CATEGORIA 6

- Etapa 1 de reparación del síndrome de hipoplasia del VI (Norwood)
- Etapa 1 de reparación del ventrículo izquierdo no hipoplásico
- Damus-Kaye-Stansel³³

³³ ITHURALDE, M; BALLESTRINI, M; ITHURALDE, A; SEARA, C; GARCIA, M; CAMPOS, M; FERNANDEZ, N; GARCIA, P, NOJEK, C. Cirugía Cardíaca neonatal: Análisis comparativo de resultados quirúrgicos según el método RACHS – 1 de estratificación del riesgo. 2009. Arch Argent Pediatr . Disponible en : www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325

8. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el presente proyecto fue la matriz del marco lógico.

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS O FACTORES EXTERNOS
OBJETIVO GLOBAL (OG)	Elaborar guía de Estandarización de los diagnósticos e intervenciones de enfermería en niños que se encuentran en postoperatorio de corrección de cardiopatía congénita, según la complejidad del procedimiento, en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.	Presencia de Guía en la unidad.	Guía ubicada en los carros de medicamentos de la UCICVP.	Personal de enfermería que no considera útil la aplicación de la guía.
OBJETIVO ESPECIFICO (OE)	Realizar el diagnostico situacional en el personal de enfermería de la UCICVP sobre la priorización de los diagnósticos e intervenciones de enfermería que utilizan en el cuidado al paciente pediátrico en corrección postoperatorio de cardiopatía congénita.	Número de enfermeras que conocen las etiquetas de los diagnósticos según la NANDA y NIC./ Total de Enfermeras de la UCICVP.	Aplicación de encuesta para realizar el diagnóstico situacional.	Situaciones en el área laboral que limiten la adecuada aplicación de la guía. Falta de interés en el uso de la guía por parte del personal.
	Revisar en la literatura los aspectos referentes el modelo de Adaptación de Callista Roy, Escala RACHS-1, los diagnósticos de la NANDA, y los NIC.	Número de artículos revisados relacionados con la temática / Total	Artículos relacionados en la bibliografía.	Personal de enfermería que por diferentes razones no reciban

		de artículos revisados.		educación sobre la guía y por ende no lleve a cabo la correcta aplicación de la misma.
	Realizar la agrupación de diagnósticos e intervenciones según la escala RACHS-1, el modelo de Adaptación en lo referente a los modos, los diagnósticos de la NANDA, y los NIC. Con base en las complicaciones de los procedimientos.	Número de categorías de la escala RACHS-1 incluidas en la guía / Total de categorías que componen la escala RACHS-1.	Guía como producto final.	
	Capacitar al personal de enfermería de la Unidad Pediátrica Cardiovascular sobre modelo de Adaptación de Callista Roy y escala de riesgo quirúrgico RACHS 1.	Número de enfermeras que conocen la escala de RACHS y el modelo de Callista /Total de enfermeras de la UCICVP	Folleto entregado y lista de asistencia a la socialización	
	Someter la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación CardiInfantil”, a revisión en conjunto con el personal de enfermería de la unidad mediante su socialización para determinar claridad y comprensión en su uso.	Número de enfermeras que asisten a la socialización / Total de enfermeras de la UCICVP	Guía modificada respecto a las sugerencias realizadas por el personal	

	Brindar asesoría y educación al personal de enfermería sobre dudas e inquietudes de la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil”, en el servicio para su aplicación.	Número de enfermeras que comprenden la guía / Total de enfermeras de la UCICVP.	Indagación al personal de enfermería sobre la comprensión de la guía	
RESULTADOS	Elaboración de la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil”. Participación del personal de enfermería de la UCICVP para retroalimentar el diseño de la guía. Elaboración y entrega del folleto al personal de enfermería como soporte de los conceptos en la socialización.		Guía ubicada en los carros de medicamentos de la UCICVP. Folleto entregado al personal de enfermería.	Personal de enfermería que por diferentes razones no reciban la asesoría sobre la guía y por ende no lleve a cabo la correcta aplicación de la misma. Situaciones en el área laboral que limiten la adecuada aplicación de la guía
ACTIVIDADES	Elaboración de un pre-test para determinar un diagnóstico situacional del personal de enfermería de la UCICVP con respecto al conocimiento y aplicación de los diagnósticos e intervenciones en el plan de cuidados. Agrupación de diagnósticos e		Lista de asistencia a la socialización de la guía. Guía elaborada como producto final.	Personal de enfermería que no se sometió al pre-test. Personal de enfermería enfocado en modelo biomédico.

	<p>Intervenciones de enfermería según uso de escala RACHS-1 y modelo de Adaptación de Callista Roy, los diagnósticos de la NANDA, y los NIC. Con base en las complicaciones de los procedimientos. .</p> <p>Socialización del Modelo de Adaptación de Callista Roy, Escala RASCH , taxonomía NANDA y NIC en los niños objeto de cuidado.</p> <p>Socializar la guía “estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita, hospitalizados en la UCI Pediátrica Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil”, para retroalimentarla según sugerencias hechas por el personal de enfermería de la UCICVP.</p>			<p>Falta de participación del personal de enfermería durante el proceso de realización del proyecto.</p>
--	---	--	--	--

Para la elaboración y ejecución del presente proyecto, se implementaron una serie de estrategias que sirvieron como instrumento y guía en el proceso del mismo, entre las cuales están:

- **Pretest:** Utilizado como medio para el establecimiento del diagnóstico situacional del personal de enfermería de la Unidad Pediátrica Cardiovascular, en cuanto al conocimiento del Modelo de Adaptación y utilización de Diagnósticos e Intervenciones.
- **Revisión Bibliográfica:** Basada en la búsqueda literaria de las múltiples complicaciones, que se pueden presentar en cada uno de los procedimientos e intervenciones quirúrgicas establecidas en la escala de riesgo RASCH 1. Además, de contenidos relacionados con el Modelo de Adaptación de Roy, los diferentes diagnósticos establecidos por la NANDA e intervenciones por la NIC.
- **Folleto:** Como fuente didáctica donde se resumen los aspectos más importantes relacionados con el Modelo de Adaptación, Diagnósticos NANDA, escala de riesgo RASCH 1, Intervenciones NIC y un pequeño ejemplo del formato como quedará establecida la guía.
- **Guía:** Producto final del proyecto.
- **Retroalimentación:** Revisión de la guía en conjunto con el personal de enfermería de la unidad mediante su socialización determinando de esta manera la claridad y comprensión de la misma.

9. PRESUPUESTO

COSTOS	VALOR
OPERACIONALES	
Impresiones	\$ 200.000,00
Transporte	\$ 12.000,00
Laminación de la guía	\$ 50.000,00
Computadores	\$ 20.000,00
Fotocopias	\$ 20.000,00
SUBTOTAL	\$ 302.000,00
RECURSO HUMANO	
Asesoras	\$ 4.000.000,00
Ejecutoras	
Alicia del Pilar Prada Benítez	\$ 1.000.000,00
Jazmín Medina Rodríguez	\$ 1.000.000,00
María Cristina Blanco Fuentes	\$ 1.000.000,00
Secretaria	\$ 250.000,00
SUBTOTAL	\$ 7.250.000,00
COSTES ORGANIZATIVOS	
Viáticos del personal	
Transporte	\$ 300.000,00
Alimentación	\$ 70.000,00
Hospedaje	\$ 50.000,00
SUBTOTAL	\$ 420.000,00
Imprevistos	\$ 100.000,00
TOTAL PROYECTO	\$ 8.072.000,00

10. RESULTADOS

Los resultados del presente proyecto son basados en los diferentes indicadores establecidos en la metodología, entre los que se encuentran:

- Guía establecida en el carro de medicamentos de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.
- El 75% del personal conocen las etiquetas de los diagnósticos establecidos por la NANDA, y un 58% conocen las establecidas por la NIC.
- Tan sólo el 50% de los artículos revisados estaban relacionados con la temática.
- En el proyecto se incluyeron 5 de las 6 categorías que componen la escala de riesgo RASCH 1, ya que la sexta categoría la componen intervenciones o procedimientos que actualmente son muy esporádicos e inclusive no se practican en la institución.
- El 80% del personal de enfermería de la UCICVP conocen el Modelo de Adaptación de Callista Roy y tan sólo un 7.3% conocen la escala de riesgo RASCH 1.
- El 100% de las enfermeras de la UCICVP asisten a la socialización de la guía en los diferentes turnos programadas.
- El 100% de las enfermeras comprende la guía y da sugerencias acerca del mejoramiento de la misma.

11. CONCLUSIONES

- La carencia del uso de diagnósticos e intervenciones de enfermería esta dada por la falta de actualización y conocimientos del profesional de enfermería acerca del uso de estas valiosas herramientas que orientan el cuidado.
- La estandarización de diagnósticos de enfermería se viene realizando en diferentes instituciones y tipos de paciente a nivel internacional, como se muestra en los diferentes artículos de investigación encontrados en bases de datos electrónicas como justificación de realización del proyecto.
- La aplicación de la escala de RACHS-1 ayuda a clasificar el riesgo de mortalidad cardiovascular pediátrica, mejorando las expectativas de vida de los niños con cardiopatías congénitas; la cual ha sido aplicada a nivel internacional y justificada en varios estudios.
- El manejo del modelo de Callista Roy en la UCIP Cardiovascular, a pesar de su complejidad, se facilitó debido a que en la FCI está institucionalizada su aplicación en todas las unidades de cuidado intensivo y el personal de enfermería ha recibido capacitación del mismo, aunque se requirió fortalecer sus conceptos básicos.
- La presentación del proyecto al personal de enfermería de la UCIP Cardiovascular no solo se realizó con el fin de socializar su contenido, sino que estuvo sujeto a cambios por las sugerencias hechas, lo cual favorece la inclusión de las enfermeras en la búsqueda del mejoramiento de la atención prestada a los niños.

12. RECOMENDACIONES

- La institucionalización en los hospitales, del uso de diagnósticos e intervenciones de enfermería, facilita el mejoramiento de la calidad de la atención que se ofrece, teniendo como base un soporte científico para la administración del cuidado.
- La actualización del conocimiento contribuye a la evolución del mismo y proporciona mayor habilidad en el manejo de los instrumentos que se utilizan en el desempeño de cualquier profesional, no solo en el área de la salud.
- El seguimiento del uso de la guía elaborada, permite la evolución y actualización de la misma, de acuerdo a las necesidades del personal de la unidad y a sus sugerencias.
- Las actividades adjuntas a la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) podrían utilizarse como parte del entrenamiento para personal de enfermería nuevo en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular pediátrico, que facilite guiar el cuidado directo.
- La sistematización de la guía elaborada, dentro de la historia clínica electrónica de la Fundación Cardioinfantil, garantiza la continuación de su uso, la actualización de la misma y la evaluación del impacto que tiene sobre los niños hospitalizados en la UCIP.

BIBLIOGRAFIA

Fundación Cardioinfantil [página de internet]. Bogotá. Disponible en: www.cardioinfantil.org

MCCLOSKEY J, BULECHEK G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Madrid: Elsevier; 2005.

Traducido de Roy, Sister Callista y Andrews Heather. Editorial Appleton y Lange. Segunda edición. 1999. Capítulo II, pp 29 – 56 por María Elisa Moreno, Profesora Asistente, Facultad de Enfermería Universidad de la Sabana. mayo de 2000.

Jenkins KJ, Gauvreau K, Newburger JW, Spray TL, Moller JH, Iezzoni LI. Consensus-based method for risk adjustment for surgery for congenital heart disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;123:110-118. Disponible en: <http://jtc.ctsnetjournals.org/cgi/content/full/123/1/110>

SARMIENTO L, IBAÑEZ L. EL PROCESO DE ENFERMERIA. Bucaramanga: UIS, 2002, p. 63.

Ithuralde M; Ballestrini M, Ithuralde A, Seara C, Garcia M, Campos M, Fernández N, Garcia P, Nojek C. Cirugía Cardíaca Neonatal: Análisis comparativo de resultados quirúrgicos según el método RACHS – 1 de estratificación del riesgo. 2009. Arch Argent Pediatric. 2009

North American Nursing Diagnosis Association. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011. Madrid: Harcourt

MARTIN DA SILVA V, DE OLIVEIRA M, Leite de Araujo T. Asociación entre Diagnósticos de Enfermería en Niños con Cardiopatías Congénitas. Enfermería en Cardiología [serial 32-33.04.] 2004. Disponible en: www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res3304.htm

FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA [Página Principal de Internet]. Argentina: Cuarto Congreso Internacional de Cardiología por Internet; Sept - Nov 30, 2005. Diagnósticos Enfermeros Identificados en Niños Brasileños Portadores de Cardiopatías Congénitas. Disponible en: www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl088/tl088.php

Scielo [Base de Datos de Internet]. Brandao AL, De Oliveira M: Pacientes Trasplantados Renales: Análisis de asociación de diagnósticos enfermeros. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100015&script=sci_abstract&tng=es

MARTIN DA SILVA V, DE OLIVEIRA M, LEITE DE ARAUJO TL. Diagnósticos de Enfermería y Problemas Colaboradores en Niños con Cardiopatías Congénitas. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [pp-55] Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2004/en042b.pdf

MARTIN DA SILVA V, DE OLIVEIRA M, LEITE DE ARAUJO T. Análisis del Diagnóstico de Enfermero Patrón Respiratorio Ineficaz en Niños con Cardiopatías Congénitas. Enfermería en Cardiología [serial 1575-4146] 2006. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2341635>

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD [Base de Datos de Internet]. Gonzales IF, Hernández JC, Alvarez A, Ramírez L: Labor de Enfermería en el Traumatismo craneoencefálico Infantil: Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-354339>

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD [Base de Datos de Internet]. Silva FS, Viana M, Volpato M: Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Internados por la Clínica ortopédica en Unidad Médicoquirúrgica. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-563247>

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD [Base de Datos de Internet]. Lata A, Albuquerque J, Carvalho L, Lira AL: Diagnósticos de Enfermería en Adultos en Tratamiento de Hemodiálisis. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-485261>

ANEXOS

1. ENCUESTA

SOPORTE PROYECTO DE GESTIÓN: ESTANDARIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN POSOPERATORIO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA HOSPITALIZADOS EN LA UCI PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO PEDIÁTRICO

1. ¿Conoce las etiquetas de los diagnósticos de enfermería?

Sí ___ No ___ Algunas ___

2. ¿Conoce las etiquetas de las intervenciones de enfermería?

Sí ___ No ___ Algunas ___

3. Con cuáles diagnósticos planea el cuidado de los pacientes? (marque con una X la respuesta:

a. Diagnósticos Médicos

b. Diagnósticos de enfermería

4. Describa cómo utiliza la sabana de enfermería para planear el cuidado de enfermería

Si la pregunta 1 ó 2 son positivas, por favor conteste la siguiente pregunta:

5. ¿Considera que el uso de los diagnósticos y/o las intervenciones de enfermería sirven para orientar el cuidado hacia los pacientes?

Sí ___ No ___ Por Qué?

2 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2011	2012																															
		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración de anteproyecto																																	
Presentación y ajustes																																	
Socialización de propuesta ante los directivos																																	
Elaboración de la guía: Diagnósticos (NANDA), Intervenciones (NIC) y Escala de RACHS.																																	
Elaboración de la matriz del marco lógico para el establecimiento de la metodología a seguir y plan operativo.																																	
Prueba de los diagnósticos e intervenciones de enfermería.																																	
Validación de la guía.																																	
Socialización guía																																	
Sustentación final																																	

3. FOLLETO

ESTANDARIZACIÓN

CATEGORÍA DE RIESGO 1

- Comunicación interauricular (ostium secundum, seno venoso)
- Aortopexia
- Ductus arteriole > 30 días
- Coarctación de la aorta > 30 días
- Anomalía parcial del retorno venoso pulmonar

FUNCION OXIGENACION Y CIRCULACION	DX	RESULTADO	INTERVENCIONES
	Disturbio del intercambio de gases R/C Alteración en la V/Q.	Equilibrio electrolítico y ácido básico.	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de datos de laboratorio. • Manejo ácido básico. • Manejo de electrolitos. • Manejo de líquidos y electrolitos. • Monitorización de electrolitos. • Monitorización de los signos vitales. • Regulación hemodinámica.



**PILAR PRADA
JAZMIN MEDINA
CRISTINA BLANCO**

Universidad de La Sabana

Estandarización de diagnósticos e intervenciones de enfermería en pacientes en posoperatorio de cardiopatía congénita según complejidad, hospitalizados en la UCI pediátrica cardiovascular de la fundación cardiointantil.



**Especialización
Cuidado Crítico
Pediátrico
V Promoción**

Modelo adaptación Callista Roy



NIVELES DE ADAPTACIÓN

El nivel de adaptación es un punto cambiante que refleja, la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del ambiente. Este incluye las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones, motivaciones que llevan a la persona hacia la excelencia

- ▶ Integrado
- ▶ Compensatorio
- ▶ Comprometido

MODOS ADAPTATIVOS:

LA FUNCIÓN FISIOLÓGICA : Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

EL AUTOCONCEPTO: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

FUNCIÓN DEL ROL: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado,... Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

LA INTERDEPENDENCIA: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

ESTÍMULOS

Estímulo focal: "Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo". Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.

Estímulos contextuales: Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

Estímulos residuales: Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual

ESCALA RACHS

El método de valoración del riesgo para la cirugía de cardiopatía congénita fue realizado en un consenso de la Asociación Americana de Cirugía Torácica y de la Asociación Occidental de cirugía torácica y publicado en El Diario de Cirugía Torácica y Cardiovascular o The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.

El método RACHS-1 (Risk Adjustment for Congenital Heart Surgery) se utiliza para predecir mortalidad y ajuste de riesgo en cirugía cardiovascular pediátrica y constituye una herramienta válida para la comparación de resultados.



4. GUIA ESTANDARIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN POSOPERATORIO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA SEGÚN COMPLEJIDAD, HOSPITALIZADOS EN LA UCI PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL

CATEGORÍA DE RIESGO 1

- Comunicación interauricular (ostium secundum, seno venoso)
- Aortopexia
- Ductus arterioso > 30 días
- Coartación de la aorta > 30 días
- Anomalía parcial del retorno venoso pulmonar

MODO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO	INTERVENCIONES
FUNCION OXIGENACION Y CIRCULACION	Deterioro del intercambio de gases R/C Alteración en la V/Q.	Equilibrio electrolítico y ácido básico.	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de datos de laboratorio. • Manejo ácido básico. • Manejo de electrolítico. • Manejo de líquidos y electrolitos. • Monitorización de electrolitos. • Monitorización de los signos vitales. • Regulación hemodinámica. • Ayuda a la ventilación. • Manejo de las vías aéreas. • Monitorización respiratoria. • Fisioterapia respiratoria.
	Disminución de gasto cardíaco R/C Alteración del ritmo cardíaco.	Efectividad de la bomba cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos. • Monitorización de signos de vitales. • Regulación hemodinámica. • Monitorización hemodinámica invasiva. • Manejo de electrolitos. • Manejo de las disrritmias.
	Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Procedimiento invasivo: intervención quirúrgica.	Equilibrio electrolítico y ácido básico.	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos. • Manejo de electrolitos. • Interpretación de datos de laboratorio. • Monitorización de signos vitales.
	Patrón respiratorio ineficaz R/C Hiperventilación: dolor.	Estado de los signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la ventilación.

			<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad. • Manejo de las vías aéreas. • Cuidados postanestesia. • Enseñanza: procedimiento/ • Tratamiento • Manejo del dolor. • Oxigenoterapia.
	Riesgo de sangrado R/C Efectos relacionados con el tratamiento: cirugía	Control de la hemorragia.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la hemorragia • Cuidados del drenaje. • Cuidados cardíacos: insuficiencia venosa – arterial. • Disminuir la hemorragia. • Manejo de la hipovolemia. • Monitorización hemodinámica invasiva.
FUNCIÓN DE ELIMINACIÓN – LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C efectos secundarios relacionados con el tratamiento: cirugía.	Equilibrio electrolítico y ácido básico	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos y electrolitos. • Manejo ácido-base. • Monitorización de electrolitos. • Monitorización de signos vitales. • Regulación hemodinámica. • Monitorización respiratoria. • Interpretación de datos de laboratorio.
FUNCIÓN DE NUTRICIÓN	Riesgo de desequilibrio nutricional: déficit R/C Factores biológicos: cirugía.	Estado nutricional, Control de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional. • Manejo de la nutrición. • Manejo del peso. • Monitorización nutricional. • Terapia nutricional. • Alimentación enteral por sonda. • Manejo de líquidos /electrolitos. • Sondaje gastrointestinal.
	Interrupción de la lactancia materna R/C Enfermedad del niño.	Conocimiento: Lactancia Materna, Lazos Afectivos Padre-Hijo.	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por biberón. • Enseñanza: nutrición infantil. • Potenciación de roles. • Inicio temprano de la alimentación. • Facilitar el aprendizaje.
	Riesgo del nivel de glicemia inestable R/C Cambios en el aporte dietético normal.		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la hiperglicemia. • Manejo de la hipoglicemia. • Manejo de la nutrición.

FUNCIÓN DE PROTECCIÓN	Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos.	Curación de la herida: por primera intención.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de glicemia central. • Monitorización nutricional.
	Deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilización física.	Curación de la herida: por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de las heridas. • Administración de medicamentos. • Cuidado de la herida: drenaje cerrado. • Protección contra las infecciones. • Vigilancia de la piel.
	Hipertermia R/C Aumento de la tasa metabólica.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Cuidados de la piel: tratamiento tópico. • Protección contra las infecciones. • Sutura. • Vigilancia de la piel. • Cuidados del paciente encamado.
	Dolor Agudo R/C Agentes lesivos: cirugía.	Control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales. • Regulación de la temperatura. • Tratamiento de la fiebre. • Aplicación de calor o frío. • Control de infecciones. • Manejo ambiental.
MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA	Déficit de actividades recreativas R/C Entorno desprovisto de actividades recreativas: hospitalización	Implicación social	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor. • Manejo de la medicación. • Manejo ambiental: confort. • Administrar analgésicos. • Terapia de relajación simple. • Disminución de la ansiedad. • Manejo de energía.
			<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la socialización. • Facilitar las visitas. • Fomento del desarrollo: niño. • Terapia ambiental. • Terapia de actividad. • Potenciación de roles. • Potenciación de la autoestima. • Apoyo emocional. • Aumentar sistemas de apoyo. • Terapia familiar.

	Temor R/C Falta de familiaridad con la experiencia	Control de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad. • Escucha activa • Potenciación de la seguridad. • Terapia de relajación simple. • Presencia, acompañamiento. • Grupo de apoyo. • Manejo ambiental
MODO DE ADAPTACIÓN DE DESEMPEÑO DEL ROL	Desempeño ineficaz del rol R/C Enfermedad	Adaptación psicossocial: cambio de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el afrontamiento. • Apoyo emocional. • Potenciación de roles. • Mantenimiento en procesos familiares. • Movilización familiar. • Aumentar los sistemas de apoyo.

CATEGORÍA DE RIESGO 2

- Valvulotomía aórtica o valvuloplastia
- Resección subaórtica
- Valvulotomía pulmonar o valvuloplastia
- Reemplazo de válvula pulmonar
- Infundibulectomía del VD - aumento del tracto de salida pulmonar
- Reparación de fístulas coronarias
- Comunicación interauricular, *Ostium primum*
- Comunicación interauricular asociada con comunicación interventricular

- Comunicación interventricular sola o asociada con valvulotomía pulmonar o resección infundibular
- Comunicación interventricular asociada con eliminación de cerclaje pulmonar
- Reparación de CIV no especificada
- Tetralogía de Fallot
- Anomalía total del retorno venoso pulmonar > 30 días
- Anastomosis de Glenn
- Anillos vasculares

- Ventana aortopulmonar
- Coartación de la aorta < 30 días
- Transección de la arteria pulmonar
- Aurícula única
- Comunicación VI-AD

MODO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
FUNCIÓN OXIGENACIÓN – CIRCULACIÓN	Deterioro del intercambio de gases R/C Ventilación/Perfusión	Control de la aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos. • Aspiración de las vías aéreas. • Cambio de posición. • Fisioterapia respiratoria. • Vigilancia de signos vitales. • Alimentación enteral por sonda. • Manejo de la nutrición. • Disminución de la ansiedad.
	Deterioro de la ventilación espontánea R/C Factores metabólicos	Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la ventilación. • Monitorización respiratoria. • Monitorización ácido – base. • Oxigenoterapia. • Fisioterapia respiratoria. • Manejo de las vías aéreas. • Monitorización de signos vitales. • aspiración de las vías aéreas. • Ventilación mecánica.
	Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca, alteración del ritmo cardíaco, alteración de la precarga.	Efectividad de la bomba cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados cardíacos. • Regulación hemodinámica. • Administración de medicación. • Manejo ácido básico. • Manejo electrolítico. • Manejo de líquidos. • Monitorización de signos vitales. • Monitorización hemodinámica invasiva. • Administración de productos sanguíneos. • Manejo de la disritmia. • Resucitación. • Terapia intravenosa.
	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz R/C Efectos secundarios relacionados con la enfermedad	Perfusión tisular: órganos abdominales.	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Manejo ácido base. • Manejo de electrolitos. • Manejo de la medicación. • Manejo de la nutrición.

				<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales. • Monitorización de electrolitos. • Monitorización de líquidos. • Oxigenoterapia. • Alimentación enteral por sonda. • Manejo intestinal. • Cuidados de la sonda gástrica. • Administrar NPT. • Control de glicemia. • Manejo de la eliminación urinaria.
Riesgo de sangrado R/C	Equilibrio electrolítico y ácido base	complicaciones relacionadas con el procedimiento		<ul style="list-style-type: none"> • Administración de productos sanguíneos. • Control de hemorragias. • Disminución de la hemorragia. • Manejo del shock: volumen. • Monitorización hemodinámica. • Administración de medicación. • Análisis e interpretación de datos de laboratorio. • Manejo de electrolitos. • Manejo de la eliminación urinaria. • Monitorización de signos vitales. • Reposición de líquidos.
Patrón respiratorio ineficaz R/C	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	Hipoventilación		<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de la vía aérea. • Manejo de la vía aérea. • Intubación y estabilización de la vía aérea. • Manejo de las vías aéreas artificiales. • Monitorización respiratoria. • Oxigenoterapia. • Fisioterapia respiratoria. • Resucitación.
Riesgo de intolerancia a la actividad R/C	Tolerancia a la actividad	Presencia de problemas cardiorrespiratorios		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados cardiacos: rehabilitación. • Fomento del ejercicio pasivo. • Manejo de la energía. • Enseñanza: actividad/ejercicio. • Manejo del dolor. • Manejo ambiental. • Contacto terapéutico. • Oxigenoterapia.

			<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la nutrición. • Ayuda con el autocuidado: alimentación, aseo, baño, higiene, vestir, arreglo personal.
FUNCIÓN ELIMINACIÓN LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	Riesgo de desequilibrio de líquidos y electrolitos R/C Restricción hídrica	Equilibrio electrolítico y ácido base	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de electrolitos. • Manejo de líquidos. • Interpretación de datos de laboratorio. • Manejo ácido base. • Monitorización de electrolitos. • Monitorización de signos vitales. • Manejo de trastornos electrolíticos.
	Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria R/C Multicausalidad: cirugía	Eliminación urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la eliminación urinaria. • Manejo de líquidos. • Manejo de la medicación. • Cuidado con el catéter urinario. • Sondaje vesical. • Monitorización de líquidos. • Protección contra infecciones.
FUNCIÓN DE NUTRICIÓN	Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Factores biológicos: cirugía	Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional. • Manejo del peso. • Monitorización de signos vitales. • Terapia nutricional. • Monitorización nutricional. • Administración de NPT. • Alimentación enteral por sonda. • Manejo de líquidos y electrolitos. • Sondaje gastrointestinal.
	Lactancia materna ineficaz R/C Interrupción de la lactancia materna	Establecimiento de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por biberón. • Terapia nutricional. • Vigilancia. • Manejo de líquidos y electrolitos. • Monitorización del menor.
	Deterioro de la deglución R/C cardiopatía congénita	Control de la aspiración: estado de deglución	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del riesgo. • Aspiración de las vías aéreas. • Cambios de posición. • Terapia de deglución.

			<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia. • Alimentación enteral pro sonda. • Manejo de la nutrición. • Disminución de la ansiedad.
FUNCIÓN DE PROTECCIÓN	Retraso en la recuperación quirúrgica R/C Infección postoperatoria en la zona quirúrgica	Curación de la herida: por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Cuidados de la herida. • Cuidados del sitio de incisión. • Control de infecciones. • Curación de las heridas. • Manejo de líquidos. • Protección contra las infecciones. • Vigilancia de la piel. • Tratamiento para la fiebre. • Cuidados del paciente encamado.
	Deterioro de la ambulación R/C Deterioro cognitivo: anestesia, sedación.	Nivel de movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición. • Manejo de la energía. • Prevención de caídas. • Manejo ambiental: seguridad.
	Deterioro de la movilidad en cama R/C Medicamentos: sedantes.	Función muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición. • Cuidados del paciente encamado. • Fomento del ejercicio. • Terapia de ejercicios: control muscular y movilidad articular • Manejo de presiones. • Masaje simple.
	Riesgo de síndrome de desuso R/C Inmovilización mecánica	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de energía. • Cambios de posición. • Fomento de ejercicios. • Manejo de líquidos. • Masaje simple. • Prevención de úlceras por presión. • Terapia de ejercicios: control muscular, equilibrio y Movilidad articular • Prevención de caídas. • Terapia de actividad.

	Riesgo de infección R/C defensas secundarias inadecuadas: disminución de Hb, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria.	Estado infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones. • Protección contra infecciones. • Administración de medicación. • Análisis e interpretación de datos de laboratorio. • Manejo ambiental. • Manejo de la medicación. • Cuidados de las heridas. • Manejo de muestras. • Monitorización de signos vitales. • Vigilancia de la piel. • Manejo de la nutrición. • Tratamiento de la fiebre.
	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C Alteración de la tasa metabólica.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Regulación de la temperatura. • Monitorización de signos vitales. • Manejo ambiental. • Manejo de líquidos. • Precauciones con la hipertermia maligna. • Tratamiento de la fiebre. • Regulación hemodinámica.
	Dolor agudo R/C Agentes lesivos: cirugía	Nivel del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos. • Manejo del dolor. • Sedación consciente. • Manejo ambiental: confort • Monitorización de signos vitales.
MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA	Afrontamiento familiar comprometido R/C Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia	Factores estresantes del cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la familia. • Apoyo emocional • Apoyo en la toma de decisiones • Aumentar el afrontamiento. • Grupo de apoyo • Movilización familiar • Potenciación de roles. • Escucha activa • Estimulación de integridad familiar • Manejo de energía.

MODO DE ADAPTACIÓN DE DESEMPEÑO DEL ROL	Riesgo de cansancio del rol cuidador R/C Enfermedad grave del receptor de los cuidados	Salud emocional del cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al cuidador principal. • Apoyo emocional. • Apoyo en la toma de decisiones. • Aumentar el afrontamiento. • Potenciación de la socialización. • Dar esperanza. • Escucha activa. • Apoyo a la familia. • Apoyo espiritual • Grupo de apoyo
	Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición	Conocimiento: proceso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: proceso de la enfermedad • Facilitar el aprendizaje. • Enseñanza: individual. • Potenciación de la disposición de aprendizaje. • Disminuir la ansiedad. • Actitud de escucha.

CATEGORÍA DE RIESGO 3

- Reemplazo de válvula aórtica
- Procedimiento de Ross
- Parche de tracto de salida del VI
- Miotomía ventricular
- Aortoplastia
- Valvuloplastia o valvulotomía mitral
- Reemplazo de válvula mitral
- Valvectomía tricuspídea
- Valvulotomía o valvuloplastia tricuspídea
- Reemplazo de válvula tricuspídea

- Anomalía de Ebstein > 30 días
- Anomalía coronaria con túnel intrapulmonar o sin él
- Cierre de válvulas semilunares aórtica o pulmonar
- Conducto VD-APT o VI-APT
- Doble salida del VD con reparación o no de obstrucción del VD Fontan
- Canal a-v completo o transicional con reemplazo valvular sin él
- Cerclaje de la arteria pulmonar

- Tetralogía de Fallot con atresia pulmonar
- Cor triatriatum
- Anastomosis S/P
- Switch auricular
- Switch arterial
- Reimplantación de arteria pulmonar anómala
- Anuloplastia
- Coartación de la aorta + CIV
- Escisión de tumor intracardíaco

MODO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADO	INTERVENCIONES
FUNCIÓN NEUROLÓGICA	Conocimientos deficientes: proceso enfermedad R/C falta de exposición, poca familiaridad con los recursos para obtener la información	Conocimiento: asistencia médica	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza procedimiento / tratamiento • Enseñanza proceso / enfermedad 	
FUNCIÓN OXIGENACIÓN – CIRCULACIÓN	Disminución del gasto cardíaco R/C alteración del ritmo cardíaco, alteración de la precarga, alteración de la frecuencia cardíaca, alteración de la poscarga.	Efectividad de la bomba cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados cardíacos: agudos • Prevención del shock • Manejo del shock: cardíaco • Regulación hemodinámica 	
	Riesgo de intolerancia a la actividad R/C presencia de problemas circulatorios, presencia de problemas respiratorios	Tolerancia de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de energía • Fomento del ejercicio • Potenciación de la seguridad 	
	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C cirugía cardíaca, hipoxia,	Efectividad de la bomba cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del shock • Monitorización de los signos vitales 	

	hipovolemia, taponamiento cardíaco		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la medicación • Manejo de la hipovolemia
	Deterioro del intercambio de gases R/C ventilación – perfusión.	Estado de los signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las vías aéreas • Monitorización de los signos vitales • Monitorización respiratoria • Manejo ácido – base
	Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga, dolor	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización respiratoria • Oxigenoterapia • Aspiración de las vías aéreas
	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete R/C limpieza ineficaz de la vía aérea, nutrición inadecuada, dolor, Ritmo inapropiado en la reducción del soporte ventilatorio, episodios de demanda de energía incontrolados.	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las vías aéreas artificiales • Manejo ácido – base • Ayuda a la ventilación • Destete de la ventilación mecánica
FUNCIÓN ELIMINACIÓN – LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C proceso quirúrgico	Equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos • Manejo de líquidos y electrolitos • Monitorización de líquidos
	Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C desequilibrio de líquidos, disfunción renal, efectos secundarios relacionados con el tratamiento	Equilibrio electrolítico y ácido - básico	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de electrolitos • Monitorización de electrolitos • Monitorización de los signos vitales •
FUNCIÓN NUTRICIÓN	Nauseas R/C dolor, ansiedad, fármacos	Nivel de comodidad	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación • Manejo del vómito • Manejo del dolor
	Riesgo de motilidad gastrointestinal ineficaz R/C agentes farmacológicos (p. ej., antibióticos, laxantes, narcóticos/ opiáceos, inhibidores de la bomba de protones), Disminución de la circulación gastrointestinal.		
	Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C aporte dietético, estrés, pérdida de peso	Estado nutricional: ingestión de nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de nutrición parenteral total • Manejo de la hiperglucemia • Manejo de la hipoglucemia

FUNCIÓN PROTECCIÓN	Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor, medicamentos sedantes		
	Deterioro de la movilidad física R/C dolor, falta de apoyos ambientales		
	Riesgo de infección R/C Defensas primarias inadecuadas, procedimientos invasivos.	Estado infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones • Manejo ambiental • Manejo de la medicación • Protección contra las infecciones
	Riesgo de aspiración R/C sonda gastrointestinal, deterioro de la deglución, intubación endotraqueal, alimentación por sonda.	Control de la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> • Precauciones para evitar la aspiración • Aspiración de las vías aérea • Sondaje gastrointestinal
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C cambios en el estado de los líquidos, edades extremas, humedad, hipertermia, cambios en el tensor, hipotermia, factores mecánicos, desequilibrio nutricional, déficit inmunitario, medicaciones, deterioro de la circulación, prominencias óseas.	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente encamado • Masaje simple • Vigilancia de la piel
	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C alteración de la tasa metabólica, deshidratación, exposición a temperaturas ambientales extremas, edad extremas, medicamentos que provocan vasoconstricción o vasodilatación, sedación.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación • Manejo ambiental • Tratamiento de la fiebre • Aplicación de calor o frío
	Dolor agudo R/C agentes lesivos	Control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor • Manejo de la medicación • Manejo ambiental confort
MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA	Ansiedad R/C cambio en el estado de salud		
MODO DE ADAPTACIÓN DE DESEMPEÑO DEL ROL	Afrontamiento familiar comprometido R/C cambio temporal del roles en la familia, prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo.	Salud emocional del cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de roles • Aumentar los sistemas de apoyo • Facilitar el duelo

	Interrupción de los procesos familiares R/C cambio de roles familiares, cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.
MODO DE ADAPTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO	Trastorno de la imagen corporal R/C cirugía, tratamiento de la enfermedad

CATEGORÍA DE RIESGO 4 y 5

CATEGORÍA 4

- Valvulotomía o valvuloplastia aórtica < 30 días
- Procedimiento de Konno
- Reparación de anomalía compleja (ventrículo único),
- agrandamiento de CIV
- Anomalía total del retorno venoso < 30 días
- Septectomía auricular
- Reparación de TGV+ CIV+ estenosis subpulmonar
- (Rastelli)
- *Switch* auricular + CIV
- *Switch* auricular + estenosis subpulmonar
- *Switch* arterial + eliminación de cerclaje
- *Switch* arterial + CIV
- *Switch* arterial + estenosis subpulmonar
- Tronco arterioso
- Interrupción o hipoplasia del arco aórtico con CIV o sin ella
- Plástica del arco transverso
- Unifocalización pulmonar en tetralogía de Fallot y atresia
- pulmonar
- Doble switch

CATEGORÍA 5

- Anomalía de Ebstein < 30 días
- Tronco arterioso + interrupción del arco aórtico

MODO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
FUNCIÓN NEUROLÓGICA	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Tiempo de tromboplastina parcial anormal, Tiempo de protrombina anormal, Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (bypass cardiopulmonar, medicamentos).	Estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización neurológica • Mejora de la perfusión cerebral • Manejo ácido –base: acidosis metabólica
	Riesgo de confusión aguda R/C medicamentos, anomalías metabólicas, dolor	Estado neurológico: conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos • Manejo ácido-base • Manejo del dolor • Prevención de caídas
FUNCIÓN OXIGENACIÓN – CIRCULACIÓN	Deterioro del intercambio de gases R/C ventilación – perfusión.	Estado de los signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de las vías aéreas • Monitorización de los signos vitales • Monitorización respiratoria • Manejo ácido – base
	Disminución del gasto cardíaco R/C alteración del ritmo cardíaco, alteración de la precarga, alteración de la contractilidad	Efectividad de la bomba cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados cardíacos: agudos • Prevención del shock • Manejo del shock: cardíaco • Regulación hemodinámica
	Riesgo de sangrado R/C Efectos secundarios relacionados con el tratamiento	Estado circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Control de hemorragias • Manejo de la hipovolemia • Administración de productos sanguíneos
FUNCIÓN ELIMINACIÓN LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	Riesgo de perfusión renal ineficaz R/C cirugía cardíaca, bypass cardiopulmonar, acidosis metabólica, SIRS	Equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos • Manejo de líquidos y electrolitos • Monitorización de líquido • Terapia de diálisis peritoneal
	Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores, exceso de aporte de líquidos	Eliminación urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la eliminación urinaria • Sondaje vesical • Administración de medicación
	Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C desequilibrio de	Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de electrolitos

	líquidos, disfunción renal, efectos secundarios relacionados con el tratamiento	electrolítico y ácido - básico	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de electrolitos • Monitorización de los signos vitales
FUNCIÓN NUTRICIÓN	Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C aporte dietético, estrés, pérdida de peso	Estado nutricional: ingestión de nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de nutrición parenteral total • Manejo de la hiperglucemia • Manejo de la hipoglucemia
	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para absorber los nutrientes, incapacidad para ingerir los alimentos	Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización nutricional • Terapia nutricional
FUNCIÓN PROTECCIÓN	Riesgo de infección R/C Defensas primarias inadecuadas, procedimientos invasivos.	Estado infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones • Manejo ambiental • Manejo de la medicación • Protección contra las infecciones
	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C alteración de la tasa metabólica, deshidratación, exposición a temperaturas ambientales extremas, edad extremas, medicamentos que provocan vasoconstricción o vasodilatación, sedación.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación • Manejo ambiental • Tratamiento de la fiebre • Aplicación de calor o frío
	Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C desorientación, edema, emaciación, inmovilización, debilidad muscular, alteraciones sensitivo – perceptuales debidas a la anestesia.	Perfusión tisular: periférica	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de posición • Vigilancia de la piel • Manejo de presiones
	Deterioro de la integridad tisular R/C alteración de la circulación, irritantes químicos, déficit de líquidos, exceso de líquidos, deterioro de la movilidad física.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de las heridas • Prevención de las úlceras por presión
	Retraso en la recuperación quirúrgica R/C procedimiento quirúrgico extenso	Consecuencias de la inmovilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del paciente encamado • Manejo ambiental confort • Manejo de la nutrición

	Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilización prescrita	Nivel de movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de ejercicios control muscular • Terapia de actividad • Administración de analgésicos • Cambio de posición
MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA	Ansiedad ante la muerte R/C incertidumbre sobre el pronóstico, percepción de proximidad de la muerte.	Control de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza individual • Asesoramiento • Escucha activa • Facilitar el perdón
MODO DE ADAPTACIÓN DE DESEMPEÑO DEL ROL	Afrontamiento familiar comprometido R/C cambio temporal del roles en la familia, prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo.	Salud emocional del cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de roles • Aumentar los sistemas de apoyo • Facilitar el duelo

