


**PROTOCOLO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS A PACIENTES
POSOPERATORIOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR DE LA CLINICA
MAR CARIBE DE SANTA MARTA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACION
DE CALLISTA ROY -2009**

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS A PACIENTES
POSOPERATORIOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR DE LA CLINICA
MAR CARIBE DE SANTA MARTA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACION
DE CALLISTA ROY -2009**



**MYLEIDY P. CRUZ CAMPO
JENNIFFER M. QUINTERO MENDOZA**
Autoras

**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL TITULO DE
ENFERMERAS**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERIA IX SEMESTRE
SANTA MARTA DTCH
2009**

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS A PACIENTES
POSOPERATORIOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR DE LA CLINICA
MAR CARIBE DE SANTA MARTA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACION
DE CALLISTA ROY -2009**

Asesora Científica

ANETH CRISTINA RIVAS CASTRO

Especialista en Cuidado Critico

Especialista en Nefrología y Urología

Magíster en Enfermería

Asesora Metodológica

MARGARITA MONTOYA

Magíster en Investigación

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA DTCH**

2009

NOTA DE ACEPTACION

Ediltrudis Ramos de la Cruz
Presidente del Jurado

Aneth Cristina Rivas Castro
Jurado

Margarita Rosa Montoya
Jurado

DEDICATORIA

“Agradezco a Jenniffer Quintero Mendoza, por su esmerado compromiso para la realización de este proyecto ya que de no haber sido por sus esfuerzos no se hubiera logrado la culminación exitosa de esta investigación...”

Myleidy Paola Cruz Campo

DEDICATORIA

Quiero agradecer a Dios, por derramar sobre mí su gracia y bendición y permitirme el feliz término de esta, la primera etapa de mi vida profesional.

Quiero dedicar además, a mi familia, en especial a mi madre Nazly Mendoza Rondón, a mi tío, Lisandro Mendoza Rondón, a mi abuelo “Licha” y mi abuela Dalía q.e.p.d. esta tesis, que evidencia el resultado del esfuerzo, dedicación y grandes valores que han infundido durante mi vida, garantizando mi crecimiento moral y personal.

Y por su puesto, agradecer a la enfermera Aneth Rivas Castro, por sus sabios consejos, acertadas observaciones y sobretodo, por su permanente compromiso para con mi formación profesional, ética y espiritual.

Agradezco a Mirith Vásquez Munive por ser la principal motivadora e inspiradora durante este recorrido, y sobre todo, por ser quien siempre creyó en mí...!

Y a la incondicional amiga, Graciela Vargas Guerrero, quiero agradecer su inigualable entusiasmo y por transmitir a mí el suficiente para llegar a ser la profesional que hoy soy.

Jennifer Marina Quintero Mendoza

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	9-10
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	11-12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo General	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. JUSTIFICACION	14-15
5. ANTECEDENTES	16-18
6. MARCO TEORICO	29-33
7. MARCO CONCEPTUAL	34-39
8. DISEÑO METODOLOGICO	40
8.1. Tipo de Estudio	41
8.2. Universo	41
8.3. Población	41
8.4. Muestra	41
8.5. Técnica de Muestreo	41
8.6. Criterios de Inclusión y Exclusión	42
8.6.1. Criterios de Inclusión	42
8.6.2. Criterios de Exclusión	42
8.7. Instrumento Utilizado	43-45
8.8. Recolección y Análisis	46-47
8.9. Aspectos Éticos	48-49
9. RESULTADOS	50
9.1. CARACTERIZACION DEMOGRAFICA	51-54
9.2. MODOS DE ADAPTACION COMPROMETIDOS	55
9.3. MODO FISICO FISIOLÓGICO	56
9.4. MODO DE AUTOCONCEPTO IDENTIDAD GRUPAL	57
9.5. MODO DE FUNCION DEL ROL	58
9.6. MODO DE INTERDEPENDENCIA	59
10. CONCLUSIONES	60-61

11. DISCUSION	62-63
12. RECOMENDACIONES	64
14. BIBLIOGRAFIA	65-66

ANEXOS

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS A PACIENTES EN
POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SEGÚN EL MODELO
DE ADAPTACION**

1. INTRODUCCION

Las enfermedades de origen cardiovascular, constituyen actualmente uno de los principales problemas de salud del cual se aquejan, cada vez con más frecuencia, la población adulta a nivel mundial, ocupando estas el primer lugar como causa de muerte para los mayores de 45 años. Sin embargo, cabe rescatar que grupos etáreos más tempranos (niños y adolescentes), pueden aun estar más propensos a padecer este tipo de enfermedades o en casos particulares, ya estas patologías ya forman parte de su vida y desarrollo.

Las enfermedades de tipo cardiovascular, suelen ser de larga evolución y la exacerbación de su sintomatología aparece (en la mayoría de los casos) de manera tardía. Cuando estas señales de enfermedad llegan a su punto máximo, incapacitan e imposibilitan altamente la calidad de vida de quien la padece, haciéndose necesario entonces, requerir a intervenciones quirúrgicas y otro tipo de procedimientos de carácter invasivo, como medio prioritario de tratamiento y/o corrección.

Múltiples factores de riesgo predisponen la presentación de estas enfermedades. Donde el estilo de vida de los individuos juega un papel fundamental en la prevención de la aparición de las enfermedades de tipo cardiovascular.

En los niños y jóvenes, se vivencia cada día el gran sedentarismo en el cual se ven envueltos, no solo por la poca disposición de los mismos al esfuerzo físico; sino también por el incremento del mercado técnico-didáctico, en el que se ofrecen computadores, televisores, juegos de video y demás métodos de entretenimiento pasivos y que no representan gasto de energía por parte de sus usuarios, ello sin dejar de lado, las altas ingestas calóricas que manejan en su dieta, sumando todo ello a la aparición del sobrepeso, la obesidad,

hiperlipidemias, hipercolesterolemias, diabetes, hipertensión arterial, entre otros cuadros clínicos resultantes.

El individuo comprometido física- fisiológicamente, suele ser un sistema “agredido” por los estímulos provenientes del medio externo, para lo cual, debe valerse de diversos modos de adaptación para compensar su necesidad, y son precisamente estas estrategias, de las cuales debe valerse el profesional de enfermería altamente calificado para diseñar y desempeñar planes de cuidado integrales, que minimicen la intensidad de dichos estímulos y, como resultado final, alcancen la adaptación del paciente cardiovascular estando este último incluso, fuera de el ambiente hospitalario, es decir, en su entorno domiciliario y familiar que es en ultimas, el contexto real de vivencia del paciente comprometido.

Dichos cuidados, deben ser encaminados hacia el mantenimiento de la salud, la disminución de los factores de riesgo modificables, las conductas adaptativas y demás medidas que deben llevar a cabo estos pacientes y sus familias para su cuidado.

Para lograr tales propósitos, se hace uso del proceso de atención de enfermería, el cual es la practica de los cuidaod en salud por medio del método científico, como herramienta que garantice la pertinencia de los cuidados brindados a estos pacientes, con el fin ultimo de, reducir la recidivas de la enfermedad, mejorar la calidad de vida de los individuos quienes la padezcan y de esta manera, disminuir los posibles costes que pueda significar estas recidivas a la EPS e IPS que presten los servicios a estos clientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes que recurren a cirugía cardiovascular como método de tratamiento para su enfermedad, se ven enfrentados a una serie de factores que inducen al mantenimiento de su enfermedad o en el peor de los casos a la reaparición de la misma con igual o peor compromiso sistémico; tales factores pueden estar caracterizados por ser inherentes al individuo (factores de riesgo no modificables) o estar en el entorno y/o estilo de vida (factores de riesgo modificables). Muchas veces, el desconocimiento de las conductas de autocuidado y generadoras de salud, juegan también un papel fundamental en la recuperación de estos individuos, quienes dejan a mano de los profesionales tratantes (médicos, especialistas, enfermeras,) toda la responsabilidad de su cuidado, revaluando o dejando a un lado el papel tan importante que cada uno juega como preservador de la salud y la vida.

La familia y el entorno familiar, sin lugar a dudas influyen en la recuperación de un paciente egresado de cirugía cardiovascular debido a que constituyen el ambiente social y emocional del paciente, ambiente donde cumple un rol fundamental como miembro activo de una familia.

Son por estas razones que, precisamente la atención de enfermería hospitalaria está cambiando. El enfermo agudo está siendo atendido en su domicilio. Hoy en día, las tendencias de salud son las de mantener al paciente el tiempo más corto posible en el hospital y continuar con su cuidado en el hogar. La tendencia es ofrecer servicios de salud comunitaria, que puedan disminuir los costos de salud (Kearney, York & Deatrck, 2000). El modelo de atención domiciliaria del enfermo agudo son las bases del cuidado moderno de los programas de atención en el hogar y una de las alternativas (Joel, 2001) más deseables. Los enfermos permanecen en su ambiente propio, no están expuestos a las posibles infecciones y no tienen que adaptarse a la

hospitalización (Duke & Street, 2003). El hogar y la familia son elementos de gran importancia en la atención domiciliaria, los que juegan un rol preponderante en el bienestar y recuperación del paciente (Wright & Leahey, 1994). Por otro lado, las enfermeras también reconocen la importancia e influencia de la familia cuando se pierde la salud (Wright & Leahey, 1994).

Es importante enfatizar que en el cuidado domiciliario la familia juega un rol esencial. Se sabe que la participación de la familia en el cuidado del enfermo es fundamental, especialmente en el periodo de recuperación y convalecencia (Kellett, 1999). Las enfermeras que trabajan en el sistema de atención domiciliaria tienen contacto directo y frecuente con los familiares del enfermo, especialmente con la persona responsable que generalmente es la esposa o la madre o la hija. En otras oportunidades puede ser el esposo, el padre o un hijo. En los casos de adultos mayores, éstos pueden vivir solos, con sus hijos, con una dama de compañía o alternativamente pueden ser trasladados temporalmente al domicilio del familiar designado.

La atención personalizada y domiciliaria por parte del personal de enfermería a los pacientes egresados de cirugía cardiovascular, garantiza la mejoría del paciente, proporcionándole de esta manera un mejoramiento en la calidad de vida. Este tipo de atención se basa principalmente en; un servicio diseñado a prestar atención individualizada, la participación de la familia en el cuidado del enfermo, la oportunidad de elegir el servicio de salud disponible, ofrecer un servicio de calidad a un costo adecuado y básicamente mantener una continuidad en el cuidado,

**¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS
QUE REQUIERE UN PACIENTE EN SU POSOPERATORIO DE CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR?**

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un protocolo de cuidados domiciliarios para pacientes egresados de cirugía cardiovascular, que mejore y mantenga la salud y las posibles secuelas que puedan originarse teniendo en cuenta los parámetros fundamentados en El Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar demográficamente la muestra del estudio por medio de la aplicación del instrumento.
- Identificar los modos de adaptación físico- fisiológicos comprometidos en el paciente en posoperatorio de cirugía cardiovascular.
- Evidenciar el grado de compromiso del paciente cardiovascular en su modo de autoconcepto – identidad grupal.
- Reconocer los modos de adaptación de función del rol comprometidos.
- Determinar el grado de compromiso del paciente en su modo de interdependencia.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería acorde a las necesidades del paciente y grupo familiar basados en la teoría de adaptación de Callista Roy.

4. JUSTIFICACION

El hombre, es un ser biopsicosocial que forma un sistema unificado donde trata de alcanzar el equilibrio¹ sin embargo, esta homeostasis puede verse afectada o entorpecida por una serie de factores o estímulos provenientes del medio externo, pudiendo ser estos de tipo focales, contextuales, o residuales².

A todos estos estímulos o agresiones del medio, el ser humano debe responder por medio de mecanismos de afrontamiento, ello para minimizar la repercusión de los mismos en su equilibrio fisiológico y mental.

Según la organización Mundial de la Salud (OMS) dieciséis millones de personas murieron en todo el mundo durante el año 2008 a causa de distintas enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y otras dolencias cardíacas, por lo que constituyen la primera causa de muerte en las sociedades industrializadas³.

En Colombia, después de la muerte violenta, las enfermedades derivadas de factores de riesgo cardiovascular ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población general del país⁴.

A pesar de que el hombre es un ser adaptativo, surge la necesidad de crear estrategias de intervención para optimizar su afrontamiento ante las enfermedades cardiovasculares que se generan a consecuencia del mal manejo de su estilo de vida.

¹ Díaz de Flórez L. Quintero MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano: Conceptualización.

² *Ibíd.*, p. 22

³ Mojica. I. P. Conferencia Mundial Enfermedad Cardiovascular: Morbilidad y Mortalidad. Barcelona. 2007

⁴ Departamento Administrativo Nacional de Encuestas (DANE)

Los profesionales de enfermería, cuentan con herramientas de intervención altamente asertivas para casos particulares como lo es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Instrumento que permite determinar las necesidades de intervención del individuo, los principales modos de afrontamiento y la forma de corregirlos por medio de la adaptación al cambio generado.

La creación de estándares de intervención domiciliaria, objetivo fundamental del proyecto, permite gozar de materiales de intervención para los cuidados domiciliarios del paciente en su posoperatorio de cirugía cardiovascular, sobre todo en los momentos en los que las recidivas de la enfermedad suelen estar a la orden del día, constituyéndose estos cuidados, como estrategias fundamentales de intervención para el paciente cardiovascular; proporcionando de esta forma, las herramientas necesarias para su rehabilitación y reincorporación como miembros activos de la sociedad.

5. ANTECEDENTES

En **ESPAÑA** Alconero Camarero AR, García Zarrabeitia MJ , Casás Pérez con un estudio realizado en 2007 denominado :**PUESTA EN PRÁCTICA DE UNA GUÍA EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**⁵, demostraban un ascenso de riesgo de mortalidad cardiovascular al ir aumentando los niveles de presión arterial (diastólica y sistólica), siendo esta relación continua y gradual. El tratamiento y control de la hipertensión en la población general española son cercanos al 65, 55 y 15%, respectivamente. En cuanto al control de la hipertensión, la situación es algo mejor en las unidades hospitalarias especializadas en su manejo y en algunos centros de atención primaria así mismo en **SALAMANCA**, Fariñas Rivas MJ, García Vázquez EG, García Rodríguez NM, Gutiérrez Plata M, Rivada Álvarez B, Fernández Alonso MJ, Diz Gómez JC. Publicaron en la revista Enfermería en cardiología en el año 2007: **ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CALIDAD DE VIDA EN CIRUGIA CARDIACA**⁶. Describiéndose que el desarrollo de la Cirugía Cardíaca es de gran importancia, ya que las cardiopatías son la principal causa de muerte en los países desarrollados, siendo una razón el aumento de la esperanza de vida. Según este estudio estadísticas realizadas en el 2004 por el Instituto Gallego de Estadística las enfermedades del aparato circulatorio fueron la mayor causa de ingreso hospitalario durante ese año, situación que se hace extensible al resto del país. De igual manera en **ESPAÑA**, Marco Stramba Badiale y Silvia G Priori. Realizaron un estudio en el año 2006 sobre, **ESTRATEGIAS ACTUALES PARA REDUCIR EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA MUJER**⁷. Según este estudio las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad, tanto para varones como para mujeres. En Europa, alrededor del 55% de todas las muertes en mujeres se debe a enfermedades cardiovasculares, en especial a la enfermedad coronaria y el ictus. Por otro lado según un estudio realizado en este mismo país en el año 2001 y publicado en la revista de cardiología: **CUIDADOS PERIOPERATORIOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**.⁸ Se dedica especial importancia a la valoración preoperatoria del paciente, del riesgo quirúrgico y al período intraoperatorio de la cirugía cardíaca y el trasplante cardíaco, resaltándose lo referente a la circulación extracorpórea y a la protección miocárdica del paciente.

⁵ Enfermería en cardiología. Puesta en práctica de una guía educativa sobre hipertensión arterial en atención primaria. Volumen XIV. Numero 50.2006.

⁶ Enfermería en cardiología. estudio observacional de calidad de vida en cirugía cardíaca. Numero 42-43. 2007.19-24

⁷ Revista española de cardiología: puesta al día. Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer (IX). Volumen 59, numero 11, noviembre 2006. 1190-1193

⁸ Revista española de cardiología. Cuidados perioperatorios en cirugía cardiovascular. Volumen 54, numero 08. agosto 2001. 1018-1035

Otros países como **LA HABANA**, Barrera Sarduy José Darío, Rivas Estany Eduardo, Álvarez Gómez Juan Antonio, Hernández González Reinol. En la Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular, en el 2001 publicaron: **REHABILITACION CARDIACA EN EL ANCIANO**⁹, según este los programas de rehabilitación cardiaca integral han confirmado con el tiempo ser un tratamiento válido en la cardiopatía isquémica. En un comienzo estos programas excluían a los ancianos y a los pacientes considerados de alto riesgo, pero con el decursar del tiempo se han evidenciado útiles y provechosos resultados también en adultos de la tercera edad; por tal motivo, se decidió presentar un marco referencial que aborde todas las aristas de esta temática, que permita tener una clara percepción de los efectos y beneficios desarrollados por este grupo etéreo cuando se vincula a los citados programas, con el objetivo final de poder generalizar el concepto de la posible y necesaria incorporación del adulto mayor a esta modalidad terapéutica. De igual forma en **MALAGA**, Saura Portillo E, Cazorla Roca M, en la revista de enfermería en cardiología en el 2006, presentaron un **CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA MUJER EN EL POSTOPERATORIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA. PREPARACIÓN PARA EL ALTA**.¹⁰ Este Caso clínico describe la aplicación del proceso enfermero en una mujer con cardiopatía isquémica. El modelo conceptual utilizado fue el de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA NIC-NOC. Se pretende mostrar el beneficio que supone la utilización de este sistema para poder proporcionar una mayor calidad de cuidados, aunque esta situación, también nos permite poner de manifiesto la problemática con la que se encuentran las mujeres ante esta patología. Para determinar la valoración de pacientes cardiovasculares con la aplicación de modelos en enfermería en **MEXICO**, Ortega Vargas María Carolina, en la Revista mexicana de enfermería en cardiología, 2001. **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON EL ENFOQUE CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**.¹¹ Describió el método de trabajo de enfermería con orientación al modelo de atención de Virginia Henderson enfocando las acciones, individualizando los cuidados hacia el paciente, partiendo del concepto de que el individuo tiene 14 necesidades básicas, las cuales debe tener satisfechas para estar sano. Es por esto básico y de suma importancia establecer esquemas de valoración sistematizada con este enfoque teórico, que permitan al profesional de enfermería realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado del paciente sometido a cirugía cardiovascular.

⁹ Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular. Rehabilitación cardiaca en el anciano. Volumen 15. 2001. 31-35

¹⁰ Enfermería en cardiología. Caso clínico: cuidados de enfermería a una mujer en el postoperatorio de una revascularización coronaria. Preparación para el alta. Volumen XIII. Numero 46. 2006.

¹¹ Revista mexicana de enfermería en cardiología. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de virginia henderson. Volumen 9. 2001.18-23

Teniendo en cuenta la importancia de los cuidados a nivel domiciliario para la recuperación del paciente cardiovascular en **SANTIAGO DE CHILE**, Angélica Orb y Alicia Santiagos, en la revista ciencia y enfermería en el año 2005, publicaron: **BREVE RESEÑA DE LA ENFERMERÍA DOMICILIARIA: UNA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIVADA.**¹² Describiendo la atención domiciliaria prestada a un sector de la comunidad santiaguina, determinándose la selección de pacientes, la participación de la familia, los costos del servicio y cargas de trabajo de las enfermeras, las cuales son discutidos como dificultades del cuidado en el domicilio. Este artículo examina un sistema de atención domiciliaria de tipo privado que usualmente no es promovida o conocida en el ambiente chileno. De igual manera se recomienda una revisión sistemática del cuidado de enfermería domiciliaria y se señala que las pautas de este modelo son las bases del cuidado moderno de los programas de atención en el hogar.

¹² Ciencia y enfermería. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. Volumen 11. numero 1. 2005. 9-15

6. MARCO TEORICO

Sor Callista Roy, enfermera y socióloga nacida en Estados Unidos, establece su modelo de adaptación para el año de 1964 utilizando como bases teóricas los fundamentos establecidos por Helson, Bertalanffy y Erickson¹³. El modelo basa su teoría en el hecho de que el ser humano es un ser inmerso intrínsecamente en un sistema, dentro del cual, está expuesto a un sin número de estímulos provenientes de dicho entorno; todos estos, pueden generar diversas repercusiones en el organismo, las cuales influyen en su salud y calidad de vida; para ello, el individuo debe valerse de mecanismos de afrontamiento que le permitan disminuir la agresión de los mismos y, como resultado final, le generen la adaptación que necesita para mantener su integridad.

Para Roy, el sistema adaptativo humano está compuesto por:

- Entradas: que corresponden a todos los estímulos internos y externos que afectan al sistema; es decir estímulos focales, contextuales y residuales¹⁴.

En el paciente cardiovascular, estas entradas constituyen las creencias personales, las patologías de base que puedan estar repercutiendo en su proceso (Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemias) y las posibilidades que el entorno ofrece para garantizar la eficacia del tratamiento¹⁵.

- Salidas: Son las respuestas y comportamientos (objetivos y subjetivos) observables en el sistema a través de los modos de adaptación tomando la forma de respuestas adaptativas o respuestas inefectivas¹⁶.

¹³ Díaz de Flórez, Op. cid., p. 15

¹⁴ *Ibíd.*, p. 19

¹⁵ *Ibíd.*, p. 19

¹⁶ Enfermedades Cardiovasculares Alz. Nal. Salud Hisp. 2003; Vol. I: p. 1 – 3

En el caso particular del paciente en su posoperatorio de cirugía cardiovascular, sus respuestas a estos estímulos pueden verse comprometidas hasta el punto de evadir la necesidad de establecer un nuevo estilo de vida, convirtiéndose todo ello en respuestas inefectivas de afrontamiento.

- Procesos de Control: Conformado por los subsistemas, procesadores internos: regulador y cognitivo, que corresponden a los mecanismos utilizados por el sistema para adaptarse¹⁷.

Un paciente con enfermedad cardiovascular, cuenta con mecanismos de regularización interna (homeostasis) ya sea para equilibrar y/o mantener las cifras tensionales (Sistema Renina - Angiotensina), mejorar la perfusión tisular en órganos blanco para minimizar el compromiso, entre otros. Y procesos de control cognitivos por medio de los cuales “el hombre busca ayuda de las fuentes de apoyo que le ofrece el medio para restablecer su condición de salud”¹⁸.

- Retroalimentación: Aquella respuesta dada por el sistema que, una vez evaluada, puede constituirse en un nuevo estímulo que da origen a una nueva respuesta¹⁹.

Para Roy además, existen procesos en la vida de las personas que corresponden a tres condiciones posibles:

- Nivel Integrado: Describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas como por ejemplo, piel intacta, procesos estables de ventilación, entre otros²⁰.

¹⁷ Díaz de Flórez, Op. cid., p. 19

¹⁸ *Ibíd.*, p. 19

¹⁹ Moreno M.E. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación. 2006; Vol. I: p. 2

²⁰ Díaz de Flórez, Op. cid., p. 19

Alcanzar este nivel es la ambición de todo ser humano, y mas aún, si este último se encuentra hemodinámicamente comprometido en el caso de los pacientes del estudio. La acción primordial de los cuidados de enfermería ofrecidos en el entorno domiciliario del paciente, constituye establecer los caminos que orienten al paciente lo más cercano posible a un modo integrado de su sistema.

- Nivel Compensatorio: Se presenta cuando los mecanismos regulador y cognitivo se activan por un estímulo y se produce alteración de los procesos integrados²¹.

Cuando un individuo, independientemente de cual sea su condición de salud, se ve estimulado por el medio externo o interno, recurre a mecanismos que le sirvan de afrontamiento y adaptación frente a dicha situación, un paciente cardiovascular, enfrenta constantemente situaciones que le generan pérdida de su integridad física – fisiológica y mental; es por ello que realizar intervenciones para facilitar estos procesos, constituyen la necesidad de promover la adaptación de quien padece y afronta el acontecimiento particular.

- Nivel Comprometido: Aparece cuando los procesos integrado y compensatorio son inadecuados y se presenta un problema de adaptación (enfermedad)²².

En un paciente cardiovascular, que sufra un Infarto Agudo al Miocardio, ve comprometido su integridad física – fisiológica puesto que su estado hemodinámico estará completamente descompensado, produciéndose entonces signos de alteración cardiorrespiratoria: crisis.

²¹ *Ibíd.*, p. 21

²² *Ibíd.*, p. 21

Por otro lado, las enfermedades de tipo cardiovascular, pueden exacerbar sus síntomas de manera muy tardía, debido ello, a que se prolongan los mecanismos compensadores por parte del individuo, por lo tanto, la aparición de la enfermedad puede darse a cabo en momentos en los que la acción de las especialidades médicas no pueden retrasar el proceso.

De esta manera, constituye una especial mención la necesidad de modificar los estilos de vida del individuo sano o parcialmente comprometido para, de esta manera, minimizar los estragos que representa el padecimiento de este tipo de enfermedades. Tales modificaciones deben constituir primordialmente: suprimir el tabaquismo, incremento de la actividad diaria (gasto energético adecuado) evitando de este modo el sedentarismo en el que se ven envueltos día tras día y con mayor frecuencia los individuos en todas las etapas del ciclo vital y mejorar los hábitos de la alimentación, cuidados que se deben tener en cuenta y con mayor razón, después de una intervención quirúrgica²³, es decir, en el entorno domiciliario.

Existen además, una serie de factores que determinan la aparición y/o progresión de la enfermedad cardiovascular, los cuales son estandarizados como caracterizaciones demográficas inherentes a los individuos; tal es el caso de la edad, raza, sexo, estrato socioeconómico y nivel de escolaridad que, a pesar de ser individuales para cada individuo, y determinan la forma de intervención para el restablecimiento de su equilibrio como ser integral, no modifican la forma como la Persona afronta los estímulos provenientes de su sistema humano.

La edad, como primera medida, es considerada como un factor determinante en el proceso de aparición y padecimiento de la enfermedad cardiovascular, ya que es considerado que, grupos etáreos adultos, presentan un 45% de

²³ *Ibíd.*, p. 21

posibilidad mayor a padecer trastornos cardiovasculares en lo relacionado con su estilo de vida, enfermedades hereditarias, trastornos metabólicos, etc²⁴.

A diferencia que, en niños y jóvenes, este tipo de padecimientos a temprana edad, están relacionados básicamente con trastornos de carácter congénitos²⁵.

En cuanto al sexo, los hombres ven representado en un 56% las probabilidades de padecer las alteraciones de origen cardiovascular, estando representadas las mujeres por un 44%²⁶, sin embargo, estas cifras tienen a igualarse cada vez con mayor rapidez, debido a que la igualdad en las condiciones sociales de ambos sexos, los comprometen de la misma forma a los estímulos provenientes del medio.

El estrato socioeconómico por su parte, se refiere al nivel de vida social de un individuo y sus posibilidades arancelarias²⁷ y la escolaridad del paciente al nivel educativo de un individuo²⁸. Estas variables, repercuten de manera independiente en la aparición de la enfermedad cardiovascular, es decir, este tipo de enfermedades aparecen y son asumidas por los individuos de manera relativamente similares, sin distinción de su nivel de ingreso o grado académico cursado. La variación constituye entonces, la forma de afrontar estos estímulos y el nivel de compensación al que recurra el individuo para su adaptación.

El tratamiento de las patologías cardiovasculares, suelen estar constituidas por el uso de fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, o en casos particulares, diuréticos y medicación de otros tipos así como la modificación de hábitos de vida. Sin embargo, existen casos en los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, y se hace necesario recurrir a tratamientos de carácter invasivo en la institución de salud, para el tratamiento, reestructuración, reemplazo o los diversos procedimientos

²⁴ Moreno M.E. Op. cid., p. 2

²⁵ Moreno M.E. Op. cid., p. 2

²⁶ Rozo Uribe R. Villamizar A. Cardiología: Epidemiología de la Enfermedad Cardiovascular en Colombia. 2 ed. Santa fe de Bogotá. Sociedad Colombiana de Cardiología. 2003. p 6

²⁷ *Ibíd.*, p. 4

²⁸ *Ibíd.*, p. 7

que suelen ser necesarios para la búsqueda de la integridad del individuo comprometido.

Una vez estos pacientes han egresado de su intervención quirúrgica, regresan al seno de sus hogares a “enfrentarse” por sus propios medios a los estímulos que ofrece su entorno; y regresan cargados de nuevas órdenes médicas, nuevas recomendaciones, nuevas pautas de tratamiento y, con nuevos compromisos anexos a su organismo, como lo es el caso de la herida quirúrgica, la restricción terapéutica del movimiento y/o esfuerzo físico, y la marcada inestabilidad hemodinámica que se deriva.

Los cuidados domiciliarios que requiere el paciente en su posoperatorio; definido este como la etapa comprendida entre la culminación de la cirugía y la rehabilitación del individuo y que puede estar determinada por días, semanas o meses dividiéndose en posoperatorio inmediato, mediano y tardío²⁹; suelen ser de especial importancia para evitar las recidivas de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del individuo, llevándolo al mas alto grado posible de integralidad, reduciendo así los costes de atención en salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Los cuidados domiciliarios representan una modalidad de atención en salud realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario, que tiene el objetivo de promover, prevenir recuperar rehabilitar y/o acompañar al paciente y a su familia en la evolución de su enfermedad en todos los aspectos³⁰. El hecho de brindar cuidados de carácter domiciliario al paciente críticamente enfermo, consiste en una serie de situaciones de las que los profesionales de la salud, en especial los de enfermería, deben mostrar su pericia al momento de diligenciar sus planes de cuidado; mas aún teniendo en cuenta que, los cuidados brindados en el entorno familiar y cultural del paciente, influye de muchas maneras en el curso y éxito del tratamiento.

²⁹ *Ibíd.*, p. 8-9

³⁰ *Ibíd.*, p. 11

De esta manera, C. Roy propone una serie de indicadores de adaptación positiva que determinan el éxito del tratamiento instaurado en el caso particular, en el domicilio del paciente, definiéndose así, las conductas que se pretenden seguir o metas que se quieren alcanzar tras la puesta en práctica de estos cuidados domiciliarios; los indicadores son:

MODO FISIOLÓGICO³¹

Oxigenación:	Procesos estables de ventilación Patrones estables de intercambio gaseoso Trasporte adecuado de gases Proceso adecuado de compensación para necesidad de oxígeno.
Nutrición:	Procesos digestivos estables Patrones adecuados de nutrición Satisfacción de necesidades metabólicas y nutritivas.
Eliminación:	Procesos efectivos homeostáticos intestinales Patrones estables de eliminación intestinal Procesos efectivos de formación de orina Patrones estables de eliminación de orina. Estrategias efectivas de enfrentamiento para la alteración de la eliminación.
Actividad y descanso:	Proceso integrado de movilidad Procesos adecuados de movimiento durante la inactividad Patrón efectivo de actividad y descanso Patrón de sueño efectivo

³¹ Díaz de Flórez, Op. cit., p. 29 - 30

Protección	<p>Piel intacta</p> <p>Respuesta de curación efectiva</p> <p>Regulación efectiva de la temperatura</p>
Sentidos:	<p>Procesos de sensibilidad efectiva</p> <p>Patrones estables de percepción e interpretación</p> <p>Integración efectiva de las sensaciones de información</p> <p>Estrategias de enfrentamiento efectivas para la alteración de la sensibilidad</p>
Líquidos y electrolitos:	<p>Procesos estables de equilibrio hídrico</p> <p>Estabilidad de electrolitos en los líquidos del cuerpo</p> <p>Equilibrio del sistema Acido – Básico</p>
Función neurológica:	<p>Procesos efectivos de conciencia, atención, sensación y percepción</p> <p>Integración de los procesos de pensamiento y sentimientos.</p> <p>Elaboración de conceptos de memoria, lenguaje y respuesta motora.</p>
Función endocrina:	<p>Regulación hormonal efectiva de los procesos metabólicos y corporales</p> <p>Regulación hormonal efectiva del desarrollo reproductivo</p> <p>Patrones estables de ritmos hormonales cíclicos.</p> <p>Estrategias de enfrentamiento efectivo para el estrés</p>
Para el grupo:	<p>Recursos físicos adecuados</p> <p>Capacidades de los miembros</p> <p>Disponibilidad de instalaciones físicas</p>

MODO DE AUTOCONCEPTO E IDENTIDAD GRUPAL³²

Yo físico:	Imagen corporal positiva Integridad psíquica con el crecimiento físico Estrategias de enfrentamiento efectivo para pérdidas. Procesos efectivos de fin de la vida
Yo personal:	Autoestima funcional Procesos efectivos de autoconsistencia Estrategias efectivas de enfrentamiento contra las amenazas a sí mismo Reconocimiento por otros
Yo ideal:	Integración efectiva del yo ideal Expectativas positivas, metas y proyectos futuros.
Yo ético, moral y espiritual:	Procesos efectivos de crecimiento ético, moral, y espiritual Moral positiva Relaciones basadas en principios Relaciones dirigidas hacia valores Creencias Poseer una escala de valores

³² *Ibíd.*, p. 30

MODO DE FUNCIÓN DEL ROL EN INDIVIDUOS Y GRUPOS³³

Claridad del rol

Integración de los roles primarios, secundarios y terciarios

Patrón efectivo de ejecución del rol

Responsabilidad en la ejecución del rol

Efectiva integración del rol en grupo

MODO DE INTERDEPENDENCIA PARA INDIVIDUOS Y GRUPOS³⁴

Afecto adecuado

Patrón estable de dar y recibir

Estrategias de enfrentamiento efectivas para separación y soledad

Recursos adecuados

³³ *Ibíd.*, p. 30

³⁴ *Ibíd.*, p. 31

PROBLEMAS COMUNES DE ADAPTACION³⁵

MODO FISIOLÓGICO

OXIGENACION:

- Hipoxia
- Choque
- Alteración de la ventilación
- Alteración del intercambio gaseoso
- Transporte inadecuado de gases
- Alteración de la perfusión tisular

NUTRICION:

- Peso por encima o por debajo de los estándares
- Nutrición mayor o menor de los requerimientos
- Anorexia – vómitos – náuseas

ELIMINACION

- Diarrea
- Incontinencia intestinal o urinaria
- Retención urinaria
- Flatulencia

³⁵ *Ibíd.*, p. 32

ACTIVIDAD – DESCANSO

- Inmovilidad
- Intolerancia a la actividad
- Patrón inadecuado de la actividad y descanso
- Restricción de la movilidad, la marcha y la coordinación
- Riesgo de alteración del sueño

PROTECCION

- Alteración en la integridad de la piel
- Úlcera
- Retardo de la cicatrización
- Regulación inefectiva de cambios del estado inmunológico
- Regulación inefectiva de la temperatura
- Alergia
- Infección

SENTIDOS

- Alteración de un órgano de los sentidos
- Pérdidas de la capacidad de autocuidado
- Riesgo de lesión
- Disminución o sobrecarga sensorial
- Riesgo de alteración en la comunicación
- Dolor

LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

- Deshidratación
- Edema
- Choque
- Desequilibrio ácido – base
- Hiper o hipocalemia – natremia

FUNCION NEUROLOGICA

- Disminución del nivel de conciencia
- Déficit en los procesos cognitivos
- Déficit de la memoria
- Inestabilidad en el comportamiento y el humor
- Riesgo de daño cerebral

FUNCION ENDOCRINA

- Regulación hormonal inefectiva
- Desarrollo reproductivo inefectivo
- Inestabilidad de los ritmos cíclicos internos

GRUPOS

- Recursos físicos inadecuados
- Instalaciones físicas inadecuadas

MODO DE AUTOCONCEPTO DE IDENTIDAD GRUPAL³⁶

YO FISICO:

- Alteración de la imagen corporal
- Disfunción sexual
- Perdida no resuelta
- Ansiedad
- Impotencia
- Culpa
- Baja autoestima

YO IDEAL

- Obstáculo en el alcance de sus metas
- Incapacidad para progresar

GRUPOS

- Relaciones interpersonales inefectivas
- Baja moral
- Relaciones maltratantes
- Relaciones insignificantes

³⁶ *Ibíd.*, p. 30

MODO DE FUNCION DEL ROL PARA INDIVIDUOS Y GRUPOS³⁷

- Distanciamiento prolongado del rol
- Conflicto en el rol
- Falla en el rol
- Ambigüedad en el rol

MODO DE INTERDEPENDENCIA PARA INDIVIDUOS Y GRUPOS³⁸

- Patrón inefectivo de dar
- Ansiedad por separación
- Soledad
- Recursos inadecuados
- Desarrollo inefectivo de las relaciones

³⁷ *Ibíd.*, p. 30

³⁸ *Ibíd.*, p. 31

7. MARCO CONCEPTUAL

PERSONA: “sistema adaptativo con procesos internos (cognitivo y regulador), que actúan para mantener la adaptación en sus cuatro modos: fisiológico, de autoconcepto, de función del rol y de interdependencia”³⁹.

Ser adaptativo, holístico, con partes que funcionan como una unidad con algún propósito.

SISTEMA: conjunto de unidades conectadas relacionadas entre sí, para funcionar como un todo, compuesto por entradas, salidas y procesos de control y retroalimentación⁴⁰.

AMBIENTE: conformada por “todas las circunstancias, condiciones e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, especialmente los propios de la persona y del entorno. Los sistemas adaptativos humanos tienen capacidades de pensamiento y de sentimientos, de conciencia y de significado, que les permiten adaptarse a los cambios del ambiente y a su vez afectarlo”⁴¹.

El entorno es la información que entra al sistema humano y que acarrea factores internos y externos, los cuales pueden ser importantes o insignificantes, positivos o negativos.

ENFERMERIA: en términos generales se define como un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad relacionado con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma⁴².

³⁹ Díaz de Flórez, Op. cit., p.

⁴⁰ *Ibíd.*, p 18

⁴¹ *Ibíd.*, p19

⁴² *Ibíd.*, p 20

SALUD: “es un estado y un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total. La pérdida de la integridad representa la pérdida de la salud”⁴³. Tradicionalmente salud y enfermedad han sido vistas como un punto constante de cambio, el cual representa el propio nivel o alcance de enfrentamiento que la persona puede manejar con sus habituales respuestas de adaptación o no.

ADAPTACION Y NIVEL DE ADAPTACION: es un proceso y una meta por medio de la cual las personas dotadas de pensamientos y sentimientos, en forma individual o en grupo, utilizan la conciencia (conocimiento consciente) para crear un ambiente humano que permita integración⁴⁴.

En el desarrollo de su modelo, Roy define la adaptación “como el resultado de la respuesta a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación”. Al hacer referencia al nivel de adaptación, Roy describe que este representa las condiciones de los procesos vitales que suceden en la persona como respuesta a estímulos significativos locales, contextuales y residuales que se presentan en la vida del individuo o grupo determinado.

NIVEL INTEGRADO: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. Por ejemplo, la piel intacta actúa como una defensa inespecífica para proteger la organismo contra las infecciones⁴⁵.

NIVEL COMPENSATORIO: se presenta cuando los mecanismos regular y cognitivo se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados. Por ejemplo, en una situación de estrés el organismo empieza un proceso general de compensación acelerando el funcionamiento de unos órganos e inhibiendo otros⁴⁶.

⁴³ *Ibíd.*, p 21

⁴⁴ *Ibíd.*, p 21

⁴⁵ *Ibíd.*, p 21

⁴⁶ *Ibíd.*, p 21

NIVEL COMPROMETIDO: aparece cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados y se presenta un problema de adaptación (enfermedad). Por ejemplo: en un infarto por una lesión de tejido miocárdico se comprometen en la persona los procesos cardiovascular y respiratorio, produciéndose una serie de signos y síntomas de alteración en el paciente⁴⁷.

ESTIMULO: es todo aquello que provoca una respuesta, es el punto de interacción del sistema adaptativo humano con el ambiente⁴⁸.

ESTIMULOS FOCALES: los que afectan en forma inmediata y directa a la persona, desencadenando una respuesta o un comportamiento, cuya respuesta puede ser adaptativa o inefectiva, según si promete o no la adaptación. Por ejemplo, en una herida infectada por puñalada, el puñal es el estímulo focal que provoca dicha situación⁴⁹.

ESTIMULOS CONTEXTUALES: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo, en la herida infectada cuyo estímulo fue la puñalada pueden contribuir como estímulos contextuales la nutrición, la edad y otras enfermedades que padezca la persona⁵⁰.

ESTIMULOS RESIDUALES: corresponden a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente pero sus efectos son indeterminados y en ocasiones pueden ser o no válidos. Por ejemplo, la experiencia anterior sobre la cicatrización de una herida⁵¹.

⁴⁷ *Ibíd.*, p 21

⁴⁸ *Ibíd.*, p 21

⁴⁹ *Ibíd.*, p 22

⁵⁰ *Ibíd.*, p 22

⁵¹ *Ibíd.*, p 22

MODO FISICO – FISIOLÓGICO: en el modo de adaptación de Roy se relacionan con la forma en que los seres humanos, como individuos, interactúan con el ambiente como seres físicos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen en el cuerpo humano. El modo fisiológico en la persona tiene nueve componentes: cinco son necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad- descanso y protección y cuatro son procesos complejos que están involucrados en el modo fisiológico: los sentidos, los líquidos y electrolitos, la función endocrina y la función neurológica⁵².

En el grupo social, el modo fisiológico esta representado por las facilidades físicas y los recursos que tienen los participantes para interactuar y por las capacidades para realizar sus actividades.

MODO DE AUTOCONCEPTO - IDENTIDAD GRUPAL: se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quien es uno, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido “como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de si misma en un momento dado. Estos son adquiridos a través de la interacción social”⁵³.

Esta formado por percepciones internas y por las sensaciones de otras personas. Los componentes del modo de autoconcepto son el yo físico que incluye las sensaciones corporales, y la imagen corporal es decir, la estructura física, las funciones la apariencia personal, las dimensiones de sexualidad y del estado de salud; el yo personal, el yo moral, ético y espiritual (creencias, valores, principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento) y el yo ideal (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas)

⁵² *Ibíd.*, p 24

⁵³ *Ibíd.*, p 25

En el grupo la identidad grupal, se da a través de compartir las relaciones, metas y valores e implica honestidad, seguridad en la filiación con el grupo y sus relaciones interpersonales.

MODO DE FUNCION DEL ROL: se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad. Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición realiza o desempeña. En el modelo de adaptación Roy identifica tres tipos de roles que puede desempeñar una persona. El rol primario determina la mayoría de comportamientos de la etapa de desarrollo vital en que se encuentra el individuo, así como el sexo al cual pertenece. El rol secundario se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un momento determinado de su vida. El terciario es un rol temporal elegido por la persona y que asume con el fin de desempeñar una tarea menor.

En el grupo, las funciones de rol son las diferentes tareas que deben asumir para alcanzar las metas comunes dentro del mismo⁵⁴.

MODO DE INTERDEPENDENCIA: se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.

En este modo desempeñan un papel importante las personas significativas afectivamente en lo que se refiere al respeto, valor y correspondencia para el individuo, y los sistemas de apoyo conformados por las personas, grupos o animales que contribuyan al equilibrio.

La necesidad de alcanzar la integridad de la relación en el grupo se da utilizando un contexto, una infraestructura y unos recursos adecuados⁵⁵.

RESPUESTAS ADAPTATIVAS: son aquellas que promueven la integridad del sistema humano, en términos de metas de adaptación: Supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio⁵⁶.

⁵⁴ *Ibíd.*, p 25

⁵⁵ *Ibíd.*, p 26

RESPUESTAS INEFECTIVAS: son aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a las metas de adaptación y de integración de la persona con el mundo. Estas respuestas, en la situación inmediata o durante un largo periodo de tiempo, amenazan la supervivencia, el crecimiento o la reproducción del ser humano, o la transformación del ambiente de la misma persona⁵⁷.

⁵⁶ *Ibíd.*, p 26

⁵⁷ *Ibíd.*, p 27

8. DISEÑO METODOLOGICO

Este protocolo estará dirigido a la población egresada de cirugía cardiovascular de la clínica Mar Caribe de la ciudad de Santa Marta como miembros claves para la prestación de los servicios de atención domiciliaria.

Para la realización de este protocolo, se tomó como muestra una población de 10 pacientes egresados de cirugía cardiovascular a quienes se les realiza el programa como una serie de casos; para hacerlo, se hizo necesario dividir el proceso en tres etapas fundamentales:

La primera de ellas constituyó la documentación científica para la realización de un marco teórico para la fundamentación científica del proyecto.

La segunda etapa consistió en la determinación de la muestra del estudio, la implementación del instrumento para la valoración de los modos comprometidos en el paciente cardiovascular y el establecimiento de los planes de cuidados a seguir como estrategias de intervención domiciliarias.

Y por ultimo, el diseño del protocolo de cuidados según el Modelo de Adaptación de Callista Roy para la intervención del paciente en su posoperatorio de cirugía cardiovascular.

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado fue de carácter observacional, de serie de casos.

8.2 UNIVERSO⁵⁸

Estuvo constituido por pacientes intervenidos quirúrgicamente por alteraciones cardiovasculares en el distrito de Santa Marta.

8.3 POBLACION⁵⁹

La población fueron pacientes egresados de cirugía cardiovascular de la Clínica Mar Caribe de Santa Marta en el primer semestre del 2008

8.4 MUESTRA⁶⁰

La muestra estuvo conformada por un número de 10 pacientes que egresaron de cirugía cardiovascular de la Clínica Mar Caribe de Santa Marta en el primer semestre del 2008

8.5 TECNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo utilizada fue de tipo **INTENCIONAL – NO OBSERVACIONAL** debida a que, la intención única de las autoras fue las mediciones de las variables y los aspectos relacionados con la valoración de cada uno de los ítems del instrumento utilizado, sin la alteración de ningunos de los componentes. Así mismo, permite el establecimiento de metas para la intervención en salud pública, por medio de la generación del producto más relevante del estudio: PROTOCOLO DE CUIDADOS DOMICILIARIOS.

El muestreo de tipo intencional, permitió la escogencia de casos característicos de la población, limitando la muestra a la mínimamente necesaria para la obtención de los resultados pertinentes para la intención del autor, de diseñar el citado protocolo.

⁵⁸ Bernal ostle. Estadística aplicada: técnicas de la estadística moderna cuando y donde aplicarla, ed. Limusa, México, p. 63

⁵⁹ *Ibíd.*, p 56, 94,95

⁶⁰ *Ibíd.*, p 64,65

8.6. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

8.6.1. CRITERIO DE INCLUSION:

Pacientes egresados de cirugía cardiovascular de la Clínica Mar Caribe de Santa Marta en el primer periodo del 2008.

8.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes egresados de cirugía cardiovascular de la Clínica Mar Caribe de Santa Marta en el primer periodo del 2008 menores de 18 años.

Pacientes egresados de cirugía cardiovascular de la Clínica Mar Caribe de Santa Marta en el primer periodo del 2008 que no residan en el distrito de Santa Marta.

Pacientes egresados de cirugía cardiovascular que no hayan sido intervenidos en la Clínica Mar Caribe de Santa Marta

8.7. INSTRUMENTO UTILIZADO

A través del instrumento de VALORACIÓN FISIOLÓGICA, BASADO EN EL MODELO DE CALLISTA ROY⁶¹ (VER ANEXO 1) se realiza una recolección de los datos biográficos del paciente, indagándose desde la identificación completa de este hasta los antecedentes personales y familiares del mismo. De igual manera a través de la implementación de este instrumento se analizan los cuatro enfoques a los cuales va dirigida la teoría:

MODO DE AUTO CONCEPTO

El auto concepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado.

Los componentes del modo de auto concepto son el yo físico que incluye las sensaciones corporales, y la imagen corporal es decir la estructura física, las funciones, la apariencia personal, las dimensiones de sexualidad y del estado de salud:

EL YO personal (como me siento conmigo mismo).

EL YO moral, ético y espiritual (creencias, valores, principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento).

EL YO ideal (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas).

FUNCIÓN DEL ROL

Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña.

INTERDEPENDENCIA

Se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.

⁶¹ Díaz de Flórez, Op. cid., p. 40-52

MODO FISIOLÓGICO

El modo fisiológico tiene relación con las respuestas del organismo ante los estímulos y contempla 5 necesidades básicas, y cuatro procesos que se describen a continuación.

5 NECESIDADES:

FUNCIÓN DE OXIGENACIÓN

Esta función tiene relación con el proceso por el cual se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y CO₂ en todas las células del cuerpo. Tiene que ver con los procesos de ventilación, difusión, perfusión y transporte de gases desde y hacia los tejidos. Al valorar ésta función la enfermera tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la función de los sistemas respiratorio y circulatorio.

FUNCIÓN DE NUTRICIÓN

Tiene que ver con los procesos de alimentación, digestión y metabolismo de los alimentos. La persona asimila los nutrientes de los alimentos, en el sistema digestivo gracias a la acción de las enzimas, hormonas y jugos gástricos e intestinales, para mantener el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo, promoviendo su crecimiento y mantenimiento de energía. Al valorar ésta función la enfermera valora el proceso básico de alimentación y digestión.

FUNCIÓN DE ELIMINACIÓN

La eliminación es el proceso vital por el cual el organismo expulsa a través de la orina, el sudor, la respiración y la materia fecal los productos de desecho del metabolismo. Al realizar su valoración, la enfermera tiene en cuenta el funcionamiento de los sistemas urinario, digestivo, respiratorio y de la piel.

FUNCIÓN ACTIVIDAD Y DESCANSO

Esta función se relaciona con el proceso del movimiento, señal de vida y habilidad fundamental para realizar actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas. El descanso, se asocia con la recreación, es decir con el cambio hacia una actividad placentera, la tranquilidad, el sosiego y el sueño, procesos que requieren una baja demanda de energía y por lo tanto le permiten a la persona renovarse para continuar su actividad.

Al valorar ésta función la enfermera valora los procesos vitales básicos de la movilidad y el sueño.

FUNCIÓN DE PROTECCIÓN

Esta es una función vital por cuanto contempla los procesos de defensa del organismo contra agentes que pueden ser nocivos y alterar la integridad corporal como sustancias, bacterias, virus o células anormales. Según Roy (1999) se relaciona con los procesos de defensa no específicos constituidos por la piel y agentes químicos, y específicos como el sistema inmunológico. Al valorar ésta función la enfermera establece las condiciones de la piel, y la respuesta del sistema inmunológico ante agentes externos.

- **ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:** incluye procesos relacionados con la percepción de estímulos en forma de luz, sonidos, calor, vibración mecánica y presión. La interpretación de éstas sensaciones se relaciona con experiencias anteriores de la persona. La enfermera valora este proceso al determinar la integridad de la visión, audición, olfato, gusto y tacto.

- **EQUILIBRIO ACIDO-BÁSICO**

Este proceso dinámico se relaciona con la habilidad del organismo para mantener la homeostasis, es decir las condiciones internas estables indispensables para la vida. Los procesos vitales asociados son el equilibrio entre líquidos, electrolitos y el balance ácido-básico.

- **FUNCIÓN NEUROLÓGICA**

Esta función dependiente de la integridad del sistema nervioso es esencial para el funcionamiento normal del organismo y el proceso de afrontamiento cognitivo. Se relaciona con la habilidad de las neuronas de recibir y transmitir información por todo el cuerpo en forma de impulsos a través de procesos de asociación. La enfermera valora la integridad de ésta función a través del examen neurológico.

- **FUNCIÓN ENDOCRINA:** el sistema endocrino está compuesto por glándulas endocrinas y exocrinas. Las glándulas secretan una o más hormonas que actúan como mensajeros químicos, con efectos regulatorios sobre partes u órganos específicos del cuerpo. Los procesos controlados por hormonas incluyen “reproducción” crecimiento y desarrollo, mantenimiento de electrolitos, regulación del metabolismo celular y balance de energía.

8.8. RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

Una vez determinada la muestra del estudio, se procedió a la implementación del formato de valoración de Callista Roy, llegando directamente al domicilio del paciente. Lográndose de esta manera, el diligenciamiento completo de los formatos de valoración, se procedió a condensar los resultados obtenidos y la elaboración de los respectivos análisis.

a) Para el análisis de la variable sexo, se realiza una grafica de barras donde se esquematice la distribución de frecuencias de la edad en los individuos miembros del estudio, obteniéndose como principal resultado que, el sexo masculino resulta ser el más comprometido en cuanto a los padecimientos de tipo cardiovascular según lo expresado en los resultados del presente proyecto, lo que concuerda con lo expresado por Rozo Uribe R. Villamizar A. en su artículo sobre prevalencia de las enfermedades cardiovasculares⁶².

b) Tras realizar la condensación de los principales resultados para la variable edad, se hace su esquematización por medio de una grafica tipo pastel, en la que se ve expresado la distribución de frecuencia de la misma, notándose que, la edad promedio de los pacientes con afecciones cardiovascular oscila entre los 60 y 70 años, edad en la que ya se han recurrido a las diversas opciones de tratamiento, incluídas desde luego las cirugías; hecho que también concuerda con lo descrito por el citado autor⁶³.

c) En cuanto a lo referente al estado civil, se realiza una grafica de distribución de frecuencias en gráfica tipo pastel, obteniéndose como resultado, que el estado civil con mayor frecuencia presentado por los pacientes de la muestra fueron los casados, representados por la mitad de los individuos, esta variable es citada también en estudios realizados y promulgados en la Revista española de cardiología: puesta al día. Estrategias actuales para reducir el

⁶² Rozo Uribe R. Villamizar A. Op Cid p. 5

⁶³ Ibid p. 4

impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer⁶⁴ donde se enuncia que la compañía de una pareja permanente, reduce la ansiedad por el proceso de la enfermedad y demuestra que en estos casos, el 87% de los enfermos cuentan con este tipo de compañía.

d) En lo referente a escolaridad y estrato socioeconómico, se utilizan recursos similares, basados en gráfica tipo pastel de distribución de frecuencias y, determinándose como resultado que, los pacientes constituyentes de la muestra, se encuentran prevalentemente en un nivel educativo secundario y en estrato socioeconómico medio; este hecho se ve evidenciado además en los análisis socio demográficos establecidos por el DANE para el año 2007⁶⁵ en el que enuncia que este grupo social presenta mayor afecciones cardiovasculares puesto a que estas dos variables son las representantes de la media nacional.

e) para la representación gráfica de los modos de adaptación comprometidos en los pacientes constituyentes de la muestra, se utilizó una gráfica de distribución de frecuencias tipo pastel, cuyos resultados arrojan que, este grupo de pacientes estuvo comprometido básicamente por el modo físico fisiológico con un porcentaje del 37% frente a los demás modos; es decir, de la totalidad de los pacientes encuestados, presentan un nivel de compromiso a considerar en lo que a este modo se refiere, lo que se presenta de forma similar en estudios relacionados como la implementación del modelo de adaptación en pacientes en procesos de rehabilitación⁶⁶.

⁶⁴ Revista española de cardiología: puesta al día. Op Cid p. 13

⁶⁵ Departamento Administrativo Nacional de Encuestas (DANE)

⁶⁶ Moreno M. E. Op Cid p. 8

8.9. ASPECTOS ETICOS

La relación que se establece enfermera – paciente determina un vínculo de mutuo acuerdo e interdependencia, en donde la enfermera provee cuidados, administra tratamientos , proporcionando confort, tranquilidad, comprensión, escuchando atentamente las inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentando ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, y así mismo el paciente intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.

De aquí se plantean graves dilemas ligados estrechamente a los aspectos éticos que se generan a partir de los cuidados cotidianos del paciente, que son proporcionados con máximo y necesario respeto por aquel que ha solicitado nuestra ayuda profesional, sin que por esto pierda su identidad y/o su derecho a la intimidad.

Partiendo de la concepción de que se plantean determinadas situaciones en la práctica de enfermería, existen diversos códigos éticos dirigidos hacia la igualdad entre todos los pacientes sin discriminación, cuidando su intimidad, protegiéndolo de actos no éticos asumiendo la responsabilidad con su juicio ético legal participando en actividades para el continuo conocimiento y los mejores estándares de la enfermería con un alto cuidado de calidad manteniendo una integridad en la enfermería. De igual manera en el código deontológico internacional hace mención a tres aspectos determinantes que debe mantener la enfermera, como son, conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud, debe aplicar las normas, los cuidados de enfermería, la conducta profesional; respetando creencias religiosas del paciente manteniendo en reserva la información que reciba conociendo no solo sus responsabilidades sino también sus límites.

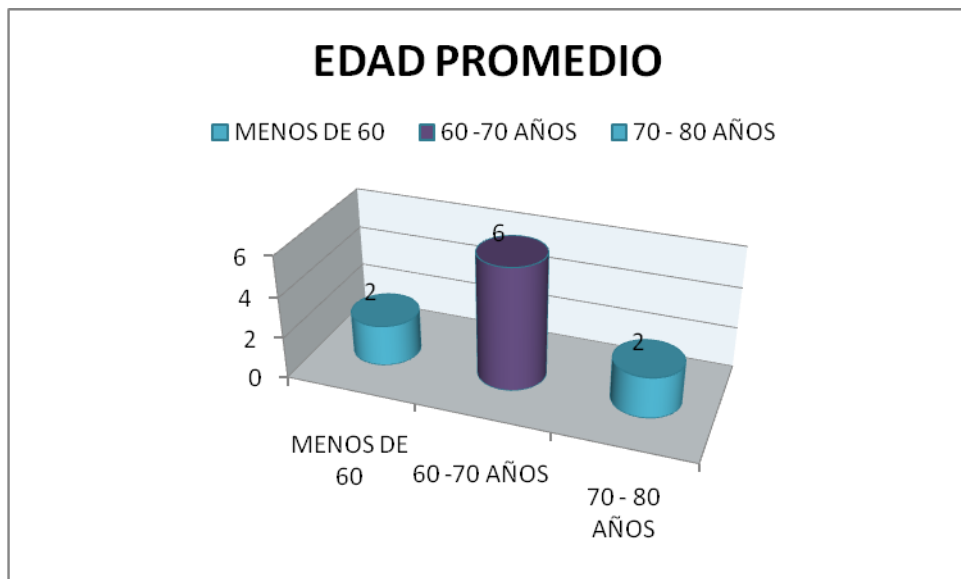
Así mismo la aplicación de proceso de atención de enfermería se basa en el ser humano sobre el que se centran los cuidados y exige que cada enfermera considere primero y ante todo las necesidades del paciente de forma individual. Esta necesidad introduce el elemento primordial, el cual se basa en que ningún profesional del cuidado de la salud puede cubrir las necesidades de un individuo sin consultar con él.

Dicha consulta es un doble proceso por haber preguntado a alguien cuáles son sus necesidades, uno no está autorizado a imponer, en la persona, sus propios puntos de vista, e incluso menos a realizar determinadas actividades sobre dicho individuo sin su consentimiento. Planteándose de esta manera que las enfermeras vuelvan a enfocar sus bases de cuidado de un modo en que dé el control del proceso al paciente.

9. RESULTADOS

9.1. OBJETIVO ESPECIFICO 1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

Grafica No. 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA EDAD



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

Interpretación:

De la grafica anterior se puede identificar que, la muestra esta constituida por 10 pacientes de los cuales, 6 tienen edades oscilantes entre los 60 y 70 años y otros dos, son menores de 60 años; los otros dos miembros de la muestra, tienen un edad oscilante entre los 70 y 80 años; lo que refleja el hecho de que las enfermedades de origen cardiovascular tienen mayor prevalencia en la edad adulta según lo descrito por Rozo Uribe R. y Villamizar A. en su tratado de cardiología – 2003.⁶⁷

⁶⁷ Rozo Uribe R. Villamizar A. Op Cid p. 5

Grafica No. 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL SEXO



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

Interpretación:

La totalidad de la muestra esta constituida por diez pacientes, de los cuales, el 70% es decir 7 son del sexo masculino y, tres de ellos con un 30% son del sexo femenino, demostrándose que, la mayor probabilidad de padecimiento de enfermedades cardiovasculares se ubica en el sexo masculino, superando mínimamente al sexo femenino según lo determinado y esclarecido por Rozo Uribe R. y Villamizar A. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular - 2003⁶⁸

⁶⁸Ibíd., p. 5

GRAFICA NO. 3 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ESTADO CIVIL



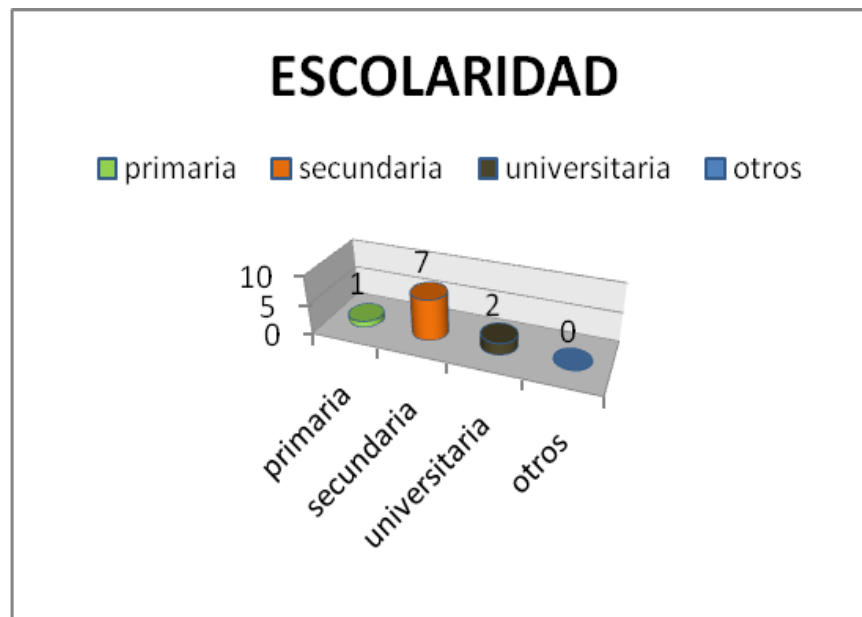
Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

Interpretación:

De las personas a las que se les realizó la encuesta, cinco se encuentran en un estado civil casados; dos se encuentran separados y dos en unión libre, y solo uno de ellos presenta un estado civil soltero. Esta situación revela que el padecimiento de una enfermedad crónica como lo es la enfermedad cardiovascular, implica el cuidado y acompañamiento por parte de un ser querido, contribuyéndose al proceso de cuidado y seguimiento de régimen terapéutico según lo descrito por María Elisa Moreno en su artículo sobre la aplicación del modelo de adaptación en un servicio de rehabilitación - 2006.⁶⁹

⁶⁹ Moreno M.E. Op Cid p.5

GRAFICA NO. 4 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ESCOLARIDAD



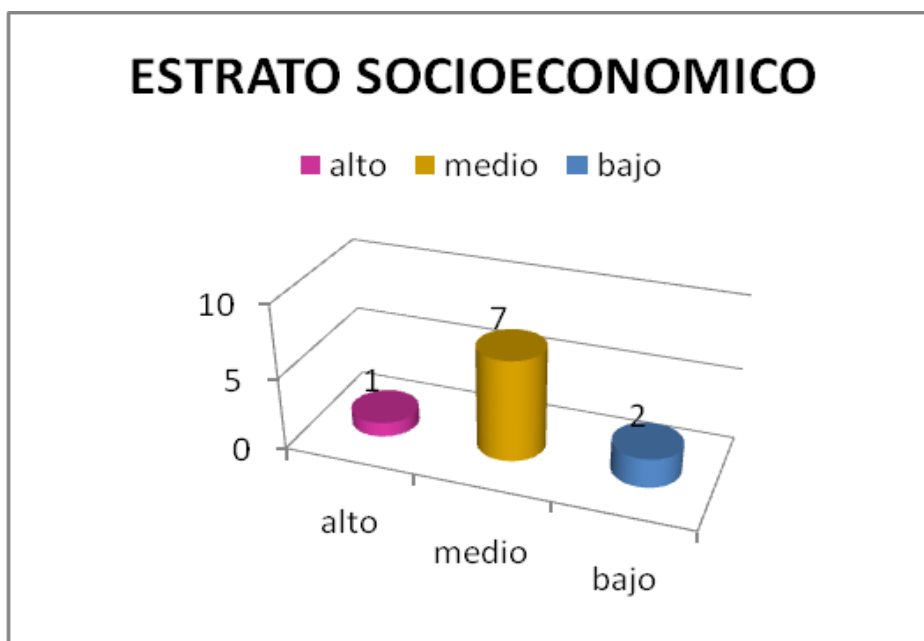
Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

Interpretación:

De la grafica anterior se puede interpretar que, solo uno de los encuestados cuenta con una escolaridad básica primaria, siete con estudios secundarios y dos con preparación universitaria; hecho que refleja lo postulado por el DANE – 2008 al hacer referencia que la población media del país esta constituida por personas con estudio académicos secundarios; por lo tanto, es de inferir que si la media nacional en cuanto a escolaridad se refiere, es de básica secundaria, la población con padecimientos cardiovasculares, estarán distribuidos en este rango académico.⁷⁰

⁷⁰ Departamento Administrativo Nacional de Encuestas (DANE)

GRAFICA NO. 5 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

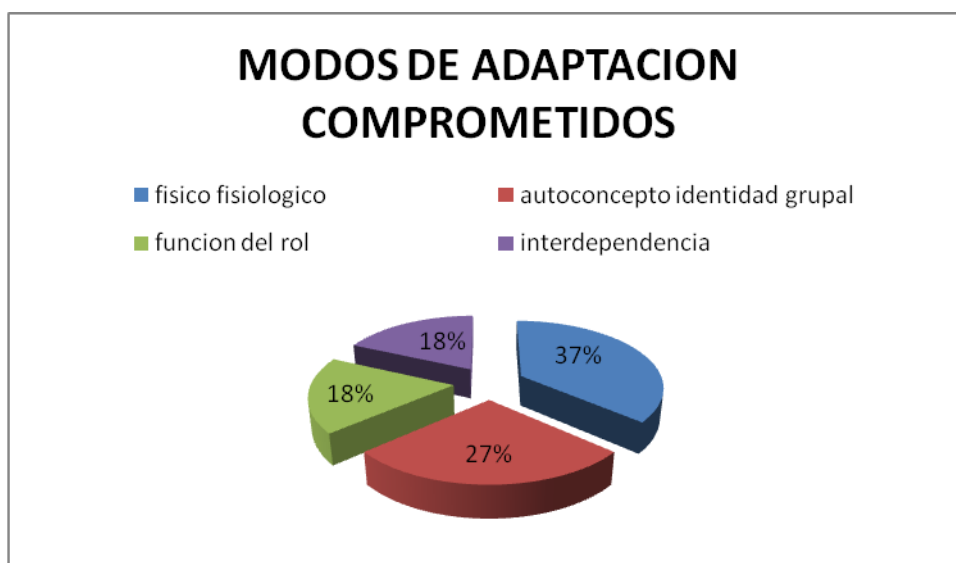
Interpretación:

La grafica permite evidenciar que, siete de los encuestados pertenecen a un estrato socioeconómico medio, uno de ellos a un estrato socioeconómico alto y solo dos a un estrato socioeconómico bajo. Como se puede determinar, y según lo descrito por el DANE – 2008 la enfermedad cardiovascular exagera su sintomatología sin distinción de individuos y su nivel de vida. Rozo Uribe R. y Villamizar A. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular - 2003.⁷¹

⁷¹ Rozo Uribe R. Villamizar A. Op. cid., p. 5

9.2. OBJETIVO ESPECIFICO 2. MODOS DE ADAPTACIÓN COMPROMETIDOS

GRAFICA NO. 6 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA MODOS DE ADAPTACIÓN COMPROMETIDOS



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

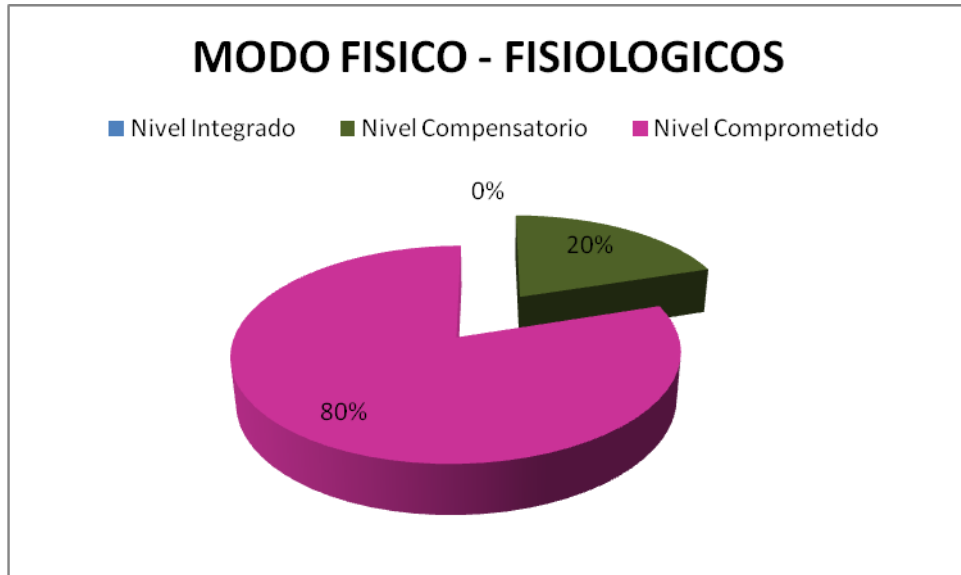
Interpretación:

De la grafica anterior, se puede precisar que, del total de la muestra encuestadas, la mayoría, presentan un modo físico fisiológico comprometido con un porcentaje del 37% y en menor proporción, se encuentra comprometido el modo de función del rol y de interdependencia con un porcentaje del 18% para cada uno de ellos, lo que corresponden con lo enunciado por las autoras en la tesis sobre la aplicación del modelo de adaptación para pacientes con IAM en su fase aguda.⁷²

⁷² Egurrola, Romero, Suarez. Aplicación del modelo de Callista Roy con infarto agudo del miocardio en su fase aguda. Santa Marta 2003

9.3. MODO FISICO – FISIOLÓGICO

GRAFICA NO. 7 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA MODO FÍSICO FISIOLÓGICO



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

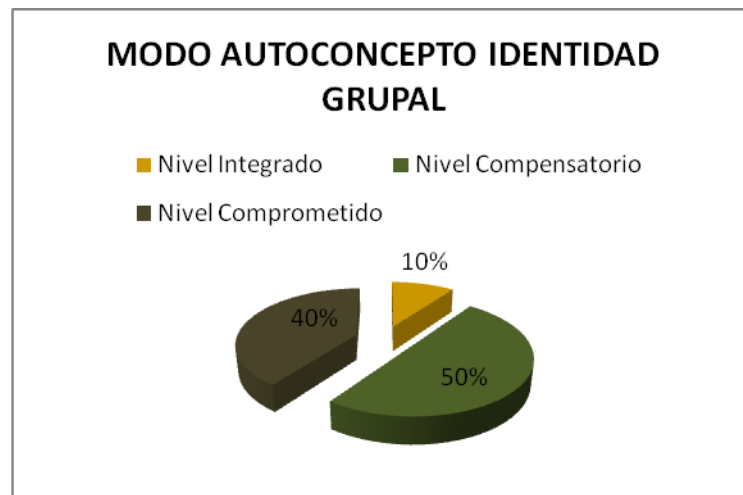
Interpretación:

La grafica anterior revela que, el 80% de la población encuestada presenta un modo de adaptación físico fisiológico altamente comprometido lo que equivale a ocho pacientes de la muestra, los otros dos restantes, se encuentran en un nivel compensatorio, lo que concuerda con lo descrito por María Elisa Moreno en su artículo sobre la aplicación del modelo de adaptación en un servicio de rehabilitación – 2006 donde enuncia que, este es el modo mas altamente comprometido en los pacientes en fase de rehabilitación.⁷³

⁷³ Moreno M.E. Op. cid., p. 7

9.4. MODO AUTOCONCEPTO – IDENTIDAD GRUPAL

GRAFICA NO. 8 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA MODO AUTOCONCEPTO – IDENTIDAD GRUPAL



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

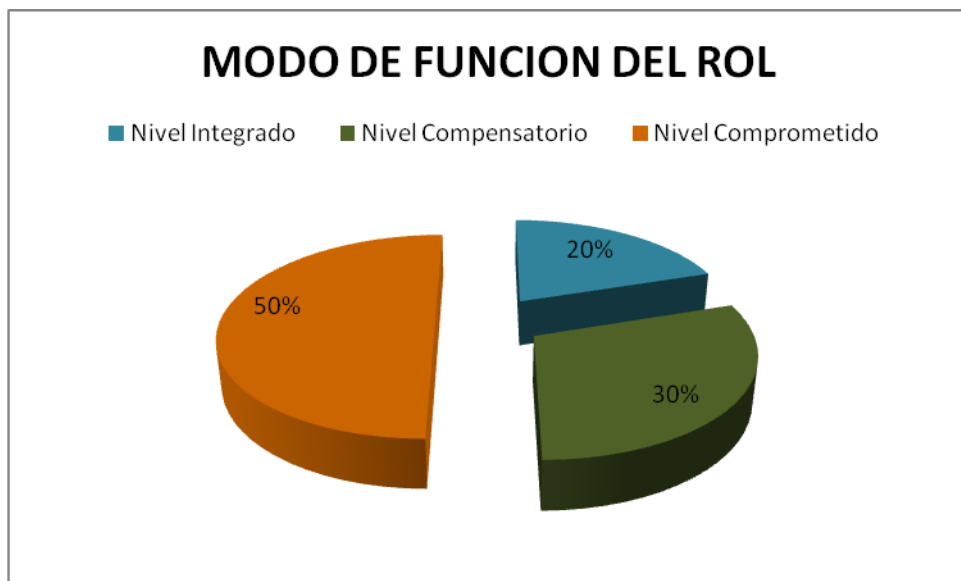
Interpretación:

De la grafica anterior se puede evidenciar que, el 50% de la población encuestada presenta un modo de autoconcepto identidad grupal altamente comprometida lo que equivale a cuatro pacientes de la muestra, cinco presentan un nivel compensatorio y solo uno presenta un nivel integrado; este hecho esta relacionado con lo descrito por la anterior autora en el caso de los pacientes rehabilitados de su estudio-2006.⁷⁴

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 5

9.5. MODO FUNCION DEL ROL

GRAFICA NO. 9 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA MODO DE FUNCIÓN DEL ROL



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

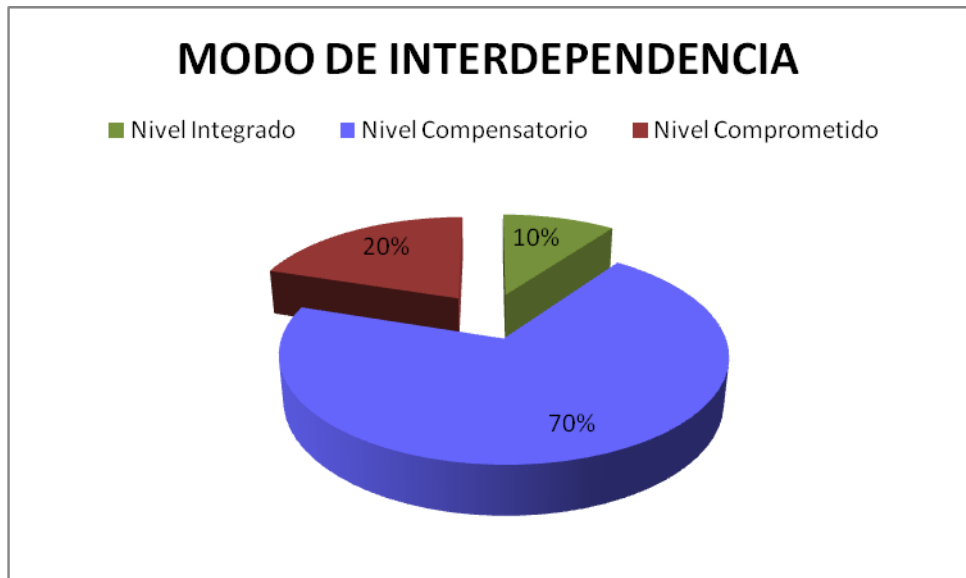
Interpretación:

Según la anterior grafica, se puede identificar que, el 50% de la muestra, presenta un modo de función del rol comprometido, representado esto por cinco pacientes, el 30% de la muestra presenta un nivel compensatorio y solo un 20% se encuentra en un nivel integrado; es de esperar que estos pacientes refieran insatisfacción con su rol y/o sensación de incapacidad para ejecutarlo; puesto que pasan a un estado delimitación física, María Elisa Moreno - 2006.⁷⁵

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 7

9.6. MODO DE INTERDEPENDENCIA

GRAFICA NO. 10 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA MODO DE INTERDEPENDENCIA



Fuente: Guía para la Valoración fisiológica basado en el Modelo de Callista Roy

Interpretación:

De la grafica anterior, se puede precisar que, el 70% de los encuestados, presentan un modo de interdependencia en un nivel compensatorio; representado esto por siete de los pacientes constituyentes de la muestra. Otro 20% se encuentra en un nivel comprometido en lo que a este modo se refiere y solo un 10% se encuentra en un nivel integrado, lo que corresponden con lo enunciado por las autoras en la tesis sobre la aplicación del modelo de adaptación para pacientes con IAM en su fase aguda.⁷⁶

⁷⁶ Egurrola, Romero, Suarez. Op. cid

10. CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es una herramienta de atención de la cual se basan los profesionales de enfermería para ofrecer cuidados de calidad al paciente durante su estancia intrahospitalaria y más aun, en su entorno social y/o domiciliario. La implementación del modelo de adaptación de Callista Roy en la práctica profesional del enfermero (a) permitió la identificación de las necesidades potenciales de los pacientes, determinándose de esta manera su adherencia y adaptación o no adaptación a este nuevo evento en su vida, a través de lo cual se pudieron plantear y planificar planes de cuidado específicos, según las necesidades y los hallazgos encontrados en cada individuo.

De igual manera a través de la implementación de este instrumento de valoración, se lograron abordar los diversos enfoques del ser humano, determinando sus necesidades y requerimientos, y su manera de ejercer como un ser adaptativo dentro del entorno que lo rodea.

Así mismo a partir de la aplicación del mismo y basándose en la caracterización demográfica de la muestra se puede determinar que las edades de los individuos miembros de la muestra, oscilaban entre los 60 – 70 años de edad.

Predominan además, el sexo masculino frente a las mujeres con padecimiento de origen cardiovascular sin importar el grupo étnico que representen. En cuanto a la variable de estado civil, se determina que, predominan los individuos casados o con algo tipo de compañía permanente lo que demuestra que las personas en esta condición necesitan el apoyo y acompañamiento paralelo de un ser significativo.

En cuanto al estrato socio- económico el mas prevalente resultó el medio, hecho que es de esperarse, puesto que concuerda con la realidad nacional, donde se establece que esa es la media constituyente de la nación, y con un nivel de escolaridad secundaria.

En cuanto al nivel físico fisiológico, se nota claramente que es el nivel mayormente comprometido en los pacientes estudiados lo que resalta la gran conclusión de que todo paciente cardiovascular, presenta un compromiso vital y latente en lo que a sus funciones vitales y de respuesta (mecanismos de afrontamiento) se refiere.

El modelo de adaptación de Callista Roy, permitió fortalecer la línea de cuidados ejercidas por el profesional de enfermería, consolidándose y estandarizándose la aplicación de un modelo en el quehacer diario de esta profesión, así mismo promovió la revisión minuciosa de las necesidades y las actividades necesarias para la consecución de objetivos específicos que permitieran mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La elaboración de los planes de cuidado a través de la aplicación de este instrumento, permitió una amplia valoración del paciente, tanto a nivel fisiológico como psicológico, lo cual aseguro la realización de diagnósticos apropiados, encaminados de manera idónea, hacia la resolución de conflictos que se presentaron en los individuos.

Es importante anotar que esta investigación enriqueció de manera positiva la vida profesional de quienes la desarrollaron, gracias a que a través de la realización de esta, se pudieron evidenciar las diversas carestías de estos pacientes y de esta manera se establecieron acciones concretas que gracias a la labor del profesional de enfermería y la ejecución de sus cuidados, pueden garantizar el bienestar y la recuperación exitosa de estos pacientes.

Así mismo y gracias a esta herramienta, a través de bases científico – teóricas se pudo garantizar la viabilidad de este estudio y el éxito en la construcción de cuidados, en base a las necesidades potenciales de los individuos, aflorando de esta manera la verdadera esencia del quehacer de enfermería, y el cuidado.

11. DISCUSION

En lo que a caracterización demográfica se refiere, se obtienen como resultado que, la edad promedio de los pacientes con alteraciones cardiovasculares intervenidos quirúrgicamente, oscilan entre los 60 y 70 años, notándose que, concuerda con lo determinado por otros autores en estudios previos, en los que las afecciones de tipo cardiovascular presentan una mayor prevalencia en este rango de edad y donde incluso, ya se han agotado la mayoría de opciones de tratamiento⁷⁷. El sexo mayoritariamente encontrado en los pacientes que participaron en el estudio, determina que la gran mayoría son del sexo masculino; siendo esto el principal hallazgo de otros autores; como en el caso de Rozo Uribe R. Villamizar⁷⁸ donde demuestra que, el varón resulta mas íntimamente implicado en enfermedades coronarias con inicio en la adultez intermedia, mientras que, en el caso de la mujer, estas suelen exacerbarse solo hasta los inicios de la tercera edad y por tanto, representan una leve pero latente minoría.

En cuanto a lo concerniente a la escolaridad, el estado civil y el estrato socioeconómico, estas tres variables mostrando resultados de mayor prevalencia de las alteraciones de tipo cardiovascular en la población casada, con nivel de educación secundaria estrato socioeconómico medio; variables que realmente determinan escasamente el origen de las enfermedades cardiovasculares y que a la vez, sí resultan de vital importancia para la eficacia del tratamiento según lo descrito por M. Elisa Moreno en su artículo sobre implementación del modelo de adaptación para pacientes en rehabilitación⁷⁹.

⁷⁷ Mojica. I. P. Conferencia Mundial Enfermedad Cardiovascular: Morbilidad y Mortalidad. Barcelona. 2007

⁷⁸ Rozo Uribe R. Villamizar A. Op Cid p. 4

⁷⁹ Moreno M.E. Op Cid p.12

En lo que a modos de adaptación comprometidos se refiere, se pudo obtener como resultado que el modo mas prevalentemente comprometido es el físico fisiológico efecto semejante a lo sucedido con la autora anteriormente mencionada y su respectivo estudio⁸⁰ sin embargo, se establece en el citado articulo, que el modo de interdependencia de estos pacientes es el segundo en prevalencia para pacientes en procesos de rehabilitación, lo que difiere con el hallazgo para el paciente cardiovascular, en el que el autoconcepto e identidad grupal revela mayor compromiso, hecho que es de esperarse puesto que, las limitaciones se incrementan luego de la intervención quirúrgica y el estilo de vida es modificado en su totalidad y pro tanto las repercusiones que esto significa para el grupo familiar.

⁸⁰ *Ibíd* p. 5

13. RECOMENDACIONES

- ✓ Sin lugar a dudas, se hace necesario la implementación de los citados planes de cuidados para contribuir efectivamente a la adaptación del paciente cardiovascular.

- ✓ Incentivar en la formación académica del estudiante la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy para la implementación de planes de cuidado en los diversos ámbitos de atención.

- ✓ El fomento de un estilo de vida saludable, contribuye a la prevención de la aparición de este tipo de alteraciones fisiológicas; ponerlas en practica favorece además evitar las recidivas si la enfermedad ya esta en curso.

- ✓ Realizar nuevos estudios para el establecimiento de planes de cuidados domiciliarios en diversos campos, disminuye los costos de atención en salud en las distintas IPS – EPS de la nación.

- ✓ Estandarizar en el marco institucional (portafolios de servicios) el diseño y aplicación de planes de cuidado domiciliario y educación continua a la familia de los pacientes egresados de cirugía cardiovascular de las diversas instituciones del distrito que ofrezcan servicios de cirugía de cuarto nivel.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de Cardiología. Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 1999.
2. Ramos Polledo V, Pita Fernández S, de la Iglesia Martínez F, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F, et al. Etiología, características clínicas, causa desencadenante, tipo de disfunción ventricular, estancia media y mortalidad de 305 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. An Med Interna (Madrid) 2000; 17:19-24.
3. Luckmann J. Saunders. Cuidados de Enfermería. México, McGraw-Hill Interamericana, 2000; 1: 365-368.2.
4. Dewit SC. Fundamentos de Enfermería Medicoquirúrgica. 4ª. Edición, Madrid España, Harcourt, 1999: 56-64.
5. Modell WMD, Schwart MA. Manual de Cardiología para Enfermeras. México, La Prensa Médica Mexicana, 1979:203-205.
6. Diccionario de la lengua española, vigésima segunda edición, Edit Espasa 2001
7. Roy, Callista, y col. El modelo de adaptación de Callista Roy, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed.
8. Martinna H. C. Atención Domiciliaria del Paciente Trasplantado. Rev. Arg. Cancerología. 2007.

9. Maidana M. Enfermería en la atención domiciliaria del paciente cardíaco. Rev. Cub. Enf. 2004.
10. Rozo Uribe R. Villamizar A. Cardiología: Epidemiología de la Enfermedad Cardiovascular en Colombia. 2 ed. Santa fe de Bogotá. Sociedad Colombiana de Cardiología. 2003.
11. Moreno M.E. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación. 2006; Vol. I
12. Ciencia y enfermería. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. Volumen 11. numero 1. 2005.
13. Enfermería en cardiología. Caso clínico: cuidados de enfermería a una mujer en el postoperatorio de una revascularización coronaria. Preparación para el alta. Volumen XIII. Numero 46. 2006.
14. Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular. Rehabilitación cardiaca en el anciano. Volumen 15. 2001.
15. Díaz de Flórez L. Quintero MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano: Conceptualización. 1 ed. Bogotá. 2003.

ANEXO 1.

GUIA PARA LA VALORACION FISIOLÓGICA (BASADA EN EL MODELO DE *CALLISTA ROY, Díaz de Flórez, Op. cid., p. 40-52)

Instrucción:

El presente instrumento contempla la valoración de datos subjetivos y objetivos. Marque con una X o complemente, según corresponda, la respuesta.

DATOS BIOGRÁFICOS

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Estado civil: casado (a) _____ soltero (a) _____ otros _____

Escolaridad: primaria _____ Secundaria _____ Universitaria _____

Otros _____

Ocupación actual: _____

Procedencia: _____ Residencia actual: _____

Antecedentes personales (especifique):

Alérgicos: _____ Quirúrgicos: _____

Patológicos: _____ Farmacológicos: _____

Familiares: _____

DATOS DE VALORACION FISIOLÓGICA

1. FUNCION NEUROLOGICA:

1.1 ¿Ha presentado alguna de las siguientes manifestaciones?

Cefalea _____ mareo _____ convulsiones _____ pérdida del equilibrio _____
calambres _____

Perdida del conocimiento _____ sensación de hormigueo _____

Sensación de adormecimiento _____ dificultad para movilizarse _____

Disminución de la fuerza _____ dificultad para concentrarse _____

Perdida de la memoria de hechos recientes y/o remotos: _____

Dificultad para hablar: _____

Describa las características de estas manifestaciones: _____

1.2 ¿Ha tenido cambios emocionales? Si _____ No _____

Descríbalos: _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones? Si _____ No _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

1.3 Valore el nivel de conciencia

Está orientado en: tiempo: si _____ no _____ lugar: si _____ no _____ persona: si _____ no _____
Esta: consciente: _____ somnoliento _____ estuporoso _____ coma superficial _____
Coma profundo _____

1.4 Tiene memoria: reciente _____ remota _____ ninguna _____

1.5 responde ordenes: si _____ no _____

1.6 expresión de sentimientos _____ descríbalos _____

1.7 lenguaje: coherente _____ incoherente _____ fluidez _____ afasia _____
Comprensión _____

1.8 cabeza: perímetro _____ forma: simétrica _____ asimétrica _____

1.9 cara simetría facial: si _____ no _____

Describe las características: _____

1.10 valore reflejos:

Maseterismo: si _____ no _____	hiporreflexia: _____	hiperreflexia: _____
Bicipital: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Tricipital: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Estiloradial: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Rotuliano: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Aquiliano: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Plantar: si _____ no _____	Hiporreflexia D _____ I _____	Hiperreflexia: D _____ I _____
Abdominal: si _____ no _____	cremasterico: si _____ no _____	
Otros: _____		

1.11 signos meníngeos: _____

2. FUNCIÓN DE LOS SENTIDOS

APARATO OCULAR

2.1 ¿Ha presentado cambios o alteraciones en los ojos? Si _____ no _____

¿Cuáles? _____

Visión borrosa _____ sequedad _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

2.2 utiliza: gafas _____ lentes de contacto _____ otro _____ ¿Cuál? _____

¿Con que frecuencia? _____

2.3 describa el aspecto general de:

Párpados, pestañas, cejas, zona orbitaria, conjuntiva, escleras, iris

2.4 valore: pupilas: simetría: si _____ no _____ reacción a la luz OI _____ OD _____

Tamaño OI _____ OD _____
Forma _____ reacción de acomodación: visión cercana _____ visión lejana _____
2.5 presencia de lagrimas _____ secreciones _____
resequedad _____

26. Movimientos aculares en: OI Convergencia _____ Divergencia _____
OD Convergencia _____ Divergencia _____, Seguimiento de objetos: OI _____ OD _____

2.7 Agudeza visual en: Aparato auditivo OI _____ OD _____

2.8. Describa las características de la retina y los vasos sanguíneos

2.9. ¿Ha presentado cambios en la audición? Sí _____ No _____ ¿Como es su audición?
Buena _____ Deficiente _____

2.10 ¿Qué alteraciones ha presentado en el oído? Dolor _____ heridas _____
Secreciones _____ cuerpos extraños _____ irritaciones _____ oído tapado _____
Escucha ruidos _____
Describa las características de estas alteraciones, especificando en cual oído:

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

2.11 describa el general del oído externo, (implantación, simetría, pabellón auricular en ambos oídos)

2.12 hallazgos otoscópicos: oído D: canal auditivo: vellos _____ cera _____ integridad y movilidad de la membrana timpanica _____

Oído I: canal auditivo: vellos _____ cera _____ integridad y movilidad de la membrana timpanica _____

2.13 pruebas de audición: oído derecho: positivo _____
negativo _____

Oído izquierdo: positivo _____
negativo _____

APARATO OLFATORIO: NARIZ Y SENOS PARANASALES

2.14 ¿percibe los olores? Si _____ no _____

2.15 ¿ha presentado alguna de las siguientes alteraciones?

Sangrado _____ obstrucciones _____ secreciones _____ cuerpos
extraños _____ rasquiña _____ lesiones _____
dolor _____

Describa las características de las alteraciones _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

2.16 describa el aspecto general de las fosas nasales (forma y apariencia externa e interna y permeabilidad)

2.17 valore: discriminación de olores: si _____ no _____

2.18 valore: permeabilidad de los senos paranasales: si _____ no _____

GUSTO: BOCA Y ANEXOS

2.19 ¿percibe todos los sabores? Si _____ no _____

2.20 ¿ha presentado cambios en la boca? Úlceras _____ lesiones _____
inflamaciones _____ sangrado _____ dolor _____ ardor _____
sequedad _____ dificultad para
masticar _____

Describe las características de estas alteraciones

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

2.21 describa el aspecto general (labios, mucosa, dientes, prótesis dental, encías, salivación, lengua, úvula, paladar, duro/blando, orofaringe)

2.22 valore: discriminación de sabores: si _____ no _____

2.23 valore: reflejo nauseoso: si _____ no _____

2.24 valore: mordida: normal _____ anormal _____

3. PROTECCION

3.1 ¿ha notado alguno de los cambios en la piel? Color _____

humedad _____

temperatura _____ textura _____

engrosamiento _____

3.2 ¿ha presentado alguna de las siguientes de estas alteraciones? Brotes _____

masas _____ manchas _____ prurito _____ lesiones _____ ardor _____

descamación _____ excoりaciones _____ lunares _____ cicatrices _____

aumento del vello corporal _____ disminución del vello corporal _____

Describe las características y sitios de estas alteraciones: _____

3.3 ¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

3.4 ¿ha presentado cambios en el cabello, con respecto a lo siguiente?

Distribución _____ caída _____ grosor _____ color _____
otro _____

3.5 describa el aspecto de la piel y los anexos (integridad; apariencia; textura, higiene, temperatura) _____

3.6 pruebas de sensibilidad: táctil: presencia _____
ausencia _____

Dolorosa: presencia _____ ausencia _____

Térmica: presencia _____ ausencia _____

Presión: presencia _____ ausencia _____

4. FUNCION DE OXIGENACION – CIRCULACION Y LINFATICOS

4.1 hábitos que practica: fuma _____ ingiere alcohol _____ ejercicio _____
otros _____

Describe características (frecuencia e inicio del habito) _____

4.2 ¿ha presentado alguna de las siguientes manifestaciones? Palpitaciones _____ dolor
torácico _____ tos _____ dificultad para respirar _____ dificultad para dormir en
posición horizontal _____ edema en miembros inferiores _____ ruidos
al respirar _____ secreciones _____ cambios en la coloración de la
piel _____ dolor en los miembros inferiores _____
cansancio _____

Describe las características de estas manifestaciones _____

4.3 ha presentado: tensión arterial alta _____ baja _____ recibe
tratamiento _____

cual _____

Enfermedades pulmonares _____ ¿Cuáles? _____ varices _____
anemia _____ sangrado _____ enfermedades cardiacas _____ colesterol
alto _____

Describe las características de estas afecciones _____

4.4 valore: TA _____ frecuencia respiratoria _____ pulso _____

Temperatura _____

Llenado capilar _____

Describe las características (frecuencia y ritmo)

4.5 valore: cuello: ingurgitación yugular: si _____ no _____

Posición de la traquea: _____

Adenopatías: si _____ no _____

4.6 Tórax

4.6.1 palpación e inspección

Color _____

Simetría: si _____ no _____

Forma: _____

Perímetro torácico: _____

Fremito vocal: _____

Expansión torácico: _____

Crepitaciones: si _____ no _____

Pulso apical: _____

4.6.2 percusión: tonos _____

4.6.3 auscultación: ruidos pulmonares _____

Ruidos cardiacos _____

4.7 Extremidades superiores:

Pulso: presente _____ ausente _____

Edema: si _____ no _____

Coloración: _____

Temperatura: _____

Dolor: si _____ no _____

Adenopatías: Si _____ no: _____

Perímetros: _____

Describe las características: _____

4.8 extremidades inferiores:

Pulso: presente _____ ausente _____

Edema: si _____ no _____

Coloración: _____

Temperatura: _____

Dolor: si _____ no _____

Adenopatías: Si _____ no: _____

Perímetros: _____

Describe las características: _____

5. ACTIVIDAD Y DESCANSO

5.1 ha presentado: fracturas _____ otros _____ ¿Cuál? _____ rigidez

_____ dolor _____ limitación al movimiento _____ cansancio _____ pérdida del

equilibrio _____ temblores _____ parálisis _____ cambios en el patrón del

sueño _____ ¿Cuáles? _____ debilidad _____

hiperactividad _____ inmovilidad _____

Describe las características:

5.2 actividad física que realiza _____ frecuencia _____

actividad para descanso y recreación _____

frecuencia _____

5.3 ¿utiliza ayudas adicionales para moverse? Si _____ no _____

¿Cuáles? _____

5.4 valore: marcha: _____

5.5 posición y coordinación de las diferentes partes del

cuerpo _____

5.6 movimientos:

Miembros superiores: si _____ no _____

Miembros inferiores: si _____ no _____

Tronco y cuello: si _____ no _____

5.7 equilibrio: describa las

características _____

5.8 fuerza muscular: presencia _____ ausencia _____

características _____

6. NUTRICION – ALIMENTACION

6.1 ¿Qué hábitos alimenticios sigue? _____

6.2 ¿tiene restricciones en la dieta? Si _____ no _____

¿Cuáles? _____

6.3 A la ingestión de alimentos ha presentado: dolor _____ ardor _____ náuseas _____
vómitos _____ sensación de llenura _____ agrieras _____ cefaleas _____
dificultad para tragar _____

Describe las características y que alimentos le desencadenan la molestias _____

¿Que sustancias utiliza para clamar la molestia? _____

6.4 ¿ha notado cambios en el peso? Si _____ no _____ ¿desde cuando? _____

¿En el apetito? Si _____ no _____ frecuencia _____

6.5 valore: peso: _____ talla _____

6.6 mucosa oral: húmeda _____ seca _____ lesiones _____

Describe las características _____

6.7 dentición: completa _____ incompleta _____

6.8 abdomen: forma _____ simetría _____

Perímetro _____

Forma ombligo y movimientos: _____

Presencia de: estrías: si _____ no _____

Lesiones o cicatrices: si _____ no _____

Pliegues cutáneos: si _____ no _____

Palpación: determine el tamaño y consistencia de los órganos: _____

Percusión abdominal: describa las características (tono – sonido) _____

Auscultación: ruidos intestinales: presencia: _____ ausencia _____

Características _____