

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS
INMEDIATOS DE RECAMBIO DE VÁLVULA MITRAL, UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGICA, HOSPITAL DOS DE MAYO.**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. MARIA DEL PILAR ARANA HOYOS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
CARDIOLOGICA Y CARDIOVASCULAR**

ASESOR:

MG. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY

LIMA-PERU

2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS	7
1.1. Valvulopatías	7
1.2. Valvulopatía Mitral	8
1.3. Cuidados Post operatorio	12
1.4. Complicaciones del Tratamiento Quirúrgico	12
1.5. Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería	13
1.6. Teoría de Enfermería	16
CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PCE - EBE	19
2.1 Valoración Subjetiva y Objetiva	22
2.2. Planteamiento de Objetivos y Prioridades	26-36
2.3 Ejecución de las Intervenciones	26-36
2.4. Evaluación de los Resultados	26-36
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
3.1. Conclusiones	37
3.2. Recomendaciones	38
3.3. Referencia Bibliográficas	39
3.4 Anexos	40

RESUMEN

El presente trabajo académico es el caso clínico de un paciente post operado inmediato de recambio de válvula mitral, que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos post quirúrgico inmediatos del Hospital Nacional Dos de Mayo, a quien se le brinda cuidados de enfermería especializado y humanizado, integrando principios éticos y científicos, utilizando el proceso del cuidado de enfermería como metodología científica, siendo un método flexible, con un enfoque intencional, sistemático y organizado, con el objetivo de brindar cuidados holísticamente al paciente con alteraciones del sistema cardiovascular con referente de altos criterios de calidad.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en 3 capítulos: capítulo I corresponde al marco teórico, capítulo II aplicación del proceso cuidado de enfermería, capítulo III conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos, haciendo uso de la taxonomía NANDA NIC y NOC, fundamentado específicamente en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: cuidado, post - operado, válvula, mitral.

ABSTRACT

This present academic project is the clinical case of an immediate post-surgery patient of Mitral Valve Replacement, who is in the immediate postoperative intensive care unit of the Dos de Mayo National Hospital, who is provided with specialized and humanized nursing care, Integrating ethical and scientific principles, using the nursing care process as a scientific methodology, being a flexible method, with an intentional, systematic and organized approach, with the objective holistically care the patient with alterations of the cardiovascular system with reference of high quality criteria.

The present case has been developed in 3 chapters: chapter I corresponds to the theoretical framework, chapter II application of the nursing care process, chapter III conclusions and recommendations, bibliographical references and appendices, making use of the NANDA taxonomy NIC and NOC, specifically based on Virginia Henderson's the 14 needs theory.

KEY WORDS: care, post-operative, valve, mitral.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las afecciones más comunes, en las cardiopatías, que podemos encontrar en forma de insuficiencia o estenosis, se pueden citar: enfermedad coronaria y las valvulopatías.

La Cirugía de reemplazo de válvula cardíaca es el reemplazo de un malfuncionamiento de la válvula del corazón generalmente se realiza como una cirugía abierta y consiste en extraer la válvula cardíaca defectuosa, y sustituirla por una nueva válvula, ya sea de material biológico o mecánico. (1)

La cirugía cardíaca ha experimentado un desarrollo espectacular en estos últimos años, por lo que ofrece mejores resultados, gracias a diversos factores como son: mejoras y afianzamiento en las técnicas diagnósticas (cateterismos cardíacos), perfeccionamiento en la técnica quirúrgica (formación del equipo quirúrgico), diseño y fabricación de prótesis valvulares, mejoras en las técnicas de circulación extracorpórea, y por último, la calidad de la atención post operatoria, no solo material sino personal, tanto del equipo médico como del profesional de enfermería, que representa en sí, a los que más tiempo permanecen con el paciente tras la intervención. La enfermera desempeña un papel importantísimo en la cirugía cardíaca desarrollando competencias específicas para orientar el cuidado de la enfermera especialista cardiovascular en base a evidencias científicas y utiliza el Proceso del cuidado de Enfermería para brindar cuidado humanizado y holístico al paciente con alteraciones cardiovasculares. (2)

En la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital Dos de Mayo ingresan pacientes post operados inmediatas de Recambio de Válvula Mitral en un promedio de 42% (03) al mes, de los 07 pacientes que son intervenidos en promedio para recambio de válvulas cardiacas, según datos estadísticos de UCI cardiológicos del mencionado hospital.

El referente caso clínico es de un paciente que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos cardiológico, post operada inmediata de Recambio de Válvula Mitral

a quien se le brinda cuidados personalizados y se aplica el Proceso de Cuidados de Enfermería, una cirugía constituye una amenaza real o potencial para la integridad de la persona y es fundamental en el post operatorio, que el profesional de enfermería gestione el cuidado con eficiencia y calidad, ya que de ello puede depender el éxito o fracaso de la recuperación del paciente, es a partir del paciente que el enfermero logra desarrollarse profesionalmente y fortalecer los elementos que brindan sustento a la disciplina, así como dar sentido a la acción de ayuda y visualizar los elementos que constituyen la calidad del cuidado (3). Se pretende que el estudio de caso realizado sirva de base para continuar realizando otros trabajos de casos clínicos en beneficio del paciente.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1.-Valvulopatías

Definición:

Disfunción cardíaca producida por lesiones o alteraciones funcionales de una o varias válvulas, dando lugar a un flujo anómalo a su través.

Estenosis: Estrechamiento de la válvula.

Insuficiencia: Incapacidad de la válvula para cerrarse por completo

Función de las válvulas

- Permitir el paso de sangre de una a otra cavidad cardíaca.
- Las válvulas cardíacas permiten un flujo unidireccional de sangre a su través.
- Funcionan según gradiente de Presión.

Etiología

- Endocarditis bacteriana. - Enfermedad degenerativa, ateromatosa y por calcificación.
- Enfermedad cardíaca reumática (E. Aureus)
- Origen Congénito.

Fisiopatología:

Estenosis o estrechez del lumen, que impide el flujo sanguíneo normal.

Insuficiencia valvular o incompetencia, que impide el cierre completo de la válvula.

La estenosis y la insuficiencia aumentan el trabajo cardíaco, haciendo que el miocardio se dilate para compensar aumentando su capacidad. Se hipertrofia para aumentar la fuerza de contractilidad.

CLINICA

Disnea progresiva, con ortopnea y crisis de disnea paroxística nocturna,

Edema agudo de Pulmón (Hemoptisis)

Mayor incidencia de infecciones pulmonares (complicación frecuente)

Larga evolución: arritmias auriculares (fibrilación auricular)

Tromboembolismo, oclusión valvular: síncope y angina.

Embolismo arterial

Endocarditis infecciosas 10-15% dolor torácico

Disfonía-compresión N. laríngeo recurrente

Aurícula Izquierda muy dilatada

Disfagia por compresión esofágica.

1.2.- Valvulopatía Mitral

Tenemos:

1.2.1- ESTENOSIS MITRAL:

Estrechamiento progresivo de la válvula mitral. (40-50% de los pacientes con fibrilación auricular).

Fisiología:

En la parte superior de la válvula:

- a. Dilatación e hipertrofia de aurícula izquierda.
- b. Congestión pulmonar.
- c. Insuficiencia cardiaca derecha.

Por debajo de la estenosis:

- a. Disminución del gasto cardiaco.

b. Disminución de la perfusión sistémica.

Manifestaciones clínicas:

Manifestaciones clínicas funcionales:

a. Fatiga y debilidad.

b. Disnea (de esfuerzo), ortopnea.

c. Hemoptisis.

d. Insuficiencia ventricular derecha (IVD), edemas, distensión venosa yugular, congestión venosa.

Exámenes

a. ECG.

b. Rx de tórax.

c. Ecocardiograma.

d. Cateterismo cardiaco.

1.2.2.- INSUFICIENCIA MITRAL:

Incompetencia del cierre de la válvula mitral. Origina una regurgitación anormal de sangre del ventrículo izquierdo hacia la Aurícula izquierda, durante la sístole ventricular.

Fisiología:

Por encima de la válvula:

a. Dilatación e hipertrofia de la aurícula izquierda.

b. IC Izquierda

Por debajo:

a. Disminución del gasto cardiaco.

b. Dilatación e hipertrofia del ventrículo izquierdo.

c. Fallo del ventrículo izquierdo.

Manifestaciones clínicas:

Datos clínicos funcionales:

a. Fatiga.

b. Palpitaciones.

c. Disnea de esfuerzo.

Valoración clínica:

a. soplos.

Pruebas diagnósticas: Similares a las de la estenosis mitral.

1.2.3- Tratamiento Médico FC sobre todo con F.A (betabloqueantes, digoxina, verapamil/ diltiacem)

La congestión venosa pulmonar (dieta hiposódica y diuréticos)

Anticoagulación (F.A) Aspirina 100-250mg

Profilaxis ATB amoxicilina, contra la endocarditis infecciosa en procedimientos Mecánico (Valvulopatías o cirugía), Valvuloplastia percutánea, Comisurotoma quirúrgica, Recambio valvular

1.2.4- Valvuloplastia Mitral Percutánea con catéter de balón

Consiste en introducir por vía venosa femoral un catéter provisto de uno o dos balones inflables, pasando a cavidad. Izq. Por punción transeptal

Numerosas ventajas. Necesario una buena anatomía valvular. Éxito en el 80-95%. valorar trombos auriculares.

Contraindicaciones

Trombo en AI

IM moderada o severa

Calcificación comisural severa

Valvulopatías severas asociadas

Cardiopatía isquémica concomitante que requiera revascularización

1.2.5- COMISUROTOMÍA QUIRÚRGICA,

Cerrada (con el corazón latiendo sin CEC)

Abierta (con el corazón parado y seco con CEC)

Reaparición de síntomas, cardiopatía valvular o miocárdica asociada.

1.2.6.- INTERVENCION QUIRURGICA DE RECAMBIO VALVULAR

El recambio valvular iniciado en la época de los años 50, es la técnica de elección actual en la mayoría de las valvulopatías cuando la rigidez valvular o la calcificación impiden cualquier otro tipo de técnica. Requiere la anestesia general, la parada cardiaca, y el empleo de circulación extracorpórea.

INTERVENCION QUIRURGICA:

Consta de 4 etapas:

- ❖ Abordaje cardiaco y aplicación del sistema de circulación extracorpórea,
- ❖ Apertura cardiaca y extirpación de la válvula enferma y de sus elementos de fijación,
- ❖ Sutura de la prótesis en su posición utilizando múltiples puntos sueltos
- ❖ Cierre del corazón con retirada de la circulación asistida y sutura de la pared torácica.

Las válvulas se pueden reparar o reemplazar con válvulas de reemplazo que son de dos tipos

- naturales (biológicas): que provienen de donantes humanos (cadáveres) Las válvulas biológicas modificadas provienen de donantes animales: porcinas (de cerdos) y bovinas (de vacas) tiene una vida limitada de unos 10 a 15 años, al cabo de los cuales hay que re intervenir al paciente para cambiarla.

- Se colocan en anillos sintéticos.
- Las personas con válvulas biológicas rara vez requieren medicamentos de por vida para prevenir la formación de coágulos sanguíneos (anticoagulación)

Las prótesis mecánicas producen algún grado de obstrucción de los hematíes y de formación de trombos, por ello su uso exige el tratamiento de anticoagulantes continuado. Tienen mayor duración que las biológicas tienen el riesgo de endocarditis bacteriana por lo que pueden necesitar profilaxis antibiótica.

1.3- Cuidados post operatorios

Todos los pacientes intervenidos pasan a la unidad de cuidados intensivos, donde se realiza la recuperación de la anestesia, la estabilización hemodinámica, la prevención de infección, el control del dolor y la exclusión de complicaciones inmediatas

1.4- Complicaciones del tratamiento quirúrgico:

Las relacionadas a la circulación extracorpórea se incluyen la hipotermia debido al enfriamiento operatorio.

Desequilibrio hidroelectrolítico producido por la hemodilución.

Los trastornos de la coagulación por el uso de sangre heparinizada, la destrucción de los elementos sanguíneos por el roce continuado con el sistema, las microembolias y las alteraciones de la compliance pulmonar.

El deterioro de las prótesis, la trombosis valvular y la destrucción de los elementos sanguíneos por el movimiento de la válvula.

Las hemorragias complicación posible, originado por la sutura y la hemostasia quirúrgica inadecuada, los trastornos de la coagulación producido durante la circulación extracorpórea y la hipotermia, por la alteración plaquetaria.

El descenso del gasto cardíaco puede deberse a la presencia de hemorragia, a la aparición de alteraciones del ritmo o taponamiento cardíaco.

Pueden producirse complicaciones tromboticas a nivel valvular o cardiaco y venoso (tromboflebitis) y embolias arteriales periféricas o pulmonares al desprenderse un trombo del corazón o de las venas de las extremidades inferiores.

El síndrome postcardiotomía, cuadro febril. Pleuropericarditis y artrialgias entre la 1ra semana a dos meses, respuesta inmunológica y responde a los antiinflamatorios.

1.5- Diagnósticos de enfermería

A- Hipotermia

Se relaciona con el enfriamiento de la sangre durante la circulación extracorpórea. Puede ocasionar una importante vasoconstricción dando lugar a la alteración de la perfusión tisular.

Intervención:

- Calentamiento progresivo del paciente con medidas físicas pasivas (cubrir con mantas) o activas (sistema de calentamiento eléctrico y soluciones intravenosas calentadas).

B- Disminución del Gasto Cardíaco

Por hipovolemia y trastornos valvular, causa frecuente por la hemorragia debido a pérdidas sanguíneas pre y post operatorio, a la incompleta hemostasia y sutura quirúrgica, alteraciones de la coagulación debido a la hipotermia y a la circulación extracorpórea.

También puede influir la vasodilatación e hipotensión, producida tras la corrección de la hipotermia, la mala función de la prótesis y las alteraciones del ritmo y o de la contractibilidad cardíaca.

Intervención:

- Medición correcta del débito de los drenajes para valorar la importancia de la hemorragia. Si fuese intensa obligaría a la revisión quirúrgica.
- Evaluación cuidadosa de los parámetros hemodinámicos.

- Reposición de volúmenes soluciones con cristaloides según la pauta y las mediciones hemodinámicas.
- Administración de sulfato de protamina si se comprueba si se comprueba excesiva anticoagulación con heparina.
- Administración de drogas inotrópicas (digital, verapamilo etc.) según indicación.
- Asistencia a la cardioversión o desfibrilación en caso de arritmias severas.

C- Riesgo elevado de alteración en el intercambio de gases

Los pacientes están sometidos a respiración asistida.

Depende del trauma quirúrgico, del colapso pulmonar, de la depresión anestésica, de las medidas de ventilación post operatorias, y de la presencia de complicaciones hemorrágicas o respiratorias.

Intervención:

- Cuidados del Tubo endotraqueal, aspiración de secreciones y vigilancia de desconexiones.
- Cambios de posición del paciente
- Observación de signos de lucha contra el respirador y presencia de reflejos para valorar la extubación.
- Vigilar los valores de gases en sangre, la frecuencia respiratoria, presencia de ruidos respiratorios, observar la coloración cutánea cianosis, auscultación.
- Realizar los ejercicios de fisioterapia respiratoria una vez extubado el paciente.

D- Riesgo de alteración del volumen de líquidos y del equilibrio hidroelectrolítico.

Debido a las pérdidas originadas por la cirugía, aporte inadecuado o usos de diuréticos.

Intervención:

- Monitorización de ingresos y salidas que indiquen necesidad de líquidos y electrolitos.
- Extracción de muestras sanguíneas para control de valores de electrolitos.
- Administración de hipersodio o potasio según sea el caso.
- Si existe hiperpotasemia quizás existe la necesidad de forzar la diuresis, administrar bicarbonato o insulina para que aumente la utilización de potasio intracelular.

E- Riesgo de alteración de la perfusión renal

Por disminución del gasto cardiaco y por acción de los productos tóxicos del hemolisis y de las drogas vasoactivas.

Intervención:

- Monitorización de diuresis
- Administración de diuréticos o inotrópicos según indicación.
- Determinación de urea y creatinina sérica.
- Ajustar dosis de medicamentos que se eliminan vía renal.

F- Dolor

En relación a la agresión quirúrgica, irritación pleural por los drenajes,

Intervención:

- Conocer la presencia, características, duración y localización del dolor.
- Administrar los analgésicos y sedantes prescritos.
- Evaluar su eficacia y sus efectos secundarios (hipotensión, letargia, depresión respiratoria).
- Comunicar la aparición de efectos indeseables

G- Hipertermia

A causa de la infección post operatoria respiratorio y urinaria, en las incisiones quirúrgicas o en el lugar de paso de catéteres intravasculares o tromboflebitis.

Intervención:

- Medición periódica de la temperatura
- Empleo de técnicas estériles en el cuidado de los catéteres y sondas
- Cuidados de las heridas quirúrgicas.
- Manejo cerrado de los drenajes
- Administración de antiinflamatorios según indicación médica.
- Toma de cultivos para identificación bacteriológica.

1.6- Teoría de Enfermería

Virginia Henderson Fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 definiendo a la enfermería como: “La única función de una enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, para la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Además, lo ayudaría a ganar independencia tan rápido como sea posible”. Dentro de su teoría Virginia Henderson maneja preceptos básicos:

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de acciones que realiza por sí mismo.

Dependencia: Cuando un ser humano es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y requiere de la ayuda de los demás estando éste en edad adecuada para satisfacerlas por sí mismo.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente. De estas definiciones se derivaron las 14 necesidades básicas. Henderson establece niveles de atención enfermera-paciente:

- ES Enfermera como sustituto.
- EA Enfermera como ayuda.
- EC Enfermera como compañera

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial. Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.

6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE

1. VALORACION DE ENFERMERIA

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombre	O.V.M
Edad	62 años
F. de Nacimiento	11/2/55
Sexo	Femenino
Religión	católica
Estado Civil	Casada
Ocupación	Ama de Casa
Nacionalidad	peruana
Lugar de Nacimiento	Iquitos
Procedencia	Comas
F. de Ingreso	18/07/17
Motivo de Hospitalización	Insuficiencia Mitral Severa
Fecha de valoración	19/07/2017

MOTIVO DE INGRESO

Intervención quirúrgica de Reemplazo de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica # 27 + Anuloplastia Tricúspide, con tiempo de Circulación Extracorpórea de 1 hora 45 minutos,

Antecedentes Patológicos

Insuficiencia Mitral Severa hace 2 años, por Ecocardiograma.

Diabetes Mellitus Tipo II hace 17 años.

Hipertensión Arterial hace 3 años.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Paciente adulta Mayor de 62 años de sexo femenino ; Post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica # 27 + Anuloplastia Tricúspide, bajo los efectos de la anestesia general, Refiere Enfermera de SOP que en sala recibió 3 paquetes globulares, somnolienta, con pupilas 2/2 isocóricas fotorreactivas, en Ventilación Mecánica en modo Asistido/Controlada con FIO2 al 100%, con un PEEP de 5cc H2O, con SNG # 14 a gravedad con residuo gástrico bilioso de 10 CC, piel fría y pálida, llenado capilar > de 3", presencia de Catéter Venoso Central (CVC) con infusión de Nitroglicerina 50mg+ Dextrosa al 5% 100cc a 5cc/hr, dextrosa al 5% más agregados 80cc/hr, herida Operatoria cubierta con apósitos limpios y secos ,con Marcapaso Transitorio apagado, a la auscultación presencia de roncales en ambos campos pulmonares, ruidos hidroaereos disminuido, línea arterial en miembro superior derecho, vía periférica salinizada en miembro superior izquierdo, abdomen blando depreciable, leve dolor a la palpación, presencia de sonda Foley con orina colúrica de 30 cc/hr, movilidad limitada en sujeción mecánica, con agitación psicomotor por efectos de la anestesia.

FV: PA: 154/67mmhg (90) FC: 55 X' FR: 12 X', T°35°C, SatO2: 98%
Hijos de la paciente se encuentran preocupados por saber el estado de Salud de su madre, quieren saber cómo termino la Cirugía y como respondió la Paciente, desean verla y conversar con ella.

Exámenes auxiliares

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 26/04/17

- DILATACION MODERADA A SEVERA AI
- DISQUINESIA SEPTAL DIFUSA
- FUNCION SISTOLICA DEL VI SEVERAMENTE DISMINUIDA
- DISFUNCION DIASTOLICA TIPO III
- INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA A SEVERA

- INSUFICIENCIA AORTICA LEVE
- INSUFICIENCIA TRICUSPIDE MODERADA
- HTP MODERADA
- NO DERRAME PERICARDICO

AGA	RESULTADO	NORMAL
PH:	7.36	7.35 – 7.45
PCO2:	24 mmHg	35-48 mmHg
PO2:	283 mmHg	83-108 mmHg
PaFi	290 mmHg	>350 mmHg
Glucosa	300 mg/dl	70-105 mg/dl
Hemoglobina	11.3 g/dl	12.1 – 15 g/dl.

Con MCP Transitorio: R: 80, S: 2, OP: 20, Con CEC de 1h 45 min.

Tratamiento

- Dextrosa al 5% + CLNa (2) + CLK (1) 80cc/hr
- Vancomicina 500 mgr EV C/ 24 h
- Meropenen 500 mgr. EV C/ 24 h.
- Ceftriaxona 2 gr. EV C/ 24 h.
- Morfina 10 mgr. 3 mgr Ev C76 horas
- Ranitidina 50 mgr. Ev C/ 8 h.
- Metroclorpramida 10 mgr. EV C/ 8 h
- Enoxaparina 60 mgr. S/C C/ 12 h.
- Warfarina 5 mgr. VO C/24 h.
- Furosemida 20 mgr. EV C/ 12 h.
- Amlodipino 10 mgr. VO C/24 h
- Paracetamol 1 gr. EV PRN
- Nebulización con F5gts + 5cc SF C/ 6 h.
- N Acetil cisteína 200 mgr. C/ 8 h
- Insulina Cristalina Escala móvil: 180 - 220 / 2 u SC
221 - 260 / 3 U SC
261 - 300 / 5 U SC

VALORACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente pos operada de Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica # 27 + Anuloplastia Tricúspide</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Perdidas en SOP.</p> <p>Recibió transfusión sanguínea 3 paquetes Globulares.</p> <p>Hb: 11.3 gr.</p> <p>Glucosa: 300 mg/dl</p> <p>PVC: 10cm H2O</p>	<p>DOMINIO: 2 NUTRICION (Clase 4 Metabolismo)</p> <p>Procesos físicos y químicos que se producen en el organismo.</p> <p>Riesgo del nivel de glucemia inestable</p> <p>(CLASE 5 Hidratación)</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>AGA:</p> <p>PO2: 283mmhg</p> <p>PaCO2: 24mmhg</p> <p>PH: 7.0</p> <p>PaFi 290mmhg</p>	<p>DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO (clase 4: función respiratoria)</p> <p>Deterioro del intercambio de gases</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente pos operada de Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica # 27 + Anuloplastia Tricúspide</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>PA: 154/67 (96)</p> <p>FC 55 X' con mp transitorio</p> <p>NTG a 5cc /h.</p> <p>Tª35°C</p> <p>CEC 1Hr45min</p>	<p>DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO (CLASE 4: Respuesta cardiovasculares/)</p> <p>Disminución del gasto cardiaco</p>

<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente pos operada de Inmediata</p> <p>DATOS OBJETIVOS Familiares preocupados por el estado de salud de la paciente</p>	<p>DOMINIO: 7 ROL / RELACIONES (Clase 2: relaciones familiares) Interrupción de los procesos Familiares</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente post. Operada inmediata.</p> <p>DATOS OBJETIVOS Paciente con TOT mas VM, CVC, vía periférica con SNG, Sonda Foley</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION (Clase 1: Infección respuestas del huésped a la infección por gérmenes patógenos) Riesgo de Infección</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS A la auscultación roncales en ACP SaO2 98% FIO2 100% en VM Presencia de secreciones oro faríngeas.</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION (Clase 2 lesión física o daño corporal) Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente post. Operada inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS Paciente con TOT y VM.</p>	<p>DOMINIO11: SEGURIDAD PROTECCION (Clase 2 lesión física o daño corporal) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>

Piel integra.	
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Tº 35°C</p> <p>Fc: 55x min</p> <p>Piel fría.</p> <p>CEC 1HR 45min</p> <p>Aire acondicionado en la UCI</p>	<p>DOMINIO11: SEGURIDAD</p> <p>PROTECCION</p> <p>(Clase 6 termorregulación)</p> <p>Hipotermia</p>

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio de la ventilo perfusión m/p por el AGA: PO₂: 283, PaCO₂: 24, PAFI: 290, PH: 7.0.
- Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones bronquiales m/p roncales a ACP, presencia de secreciones oro faríngeas.
- Disminución del Gasto Cardíaco R/C Alteración Post carga, contractibilidad m/p PA: 154/67 (96), FC 55 por min con y Marcapaso Transitorio, T° 35°C, CEC 1Hr 45min
- Hipotermia R/C efectos de la circulación extracorpórea, disminución de la perfusión tisular, exposición ambiente frio, m/p T° 35°C, piel fría, P=55 x min.
- Interrupción de los procesos familiares R/C cambios en el estado de salud de la madre m/p. estamos preocupados por la salud de mi madre
- Riesgo de nivel de Glucemia Inestable R/C estado situacional actual(estrés)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico R/C con las pérdidas en SOP, (no refieren BH.)
- Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física.
- Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>AGA: PO2: 283mmhg PaCO2: 24mmhg PH: 7.0 PaFi 290mmhg SaO2: 98%</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio de la ventilo perfusión m/p por el AGA:</p> <p>PO2: 283 PaCO2: 24 PAFI: 290 PH: 7.0 SaO2: 98</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente recuperar el intercambio Gaseoso, progresivamente.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente presentara AGA dentro de los límites normales durante el turno después de las intervenciones de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se asegura que los parámetros del ventilador como las conexiones estén bien acoplados al paciente. ✓ Se aspira secreciones por tubo y oro faringe según guía del servicio. ✓ Se Toma muestra para Aga y luego interprete los resultados. ✓ Se Vigila la aparición de signos de cianosis, coloración de la piel. ✓ Se administra morfina 3mgr EV C/ 6 horas lento y diluido. ✓ Se monitoriza las funciones vitales en el monitor multiparametro observando los cambios que hubiera. ✓ Se mantiene un FIO2 en el VM a 100% por 1 hora luego se baja 80%, se vuelve a tomar Aga de control. ➤ Se vigila constante signos de lucha contra el respirador y presencia de reflejos para valorar la extubación. 	<p>Paciente mejora: PaO2 :189 mmHg. PaCO2: 38mmhg fiO2: 60 % en VM SaO2: 98%, se prepara para la extubación.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>A la auscultación roncales en ACP SaO2 98% FIO2 100% en VM Presencia de secreciones orofaríngeas.</p>	<p>Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C acumulo de secreciones bronquiales m/p roncales a ACP.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente presentara vía aérea permeable durante su estancia hospitalaria.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente eliminara las secreciones bronquiales al cabo de 4 horas en el servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se coloca a la paciente en posición semi fowler. ✓ Se controla la FR tanto en el ritmo como en la profundidad. ✓ Se vigila y se valora los cambios en ventilador mecánico. ✓ Se nebuliza al paciente con fenoterol + SF cada 6 horas. ✓ Se aspire secreciones según necesidad del paciente por tubo y oro faringe según guía de procedimientos. ✓ Se cambia de posición cada 2 horas para que movilice las secreciones. ✓ Se administra los líquidos de acuerdo a lo indicado. ✓ Se administra N acetil cisteína por SNG 	<p>Paciente elimina las secreciones, se aspira en circuito cerrado escasa secreción blanquecina se mantiene con SatO2 98 % FiO2 de 60 % VM.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente pos operada de Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica # 27 + Anuloplastia Tricúspide</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>PA: 154/67 (96)</p> <p>FC 55 X' con mp transitorio</p> <p>NTG a 5cc /h.</p>	<p>Disminución del Gasto Cardiac</p> <p>R/C Alteración de la FC, Post carga, contractibilidad m/p</p> <p>PA: 154/67 (96)</p> <p>FC 55 X min</p> <p>PA: 154/67 (96)</p> <p>Marcapaso transitorio</p> <p>T° 35°C</p> <p>CEC 1hr 45min</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente presentara el gasto cardiaco dentro de límites normales durante su hospitalización.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente presentará presión media entre 70 - 80 mmHg.</p> <p>FC: de 60 a 80 X'</p> <p>Diuresis > o igual 1ml/kg/hr</p> <p>PVC= <12</p> <p>Después de las intervenciones del equipo de Salud al cabo de 2hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se coloca monitor cardiaco de multiparametro para monitorizar las funciones vitales. ✓ Se valora el ritmo y frecuencia cardiaca. ✓ Se realiza la valoración exhaustiva de la circulación periférica. ✓ Se Prende el marcapasos y se evalúa el correcto funcionamiento. ✓ Se coloca al paciente en VM modo A/C FIO2 de 100 % durante la 1era hora luego se va disminuyendo de acuerdo a las respuestas del paciente. ✓ Se ausculta ambos campos pulmonares. ✓ Se toma muestra para AGA y se valora el resultado. ✓ Continúe con la infusión de NTG a 5cc/h. por 3 horas luego se baja 3 cc/h ✓ Se controla la administración de líquidos por bomba de infusión. 	<p>Paciente queda;</p> <p>PAM 85 mmHg</p> <p>Fc: 68 X'</p> <p>NTG 3 cc/h</p> <p>DIURESIS:</p> <p>0.8ml/Kg/Hr</p> <p>PVC < 12</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>T° 35°C</p> <p>Piel fría.</p> <p>CEC 1HR 45min</p> <p>Aire acondicionado en la UCI</p>	<p>Hipotermia R/C</p> <p>efectos de la circulación extracorpórea, disminución de la perfusión tisular, exposición ambiente frío, m/p T° 35°C, piel fría, P=55 x min</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente se mantendrá en normotermia durante su estancia hospitalaria.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente aumentará la Temperatura corporal por encima de 36. 5° después de las intervenciones de enfermería en un tiempo de 2hrs.</p>	<p>✓ Se comprueba Temperatura axilar.</p> <p>✓ Se observa color, humedad y temperatura de la piel.</p> <p>✓ Se utiliza la manta. TERMICA</p> <p>✓ Se administra oxígeno a alto flujo humidificado y caliente, controlando el Termostato.</p> <p>✓ Se administra fluidos a través del calentador de fluidos.</p> <p>✓ Se controla la Temperatura ambiental.</p> <p>✓ Se disminuye la temperatura del aire acondicionado.</p>	<p>Paciente en proceso de observación:</p> <p>T° 36°C</p> <p>P= 60 X min</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS Glucosa: 300 mg/dl</p>	Riesgo de Glicemia inestable R/C situación actual (estrés)	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente presentara niveles e Glicemia en límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se monitoriza la glucosa con HGT cada hora en formato de monitoreo. Aplique insulina según escala móvil. ✓ Se vigila la presencia de cuerpos cetónicos en orina. ✓ Se vigila la aparición de signos y síntomas de Hiperglicemia 	Paciente después de 3 horas en la UCI glucosa: 186mg/dl.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post operada Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Perdidas en SOP.</p> <p>Recibió transfusión sanguínea 3 paquetes Globulares.</p> <p>Hb: 11.3 gr.</p> <p>PVC: 6cc H2O</p>	<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico R/C con las pérdidas en SOP.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mantendrá el equilibrio de líquidos y electrolitos en parámetros normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se valora signos de deshidratación principalmente en la mucosa oral. ✓ Se controla signos vitales y PVC y registre .de acuerdo a resultados adm. volumen ✓ Se administra la Dextrosa más agregados a 80cc/h. ✓ Se observa los apósitos de la herida quirúrgica en busca de sangrado. ✓ Se monitoriza los ingresos y salidas en los registros respectivos. ✓ Se controla la diuresis y demás perdidas en los formatos respectivos. 	<p>Paciente queda con BH entre +100 con PVC de 9ccH2O</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS Paciente post. Operada inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica .</p> <p>DATOS OBJETIVOS Paciente con TOT y VM. Piel integra.</p>	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C a inmovilización física	<p>OBJETIVO GENERAL Paciente mantendrá la piel integra durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se Cambia de posición cada 2 horas teniendo cuidados con el VM. ✓ Se evalúa el estado de la piel después de cada cambio de posición y se realiza masajes en forma circular con crema humectante para la piel. ✓ Se coloca almohadas en las prominencias óseas y zonas de presión. ✓ Se mantiene las sabanas sin arrugas. ✓ Se cambia sujetador del TOT cada vez que sea necesario. ✓ Se realiza limpieza y curación de la CVC y catéter periférico. 	Paciente mantiene piel integra sin lesiones

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente post. Operada inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Paciente con TOT mas VM, CVC, vía periférica con SNG, Sonda Foley</p>	<p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mantendrá temperatura y Hgra dentro de los límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se brinda cuidados teniendo en cuenta los cinco momentos de la Bioseguridad, Lavado de manos. ✓ Se administra Vancomicina 500 mgr EV C/ 24 h lento y diluido teniendo en cuenta los 10 correctos. ✓ Se administra Meropenen 500 mgr. EV C/ 24 h. lento y diluido teniendo en cuenta los 10 correctos. ✓ Se administra Ceftriaxona 2 gr. EV C/ 24 h. lento y diluido teniendo en cuenta los 10 correctos. ✓ Se cambia sujetador del TOT cada vez que sea necesario. ✓ Se realiza limpieza y curación de la CVC y catéter periférico y SNG según guía de procedimientos. 	<p>Paciente presenta temperatura de 36°C.</p>

			<ul style="list-style-type: none">✓ Se tiene en cuenta la higiene perineal y el cambio de la sonda foley según protocolo.✓ Se le Envíe muestras para cultivo del CVC	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Paciente pos operada de Inmediata de Recambio de Válvula Mitral con Prótesis Mecánica</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Familiares preocupados por el estado de salud de la paciente</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares R/C cambios en el estado de salud m/p. estamos preocupados por la salud de la paciente..</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Familiares se adaptan a los cambios de rutina por el estado de salud su paciente</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO.</p> <p>Familiares recibirán información respecto al estado de salud de la paciente diariamente.</p>	<p>✓ Se brinda apoyo emocional a la familia con respecto al proceso de hospitalización.</p> <p>✓ Se coordina con la familia quienes deben recibir el informe del médico diariamente y así mantener a la familia informado.</p> <p>✓ Se responde a todas las dudas que tiene la familia con respecto al estado de salud de la paciente.</p> <p>✓ Se coordina quienes entran a visitar a la paciente y como deben conversar con ella.</p>	<p>Familiares muy motivados refieren estar contentos con la atención que se les brindo.</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1- Conclusiones:

- ❖ El cuidado de enfermería va dirigido principalmente a la prevención de complicaciones en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular para ello es muy importante hacer una buena valoración del paciente incluyendo la interpretación de los resultados de laboratorio, la evolución con un trabajo en equipo los cuales permitirá a cumplir los objetivos trazados.

- ❖ En las unidades críticas el modelo que orienta nuestro trabajo es de Virginia Henderson enfocada las acciones individuales partiendo de que el individuo tiene 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas.

- ❖ En la actualidad el desarrollo de la cirugía cardíaca va en avance impresionante en cuanto a la técnica, los métodos invasivos y los cuidados de enfermería de igual forma

3.2- Recomendaciones

- ❖ Se recomienda realizar una valoración exhaustiva al paciente al momento del ingreso / cambio de turno para brindar un cuidado oportuno, eficaz y de calidad al paciente en las unidades críticas.

- ❖ Elaborar formatos que ayuden a la Enfermera a valorar siguiendo el modelo de Virginia Henderson en las unidades críticas.

- ❖ Se sugiere mantenernos en constante capacitación, actualización de las nuevas técnicas, monitoreos invasivos con tecnología de punta para brindar un cuidado holístico, humanizado al paciente con cirugía cardíaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MQ Janampa. Revista Médica Carrionica. Perú; 2016.
Cuerpomedico.hndosdemayo.gob.pe
2. Revista Cubana Enfermería v.18n,1. Ciudad de la Habana, ene-mar 2002.
3. Herrera; Casals, M (2005).
4. Jaime Arias, Enfermería Quirúrgica Madrid: Editorial Tebar;2000.
[Books.google.com.pe/books/id](https://books.google.com.pe/books/id).
5. Studylib.es/doc
6. Bravo Peña Mery. Guía Metodológica del Pae Taxonomía Nanda NOC NIC. 4ta ed. 2016.
7. Cortez Cuaresma, Castillo lujan. Guía para elaborar Nanda NIC, NOC.6ta ed. Rrohhas Lima Perú 2012
8. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 20, Núm. 1 Enero-Abril 2012. pp 12-16
www.medigraphic.org.mx

ANEXOS





