

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Manejo de enfermería a pacientes post Cirugía Cardíaca en Unidad de Cuidados
Intensivos con el enfoque de Virginia Henderson**

Por

Neisser Eduardo Morales Yaya

Asesora

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MAYELA CAJACHAGUA CASTRO adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Manejo de enfermería a pacientes post Cirugía Cardíaca en Unidad de Cuidados Intensivos con el enfoque de Virginia Henderson”* constituye la memoria que presenta el licenciado NEISSER EDUARDO MORALES YAYA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintiocho días del mes de febrero de 2019.



Dra. Mayela Cajachagua Castro

Manejo de enfermería a pacientes post Cirugía Cardíaca en Unidad de Cuidados
Intensivos con el enfoque de Virginia Henderson

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Cuidados Intensivos

JURADO CALIFICADOR



Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Dra. Mayela Cajachagua Castro

A sesor

Lima, 28 de febrero de 2019

Contenido

1.	Cirugía cardíaca	8
1.1.	Riesgo quirúrgico en cirugía cardíaca.....	9
1.2.	Tipos de cirugía cardíaca	9
1.2.1.	Revascularización arterial coronaria mediante el uso de ambas arterias mamarias internas en pacientes con ángor estable.....	9
1.2.2.	Sustitución valvular aórtica: ¿prótesis biológica o mecánica? Estudio comparativo de sobrevida a largo plazo	10
1.2.3.	Cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea.....	10
1.2.4.	Reemplazo valvular aórtico por miniesternotomía. Una opción prometedora con menor requerimiento transfusional intraoperatorio.....	11
1.2.5.	Cirugía valvular mitral mínimamente invasiva.....	11
2.	Inotrópicos y vasopresores en cirugía cardiovascular.....	11
3.	Factores asociados a la duración de la ventilación mecánica en el postoperatorio de cirugía cardíaca	12
3.1.	Factores asociados con el retraso de la extubación endotraqueal	12
3.2.	Asociación de mecánica respiratoria con oxigenación y duración de la ventilación mecánica después de la cirugía cardíaca.....	12
3.3.	Extubación ultrarrápida vs. convencional tras cirugía cardíaca.....	13
3.4.	Evaluación de dos modelos de cuidados intensivos en relación con la extubación exitosa después de la cirugía cardíaca.....	13
4.	Complicaciones Post Cirugía Cardíaca.....	14
4.1.	Amiodarona como profilaxis de la fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardíaca	14
4.2.	Incidencia acumulada de insuficiencia renal aguda en el posoperatorio de cirugía cardíaca.	14
4.3.	Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca	15
4.4.	Predictores de Vasoplejia posoperatoria en cirugía cardíaca.....	15

4.5.	Síndrome de bajo gasto cardiaco en el postoperatorio de cirugía cardiaca.....	16
4.6.	Características Epidemiológicas y Predictores de Mortalidad en Pacientes Mayores de 70 Años Sometidos a la Revascularización Miocárdica Quirúrgica	16
5.	Sistematización de la asistencia de enfermería en el post operatorio	16
5.1.	Contribución del cuidado al ser cardiópata en el postoperatorio de cirugía cardiaca	17
5.2.	Percepción de los cuidadores de pacientes sometidos a cirugía cardiaca	18
5.3.	Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardiaca durante el posoperatorio en cuidados intensivos.	18
5.4.	El cuidado de enfermería en el posoperatorio de cirugía cardiaca.....	19
5.5.	Transfusiones de sangre en cirugía cardíaca: equilibrar ciencia y arte	20
5.6.	Evaluación del dolor agudo posoperatorio de cirugía cardiaca.....	20
5.7	Patología del trasplante cardiaco en el Perú.....	20
6.	Modelo de cuidado enfermero con el enfoque de Virginia Henderson.....	21
	Conclusiones	22
	Referencias.....	23

Manejo de enfermería a pacientes post Cirugía Cardíaca en Unidad de Cuidados Intensivos con el enfoque de Virginia Henderson

Resumen

El objetivo del presente artículo es dar a conocer el manejo de enfermería y estandarizar el manejo en este tipo de patología a través de la recolección de información. Existe una gran complejidad tanto para el paciente y para el profesional de salud que se encarga de manejar estos casos ; ya que son diversas las necesidades que se ven afectadas cuando el paciente es sometido a cirugía cardíaca ; necesidades que son cubiertas desde nuestro campo que es la enfermería a través de la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades y ese es nuestro momento en el que debemos actuar y poner nuestro conocimiento en práctica brindando atención de calidad, con conocimiento científico de nuestro actuar, respetando los valores éticos y morales del paciente durante su estancia en nuestra unidad. A este panorama de alto riesgo se suma una gran diversidad de escenarios posquirúrgicos ya que en la actualidad los avances en la tecnología han permitido desarrollar una gama muy amplia de técnicas quirúrgicas complejas e innovadoras ya que la cirugía a veces es la última opción para poder restablecer la salud de las personas que se ven afectadas por problemas cardíacos reversibles. El panorama es tan complejo que se requiere de personal altamente especializado para el manejo posquirúrgico de estos pacientes, experiencia y bases sólidas en el manejo del paciente críticamente enfermo. El presente artículo se realizó para corroborar que la teoría de Virginia Henderson aplica con gran efectividad en este tipo de pacientes. Como resultado se encontró que actualmente se viene trabajando con estos pacientes con gran eficiencia ya que se aplican los cuidados; en base a un modelo de atención, ya que este cubre las necesidades de este tipo de paciente y se hace necesario utilizar el modelo de Virginia Henderson.

Palabras clave: Cirugía cardíaca, Manejo de enfermería, Unidad de cuidados intensivos,

Introducción

El paciente en UCI postoperado de cirugía cardíaca, tiene como objetivo primario la recuperación de la homeostasis que se ve afectada por los cambios fisiopatológicos generados por el uso de la circulación extracorpórea, los fenómenos de isquemia-reperfusión en el corazón, la hipotermia, trastornos en el sistema de coagulación y los efectos adversos de las transfusiones y el sangrado.

El trabajo de enfermería se ve enfocado a la atención inmediata en el post operatorio inmediato con el manejo de los equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos y drogas que se encuentran acoplados al paciente ya que a través de ellos se logra mantener la hemodinamia adecuada y así poder continuar con la estabilización y restablecimiento de la salud del paciente.

Hoy en día se han implementado guías de manejo y protocolos de tránsito rápido, facilitando la extubación temprana, la remoción precoz de líneas de monitoreo, la transferencia a unidades intermedias y la estancia hospitalaria corta. Las áreas de mayor trabajo han sido la Modificación hacia técnicas anestésicas con despertar rápido y control agresivo del dolor postoperatorio, Cambios en técnicas quirúrgicas como la cirugía mínimamente invasiva y la revascularización miocárdica sin bomba, las cuales, sin embargo, no están exentas de complicaciones. Aunque el avance de los procedimientos mínimamente invasivos ha ampliado las posibilidades de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad arterial coronaria y las enfermedades cardíacas valvulares, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para un gran número de pacientes. Marosti C, Rejane F, Helen F, Aparecida L, (2018). Existen varias posibilidades de tratamiento para este problema, la medicación antianginosa, las técnicas para abrir las obstrucciones desde el interior de las propias coronarias (angioplastia y stent) y la intervención quirúrgica (puentes

coronarios o by-pass coronarios). Las operaciones de corazón más habituales se hacen para cambiar o reparar las válvulas cardíacas o para solucionar las obstrucciones de las arterias coronarias. En otras ocasiones, el problema es la arteria aorta, las membranas que envuelven el corazón, los trastornos del ritmo cardíaco, enfermedades congénitas) y trasplantes.

Para poder solucionar todas estas enfermedades, un gran número de profesionales de la salud trabajan de forma conjunta: cirujanos, cardiólogos, anestesistas, perfusionistas, enfermeros intensivistas, técnicos de enfermería, rehabilitadores, etc.

Nuestras necesidades están satisfechas cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas esto quiere decir que es independiente, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo se considera dependiente. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas en base a sus conocimientos y experiencias , teniendo en cuenta el estado por el cual viene atravesando el paciente.

Para Virginia Henderson, parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas.

Las necesidades se afectan por dos factores: permanente y variable que es donde se halla nuestro paciente de cirugía cardíaca; por ello cabe resaltar la importancia del buen manejo de enfermería con ética y calidad en la UCI y así poder contribuir a la pronta y optima recuperación del paciente.

1. Cirugía cardíaca

La cirugía cardíaca es la especialidad quirúrgica que se ocupa del corazón y grandes vasos, realizada por un cirujano de tórax cardiovascular. Frecuentemente se utiliza esta intervención para tratar complicaciones de la ,corregir malformaciones cardíacas congénitas,

o tratar enfermedades valvulares del corazón debidas a causas diversas, como la mediastinitis, y que a su vez incluye también el trasplante cardíaco.

La cirugía cardíaca es un Recurso imprescindible para el manejo de diversas patologías. Y el reto quirúrgico cada vez es mayor ya que a través de los años el perfil de riesgo ha aumentado considerablemente” Martinez M, (2011)

1.1. Riesgo quirúrgico en cirugía cardíaca

“La evaluación preoperatoria es la utilización sistemática de mecanismos de vigilancia y control con el fin de reducir riesgos y optimizar el resultado quirúrgico. Es importante conocer los detalles del padecimiento actual hasta los factores que pueden parecer insignificantes” Mercado J, Molina F, Chuquiure E, Ochoa V, Soto G, Baranda F, (2011) en ese contexto el riesgo quirúrgico se realiza en base a la valoración por aparatos y sistemas como por ejemplo la valoración cardiovascular, hematológica, oxigenatoria, renal, hepática, endocrinológica, etc.

La necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, Se encuadra en la conveniencia de que el profesional disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones que aumentan el riesgo; de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y sobre los pacientes.

1.2. Tipos de cirugía cardíaca

1.2.1. Revascularización arterial coronaria mediante el uso de ambas arterias mamarias internas en pacientes con ángor estable.

Es una cirugía que crea una nueva ruta, llamada derivación o bypass para que la sangre y el oxígeno puedan evitar un bloqueo y llegar al corazón de ello resulta necesario admitir que para Dayan V, Marichal A, Paganini J, Perez A, (2018)“el uso de DAMI resultó perjudicial en pacientes 65 años. Dicha técnica ofrece mejores resultados en pacientes menores de 65

años, aunque su beneficio como predictor independiente parecería estar confundido por otras variables como la edad y la revascularización completa.” consecuentemente Las complicaciones mayores incluyen sangrado que requiera reintervención quirúrgica, infarto de miocardio, fallo cardiaco, arritmias, accidentes cerebrovasculares, alteraciones de la función cognitiva, problemas pulmonares, infección y fallo renal.

1.2.2. Sustitución valvular aórtica: ¿prótesis biológica o mecánica? Estudio comparativo de sobrevida a largo plazo

La elección del tipo de prótesis para cada paciente es importante de conocer y evaluar y determinar si alguna de ellas tiene una mayor sobrevida pero como Afirma Arocena M, Fernandez A, Perez D, Silva E, Farachio P, Martirena V, (2017) “el tipo de prótesis valvular aórtica no es predictor de mortalidad operatoria ni sobrevida a largo plazo” por ello se entiende que no existe comparación entre una prótesis biológica o mecánica ya que no influye en el paciente.

1.2.3. Cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea

La revascularización miocárdica sin el uso de circulación extracorpórea es un avance ya que deja de ser tan invasiva y permite realizar la cirugía en ciertos pacientes como presenta Pintos M, Dotti S, Reinoso J, Pouso M, Gutierrez F, Heuer A, (2017) “la cirugía de revascularización coronaria sin CEC es una técnica segura, que ofrece buenos resultados posoperatorios y puede ser beneficiosa en cuanto a la disminución de la morbimortalidad en pacientes con características anatómicas desfavorables y alto riesgo quirúrgico” en consecuencia este tipo de intervención es beneficiosa para ciertos pacientes con determinada patología.

1.2.4. Reemplazo valvular aórtico por miniesternotomía. Una opción prometedora con menor requerimiento transfusional intraoperatorio

El reemplazo valvular aórtico por este tipo de intervención nos da a conocer nuevas tendencias que benefician al paciente y como muestra Straneo P, Perez A, Cedres G, Paganini J, Montero H, Rodriguez M, (2017)“Existe una gran tendencia a reducción del requerimiento transfusional. La miniesternotomía superior es un procedimiento seguro aun cuando prolonga discretamente el tiempo operatorio con una reducción notoria del requerimiento transfusional” Como resultado se encuentra que existe un menor compromiso neurológico, respiratorio y una menor mortalidad operatoria.

1.2.5. Cirugía valvular mitral mínimamente invasiva

Como muestra Straneo P, Perez A, Cedres G, Paganini J, Montero H, Rodriguez M, (2017) “es una técnica segura y con equivalentes resultados en el seguimiento a corto y largo plazo, permitiendo el tratamiento integral de la patología mitral. A su vez, los pacientes sometidos a Cirugía mitral presentan menos arritmias, menos sangrado y necesidad de transfusiones, menores tiempos en UCI y de hospitalización, extubación precoz, menor dolor postoperatorio.” Ciertamente este tipo de intervención requiere de un profesional altamente especializado en el campo e implica un mayor costo, pero el beneficio para el paciente es evidente.

2. Inotrópicos y vasopresores en cirugía cardiovascular

El uso de drogas en el posoperatorio es muy común y en varias oportunidades el destete de estos se torna difícil de acuerdo a las patologías de fondo que tenga el paciente y Según como nos describe Perafan M., (2014) “Si la depresión en la función miocárdica es evidente por monitorización fisiológica y cuadro clínico, es imprescindible obtener un gasto cardiaco

para ello se indica el uso de un fármaco vasoactivo para aumentar el gasto cardiaco y asegurar una perfusión multiorgánica correcta” efectivamente el uso de vasopresores es necesaria para el manejo de la hemodinamia y mantener una oxigenación tisular que prevenga la disoxia y consecuentemente la falla de órganos.

3. Factores asociados a la duración de la ventilación mecánica en el postoperatorio de cirugía cardiaca

3.1. Factores asociados con el retraso de la extubación endotraqueal

Existen varios factores que pueden presentar distintos pacientes, los cuales pueden interferir para el pronto retiro de ventilación mecánica y a su vez de la extubación; tal como describe Fonseca L; Nataniel F; De Oliveira K. (2014) unos de los factores son la “edad, enfermedad pulmonar, hipertensión arterial , insuficiencia renal , tiempo en CEC, uso de sedantes y analgésicos, uso de vasoconstrictores , tiempo de estancia con tubos de drenaje , el volumen del drenaje en la 1ª hora y otras complicaciones” ciertamente es difícil establecer factores específicos que se presenten con mayor frecuencia ya que cada paciente es único y el trabajo que se realiza con cada uno es indistinto para cada paciente que va de acuerdo a su evolución en el transcurso de las horas o días que permanezca en la unidad bajo ventilación mecánica.

3.2. Asociación de mecánica respiratoria con oxigenación y duración de la ventilación mecánica después de la cirugía cardíaca

Todo paciente postcirugía cardiaca entra a ventilación mecánica en esta primera etapa se cuida mantener una adecuada oxigenación para mantener una óptima mecánica respiratoria que permita tener una compliance pulmonar efectiva y segura para el paciente, en ese contexto Lisboa A, De Lima L, Caribe T, (2018) nos manifiesta que “ La mecánica pulmonar

presenta una fuerte correlación con los intercambios gaseosos y una débil correlación con la duración de la Ventilación Mecánica en el postoperatorio de cirugía cardíaca” como resultado de este estudio se puede observar que la importancia de llevar un adecuado intercambio gaseoso favorece a poder disminuir la duración de la ventilación mecánica.

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona; Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os deben tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

3.3. Extubación ultrarrápida vs. convencional tras cirugía cardíaca

La extubación ultrarrápida es beneficiosa para determinados pacientes que no presentan ningún otro compromiso hemodinámico que altere su estado y como nos muestra Guerrero A, Gonzales N, Castro J (2018) “Implementando esta estrategia, se disminuye la morbilidad cardiovascular como isquemia miocárdica y el requerimiento vasopresor posquirúrgico; No se encuentra diferencias significativas en los tiempos de estancia en UCI ni mortalidad postoperatoria en UCI” de ello resulta necesario admitir que la presencia del tubo endotraqueal puede ser corta pero la estancia en la unidad no presenta variación demostrativa.

3.4. Evaluación de dos modelos de cuidados intensivos en relación con la extubación exitosa después de la cirugía cardíaca

Como resultado de un estudio realizado por Hao G, Ma G, Liu B, Yang X, (2018) “Entre los modelos de administración de cuidados dirigidos por intensivistas y los dirigidos por cirujanos cardíacos, mostro que el modelo de atención dirigida intensivista presento mejores tasas de extubación exitosa y duraciones de MV más cortas.” De ello se puede deducir que

existe una importante diferencia entre el manejo de cada especialidad siendo fundamental para el beneficio del paciente ser tratado y manejado por la especialidad de acuerdo a su curso y progreso durante las intervenciones a la que es sometido durante su hospitalización.

4. Complicaciones Post Cirugía Cardíaca

4.1. Amiodarona como profilaxis de la fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardíaca

Una de las complicaciones frecuentes en el postquirúrgico es la fibrilación auricular a causa de esto Irigion D, Zocalo Y, Pouso J, Varela G (2008) establece “ un protocolo que fue factible en dos terceras partes de los pacientes intervenidos, si bien se completó en la mitad. La incidencia de FA continúa siendo elevada en la población elegible. Los pacientes que recibieron amiodarona tuvieron menor incidencia de FA y menores tiempos de internación” por consiguiente el uso adecuado de este fármaco se encuentra dentro de los medicamentos de primera elección para tratar las arritmias que presentaran estos pacientes.

4.2. Incidencia acumulada de insuficiencia renal aguda en el posoperatorio de cirugía cardíaca.

La insuficiencia renal o fallo renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre que conlleva a una disminución en el flujo plasmático renal, lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero, De acuerdo con Ramos M, Pouso M, (2018) “la incidencia de IRA es frecuente en el posoperatorio de cirugía cardíaca y se encuentra dentro de los valores internacionales. Su presencia implica mayor mortalidad quirúrgica”. En efecto Algunos problemas renales ocurren rápidamente, como en la pérdida importante de sangre, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar correctamente.

Necesidad de eliminación según Virginia Henderson. El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función excretora del paciente.

4.3. Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca

El delirio es un síndrome de diagnóstico clínico que afecta a una significativa suma de pacientes que cursan en el posoperatorio de cirugía cardíaca, pudiendo desencadenar resultados negativos. Por consiguiente, Dotti S, Montes De Oca O, Bigalli D,(2017)“ La incidencia de delirio luego de la extubación fue mayor en pacientes añosos con más edad este grupo de pacientes más añosos, mayores a 69 años ya que tuvieron mayor tiempo de asistencia respiratoria mecánica y una mayor estadía en UCI” en efecto la incidencia de delirio se asoció a mayor edad , ya que su requerimiento de ventilación mecánica fue más prolongado y a su vez su estancia en UCI.

4.4. Predictores de Vasoplejia posoperatoria en cirugía cardíaca

El síndrome vasopléjico en el posoperatorio de cirugía cardíaca es muy variable y cuando se presenta tiene una elevada morbilidad y mortalidad como describe Dayan V, Cal R,Giangrossi F.(2017)” la incidencia de vasoplejia estaría directamente relacionada al tiempo de exposición al sistema de circulación extracorpórea, no encontrándose ningún factor predisponente salvo la insuficiencia renal. El efecto protector de la cirugía coronaria aislada podría vincularse a los tiempos cortos de CEC.” Por otra parte, Este síndrome vasopléjico se presenta tanto con la utilización de Circulación Extra Corpórea como sin ella. Algunos autores sostienen que el síndrome vasopléjico es una entidad multifactorial.

4.5. Síndrome de bajo gasto cardiaco en el postoperatorio de cirugía cardiaca.

El Síndrome de Bajo Gasto cardiaco es la incapacidad del corazón para mantener un volumen por minuto adecuado y así satisfacer las necesidades tisulares de oxígeno y nutrientes en el posoperatorio, el bajo gasto influencia en los vasos periféricos, sobre la resistencia al flujo sanguíneo y la perfusión tisular; Como muestra Perez J, Jimenez J, Alcala M, Gonzalez B, Torrado H, Garcia C, (2018) “Los antecedentes con la Fracción de eyección del ventrículo Izquierdo menor a 35%, IMA, Hipertension pulmonar severa, estado crítico preoperatorio, cirugía cardiaca previa conlleva una evolución clínica en estos pacientes de alta morbilidad y mortalidad” Cuando el Síndrome de Bajo Gasto persiste y se presenta hipotensión sistémica grave y sostenida el paciente se enfrenta a una complicación mayor, el choque cardiogénico que supone una mayor morbimortalidad.

4.6. Características Epidemiológicas y Predictores de Mortalidad en Pacientes Mayores de 70 Años Sometidos a la Revascularización Miocárdica Quirúrgica

La cirugía de revascularización miocárdica tiene como objetivo la corrección de la isquemia miocárdica y así mejorar la calidad y expectativa de vida de pacientes septuagenarios pero a juzgar por Kaufman R, Pereira A, Mazzarone R, Geller M, De Aquino R, Martins R, (2018)” El procedimiento quirúrgico en pacientes ancianos presenta una mortalidad mayor que la de la población general. Debido a Enfermedades vasculares periféricas, cirugías de emergencia y procedimientos valvulares combinados” por consiguiente la esperanza de vida tras la intervención quirúrgica en esta población es muy baja. Por lo tanto, los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes se ven con mayor complejidad en el manejo por la elevada mortalidad en el grupo etareo.

5. Sistematización de la asistencia de enfermería en el post operatorio

Los diagnósticos de enfermería e intervenciones en este período tienen el propósito de auxiliar en la planificación de los cuidados de enfermería, los cuales son fundamentados y adecuados a las necesidades del paciente. De acuerdo con de Carvalho I, Soares D, Cortes A, da Silva H, da Costa N (2016) “la complejidad de cuidados requeridos por los pacientes que se encuentran en el período postoperatorio de cirugía cardíaca, cuyas condiciones de salud pueden variar; requieren intervenciones de enfermería fundadas en un método sistematizado que privilegia la toma de decisión” en efecto la cirugía cardíaca es un factor productor de múltiples emociones tanto para el paciente como para el personal que atiende y este se va adecuando a la respuesta de cada paciente.

Desde esta perspectiva para Virginia H., la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales.

5.1. Contribución del cuidado al ser cardíopata en el postoperatorio de cirugía cardíaca

Según el modelo de Virginia Henderson, un requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

En cuanto a la Contribución del cuidado transpersonal al ser-cardiópata en el postoperatorio de cirugía cardíaca conforme a lo que manifiesta Silva A, Feire F, Da Silva L (2018) “Se comprende que la realización de la cirugía acarreó transformaciones en la vida de los pacientes, las cuales fueron relacionadas al proceso de ser cuidados por otras personas.” En consecuencia, el proceso por el cual pasa el paciente sometido a cirugía cardíaca es una experiencia importante del cuidado transpersonal y que se encuentra a cargo del cuidado en un mayor porcentaje de la enfermera(o).

5.2. Percepción de los cuidadores de pacientes sometidos a cirugía cardíaca

La percepción de los cuidadores son distintas para cada persona y en el pensamiento de Milani P, Zamarchi I, (2018) “los cuidadores perciben positivamente el trabajo realizado por el equipo multiprofesional, siendo éstos los poseedores de las informaciones y facilitadores del cuidado” Por ende, la orientación recibida es esencial para la preparación mental, emocional del paciente y de sus familiares ,todo esto se hace imprescindible para el proceso del cuidado y atención durante la permanencia en la unidad de cuidados intensivos.

La necesidad de comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. Se debe valorar el equilibrio entre la soledad e interacción social, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja.

5.3. Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el posoperatorio en cuidados intensivos.

La conservación del sueño es sumamente importante en todo paciente en forma general ya que es un factor de estrés si no se lleva un buen manejo del descanso durante la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos y tal Como indica en un estudio Navarro M ; De Carlos V; Martínez O; Irigoyen R; Elizondo A. (2017) “ La calidad del sueño durante las dos primeras noches de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos fue regular. Los factores ambientales que más condicionaron el descanso nocturno de los pacientes fueron el malestar, el dolor y el ruido ambiental” y como resultado se concluye que existen diferentes dispositivos perturbadores en la UCI ello implica que debemos tomar en cuenta la tranquilidad y confort por el bienestar del paciente.

Necesidad de dormir y descansar. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, y del desarrollo de actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía.

5.4. El cuidado de enfermería en el posoperatorio de cirugía cardíaca

En el posoperatorio el paciente que es sometido a cirugía cardíaca es muy demandante de los cuidados del equipo multidisciplinario de UCI; siendo a su vez el personal de enfermería el más abocado a su cuidado y manejo ya que se encuentra en todo momento con este por su complejidad y grado de responsabilidad y tal como expone Da costa S, Marluci C, Rose M, Da silva M, (2012)“Los enfermeros permanecen durante todo el período de internación hospitalaria al lado del paciente, prestando asistencia ininterrumpida, lo que permite realizar observación directa, así como identificar las respuestas humanas y trazar los diagnósticos de enfermería” por ende el personal profesional de enfermería especializado es fundamental en el cuidado de estos pacientes por su alta complejidad.

“El paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica debe ser visto como un ser abierto, que se integra consigo mismo, con los otros seres humanos y con el ambiente que lo rodea, es decir, con el mundo que encierra el servicio de hospitalización en el que se halla” (Ariza C, 2013) por lo tanto el enfermero encargado de brindar dicho cuidado, asimismo es un ser humano con características propias y experiencias previas con otros pacientes que han estado en la misma circunstancia, y debe contar con la adiestramiento y preparación profesional suficientes para responder de manera óptima e integral al cuidado que este paciente requiere.

En el presente ítem se puede tener un contacto con otra de las necesidades según Virginia Henderson. La necesidad de ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un

sentido de realización personal. La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona.

5.5. Transfusiones de sangre en cirugía cardíaca: equilibrar ciencia y arte

Ciencia, arte y equilibrio tres componentes básicos para el profesional que maneja un paciente sometido a cirugía cardíaca ya que se debe de reconocer signos de alarma ante una posible complicación postcirugía como puede ser el sangrado importante de los drenajes cardíacos y el de llevar un control de los niveles de hemoglobina, bajo esa tesis Goeddel L, Steven F, Jochen S (2018) manifiesta que “la transfusión de sangre salva vidas cuando el paciente la necesita, pero solo aumenta los riesgos y los costos cuando no la necesita”. El reto es hacer correctamente la identificación de esta necesidad ya que es nuestro trabajo saber identificar en qué momento el paciente necesita la transfusión de un componente sanguíneo.

5.6. Evaluación del dolor agudo posoperatorio de cirugía cardíaca

El dolor es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes sometidos a cirugía cardíaca y conforme a Navarro M, Irigoyen, De Carlos V, Martinez O (2011) “El dolor postoperatorio tras cirugía cardíaca está sujeto a una gran variabilidad individual. dado a la susceptibilidad de cada paciente, tolerancia a niveles de dolor que en cada individuo es percibido de manera distinta”. Dicho en forma breve la experiencia de dolor en posoperatorio es importante de valorar y resolver para el bienestar del paciente.

Necesidad de comunicarse: Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno.

5.7 Patología del trasplante cardíaco en el Perú

“El Trasplante Cardíaco constituye una de las pocas alternativas de tratamiento para muchos pacientes con estadios avanzados de insuficiencia cardíaca Sin embargo, esta

modalidad de tratamiento puede no ser tan beneficiosa en ciertas patologías” Aguilar C, Alarco W, Soplopuco F, Moron J, Lescano M, Morales J, (2018) por consiguiente existe una selección de los pacientes candidatos al trasplante ya que Varios estudios exponen que algunos de estos pacientes con una patología determinada presentan una menor sobrevida debido a la recurrencia en el injerto o a la progresión de la enfermedad en otros órganos.

6. Modelo de cuidado enfermero con el enfoque de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson ha sido probado en la práctica clínica y podría ser de gran utilidad en las UCI, ya que está orientado principalmente al rol asistencial de la enfermera. Establece 14 componentes a evaluar en la atención de los pacientes, lo que permite una valoración integral de la persona tomando en cuenta su entorno y recuperación. Este puede ser aplicable a través del Proceso de Enfermería (PAE), a través de la descripción de una relación enfermera-paciente como "sustituta" cuando el paciente es totalmente dependiente, establece un rol docente para enfermería y además considera la atención digna en el proceso de la muerte Moreno M. 2005

El profesional de enfermería se enfrenta a diferentes conflictos éticos que ponen a prueba los conocimientos y las destrezas, pero también la ética, la moral y la religión, y aunque en la mayoría de las situaciones el enfermero no toma la decisión, sí es quien la ejecuta; por esto, es de gran importancia conocer los conflictos éticos que se presentan en las unidades de cuidado intensivo y la forma como el profesional de enfermería toma las decisiones éticas en el cuidado del paciente.

La Ética ocupa el terreno de la vida, no es una teoría, las personas podemos vivir con teorías, pero nos mantenemos con la vida. Conocer la realidad, lo que las cosas y los seres son, para ello emplear la inteligencia, cultivarla con la reflexión, el estudio y la contemplación; Nuestra

profesión es terreno abonado para ejercer a diario esa nueva sensibilidad, afinar nuestros órganos receptores para captar en nuestros pacientes lo que de verdad ansían, que seamos sus abogados ante al ataque de la enfermedad y cuando esta se haga inevitable sus cuidadores de la vida que les quede hasta el fin natural.

Conclusiones

La esencia de la enfermería se precisa por el Arte de los Cuidados, cuidados que presta al ser humano y se diferencia de la medicina justo por el énfasis en la ayuda de cuidados, siendo su constante presencia ante el paciente, la inmediatez, una de sus principales características. De ahí la distinción de denominar a estos servicios como Cuidados Intensivos

La Enfermería cuida, no cura. Cuidar es poner diligencia, atención, solicitud, "estar ahí" para el paciente en uno de sus momentos más complicados por los que debe pasar para tratar de restituir su estado de salud; Puesto que, En su práctica profesional diaria, enfermería es la responsable de brindar el cuidado en situaciones complejas y cambiantes en el ámbito asistencia, haciendo uso de los últimos avances de la tecnología médica.

Referencias

- Aguilar C, Alarco W, Soplopucó F, Morón J, Lescano M, Morales J, et al. (2018). Patología del trasplante cardíaco en el Perú: experiencia con 61 casos en un centro de referencia nacional. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*, 35(2), 241–249.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3264.241>
- Ariza C. (2013). Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Revista Colombiana de Cardiología*, 20(6).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332013000600008&lang=es
- Arocena M, Fernández A, Pérez D, Silva E, Farachio P, Martirena V, Stanham R, Mariño J, G. F. (2017). Sustitución valvular aórtica : ¿ prótesis biológica o mecánica ? Estudio comparativo de sobrevida a largo plazo. *Revista Urugaya de Cardiología*, 32, 21–22.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32s1/1688-0420-ruc-32-s1-00036.pdf>
- Da costa S; Marluci C; Rose M; Da silva M. (2012). El cuidado de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca: un estudio de caso. *Escola Anna Nery*, 16(4), 657–665.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400003>
- Dayan V, Cal R, G. F. (2017). Predictores de Vasoplejía posoperatoria en cirugía cardíaca. *Revista Urugaya de Cardiología*, 32(Dm), 18–19.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000400035&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Dayan V, Marichal A, Paganini J, Pérez A, Straneo P, B. D. (2018). Revascularización arterial coronaria mediante el uso de ambas arterias mamarias internas en pacientes con ángor estable . *Revista Uruguaya de Cardiología*, 33(1).
<http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.1.6>
- de Carvalho I, Soares D, Cortes A, da Silva H, da Costa N, R. R. (2016). Sistematización de la asistencia de enfermería en el postoperatorio mediato de cirugía cardíaca. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 5062–5067. <https://doi.org/10.9789/2175-5361>

- Dotti S, Montes De Oca O, Bigalli D, Gutiérrez F, P. M. (2017). Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista Uruguaya*, 32(2).
Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000200150&lang=pt
- Fonseca, L. N. F. D. O. K. (2014). Factores asociados a la duración de la ventilación mecánica en el postoperatorio de cirugía cardíaca Factores asociados con el retraso en la extubación endotraqueal. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 35(2). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44697>
- Goeddel L, Steven F, J. S. (2018). Transfusiones de sangre en cirugía cardíaca: equilibrar ciencia y arte. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(3), 1233–1235.
<https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.01.019>
- Guerrero A, Gonzales N, C. J. (2018). Extubación ultra fast-track vs . convencional tras cirugía cardíaca en un centro de referencia cardiovascular en Colombia . *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, (July).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.redar.2018.06.005> Get rights and content Resumen
- Hao G, Ma G, Liu B, Yang X, Zhu D, Liu L, et al. (2018). Evaluación de dos modelos de cuidados intensivos en relación con la extubación exitosa después de la cirugía cardíaca . *Med Intensiva*, 5691(18), 6–7. <https://doi.org/10.1016/j.j.medin.2018.07.005>
- Irigion D, Zocalo Y, Pouso J, Varela G, bigalli D, Russo N, Montes de Oca O, R. W. (2008). Amiodarona como profilaxis de la fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 23(2).
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202008000200002&lng=es&nrm=iso
- Kaufman R, Pereira A, Mazzarone R, Geller M, De Aquino R, Martins R, et al. (2018). Características Epidemiológicas y Predictores de Mortalidad en Pacientes Mayores de 70 Años Sometidos a la Revascularización Miocárdica Quirúrgica. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 31(3), 258–263.
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf>
- Lisboa A, De Lima L, Caribe T, Lima V, Araujo T, Raimundo A, P. B. (2018). Asociación de

- mecánica respiratoria con oxigenación y duración de la ventilación mecánica después de la cirugía cardíaca. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 31(3), 244–249. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n3/pt_2359-4802-ijcs-31-03-0244.pdf
- Marosti C, Rejane F, Helen F, Aparecida L, D. R. (2018). La cirugía cardíaca y la relación entre ESTRESORES INESTABILIDAD EN HEMODINÁMICA. *Texto de Enfermería*, 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004530017>
- Martinez M. (2011). Archivos de Cardiología. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 81(2), 9940. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-pdf-X1405994011233474>
- Mercado J, Molina F, Chuquiure E, Ochoa V, Soto G, Baranda F, et al. (2011). Valoración preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 81(Tabla 2), 9–15. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-pdf-X1405994011241797>
- Milani P, Zamarchi I, B. V. (2018). Percepción de los Cuidadores Frente a la Humanización de la Asistencia en el Post-Operatorio Inmediato de Cirugía Cardíaca. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(3), 810–816. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.810-816>
- Navarro M; Irigoyen R; De Carlos V; Martinez O; Elizondo A. (2011). Evaluación del dolor agudo postoperatorio después de cirugía cardíaca ., 22(4), 9–10. [https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.enfi.2011.04.002](https://doi.org/DOI: 10.1016/j.enfi.2011.04.002)
- Navarro M. De Carlos V. Martinez O. Irigoyen R. Elizondo A., S., I., & A., M. (2017). Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 28(3), 114–124. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.005>
- Perafan M. (2014). Inotrópicos y vasopresores en cirugía cardiovascular «un mal necesario». *Revista Colombiana de Cardiología*, 21(4), 264–265. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2014.05.005>
- Perez J, Jimenez J, Alcalá M, González B, Torrado H, García C, et al. (2018). Síndrome de bajo gasto cardíaco en el postoperatorio de cirugía cardíaca. *Medicina Intensiva*, 42(3), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.009>
- Pintos M, Dotti S, Reinoso J, Pouso M, Gutierrez F, Heuer A, Gonzales L, Marichal A, Russo N, B. D. (2017). Cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. *Revista*

Urugaya de Cardiologia, 32, 4–5. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32s1/1688-0420-ruc-32-s1-00038.pdf>

Ramos M, Pouso M, P. J. (2018). Incidencia acumulada de insuficiencia renal aguda en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista Urugaya de Cardiologia*, 33(2).
<http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.2.3>

Silva A, Feire F, D. S. L. (2018). Contribución del cuidado transpersonal al ser-cardiopata en el postoperatorio de cirugía cardíaca Contribución del cuidado transpersonal al ser-cardiopata en el. *Revista Gaucha de Enfermeria*, 38(4). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.64743>

Straneo P, Perez A, Cedres G, Paganini J, Montero H, Rodriguez M, R. P. (2017). Una opción prometedora con menor requerimiento transfusional intraoperatorio. *Revista Uruguaya de Cardiologia*, 32, 56–57. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32s1/1688-0420-ruc-32-s1-00039.pdf>