



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2013/ 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Caso clínico: Postoperatorio inmediato de un paciente sometido a bypass coronario

Autor/a: Elena López Gregorio

Tutor : Maria Jesús Barrado Narvi6n.

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
Desarrollo.....	7
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	19
Anexos.....	24

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. La enfermedad coronaria se produce cuando las arterias que suministran sangre al corazón se endurecen y estrechan debido al acumulo de placa, pudiendo conducir a angina o infarto. Las opciones son tratamiento médico, angioplastia, stent coronario y bypass coronario. El postoperatorio inmediato son las 24 horas siguientes al ingreso del paciente en la uci, caracterizándose por una gran inestabilidad de las funciones vitales. Enfermería abordará la realización del plan de cuidados en el postoperatorio inmediato tras el bypass coronario.

El objetivo es la realización de un plan de cuidados en el postoperatorio inmediato de un paciente sometido a bypass coronario.

Se ha realizado una revisión bibliográfica seleccionando estudios, planes de cuidados estandarizados y casos clínicos. Los idiomas utilizados han sido español e inglés. Se ha realizado entre Febrero y Mayo de 2014. Se ha elaborado un plan de cuidados basado en las necesidades de Virginia Henderson y empleando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

A las 72 horas de la operación el paciente está estable y tras la retirada de drenajes y del monitor del gasto cardiaco se deriva a planta.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería, cirugía cardíaca, uci, postoperatorio cardíaco.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are a group of heart and blood vessels disorders. Coronary artery disease occurs when the arteries that supply blood to the heart suffer the accumulation of plaque. It can lead to heart attack. The options are medical treatment, angioplasty, coronary stenting and coronary bypass. The immediate postoperative period is 24 hours of admission in the intensive care unit patient, characterized by great instability of vital functions. Nursing will address the implementation of the plan of care in the immediate postoperative period after coronary bypass.

The objective is to make a care plan in the postoperative period of a patient undergoing coronary bypass.

There has been a study selecting literature review , standardized care plans and clinical cases. The languages used were Spanish and English. It was made between February and May 2014. It has been developed a care plan based on the needs of Virginia Henderson and using NANDA , NOC, NIC taxonomy.

At 72 hours after the operation the patient is stable, and he is going to cardiology unit

KEYWORDS

Nursing care , cardiac surgery, intensive care unit , cardiac surgery.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en:

Hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatía. (1)

La enfermedad coronaria se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo cardíaco se endurecen y estrechan. Esto se debe a la acumulación de placa en la capa íntima de las paredes de la arteria. (Arterioesclerosis). A medida que avanza, fluye menos sangre a través de las arterias. Como consecuencia, el músculo cardíaco no puede recibir la sangre o el oxígeno que necesita, pudiendo conducir a una angina o a un infarto. (2,3)

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el mundo, siendo la enfermedad coronaria la de mayor prevalencia (1, 4,5).

Se prevé que los casos de enfermedad coronaria aumentarán en España en los próximos años debido al aumento de la población anciana.

La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en la población española de más de 30 años. En España las tasas de mortalidad por enfermedad coronaria han disminuido durante los últimos 40 años, pero sigue siendo la causa más frecuente de muerte en varones y la segunda causa en mujeres (6). En el año 2012 fallecieron en España 122.097 personas por enfermedades circulatorias, de las cuales 1790 fallecieron por aterosclerosis. En Aragón 4665 personas fallecieron por enfermedad circulatoria, de las cuales 33 murieron por aterosclerosis. (7)

Los factores de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular son hipertensión arterial y dislipemia (40%), seguido de obesidad y consumo de tabaco (27%) y presencia de diabetes mellitus (13%) (8,9)

El principal tratamiento de la enfermedad coronaria es la prevención mediante dieta equilibrada, ejercicio físico y eliminación del hábito tabáquico. Una vez instaurada la enfermedad, las opciones son tratamiento médico, angioplastia coronaria (dilatación de la arteria afectada con un balón mediante un cateterismo), stent coronario (introducción de una malla metálica para evitar el estrechamiento de la arteria) y cirugía. (9) Cuando no existe posibilidad de revascularización percutánea la opción es el bypass coronario, estableciéndose un puente entre la aorta y la parte distal de la arteria coronaria afectada, mediante injerto de vena safena, arteria mamaria o ambas, empleando en ocasiones la arteria radial. (10)

La mortalidad operatoria es inferior al 5% según datos del Registro Español de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. (9)

El perfil del paciente sometido a cirugía cardíaca es un paciente de edad avanzada con patología coexistente. (Diabetes mellitus, EPOC, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica) (11).

El postoperatorio inmediato comprende las 24 horas siguientes al ingreso del paciente en la uci, caracterizándose por una inestabilidad de las funciones vitales del paciente (12,13). Las principales complicaciones en el postoperatorio inmediato son: dolor, oliguria, hiperglucemia, hipertensión, arritmias, náuseas, vómitos, agitación, hemoglobina por debajo de lo

normal, fiebre, infección nosocomial, deterioro neurosensorial, hemotórax, neumotórax e infarto de miocardio(14-20) .Los pacientes a los que se les realiza cirugía cardiaca, debido a sus características pasan el postoperatorio inmediato en la uci, ya que requieren un conjunto de medidas terapéuticas y de monitorización(21-23).

Identificar los diagnósticos de enfermería es fundamental y permite focalizar la atención de enfermería. (24,25) Se requiere una observación continua y cuidados de gran complejidad, brindando atención directa al paciente, para reducir al mínimo las complicaciones, mantener la hemostasia, aliviar el dolor y el malestar. Por todo esto la labor de enfermería en el postoperatorio cardiaco inmediato es fundamental (23,26). Enfermería abordará la realización de un plan de cuidados a un paciente sometido a una intervención de bypass coronario en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos.

OBJETIVOS

1. Mostrar la importancia de los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato de un bypass coronario.
2. Realizar un plan de cuidados de enfermería para un paciente sometido a una intervención de bypass coronario en el postoperatorio inmediato en la uci.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica para seleccionar aquellos estudios, planes de cuidados estandarizados y casos clínicos referentes a la actuación de enfermería en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a intervención de cirugía cardiaca.

Los idiomas utilizados han sido el español y el inglés.

Se ha llevado a cabo en el período comprendido de Febrero a Mayo de 2014.

Se ha realizado un plan de cuidados de enfermería basándose en el proceso enfermero de Virginia Henderson con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (27)

La taxonomía enfermera empleada es NANDA, NOC y NIC. (28, 29,30).

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS UTILIZADOS
Cuiden Plus	Cirugía cardiaca, cuidados, enfermería y postoperatorio.	_Texto completo. _Límite temporal: 2004 a 2014	61	12
Science Direct	Cuidados enfermería, cirugía cardiaca, uci y postoperatorio	_Límite temporal: 2004 a 2014	71	3
Scielo	Nursing, care and cardiac surgery	_ Límite temporal: 2004 a 2014	23	3
Pubmed	Nursing, care and cardiac postoperative	_ Texto completo. _Límite temporal:2009 a 2014	51	3
Dialnet	Enfermería, cuidados y cirugía cardiaca.		11	3

DESARROLLO

VALORACIÓN:

Paciente procedente de quirófano. Llega a la uci a las 14 horas. Varón de 57 años. Se le ha realizado un bypass coronario. Llega a la uci en coma

anestésico. La sedación que lleva es propofol y remifentanilo en bomba de perfusión continua. Lleva dobutamina, noradrenalina, analgesia (4 metamizol, 3 tramadol, 2 metoclopramida) suero fisiológico con 15 mEq de cloruro potásico e insulina rápida en bomba de perfusión continua. Está conectado a ventilación mecánica a través de un tubo oro-traqueal. Lleva una sonda vesical y dos drenajes torácicos que drenan a un pleurevac. Lleva una herida quirúrgica (esternotomía), una vía radial, y un catéter de swan ganz. A través de un monitor se controla el gasto cardiaco y está monitorizado para controlar tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, temperatura, presión venosa central, y presión de las arterias pulmonares. Lleva una vía periférica a través de la cual le pasa un suero fisiológico de mantenimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES:

_Hipertensión arterial.

_Arterioesclerosis arterias coronarias.

_No se conocen alergias.

Para la realización del plan de cuidados se diferenciarán dos fases: La primera en la cual el paciente llega intubado y en coma anestésico, y una segunda fase en la que el paciente está consciente y extubado.

FASE 1:

NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:

1.RESPIRAR NORMALMENTE
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Frecuencia respiratoria normal. Buena saturación de oxígeno.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Ventilación mecánica invasiva a través de un tubo oro-traqueal.
2.COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Está en coma anestésico
3.ELIMINACIÓN

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Portador de sonda vesical
4.MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Reposo absoluto
DATOS A CONSIDERAR: Cama en semifowler a 30-45 °
5.DORMIR Y DESCANSAR
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Está en coma anestésico.
6.VESTIRSE Y DESVESTIRSE
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Está encamado y cubierto con sábanas y una manta.
7.MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: A través del monitor del gasto cardiaco se controla su temperatura central y cada hora se controlará la temperatura periférica.
DATOS A CONSIDERAR: en la primera toma la temperatura central es de 34,6 Cº, y la temperatura periférica de 35 Cº
8.MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE CORPORAL
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Buena higiene. Piel íntegra y sin lesiones. Coloración e hidratación adecuadas.
9.EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Está sedado. Hay que vigilar el nivel de consciencia. Se colocan las barandillas de la cama.
10.COMUNICACIÓN
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Coma anestésico
11.CREENCIAS RELIGIOSAS, 12.TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO, 13.PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO/OCIO, 14.APRENDER,DESCUBRIR Y SATISFACER SU CURIOSIDAD
No se tiene información

FASE 2:

Se ha retirado la sedación gradualmente (remifentanilo y propofol). Cuando se ha despertado el paciente presentaba desorientación y se le ha explicado

que acababa de ser intervenido, que estaba en la uci y que todo había salido bien. Se ha extubado a las 19.30 y está consciente y orientado.

1.RESPIRAR NORMALMENTE
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Sin cambios
DATOS A CONSIDERAR: Ha sido extubado.
2.COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Comienza con ingesta de líquidos y comenzará con alimentación a la mañana siguiente.
DATOS A CONSIDERAR: Refiere que tiene mucha sed durante las primeras horas tras la extubación. A la mañana siguiente desayuna café con leche y galletas con buena tolerancia. Come puré de verduras, pescado y una naranja.
3.ELIMINACIÓN
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Portador de sonda vesical. Al estar indicado reposo absoluto, en caso de realizar deposiciones utilizará una cuña.
4.MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Sin cambios.
5.DORMIR Y DESCANSAR
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: No refiere dificultades para dormir y descansar.
6.VESTIRSE Y DESVESTIRSE
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Sin cambios.
7.MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Sin cambios
DATOS A CONSIDERAR: Su temperatura central es de 36,4 y la temperatura periférica es de 36,9.
8.MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE CORPORAL
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Sin cambios.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Por las mañanas se realiza el aseo del paciente con su colaboración.
9.EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Sin cambios.
DATOS A CONSIDERAR: Refiere dolor en el lugar de la herida quirúrgica.
10.COMUNICACIÓN
MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Se comunica correctamente
11.CREENCIAS RELIGIOSAS, 12.TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO, 13.PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO/OCIO, 14.APRENDER,DESCUBRIR Y SATISFACER SU CURIOSIDAD
No se tiene información

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN:

PRIMERA FASE:

- **00031-Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con viscosidad de las secreciones bronquiales y vía aérea artificial manifestado por producción de esputo excesiva.**

NOC:

0403-Estado respiratorio: ventilación.

0410-Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

NIC:

3140-Manejo de las vías aéreas.

3350-Monitorización respiratoria.

Actividades:

335005-Anotar los cambios de Sao2, SvO2 y CO2 corriente final, y los cambios de los valores de gases en sangre arterial. A las 19 horas se toma una gasometría arterial. Los valores están dentro del rango.

335011-Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias, en volumen corriente. Los valores están dentro del rango.

- **00039-Riesgo de aspiración relacionado con presencia de tubo endotraqueal y reducción del nivel de conciencia**

NOC:

0403-Estado respiratorio: ventilación

1918-Control de la aspiración

NIC:

0840-Cambio de posición

3160-Aspiración de las vías aéreas.

3200-Precauciones para prevenir la aspiración.

Actividades:

084003-Colocar en la posición terapéutica indicada (Semifowler 30 - 45 grados)

314017-Realizar aspiración endotraqueal o nasotraqueal si procede. Se realiza una aspiración endotraqueal a las 17 horas y otra justo antes de realizar la extubación. Después de realizar la aspiración de secreciones se procede al lavado de la cavidad bucal con un enjuague bucal. Se administrará el enjuague y posteriormente se aspirará con una sonda de aspiración. La limpieza de la boca se realizará mínimo una vez por turno.

316002-Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. Las aspiraciones endotraqueales se realizan con rapidez, vigilando que tenga una buena saturación.

316022-Seleccionar un catéter de aspiración adecuado.

316023-Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.

320009-Mantener dispositivo traqueal inflado. Se comprueba que el volumen de inflado del balón está entre 20- 30mm/hg. Vigilar la distancia de la punta del tubo endotraqueal a la comisura labial, para asegurarse de que el balón está situado en el lugar correcto, siendo de 22 centímetros la marca de profundidad a la que se encuentra el tubo de la comisura bucal.

- **00025-Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con programación para procedimientos invasivos mayores.**

NOC:

0602-Hidratación.

NIC:

4130-Monitorización de líquidos.

Actividades:

412019-Monitorizar el estado hemodinámico. El paciente está en ritmo sinusal. No presenta arritmias, y la frecuencia cardiaca y tensión arterial son normales.

412026- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

- **00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con hipotermia e inmovilización física.**

NOC:

204-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC:

0740- Cuidados del paciente encamado

3500-Manejo de presiones

3540-Prevención de úlceras por presión.

Actividades:

074006-Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.

074018-Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.

350016-Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecido para vigilar factores de riesgo del paciente (Escala Norton modificada).Ver anexo 1. (31). La puntuación es de 8, por lo que el paciente presenta riesgo alto.

354018-Registrar el estado de la piel al ingreso y a diario. La piel está íntegra, sin lesiones, e hidratada. Para ello durante el aseo del paciente se aplicará aceite en las zonas de mayor roce donde existe más riesgo de aparición de úlceras por presión.

- **00006-Hipotermia relacionado con inactividad manifestado por frialdad de la piel, palidez y reducción de la temperatura corporal por debajo del límite normal.**

NOC:

0800-Termorregulación

NIC:

3900-Regulación de la temperatura.

6680- Monitorización de los signos vitales.

Actividades:

390006-Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados. (Horariamente). Se cubre al paciente con una manta.

668011-Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. En la primera hora se realizan varias tomas de temperatura hasta que se consigue la termorregulación.

- **00004-Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular y procedimientos invasivos:**

NOC:

0702-Estado inmune.

1102-Curación de la herida por primera intención.

NIC:

2300-Administración de medicación.

3440-Cuidados del sitio de incisión.

3660-Cuidados de las heridas.

6550-Protección contra las infecciones.

Actividades:

230017- Seguir los cinco principios de la administración de medicación. (Paciente, medicamento, dosis, horario y vía de administración correctos).

244001-Aplicar antiséptico. Cura diaria de la herida quirúrgica así como de los puntos de inserción de catéteres con técnica estéril y clorhexidina.

34401-Limpiar desde la zona más limpia a la menos limpia

366006-Anotar las características del drenaje producido. Se anota horariamente. Las primeras horas es hemático, posteriormente serohemático y finalmente seroso.

366007-Registrar las características de la herida. La herida quirúrgica está limpia, no presenta sangrados ni signos de infección.

366020-Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje. Se vigilará la cantidad de líquido que sale de éste, vigilando que no se produzca un sangrado excesivo, ni un acumulo de líquido en la cavidad pleural que no se esté eliminando mediante el drenaje. En caso de sospecha de acumulo dentro de la cavidad pleural, se aspirará con una jeringa el tubo de drenaje, para ver si hay líquido.

FASE 2:

En esta fase se mantienen los diagnósticos:

- 00025-Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con programación para procedimientos invasivos mayores.
- 00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física.
- 00004-Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular y procedimientos invasivos:

Se añaden los siguientes:

- **00108-Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.**

NOC:

0300-Autocuidados: Actividades de la vida diaria.

NIC:

1670-Cuidados del cabello.

1801: Ayuda con los autocuidados baño/higiene.

Actividades:

167003- Peinar/cepillar el cabello a diario o con mayor frecuencia si es necesario. El propio paciente se peina por la mañana.

180107- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados. Se facilitan al paciente esponjas con jabón, colaborando en su propio aseo, lavando las zonas a las que tiene acceso. Se realiza un lavado con povidona yodada en la zona de inserción de la sonda vesical para evitar infecciones. La sonda vesical se movilizará para evitar que se adhiera y evitar la aparición de úlceras por presión.

- **00132-Dolor agudo relacionado con agentes lesivos, manifestado por informe verbal de dolor y observación de evidencias de dolor.**

NOC:

1605-Control del dolor.

2102-Nivel del dolor.

NIC:

1400-Manejo del dolor.

2210-Administración de analgésicos.

5820-Disminución de la ansiedad.

Actividades:

140028-Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. El paciente refiere que tiene dolor en el lugar de la herida quirúrgica, por lo que se habla con el médico, que pauta paracetamol en caso de dolor cada 6 horas.

140036-Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales. Ver anexo 2(32). El paciente refiere un 8 en la escala verbal numérica del dolor.

582010- Crear un ambiente que facilite la confianza. Se anima al paciente a que pregunte las dudas que tenga y se le facilita el timbre por si necesita cualquier cosa. Se le explica el funcionamiento de la uci y el horario de visitas. Es importante establecer una buena comunicación con el paciente, teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal.

EJECUCIÓN:

Tras la ejecución de cada actividad se registrará en la historia del paciente mediante un programa informático. Se registrarán horariamente durante las primeras 24 horas la cantidad y aspecto del líquido procedente de los drenajes, cantidad y aspecto de la orina, glucemia, tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, presión venosa central, presión

pulmonar, temperatura, gasto cardiaco y los valores del respirador hasta la extubación.

El programa informático realiza continuamente el balance hídrico, controlando las entradas y salidas por lo que hay que registrarlas.

Tras la extubación se registrarán todas las ingestas del paciente tanto de líquidos como de sólidos.

EVALUACIÓN:

Para llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

040301-Frecuencia respiratoria. Es medida durante la ventilación mecánica. Los valores son normales.

040306-Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias. Mediante las aspiraciones endotraqueales se consigue movilizar el esputo.

060101-Presión arterial. Los valores son normales

060103-Presión venosa central.

060104-Presión pulmonar enclavada.

060105-Pulsos periféricos.

Estos tres valores están dentro de los rangos de normalidad.

110115-Lesiones cutáneas. No presenta ninguna lesión cutánea que pueda conducir a úlceras por presión. Se realiza la escala Norton modificada al ingreso (valor de 8 que indica riesgo alto). Posteriormente tras la extubación se vuelve a realizar la escala, con un valor de 14 (riesgo mínimo).

080201-Temperatura corporal. Al llegar de quirófano presenta hipotermia que posteriormente es revertida, mediante la colocación de una manta.

050101- Patrón de eliminación en el rango esperado. Buenas diuresis espontáneas

030006-Buena higiene.

160507-Refiere síntomas de dolor al profesional sanitario.

CONCLUSIONES

Tras 24 horas el paciente está estable. Los valores hemodinámicos están dentro del rango normal y sus constantes están estables. El siguiente periodo sería el postoperatorio tardío. A las 72 horas, y tras haber retirado drenajes y el monitor de gasto cardiaco, se deriva a planta.

Decidí realizar un plan de cuidados sobre un postoperatorio cardiaco inmediato, ya que realicé prácticas en la uci de postoperatorio cardiaco del Hospital Universitario Miguel Servet. Debido a las características de ese tipo de pacientes, cada enfermera llevaba dos pacientes por turno, siendo la enfermera la que mayor contacto tiene con el paciente. En la uci aprendí los cuidados de enfermería que requieren este tipo de pacientes, y decidí extrapolarlos a mi trabajo de fin de grado.

BIBLIOGRAFÍA

1.OMS/Enfermedades cardiovasculares [Internet]. WHO. [Citado 6 de Marzo de 2014]. Recuperado a partir de:

http://who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

2. Sharon Parmet, MS.Cirugía coronaria de revascularización miocárdica.JAMA.2008;299(15).

3.Arquellada Martínez MM,Bombín Benito R,Cruzado Álvarez C.

Plan de cuidados estandarizado en pacientes sometidos a bypass y/o procedimiento valvular cardiaco con cirugía mayor. Enfermería Docente 2011; 93: 23-26

4. Machado da Costa Duarte S,Marluci A,Stipp C,Mezquita MR,Miranda da Silva M. The nursing care after cardiac surgery: a case study. Esc. Anna Nery.2012; 16(4):657-665
5. De Oliveira Vasconcelos Filho P,Carvalho Carmona MJ,Costa Auler JO. Peculiarities of Post-Cardiac Surgery Care in Elderly Patients. Rev. Bras. Anesthesiol. 2004;54(5):707-727.
- 6.Dégano I,Elosua R,Marrugat J.Epidemiología del síndrome coronario agudo en España:estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013;66(6):472-481.
7. Instituto Nacional de Estadística/Defunciones según la causa de muerte 2012. [Internet][Citado 6 de Marzo de 2014]. Recuperado a partir de: . <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/l0/&file=01002a.px>.
- 8.Grau M,Elosua R,Cabrera de León A, Guembe MJ,Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI : análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Esp Cardiol. 2011;64(4):295-304.
- 9.Kist Parcianello M,Gorete Portella Da fonseca G, Zamberlan C. Needs experienced by the patients after cardiac surgery:Perceptions of nursing. R. Enferm. Cent. O. Min.2011; 1(3):305-312
10. Abad C,Caipe L.Bypass coronario, perspectivas actuales. Span. J. Surg. Res.2007; 10(2):87-89
11. Rodríguez R,Tamayo E,Álvarez FJ,Castrodeza J,Soria S,Cobreces MJ et al.Factores postoperatorios predictores de morbimortalidad en cirugía cardiaca.Span.J.Surg.Res.2007; 10(2):83-86
- 12.Colino Lamparero MJ. La medición de la presión venosa central en relación a la presión arterial en el postoperatorio de cirugía cardiaca. Reduca.2010;2(1):71-82

13. Rossi López M, Abella Arcos J, Roca Canzobre S, Pérez Taboada M, Pereira Ferreiro A. Protocolo del trasplante cardiaco en el postoperatorio inmediato. *Enferm Cardiol.* 2012;19(55-56):76-79
14. Stival de Faria Filho G, Ribeiro Caixeta L, Morato Stival M, Ramos de Lima L. Acute pain: nurses' clinical judgement in postoperative cardiac surgery. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(3): 400-409.
15. Alonso Martínez A. Procedimiento para la retirada de los drenajes torácicos tras una cirugía cardíaca en la unidad de Cuidados Intensivos - UCI A del Complejo Hospitalario de Navarra. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2013
16. Dutra Pereira CM, Coelho MJ. El tiempo de cicatrización del corazón: cuidar y cuidados del cliente para superar las dificultades después de cirugía cardíaca. *Enfermería Global.* 2008;12:1-11
17. Rubio Regidor JL, Pérez Vela A, Escriba Bárcena MA, Corres Peiretti E, Renes Carreño J, Gutiérrez Rodríguez P, et al. Complicaciones neurológicas en el postoperatorio de cirugía cardíaca. *Med Intensiva.* 2007;31(5):241-250.
18. Alconero Camarero AR, Carrera López M, Muñoz García C, Novo Robledo I, Saiz Fernández G. Análisis de las arritmias en el postoperatorio inmediato de cirugía vascular. *Enferm Intensiva.* 2005;16(3):110-118
19. Guardia Camí M, Jordán Gracia I, Urrea Avala M. Infección nosocomial en postoperados de cirugía cardíaca. *An Pediatr (Barc).* 2008;69(1):34-38.
20. De Fátima Miranda Alencar A, De Fátima da Silva L, Afio Caetano A, De Sousa AC, César Almeida. Evaluation of pain intensity and vital signs in the cardiac surgery postoperative period. *P. Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(2):327-333

21. Lisboa Gois C, Maimoni Aguillar O, Dos Santos V, Llapa Rodríguez EO. Los factores de estrés para los pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Invertir Educ Enferm*. 2012; 30 (3) :312-319.
22. Benzadón M, Cohen Arazi H, Comignani P, Villareal R, Trivi M, Fuselli JJ, Blanco P. Control de la glucemia en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Informe del Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Medicina (B. Aires)*. 2012; 72(1) :58-62.
23. Álvarez Lerma F, Carrasco M, Otal JJ, Palomar M, Olaechea P, Peris X, et al. Infecciones relacionadas con dispositivos invasivos después de cirugía cardíaca. *Med Intensiva*. 2013; 37(9):584-592.
24. Pivoto Lamberti F, Lunardi Danilo W, Costa Sidney Santos S, De Almeida Abreu M, Silva Silveira R. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta paul. enferm*. 2010; 23(5):665-670.
25. Dos Santos Silva MA, De Mattos Pimenta CA, De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz D. Entrenamiento y evaluación sistematizada del dolor: impacto en el control del dolor postoperatorio de cirugía cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):83-91
26. López Flores L, González Hernández AI. Estudio de caso en un paciente postoperado de cirugía cardiovascular con mediastinitis. *Rev Mex Enf Cardio* 2009; 17 (1-3): 24-29.
27. Da Silva Schulz R, Ferreira Santana R, Mara Cassiano K, Dos Santos I. Atención continuada de enfermería según Virginia Henderson a ancianos en situaciones quirúrgicas. *Evidentia*. 2013; 10(43).
28. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
29. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

30. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

31. Martínez López R, Ponce Martínez D.E. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras por presión. *Enferm glob.* 2011;10(24):60-84.

32. Navarro García MA, Irigoyen Aristorena MI, De Carlos Alegre A, Martínez Oroz A, Elizondo Sotro A, Indurain Fernández S, et al. Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *Enferm Intensiva.* 2011; 22(4):150-159.

ANEXOS:

ANEXO 1:

I ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

ANEXO 2:

Califique de 0 a 10 puntos el nivel de dolor que experimenta actualmente si 0 es la <<ausencia de dolor>> y 10 es el <<ápoximo dolor imaginable>> que usted soportaría.

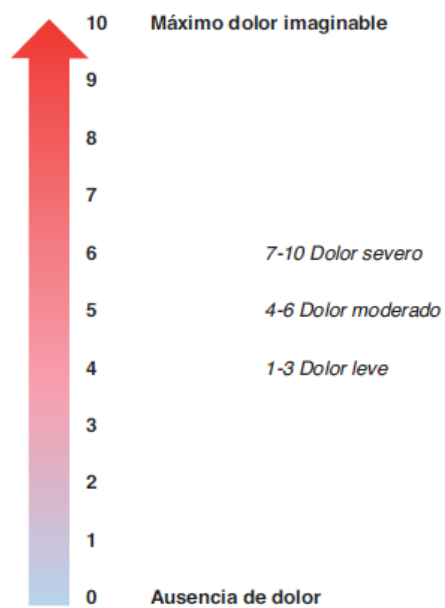


Figura 1 Escala verbal numérica del dolor.