

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO DE CREACIÓN DE VENTANA PERICÁRDICA POR
TAPONAMIENTO CARDÍACO, SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES- 2018**

**PRESENTADO POR:
LIC. KAREL NINEL TAPIA GONZALEZ**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**ASESORA:
Mg. ZOBEIDA CAMARENA VARGAS**

**Lima - Perú
2019**

	ÍNDICE	Pág.
RESUMEN		3
ABSTRACT		4
INTRODUCCION		5

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1. BASES TEORICAS	6
1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	14
1.3. TEORIAS DE ENFERMERÍA	16
1.4. ESTUDIOS RELACIONADOS	19

CAPITULO II
APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1. VALORACION DE ENFERMERÍA	20
2.2. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS	25
2.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	30
2.4. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE	31

CAPÍTULO III
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES DEL TRABAJO	40
3.2. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIA BIBLIOGRAFIA	42

RESUMEN

El presente trabajo académico es el caso clínico de una paciente adulta joven de sexo femenino de 29 años de edad, post operada inmediata de taponamiento cardiaco, que se encuentra en la unidad de recuperación postanestésica del Hospital Sergio E. Bernales. Este trabajo se realizó con el objetivo de prevenir complicaciones postoperatorias inmediatas y favorecer la recuperación del paciente mediante un cuidado especializado y humanizado.

Para el desarrollo del presente caso clínico se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería - EBE, que es un método científico y organizado, con un enfoque internacional integrado por 5 etapas, dichas etapas son sucesivas y se relacionan entre sí, su ejecución permite a la enfermera especialista en centro quirúrgico brindar un cuidado holístico e integral al paciente.

El trabajo fue desarrollado en 3 capítulos: el capítulo I corresponde al marco teórico, el capítulo II trata sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería, finalmente el capítulo III contiene las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, Taponamiento cardiaco, Creación de ventana pericárdica.

ABSTRACT

The present academic work is the clinical case of an adult female patient of 29 years of age, post operated immediately of cardiac tamponade, found in the Postanestésica Recovery unit of the Hospital Sergio E. Bernales. This work was carried out with the aim of preventing immediate postoperative complications and favouring the patient's recovery through specialized and humanized care.

For the development of the present clinical case the process of nursing care-EBE was applied, which is a scientific and organized method, with an international approach integrated by 5 stages, these stages are successive and relate to each other, their execution allows the Nurse Specialist in surgical center provide holistic and comprehensive patient care.

The work was developed in 3 chapters: Chapter I corresponds to the theoretical framework, chapter II deals with the application of the nursing care process, finally chapter III contains the conclusions, recommendations, bibliographical references and Annexes.

KEY WORDS: Nursing care, Cardiac tamponade, Creation of pericardium window

INTRODUCCION

En el Perú, las enfermedades cardiovasculares son consideradas entre las tres primeras causas de mortalidad, según lo refiere el Ministerio de Salud “Estas afecciones se pueden prever con una rigurosa política de prevención en donde un estilo de vida saludable cumple un papel primordial y está compuesta por la actividad física regular de 30 minutos diarias, alimentación balanceada, permitirán disfrutar de una vida más larga y saludable.” (1)

El taponamiento es un síndrome debido a la compresión del corazón por el derrame pericárdico, con un “continuum” que pueda llegar a un cuadro severo de bajo gasto cardiaco y hasta la muerte, esto requiere un manejo adecuado con rapidez y eficiencia en la actuación del papel de enfermería. (1)

En el periodo pos operatorio inmediato del paciente es fundamental la actuación de la enfermera, la cual tiene que identificar posibles complicaciones, prevenir riesgos de lesiones, calmar el dolor, etc., cada paciente es único y diferente, la enfermera especialista tiene que plasmar sus conocimientos, habilidades, actitudes, brindar un cuidado humanizado e integral, con el fin de protocolizar cuidados.

El presente caso es la aplicación del proceso de atención de enfermería donde se utilizó la taxonomía Nanda para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros basados en la valoración, fundamentado en la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. BASES TEÓRICAS

1.1.1. Taponamiento Cardíaco:

Es un síndrome clínico que se determina por la compresión cardíaca causada por la acumulación rápida de sangre o líquido en el pericardio, mayor de 60-80 ml, provocando: incremento de la presión intrapericárdica (PIP), incremento de la presión venosa central (PVC), baja presión arterial sistólica durante la inspiración, pulso paradójico, reducción del volumen de eyección y del volumen /minuto, hipotensión y muerte. (1)

La compresión cardíaca, puede ser lenta o súbita; por acumulación en el pericardio de líquido, coágulos, pus, o sangre; producto de algún derrame (que pueden llegar a ser agudos o crónicos), trauma o bien rotura cardíaca. (2)

Anatomía:

El corazón se encuentra en la parte central del mediastino medio y se encuentra recubierto por dos capas: pericardio y epicardio. (3)

El Pericardio

Es una membrana fibroserosa su estructura está formada por dos partes el pericardio seroso que recubre el epicardio, y el pericardio fibroso, que se dividen en una hoja visceral y parietal, las cuales, entre sí, se forma el espacio pericárdico, que presenta hasta 50 ml de líquido seroso. El pericardio cuenta con propiedades elásticas limitadas, es por ello que cuando hay un incremento de líquido pericárdico de más de 100 ml puede provocar efectos hemodinámicos de un taponamiento cardíaco.

(2)

Funciones del pericardio: son considerados.

1. Función lubricante: Facilita los desplazamientos entre ambas capas durante los movimientos cardiacos. Y a la vez disminuye la fricción causada por los movimientos del corazón.
2. Función ligamentosa: Limita al corazón de sufrir de desplazamientos debido a su anclaje a estructuras adyacentes.
3. Función física de contención: porque al momento de producirse los cambios bruscos de volumen intracardiaco permite limitar la distensión cardiaca.
4. Sirve de refuerzo en partes más delgadas del miocardio como: la aurícula y ventrículo derecho.
5. Función protección: sirve como barrera, limitando la proliferación de microorganismos.
6. Aísla el corazón limitando la diseminación de infecciones. (4)

Fisiopatología

El taponamiento cardiaco representa un continuo, desde un derrame que presenta pocos efectos o hasta un colapso hemodinámico. Desde la parte clínica, el punto más crítico se presenta cuando un derrame disminuye el volumen de las cavidades cardiacas de modo que el gasto cardiaco empieza a descender. (2)

La presión del espacio pericárdico es semejante a la aurícula derecha, cuando hay un incremento mayor de 50cc de líquido en el saco pericárdico las presiones son mayor o igual a la presión diastólica de la aurícula derecha y el ventrículo derecho; cuando se presenta un colapso en las cavidades como la aurícula derecha y ventrículo derecho, se produce un taponamiento cardiaco; si hay hipovolemia el taponamiento cardiaco queda encubierto (elevación de la presión intrapericardica).

A medida que va incremento de la presión intrapericardica va produciéndose el colapso de la aurícula derecha y ventrículo izquierdo, por ello disminuye el llenado diastólico y volumen sistólico en respuesta a esto aumenta el tono simpático, es decir se produce taquicardia, elevada resistencia arterial periférica, y Na en orina.

Por lo tanto, esto genera la disminución del gasto cardíaco y de la presión arterial, las cuales producen disfunción, hipoperfusión, daño de bomba y deterioro de volumen por latido, conllevando a una isquemia del miocardio o acidosis sistémica. (2)

Al desarrollo del taponamiento pericárdico se presentan dos consecuencias hemodinámicas. La primera es la pérdida del descenso y de la presión auricular derecha o venosa sistémica. El segundo es el pulso paradójico, una caída anormalmente grande en la presión arterial sistémica durante la inspiración, habitualmente definida como una caída >10 mmHg en la presión sistólica.

Causas: considera las siguientes

- **Agudas.** - Es la acumulación rápida de fluidos +/-200cc)
 - Trauma cerrado
 - Post cirugía cardiotorácica.
 - Iatrogénica: marcapaso e inserción de línea central.
 - Post de resucitación cardiopulmonar.
 - Disección aórtica-ruptura miocárdica.

- **Crónicas.** - Es la acumulación lenta de fluidos +/-1000cc.
 - Malignas: pulmón, mama, linfoma, leucemia
 - Pericarditis idiopática
 - Pericarditis viral, influenza, herpes, HIV, hepatitis C-uremia.

- Infección fúngica y bacteriana (staphylococcus aureus, mycoplasma tuberculosis).
- Otras: síndrome de Dressler, mixedema, enfermedades del colágeno, radiación, sobre anticoagulación. (3)

Síntomas: las resaltantes

- Disnea
- Intolerancia al mínimo ejercicio
- Comienza con agitación, luego coma y por ultimo paro cardiaco.
- Dolor en tórax y abdomen.

● **Signos Agudos:** considera la.

Triada de Beck: conformada por

Hipotensión

Incremento de la presión venosa central

Ruidos cardiacos disminuidos.

- La hipovolemia puede causar ausencia de ingurgitación yugular.
- Paciente en estado de agitación y estuporoso.
- Extremidades frías y húmedas
- Taquicardia y taquipnea. (3)

● **Signos crónicos:** considera.

- Presión arterial sistólica baja
- El pulso paradójico se presenta a causa de una enfermedad pulmonar obstructiva, miocardiopatía restrictiva, obesidad y embolia pulmonar.
- Signo de Kussmaul.
- Frote pericárdico
- Ruidos cardiacos ausentes (3)

Pruebas Diagnósticas: están consideradas

El examen físico y la clínica

Con la detección inmediata de la injuria cardiaca penetrante puede ascender la sobrevida.

El derrame pericárdico no traumática con tomografía computarizada (TC), puede recibir tratamiento sin llegar hasta la muerte. (3)

Radiografía de tórax

Generalmente se aprecia el ensanchamiento de la silueta cardiaca cuando hay una acumulación de líquido de más de 250 ml en el saco pericárdico. (4)

Electrocardiograma

Cuando hay presencia de derrame pericárdico se apreciará taquicardia sinusal, bajo voltaje del QRS, es decir que las derivaciones de los miembros serán menores a 0,5mm. (4)

Ecocardiografía

- Se utiliza para guiar la punción intrapericárdica y así evitar complicaciones potenciales.
- Localiza el derrame pericárdico.
- Permite cuantificar y describir las características del líquido.
- Permite descartar diagnóstico diferencial.
- Se utiliza durante la pericardiocentesis. (4)

Tomografía computarizada/ Resonancia magnética

- Permite la localización del derrame pericárdico.
- Se aprecia la compresión y deformidad de las cámaras cardiacas
- Inflamación venosa. (5)

Cateterismo cardíaco

- Permite la confirmación de taponamiento cardiaco. (5)

Tratamiento: se consideran los siguientes.

- Se administra líquidos intravenosos para mejorar el gasto cardiaco e incrementar la presión venosa central, como los antiinflamatorios no esteroideos: indometacina o ibuprofeno y los corticoides: prednisona.
- Cirugía de creación de ventana pericárdica, la cual permite drenar el líquido pericárdico y la exploración del saco pericárdico.
- Cirugía de pericardiotomía y pericardiectomía
- Procedimiento de pericardiocentesis. (3)

Complicaciones: las más resaltantes.

- Insuficiencia cardíaca
- Edema pulmonar
- Sangrado
- Shock
- Muerte (6)

Prevención

La mayoría de los casos no se pueden prevenir, pero si se es consciente de los factores de riesgo personales detectados, se podrán dar el diagnóstico y tratamiento oportuno. (6)

1.1.2. Ventana Pericárdica

Permite el drenado del líquido pericárdico, ya sea dentro de la cavidad pleural o peritoneal, porque ambas cavidades se encuentran recubiertas de células mesoteliales con capacidad absorbente. Es por ello, que el corazón cuando es presionado por el incremento del líquido pericárdico es preciso efectuar un drenaje a través de una ventana pericárdica, esto permitirá la liberación del saco pericárdico y tomar una muestra del líquido pericárdico para su estudio respectivo y así buscar las causas que la rige. (7)

Mientras más grande sea la apertura de la ventana pericárdica mayor drenaje del líquido será y así se evitará que continúe su almacenamiento.

La ventana pericárdica evalúa: Pericardio, diafragma, arteria mamaria interna y pulmones y evacua: hemotórax coagulado. (7)

Técnica quirúrgica

1. Se apertura la pared por planos, por incisión vertical por la línea media sobre apófisis xifoidea 5cm en dirección caudal.
2. Se procede a la separación y disección de apéndice xifoides de las fibras del recto anterior.
3. Se desplaza en sentido cefálico.
4. Se accede y se visualiza el pericardio que es sujeta con dos pinzas de Allis.
5. Se irriga con CINA el área quirúrgica, se remueve la sangre, se valora y se hace control de hemostasia.
6. Se realiza una pequeña incisión de 1 cm sobre el pericardio con mucha precaución de no dañar el epicardio subyacente.
7. Durante su apertura se consigue un líquido de aspecto pajizo, se toma muestra (jeringa de 10cc)
8. Se coloca un tubo a tórax y se fija con seda 2/0
9. Se realiza conteo de gasas completas con el equipo quirúrgico.
10. Se procede al cierre de pared según planos con vicril 3/0
11. Se realiza el cierre de piel con nylon 4/0. (7)

Posibles complicaciones post quirúrgicas:

- Sangrado abundante
- Infección
- Coágulo sanguíneo, que puede producir un ataque cerebral u otros problemas.
- Anormal ritmo cardíaco, que causan la muerte en casos poco frecuentes
- Ataque cardíaco

- Complicaciones debido a la anestesia
- Regreso del exceso de líquido
- Tener que repetir el procedimiento
- Tener que quitar la totalidad del pericardio. (7)

1.1.3. Drenaje torácico:

Es un tubo flexible y hueco que se coloca dentro de la cavidad pleural a través de una incisión. Tiene como función primordial el restaurar la presión negativa de la cavidad pleural alterada por la presencia de aire o líquidos biológicos que puedan afectar la función cardiopulmonar y causar un colapso. Y así permitir la reexpansión pulmonar.

El drenaje torácico está prescrito para evacuar o para evitar que se acumulen fluidos después de un procedimiento quirúrgico en el tórax:

- Neumotórax: Aire en pulmones
 - Derrame pleural: líquidos en cavidad pleural
 - Derrame maligno: Líquido asociado o provocado por algún tumor que infiltre pleura.
 - Empiema: pus
 - Hemotórax: Sangre en tórax
 - Quilotórax: Líquido linfático de alto contenido graso.
 - Postoperatorio de cirugía torácica (toracotomía o esternotomía)
- (8)

Localización:

2° espacio intercostal línea media clavicular en neumotórax anteriores y el 5 espacio intercostal línea media axilar anterior para los derrames pleurales. (8)

1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería realiza rápidamente el reconocimiento de todos los signos y síntomas y ejecutar los mecanismos terapéuticos correctos, evitando así complicaciones por este tipo de patologías en la que el tiempo es un factor determinante que actúa en contra del paciente. (1)

4260 Prevención del shock:

- Verificar respuestas de compensación como: presión arterial normal, piel fría y pálida, debilidad generalizada.
- Vigilar signos de ansiedad, piel fría, agitación y oliguria.
- Vigilar estado respiratorio y administrar oxígeno, si se requiere.
- Tomar EKG (electrocardiograma)
- Monitorizar funciones vitales.
- Asistir al médico a la colocación de tubo endotraqueal (TET).

4210 Monitorización hemodinámica invasiva:

- Monitorización la presión sanguínea, presión venosa central (PVC)
- Apoyo en la colocación y retiro de líneas hemodinámicas invasivas.

5820 Disminución de la ansiedad:

- Brindar un ambiente sereno que dé tranquilidad.
- Establecer expectativas del comportamiento del paciente.
- Observar si se presenta signos de ansiedad.
- Brindar seguridad y confianza al paciente ante una situación estresante.

3350 Monitorización respiratoria:

- Observar si se presenta disnea.
- Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico. (1)

1911 Manejo ácido-base: acidosis metabólica:

- Vigilar si se presentara manifestaciones del sistema nerviosa central de acidosis metabólica.
- Administrar bicarbonato sódico, si requiere. (1)

2620 Monitorización neurológica:

- Vigilar el nivel de conciencia.
- Comunicar al médico si hay cambios en el estado del paciente.

4180 Manejo de la hipovolemia:

- Realizar control de presión venosa central (PVC), Balance hídrico: ingresos y egresos.
- Colocar paquetes globulares plasma o plaquetas, si se requiere.

4090 Manejo de la arritmia:

- Realizar electrocardiograma (EKG) y evaluar respuestas.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia.

6680 Monitorización de los signos vitales:

- Controlar funciones vitales y función respiratoria.
- Observar si hay pulso paradójico.

7040 Apoyo al cuidador

- Enseñanza de actividades y estrategias de cuidado que incluyan la participación de los familiares.
- Permitir visitas familiares.

5270 Apoyo emocional

- Proporcionar información clara, precisa y objetiva sobre estado de salud del paciente.
- Favorecer las redes de apoyo social.
- Demostrar una atención humanizada y con calidad.
- Brindar seguridad para el desempeño de funciones de cómo atender al paciente. (1)

1.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson. Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería.

Según Virginia Henderson, en el modelo conceptual presenta una perspectiva clara de los cuidados de enfermería y permite desarrollar objetivos que están dirigidos a alcanzar la independencia del paciente y lograr la satisfacción en sus catorce necesidades básicas. (9)

La valoración de enfermería permite determinar la priorización de atención según la necesidad afectada y así poder realizar acciones que busquen la independencia del paciente. (9)

Conceptos Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son necesarias para conservar la integridad del individuo. Cada una de las necesidades están influenciadas por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Estas necesidades interactúan entre sí, por ello no pueden actuar por separadas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos. Y estas son:

1. Necesidad de oxigenación:

Función respiratoria: Ventilación espontánea o inhibida.

- Presencia de dispositivos para la ventilación:
- Auscultación de campos pulmonares:
- Saturación de oxígeno
- Gasometrías arteriales
- Parámetros de ventilación mecánica

Función cardiovascular: Ritmo cardíaco

- Estabilidad hemodinámica
- Palpación, auscultación, inspección. (9)
- Niveles de hemoglobina
- Tiempos de coagulación

2. Necesidad de nutrición e hidratación

- Evaluación de la presión venosa central (PVC).
- Balance hídrico postquirúrgico.
- Ingreso de hemoderivados.
- Revisión de electrolitos
- Edema
- Sonda nasogástrica
- Abdomen

3. Necesidad de eliminación

- Sondas torácicas
- Eliminación urinaria

4. Necesidad de moverse y tener buena postura.

- Condición motora y sensorial.
- Grado de relajación muscular.
- Posición del paciente.
- Dolor.

5. Necesidad de descanso y sueño.

- Estado de conciencia.

6. Necesidad de termorregulación.

- Temperatura corporal.
- Coloración de la piel.

7. Necesidad de higiene y protección de la piel.

- Herida quirúrgica. (9)

8. Necesidad de evitar peligros.

- Taponamiento cardiaco
- Infarto del miocardio
- Bajo gasto cardiaco
- Insuficiencia renal
- Hipovolemia
- Insuficiencia respiratoria
- Complicaciones pleuropulmonares
- Complicaciones neurológicas

9. Necesidad de vestimenta

10. Necesidad de comunicación:

Expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12. Necesidad de Trabajar:

Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Necesidad de Jugar:

Participar en actividades recreativas.

14. Necesidad de Aprender:

Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. (9)

1.4. ESTUDIOS RELACIONADOS

Fernández Sanz L, Gómez Camuñas MJ, García Álvarez G., el 2010, en España. Caso Clínico: Taponamiento Cardíaco en paciente con cateterismo cardíaco, en este presente caso revisaron la correcta atención del profesional de enfermería en un paciente que presenta un taponamiento cardíaco iatrogénico tras someterse a un cateterismo cardíaco. La ejecución del proceso enfermero se hace uso de la NANDA, NIC, NOC, que conllevan mayormente a la efectividad y excelencia en el cuidado.

El objetivo principal de este caso clínico es explicar de forma clara y concisa la manera de reconocer los signos y síntomas que no deben pasar inadvertidos.

El reconocimiento rápido por el profesional de enfermería de los signos y síntomas y la puesta en marcha de los mecanismos terapéuticos adecuados evitaron el desenlace fatal de este tipo de patologías en las que el tiempo es un factor que actúa en contra del paciente. (1)

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1. VALORACION DE ENFERMERÍA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	:	L.H.L.
Edad	:	29 años
Sexo	:	Femenino
Religión	:	católico
Estado civil	:	Casada
Número de hijos	:	2
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Nacionalidad	:	Peruana
Lugar de nacimiento	:	Lima
Procedencia	:	Lima
Con quien vive	:	Con su esposo
Fecha de ingreso	:	30/07/2018
Motivo de Hospitalización	:	Taponamiento Cardíaco
Fecha de la intervención	:	31/07/2018
Fecha de valoración	:	31/07/2018

Antecedentes personales.

RAMS: Niega

Hábitos tóxicos: No consume tabaco, alcohol esporádicamente

Medicación habitual: estuvo con tratamiento para ITU, ceftriaxona 2gr c/12hs.por 5 días.

Antecedentes Patológicos.

Ca de mama IIIA hace 2 años. (Paciente refiere que no ha ido a sus controles y exámenes al INEN hace 18 meses).

Antecedentes familiares

Madre: Muerte por Ca de mama.

Motivo y relato de ingreso:

30/07/2018 17:00 pm.

Paciente adulta joven de sexo femenino ingresó acompañado de esposo, ella refiere que desde hace 2 semanas presenta tos con flema de secreción de color blanquecino, con malestar general, dolor de espalda e insomnio a causa del dolor, niega otra sintomatología, por estos motivos acude al servicio de emergencia del hospital. Se controlaron sus funciones vitales que fueron FC: 121x´ FR: 24x´ P/A: 90/60mmHg SpO₂: 96% T°: 36°c, Peso: 72 kg, Talla. 1.55 mts.; paciente evidenciaba disnea marcada y no toleraba la posición de decúbito dorsal se le indica varios exámenes de laboratorio y RX de tórax.

30/07/2018 19:00 pm.

Paciente es evaluado por Neumología, quien evalúa resultado de Rx e indica TAC y el cual evidencia patrón reticular modular en ACP y ausencia de movimiento ventilatorio. Deja indicaciones: oxigenoterapia por CBN a 4ltx´ e interconsulta a cirugía de tórax y cardiovascular.

30/07/2018 22:00 pm.

Paciente es evaluado por cirugía de tórax y cardiovascular, quien identifica ingurgitación yugular e indica un ecocardiograma donde se evidencia derrame pericárdico global con volumen aproximado 1200cc con signos de taponamiento cardíaco, por ello se indica interconsulta con cardiología para riesgo quirúrgico y anestesiología; se solicita grupo y factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, se coordina con banco de sangre para pruebas cruzadas, se suspende todo por vía oral y, se le hace firmar consentimiento informado de intervención quirúrgica. Se presenta solicitud de intervención a anestesiología y se espera el llamado de sala de operaciones, por falta de disponibilidad de sala. Se controlaron sus funciones vitales que fueron FC: 128x´, FR: 28x´, P/A: 90/50mmHg, SpO₂: 93%, T°: 36.7°c.

Motivo de ingreso a sala de operaciones.

31/07/2018 2:30 am

Intervención quirúrgica programada para creación de ventana pericárdica drenaje de derrame pericárdico.

2.1.1. Situación Problemática

Paciente adulta joven de 29 años de edad de sexo femenino; post operada inmediata de una ventana pericárdica más biopsia pericárdica por un taponamiento cardiaco, ingresa al servicio de unidad de recuperación post anestésica bajo los efectos de anestesia general intubada, acompañada de anesthesióloga y enfermera circulante, quien reporta que durante la cirugía el paciente recibió 2 paquete globular (pendiente tercer paquete globular) y 2 PFC, 2 poligelinas, a causa de pérdida sanguínea de aproximadamente 1200cc. A la entrevista de los familiares: el esposo y padres refieren “como esta ella, estoy preocupado, salió bien de la cirugía.

Paciente se le observa en AMEG, pupilas isocóricas 2/2, normoreactivas, escala de ALDRETE 3 puntos (actividad motora 0, respiración 1, circulación 1, conciencia 0, SatO₂ 1), con tubo endotraqueal (TET), conectado a ventilador mecánico a modo AC VT500 Fi O₂ 100%, a la auscultación presencia de ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares, con movimiento ventilatorio disminuido, disnea marcada, piel fría, pálida y diaforética, llenado capilar de >2”, mucosa oral semihidratadas, con CVC de tres lúmenes a nivel de subclavia, en el lumen distal está pasando por bomba de infusión Dext 5%AD 100 más noradrenalina 10mg/min, con vía periférica en miembro superior izquierdo (antebrazos) pasando midazolam 50mg en CNa 9% 100, ruidos hidroaereos disminuidos, edemas en MMSS y MMII ++/+++, presencia de herida quirúrgica cubierto con apósito limpios y secos, incisión a nivel xifoidea, con dren torácico conectado a frasco con 1100cc de líquido hemático, presencia de sonda Foley permeable con orina colúrica 60 ml en 3h.

Funciones vitales: FC: 121 x', FR: 25 x', T°: 36 °C, PA: 90/50mmhg, SatO₂: 90% Peso: 74 kgTalla. 1.55 mts.

Examen de Laboratorio:**Preoperatorio: (Fecha: 30/07/ 2018)**

Hematología	valor preoperatorio	valor post operatorio
• Hemoglobina	: 9.3 gr/dl	7.9 gr/dl
• Hematocrito	: 27.9 %	21%
• Plaquetas	: 206.000 mm ³	200.000 mm ³
• RBC	: 2.32 10 ⁶ /ul	2.44 10 ⁶ /ul
• MCV	: 95.4	90
• MCH	: 35.2	33
• CHCM	: 29.8 gr/dl	29 gr/dl
• RDW	: 24.6%	24 %
• HDW	: 4.09	4.01
• MPV	: 8.8	8.4
• %NEUT	: 85.5 %	87.5 %
• %LYMPH	: 9.2 %	10%

AGA y Electrolitos

• PH	: 7.35	
• PCO ₂	: 40.6	35 - 45 mmHg
• PO ₂	: 60.3	70 - 100 mmHg
• HC ₃	: 21.1	22 - 26 mmol/L
• Hb	: 7.9	11 - 14 mg/dl
• Hto	: 23.7	
• Lac	: 3.02	
• FiO ₂	: 50%	
• Na ⁺	: 134.2	135 - 145 mEq/l
• K ⁺	: 3.4	3,5-5 mEq/l
• Cl ⁻	: 107	

Valores normales**Hemograma**

• Creatinina	: 0.7 mg/dl	0.720 a 1.80 mg/dl
• Glucosa	: 115 mg/dl	70 a 110 mg/dl

- Urea : 30 mg/dl 10 a 50 mg/dl
- Albumina : 2.5 mg/dl
- Proteínas : 5.8 g/dl

Coagulación y sangría.

- Tiempo de sangría : 2.20 (0.00:5.00) min seg.
- Tiempo de coagulación : 5.00 (0.00:10.00) min seg.
- Grupo sanguíneo : "O"
- Factor Rh : Positivo

Perfil Preoperatorio.

- Antígeno Australiano (HBSAG) : No reactivo.
- Investigación de VIH : No reactivo.
- V.D.R. L : No reactivo.

Informe Ecocardiográfico

Estudio realizado con paciente sentada por poca tolerancia al decúbito

Cavidades cardíacas de pequeños volúmenes

Función sistólica VI disminuida, función sistólica VD disminuida tapse 16

Llenado diastólico VI tipo relajación lenta

Regurgitación tricúspide leve

Derrame pericárdico global volumen aprox. 1200 con signos de taponamiento cardíaco.

Reporte Operatorio.

- Diagnostico preoperatorio: Taponamiento cardíaco
- Diagnostico post-operatorio: Confirmado.
- Operación programada: Creación de ventana pericárdica
- Operación realizada: Creación de ventana pericárdica + Biopsia de pericardio.

Tratamiento Post Operatorio (Fecha: 31/10/ 2018).

- NPO
- Dextrosa 5% 1000cc + 2amp (Hipersodio) + 1amp (Kalium) a 15 gts x'

- Vitamina K 1amp ev c/12h
- Ceftriaxona 2g ev/24h
- Tramadol 100mg ev c/8h
- CFV + BHE
- Iniciar destete de ventilador mecánico
- Retirar gradualmente noradrenalina (8mg+Dext 5%100cc a 10ml x')
- Transfusión de tercer paquete globular (310ml)
- Control de Dren torácico
- Control de diuresis

2.2. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS.

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ca de mama IIIA hace 2 años. (Paciente refiere que no ha ido a sus controles y exámenes al INEN hace 18 meses). • Madre: Muerte por cáncer de mama. 	<p>Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 2. Gestión de la Salud Mantenimiento Ineficaz de la Salud</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares 	<p>Dominio 1: Actividad/ Reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares Disminución del gasto cardiaco</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Disnea marcada • Piel fría, pálida y diaforética • Edemas en MMSS y MMII ++/+++ • Ingurgitación yugular • FC: 121 x', FR: 25 x', T°: 36 °C, PA: 90/50mmhg, SatO2: 90% <p>Según electrocardiograma (EKG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cavidades cardiacas de pequeños volúmenes • Función sistólica VI disminuida, función sistólica VD disminuida • Llenado diastólico VI tipo relajación lenta • Derrame pericárdico global volumen aprox. 1200 	
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x', FC: 121 x', SpO2: 90% • Piel fría, pálida y diaforética <p>Seguin examen de Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PH: 7.3 • PCO2: 40.6 • P02: 60.3 mmHg • HC03: 21.1 mmol/L • Lac: 3.02 • Na+: 134.2 mEq/lt • Cl- : 107 	<p>Dominio 3: Eliminación. Clase 4. Función respiratoria Deterioro del Intercambio gaseoso</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p>	<p>Dominio 4: Actividad/ Reposo</p>

<ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x', FC: 121 x' y SpO2: 90% • PA:90/50mmhg • Con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico a modo AC VT500 Fi O₂ 50%, • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares • Movimiento ventilatorio disminuido • Disnea marcada • Dren torácico 	<p>Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares Patrón respiratorio ineficaz</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitación yugular • Edemas en MMSS y MMII ++/+++ • Hb: 7.9 mg/dl Hto: 23. 7 % Peso: 74 kg • Disnea marcada • Orina colúrica 60 ml en 3h. 	<p>Dominio 2: Nutrición Clase 5. Hidratación Exceso de volumen de líquidos</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x', FC: 121x', SatO2: 90%. • Con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico a modo AC VT500 Fi O₂ 50%, • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares. 	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección. Clase 2. Lesión física. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p>

<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión quirúrgica. • Vía periférica • Catéter venoso central a nivel subclavia de 3 lúmenes • Tubo endotraqueal (TET) • Drenaje torácico • Paciente con sonda Foley • Hb: 7.9 mg/dl Leucocitos:4.600 	<p>Dominio11: Seguridad /Protección. Clase 1. Infección. Riesgo de infección.</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión quirúrgica. • Drenaje torácico • Con tubo endotraqueal (TET), conectado a ventilador mecánico • Piel fría, pálida y diaforética • Obesidad Peso: 74 kg, Talla. 1.55 metros. • Apósitos húmedos sanguinolentos • Hb: 7.9 mg/dl 	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección. Clase 2. Lesión física o daño corporal. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>
<p>Datos subjetivos. A la entrevista de los familiares: el esposo y padres refieren “como esta ella, estoy preocupado, salió bien de la cirugía”.</p> <p>Datos objetivos. Familiares expresan en el rostro: tristeza, preocupación, ansiedad y llanto.</p>	<p>Dominio 7: Rol / Relaciones. Clase 2. Relaciones familiares. Interrupción de procesos familiares</p>

2.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

2.3.1. Priorización de diagnósticos de enfermería.

1. Disminución del gasto cardiaco R/C alteración del volumen de eyección, de la pre y post carga.
2. Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana alveolocapilar.
3. Patrón respiratorio ineficaz R/C Hiperventilación
4. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones m/p por ruidos crepitantes en ambos campos pulmonares, FR: 25 x', FC: 121x', SatO2: 90%.
5. Exceso de volumen de líquidos R/C falla de mecanismos reguladores.
6. Riesgo de la integridad cutánea R/C inmovilización, incisión quirúrgica y punto de dren m/p por destrucción de las capas de la piel (presencia de herida quirúrgica).
7. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos
8. Mantenimiento ineficaz de la salud R/c Recursos insuficiente.
9. Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia m/p Manifestación verbal de los familiares (“como esta ella, estoy preocupado, salió bien de la cirugía”)

2.4. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares • Disnea marcada • Piel fría, pálida y diaforética • Edemas en MMSS y MMII ++/+++ • Ingurgitación yugular • FC: 121x', FR: 25x', T°: 36°C, PA: 90/50mmhg, SatO2: 90% <p>Según EKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cavidades cardiacas de pequeños volúmenes • Función sistólica VI disminuida, función sistólica VD disminuida • Llenado diastólico VI tipo relajación lenta • Derrame pericárdico global volumen aprox. 1200 	Disminución del gasto cardiaco R/C alteración del volumen de eyección, de la pre y post carga	<p>Objetivo General: Paciente recuperará gasto cardiaco dentro de los límites normales al término del turno.</p> <p>Objetivo Especifico Paciente presentará presión media entre 70 - 80 mmHg. y FC dentro de los parámetros normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca monitor cardiaco de multiparámetro para monitorizar las funciones vitales. • Se valora el ritmo y frecuencia cardiaca. • Se asiste al médico para la programación del ventilador mecánico FIO2 al 50%. Se vigila la función respiratoria. • Se vigila permeabilidad del catéter venoso central • Se vigila parámetros el ventilador mecánico • Se realiza electrocardiograma y se valora • Se toma muestra para AGA y se valora el resultado. • Se administra tercer paquete globular • Control de diuresis horaria • Se monitoriza funciones vitales cada 15min. • Realizar control balance hídrico estricto • Se vigila permeabilidad y se ordeña tubo de latex del drenaje torácico. • Se retira gradualmente noradrenalina (8mg+Dext 5%100cc a 10ml x') • Se administra furosemida 20mg EV stat. • Se administra Vit. K 1amp ev c/12 	<p>Paciente quedo con PAM 65mmHg Fc: 68 X', continua con ventilador mecánico.</p> <p>Diuresis: 220ml Edema: ++/+++</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x' • FC: 121 x' • SpO2: 90% • PA:90/50mmhg • Piel fría, pálida y diaforética <p>Seguin exámen de Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PH: 7.35 • PCO2: 40.6 • P02: 60.3 mmHg • HC03: 21.1 mmol/L • Lac: 3.02 • Na+: 134.2 mEq/lt • Cl- : 107 	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana alveolocapilar.</p>	<p>Objetivo General Paciente recuperará el intercambio Gaseoso, progresivamente</p> <p>Objetivo Especifico Paciente presentara AGA dentro de los límites normales al termino del turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar y fijar las conexiones del VM. • Se aspira secreciones por boca y luego por tubo, oro faringe a demanda, según norma y guía del servicio. • Se toma muestra para AGA y se valora. • Se vigila la aparición de signos de cianosis, coloración de la piel. • Se retira gradualmente noradrenalina (8mg+Dext 5%100cc a 10ml x') • Se monitoriza funciones vitales por monitor cardiaco. • Se asiste al médico para la programación del ventilador mecánico FIO2 al 50%. Se vigila la función respiratoria. • Se vigila constante signos de lucha contra el respirador y presencia de reflejos para valorar la extubación. • Se vigila permeabilidad, fluctuación y se evita acodamiento del tubo. • Se vigila el sistema de drenaje, que este siempre en posición vertical por debajo del tórax. • Se ordeña tubo de látex del drenaje torácico. • Realizar control BHE • Se administra tramadol 100mg EV en CIna 9%100 c/8h. • Se coordina con servicio de Rx para toma de placa Rx control. 	<p>Paciente aún bajo efectos de anestesia, con resultados al termino del turno con AGA:</p> <p>Ph:7.36 PO2: 72.8 mmHg. PCO2: 41.5mmhg HC03: 21.8 Na+: 134.8 mEq/lt K+: 3.4 mEq/lt</p> <p>Médicos continúan con el destete del ventilador mecánico progresivamente, SatO2: 96%, pendiente informe de resultado de placa Rx</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x' • FC: 121 x'. • SpO2: 90% • PA:90/50mmhg • Con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico a modo AC VT500 Fi O₂ 50%, • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares • Movimiento ventilatorio disminuido • Disnea marcada • Dren torácico 	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C Hiperventilación</p>	<p>Objetivo General Paciente recuperará el patrón respiratorio dentro de 3 horas</p> <p>Objetivos específicos: Paciente presentara vía aérea libre de secreciones al término del turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca al paciente en posición semifowler. • Se aspira secreciones por boca y luego por tubo, oro faringe según guía del servicio. • Se monitoriza AGA, SatO₂, FR. • Se ausculta sonidos respiratorios, si hay presencia de sonidos adventicios y se registra. • Se observa si hay fatiga muscular respiratoria. • Médicos programan parámetros de VM FIO₂ al 50%. Se vigila la función respiratoria. • Se administrar tramadol 100mg en 100ml CINA 9% ev. • Se vigila permeabilidad, fluctuación y se evita acodamiento del tubo. • Se vigila el sistema de drenaje, que este siempre en posición vertical por debajo del tórax. • Se ordeña los tubos de látex del drenaje torácico. • Se coordina con servicio de Rx para toma de placa RX. 	<p>Paciente presenta FR: 22 X' a la auscultación buen pasaje aire en ambos campos pulmonares.</p> <p>Al término del turno, médicos continúan con el destete del ventilador mecánico progresivamente. SatO₂: 96%, pendiente informe de resultado de placa Rx</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR: 25 x' • FC: 121x' • SatO2: 90%. • Con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico a modo AC VT500 Fi O₂ 50%, • Ruidos crepitantes difusos en ambos campos pulmonares. 	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones m/p por ruidos crepitantes en ambos campos pulmonares, FR: 25 x', FC: 121x', SatO2: 90%.</p>	<p>Objetivo General Paciente presentara vía aérea permeable al término del turno.</p> <p>Objetivo Especifico Paciente eliminara las secreciones bronquiales al cabo de 3 horas en el servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca a la paciente en posición semifowler. • Se controla la FR tanto en el ritmo como en la profundidad. • Se realiza lavado de mano según normas de bioseguridad y colocación de guantes quirúrgicos. • Se aspira secreciones por boca y luego por tubo, oro faringe a demanda cada vez que el paciente lo requiera y según guía del servicio, elimina secreción blanquecina. • Se cambia sujetador del tubo endotraqueal. • Médicos continúan con el destete del VM FIO2 al 50%. Se vigila la función respiratoria. • Se asegura y fija las conexiones del VM. • Se cambia de posición cada 2 horas para que movilice las secreciones. • Se coordina con servicio de Rx para toma de placa RX. 	<p>Al término del turno, médicos continúan con el destete del ventilador mecánico progresivamente. SaO2: 96%, Fr: 22x'</p> <p>Secreciones blanquecinas escasas.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitación yugular • Edemas en MMSS y MMII ++/+++ • Hb: 7.9 mg/dl • Hto: 23.7 % • Disnea marcada • Orina colúrica 60 ml en 3h. • Peso: 74 kg 	<p>Exceso de volumen de líquidos R/C falla de mecanismos reguladores.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente recuperará el equilibrio de líquidos y electrolitos parámetros normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza las funciones vitales en el monitor multiparámetro observando los cambios que hubiera. • Paciente en NPO • Se administra tercer paquete globular. • Restricción de líquidos: Dextrosa 5% 1000cc + 2amp (Hipersodio) + 1amp (Kalium) a 15 gts x' • Se administra furosemida 20mg EV stat. • Se observa y valora los apósitos de la herida quirúrgica en busca de sangrado. • Se toma muestra de AGA y se valora resultado. • Se reporta diuresis horaria. • Se realiza BHE 	<p>Paciente queda con BH: + 100 Diuresis: 220ml Peso: 72 kg Edemas: ++/+++ Hb: 8.5 mg/dl Hto: 25.5%</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso: 74Kg • Paciente en NPO • Hb: 7.9 mg/dl • Proteínas totales: 5.8g/dl • Edemas en MMSS y MMII ++/+++ 	<p>Riesgo de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C presencia de tubo endotraqueal</p>	<p>Objetivo General Paciente mantendrá buen grado nutricional durante el turno.</p> <p>Objetivo específico El paciente mantendrá peso adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de mano según normas de bioseguridad y colocación de guantes quirúrgicos. • Se aspira secreciones por boca y luego por tubo, oro faringe a demanda cada vez que el paciente lo requiera y según guía del servicio. • Se cambia sujetador del tubo endotraqueal. • Administrar líquidos según indicación médica: Dextrosa 5% 1000cc + 2amp (Hipersodio) + 1amp (Kalium) a 15 gts x' • Tomar AGA y valorar resultados. • Paciente con posibilidad de nutrición parenteral mañana. • Se realiza balance hídrico estricto. 	<p>Paciente queda en NPO y con peso de 74kg.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión quirúrgica. • Drenaje torácico • Con tubo endotraqueal, conectado a ventilador mecánico • Piel fría, pálida y diaforética • Peso: 74 kg, Talla. 1.55 mts. • Apósitos húmedos sanguinolentos. 	<p>Riesgo de la integridad cutánea R/C inmovilización, incisión quirúrgica y punto de dren m/p por destrucción de las capas de la piel (presencia de herida quirúrgica).</p>	<p>Objetivo General Paciente mantendrá herida quirúrgica en evolución favorable con ayuda del equipo de salud durante su estancia en la unidad de recuperación post anestésica.</p> <p>Objetivo específico. Mantener herida quirúrgica limpia, con apósitos secos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de mano según normas de bioseguridad y colocación de guantes quirúrgicos. • Se cambia sujetador del tubo endotraqueal. • Se inspecciona el estado de la incisión quirúrgica. • Se controla y se anota las características de la herida: drenaje, color, tamaño, temperatura. • Se asiste al médico cirujano de tórax y cardiovascular quien realiza cambio de apósito con estricta medida de bioseguridad. • Se evita fuentes de presión y fricción en la herida. • Se mantiene la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Se valora punto de incisión de drenaje y aspecto de volumen de drenado. • Se realiza registro de enfermería. 	<p>Paciente queda con apósitos limpios y secos y en continua observación de la herida quirúrgica.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herida quirúrgica. • Vía periférica • CVC a nivel subclavia de 3 lúmenes • TET • Dren torácico • Paciente con sonda Foley • Hb: 7.9 mg/dl • Leucocitos: 4.600 	<p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos</p>	<p>Objetivo General Paciente mantendrá temperatura y Hemograma dentro de los límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda cuidados teniendo en cuenta los cinco momentos de la cuenta los cinco momentos de la Bioseguridad. • Se realiza lavado de mano según normas de bioseguridad y colocación de guantes quirúrgicos. • Se cambia sujetador del TET cada vez que sea necesario. • Se administra Ceftriaxona 2 gr. EV C/ 24 h. lento y diluido teniendo en cuenta los 10 correctos. • Se realiza mantenimiento CVC y catéter periférico según guía de procedimientos. • Se tiene en cuenta la higiene perineal y el cambio de la sonda foley según protocolo. • Se mantiene la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. 	<p>Paciente presenta temperatura de 36°C. HB: 8.5 mg/dl</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. A la entrevista de los familiares: el esposo y padres refieren “como esta ella, estoy preocupado, salió bien de la Cirugía.</p> <p>Datos objetivos. Familiares expresan en el rostro: tristeza, preocupación, ansiedad y llanto.</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia m/p Manifestación verbal de los familiares (estamos preocupadas por la salud de mi madre).</p>	<p>Objetivo General Familiares se adaptan a los cambios de rutina por el estado de salud su paciente</p> <p>Objetivo Específico. Familiares recibirán información respecto al estado de salud de la paciente diariamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda apoyo emocional a la familia con respecto al proceso de hospitalización. • Se coordina con la familia quienes deben recibir el informe del médico diariamente y así mantener a la familia informado. • Se responde a todas las dudas que tiene la familia con respecto al estado de salud de la paciente. • Se coordina quienes entran a visitar a la paciente y como deben conversar con ella. • Se coordina con servicio social para evaluación para SIS. 	<p>Familiar refiere estar más tranquilo con la atención que se le brinda. Paciente queda con sis.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de Taponamiento pericárdico.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ca de mama IIIA hace 2 años. (Paciente refiere que no ha ido a sus controles y exámenes al INEN hace 18 meses). • Madre: Muerte por Ca de mama. 	<p>Mantenimiento ineficaz de la salud R/c Recursos insuficiente.</p>	<p>Objetivo General La familia determinará conocimientos adecuados acerca del estado de la enfermedad de su paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aprendizaje sobre los cuidados de la enfermedad de su paciente. • Fomenta en forma oral los sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. • Animar a la familia a que asuma más responsabilidad de su propia salud. • Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. • Animar a la familia a que asuma responsabilidad de su autocuidado como sea posible. 	<p>Familia refiere que está más informada de la salud de su paciente</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones:

- Que el reconocimiento rápido y oportuno dado por el equipo de salud, en especial el de enfermera especialista en centro quirúrgico en la identificación de los signos y síntomas, la puesta en marcha de los mecanismos terapéuticos y los cuidados adecuados evitaron el desenlace fatal de este tipo de patologías en las que el tiempo es un factor que actúa en contra del paciente.
- La aplicación del PAE en una paciente post operada de una creación de ventana pericárdica, se observa la importancia de una adecuada y correcta elaboración de cada etapa del PAE, ya que es una herramienta primordial en nuestra labor diaria como profesional, porque permite a la enfermera a elaborar cuidados enfocados en las respuestas humanas, planificados e individualizados que van dirigidos principalmente a la prevención de complicaciones en el postoperatorio inmediato.
- En la unidad de recuperación post anestésica, el modelo que más se orienta es el de Virginia Henderson, porque permite satisfacer las necesidades del paciente crítico, partiendo de las 14 necesidades básicas.

3.2. Recomendaciones

- A la Jefa de Enfermería del servicio de Centro Quirúrgico elaborar, coordinar y ejecutar el plan de capacitación y velar por su desarrollo para lograr la actualización de conocimientos en nuevas técnicas.
- Al personal de enfermería, que a partir del desarrollo de este PAE sirva como guía o modelo para la creación de protocolos de atención en el servicio de centro quirúrgico, para mantener o potencializar los cuidados de enfermería para disminuir las complicaciones post operatorias y su vez mejorar la calidad de vida del paciente.
- A la enfermera especialista en Centro Quirúrgico; aplicar el PAE como herramienta científica en su labor diaria, evidenciando el trabajo de enfermería.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Fernández Sanz L, Gómez Camuñas MJ, García Álvarez G., Caso Clínico: Taponamiento Cardíaco en paciente sometido a cateterismo cardíaco, Enfermería en Cardiología Nº 51-52 / 3.er - 1.er 2, España. 2014.
2. Carlos Eduardo Bolaños Gómez, Taponamiento Cardíaco, Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (618) 165-172, Costa Rica. 2016
3. Dra. Fanny E. Ramírez Calderón, Taponamiento Cardíaco y Pericardiocentesis, Hospital General María Auxiliadora Lima-Perú. 2006
4. Carlos S. Molina Mazón, Javier García Niebla, Taponamiento cardíaco Pericardiocentesis. Hospital Universitari de Bellvitge, octubre, España. 2013
5. Angélica Bautista Delgado, Taponamiento Cardíaco, Universidad Anáhuac Mayab. México 2010
6. Universidad Anáhuac Mayab, Open course ware, Ventana Pericárdica. México 2010
7. Overlake, Medical Center and Clinics. Ventana pericárdica. 2010-2018 se encuentra en [https://overlake.kramesonline.com/Spanish/HealthSheets/3, S,90467es](https://overlake.kramesonline.com/Spanish/HealthSheets/3,S,90467es).
8. Mg. José Andicoberry M., Marin Barnuevo F., Dolores Martinez P., Virginia Garcia S., Concha Lazaro C. Atención de enfermería al paciente con drenaje torácico. Servicio Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. 2014

9. Revista Mexicana de Enfermería Cardiología. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Vol 9 N°1-4. México 2015