

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 11
Volume

Número 3
Number

Septiembre-Diciembre 2003
September-December

Artículo:

Lactante menor postoperado de
corrección total de conexión anómala
total de venas pulmonares

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Estudio de caso

Lactante menor postoperado de corrección total de conexión anómala total de venas pulmonares

Lic. Enf. Rocio Gutiérrez Ruiz*

* Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

RESUMEN

El proceso enfermero en un lactante menor posterior a la corrección total de conexión anómala total de venas pulmonares (CATVP) se basa en los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. Dentro de los diagnósticos elaborados, destacan de manera relevante: nutrición alterada relacionada a demandas metabólicas superiores a la ingesta manifestado por caquexia, alto riesgo de infecciones relacionado a intubación endotraqueal, limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a ventilación asistida manifestado por acúmulo de secreciones bronquiales, déficit del intercambio gaseoso relacionado a deterioro en la mecánica respiratoria manifestado por intubación endotraqueal, déficit en la integridad cutánea relacionado a procedimiento quirúrgico manifestado por dehiscencia en heridas de inserción de sonda pleural, déficit en la movilidad física relacionado a sedación manifestado por úlceras grado I en región coccígea y deterioro de la interacción social relacionado a sedación.

Palabras clave: Enfermería, NANDA, cardiopatía congénita.

ABSTRACT

The nursery process in a newly-born suckling baby subsequent to the total correction of total anomalous connection of pulmonary veins (TACPV) is based upon the nursery diagnosis approved by the NANDA. Among the developed diagnosis, there are some of them that stand out: altered nutrition related to metabolic requests higher than ingestion and being manifested through cachexia, high risk of infections related to endotracheal intubation, inefficient cleaning of respiratory ducts related to assisted ventilation manifested by bronchial secretion gathering, deficit in gaseous interchange related to damage in the respiratory mechanism manifested by endotracheal intubation, deficit in cutaneous completeness related to a surgical procedure manifested by dehiscence in hurts of pleural catheter insertion, deficit in physical mobility related to soothing manifested by ulcers grade I in the coccyx region and damage of the social interaction related to soothing.

Key words: Nursery, NANDA, congenital cardiopathy.

INTRODUCCIÓN

Ocho de cada 1,000 recién nacidos padecen una cardiopatía congénita. La conexión anómala de total de

venas pulmonares es una de las más frecuentes, debido a esto la planificación de los cuidados e intervenciones de enfermería están enfocadas a favorecer la mejoría postoperatoria del paciente con corrección total de la misma. Normalmente las venas pulmonares con su sangre oxigenada que proviene de los pulmones drenan en la aurícula izquierda. Sin embargo en la CATVP las 4 venas pulmonares desembocan o drenan directamente en la aurícula derecha (CATVP intracardiaco) o más comúnmente en la vena cava superior (CATVP supracardiaco) o en la vena cava inferior (CATVP infradiafragmático) a través de un colector y de una vena vertical. En la vena cava la sangre oxigenada que proviene del colector se mez-

Recibido para publicación: 4 de agosto 2003
Aceptado para publicación: 15 de septiembre 2003.

Dirección para correspondencia:
Servicio de Cardiopediatría. 6° piso "H". Instituto Nacional de Cardiología
"Ignacio Chávez"
Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan, CP. 14080.
Tel. 5573 2911, Ext. 1335-1336.

cla con la sangre no oxigenada que proviene del cuerpo de forma que drena en la aurícula derecha, ventrículo derecho y arteria pulmonar dirigiéndose de nuevo al pulmón para oxigenarse inútilmente ya que está oxigenada. Como consecuencia de ello, hay una sobrecarga de circulación en la aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar, pulmón y venas pulmonares con su colector. Este hiperflujo de sangre causa insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar.

La existencia de una comunicación interatrial (CIA) es obligada en esta cardiopatía para que los niños sobrevivan, pues sólo existiendo la CIA puede pasar algo de sangre mezclada, oxigenada y no oxigenada a la aurícula izquierda, ventrículo izquierdo, y aorta, y proporcionar sangre a todo el cuerpo. Si no hay CIA o ésta se cierra precozmente al nacer o bien es pequeña puede sobrevenir la muerte inmediata del recién nacido por lo que es necesario realizar de urgencia una dilatación de la CIA con un cateterismo terapéutico conocido como atriostomía. La corrección quirúrgica consiste en la anastomosis de colector al atrio izquierdo.

HISTORIA MÉDICA

Nombre; ACG. Edad; 3 meses. Sexo: masculino
Lugar de nacimiento: Tijuana, Baja California.
Antecedentes heredofamiliares: Se trata de paciente producto de la primera gestación, embarazo normoevolutivo, a término, que requirió de incubadora las primeras horas de nacimiento por bajo peso, respiró y lloró al nacer, la madre no recuerda el APGAR. Padre y madre niegan toxicomanías.

Historia clínica

Se trata de lactante menor masculino de 3 meses de vida, ingresa al hospital con el diagnóstico inicial de membrana supravulvar mitral, la madre refiere fatiga, diaforesis y cianosis durante la alimentación, realizándose el diagnóstico de conexión anómala total de venas pulmonares supracardíaca a seno coronario. Al momento de su ingreso con datos de insuficiencia cardíaca, por lo que se presentó el caso al servicio de cirugía cardiovascular decidiéndose llevar a corrección, realizándose cierre de la CIA y redirección de flujo venoso con parche de pericardio autólogo. Su evolución postoperatoria mostró datos francos de inestabilidad hemodinámica, presentándose en los primeros días del postoperatorio crisis hipertensiva pulmonar. Ameritó apoyo inotrópico y vasoacti-

vo, registrándose durante su estancia en la Terapia Intensiva Quirúrgica episodio de taquicardia que mejora con el uso de antiarrítmico. Actualmente se mantiene con apoyo inotrópico, con lo que mantiene parámetros hemodinámicos dentro de límites normales. Desde el punto de vista ventilatorio la progresión de los parámetros ha sido lenta en vista de los datos de falla cardíaca, actualmente en modalidad SIMV con soporte de presión.

Se nutre con leche maternizada por gastroclisis continua, con conservación del tránsito intestinal. En lo infeccioso recibe terapia antimicrobiana por cultivo de herida del drenaje pleural derecho positivo con *Staphylococcus epidermidis*. En lo metabólico con tendencia a la hipokalemia, sin manifestaciones clínicas o electrocardiográficas significativas.

Presenta hipotensión arterial que ameritó el inicio de infusión de adrenalina, que mantuvo durante 48 horas, evolucionó de manera satisfactoria, lo que permitió su retiro.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se trata de paciente masculino, cursando su día 24º postoperatorio, hipotrófico, desnutrido, con retraso en el desarrollo psicomotriz, bajo efectos de sedación, reactivo a estímulos dolorosos, intubado en modalidad SIMV, con gastroclisis continua con leche maternizada, campos pulmonares con ligeros estertores bilaterales, cuenta con un catéter central insertado en yugular derecha permeable con infusiones de inotrópicos, antiarrítmicos y nutrición parenteral, en el tórax tiene dehiscencias de heridas en el sitio de inserción de tubos pleurales, éstas se observan ligeramente enrojecidas de los bordes, con salida de líquido seroso. Está monitorizado en ritmo sinusal, con una frecuencia ventricular media de 120 latidos por minuto, con tensión arterial estable, tiene un electrodo epicárdico profiláctico fijado a pared abdominal, sus ruidos peristálticos se auscultan normales. El volumen urinario adecuado forzado con diurético recolectándose en pañal. Presenta evacuación de características normales.

EVALUACIÓN

El peso del lactante hasta el momento ha ido en incremento lentamente, con mejoría de la tolerancia a la nutrición enteral y disminuyendo la parenteral. Se mantiene con el mínimo consumo físico de calorías aportándole calor por la cuna radiante. En lo ventilatorio ha tolerado la modalidad SIMV permi-

Diagnósticos e intervenciones de enfermería

Diagnóstico	Objetivo	Intervenciones
1. Nutrición alterada, inferior a las necesidades corporales relacionado a demandas metabólicas superiores a la ingesta manifestado por caquexia.	Incrementar el peso del paciente de acuerdo a las percentilas por edad y según estatura y complexión física.	Se incrementa gradualmente la gastroclisis continua. Se registra el peso diario para evaluar ganancias o pérdidas. Se mantiene con nutrición parenteral total para aumentar aporte calórico.
2. Alto riesgo de infecciones relacionado a intubación endotraqueal.	Disminuir el riesgo de infecciones al paciente estableciendo técnicas estrictamente asépticas.	Realizar aspiración de secreciones bronquiales previa auscultación de campos pulmonares y fisioterapia pulmonar, con sistema de aspiración cerrado. Mantener limpia la mucosa oral y nasal. Tomar cultivo de aspirado bronquial.
3. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a ventilación asistida manifestado por acúmulo de secreciones bronquiales.	Mantener despejada la vía aérea para mejorar la perfusión tisular.	Se proporciona fisioterapia pulmonar por palmopercusión y vibración. Se realiza aspiración de secreciones traqueobronquiales con técnica cerrada por razón necesaria. Se considera el uso de cascada para fluidificar secreciones.
4. Déficit del intercambio gaseoso relacionado a deterioro en la mecánica respiratoria manifestado por intubación endotraqueal.	Mejorar la perfusión tisular y cerebral mediante el apoyo de ventilación mecánica.	Se mantiene en modalidad SIMV disminuyéndose gradualmente la presión soporte de acuerdo a la tolerancia, conservando gasometrías dentro de parámetros aceptables. Se mantiene en posición semifowler para mejorar la expansión pulmonar.
5. Potencial de temperatura corporal alterada relacionado al procedimiento quirúrgico.	Mantener al paciente eutérmico con el menor gasto calórico.	Se mantiene en cuna de calor radiante para evitar el consumo de más calorías y la pérdida del calor corporal.
6. Déficit en la integridad cutánea relacionado a procedimiento quirúrgico manifestado por dehiscencia en heridas en el sitio de inserción de las sondas pleurales.	Favorecer la cicatrización y controlar la infección en el sitio de dehiscencia.	Se realiza curación de la herida dehiscente. En la herida esternal se realiza únicamente lavado de la herida durante el baño y se mantiene libre de humedad. Se administra una dieta hiperproteica para favorecer la cicatrización.
7. Alteración del patrón de la conducción eléctrica cardíaca relacionado a procedimiento quirúrgico manifestado por eventos de taquicardia supraventricular.	Disminuir el riesgo de presentar otros trastornos del ritmo cardíaco.	Vigilancia estrecha del ritmo y conducción cardíaca mediante monitoreo continuo. Se controla con apoyo de antiarrítmicos. Tiene electrodo de marcapaso epicárdico. Se mantiene una fuente externa de marcapaso cerca del paciente.
8. Déficit en la movilidad física relacionado a sedación manifestado por úlceras grado I en región coccígea.	Disminuir las lesiones en las prominencias óseas y evitar la aparición de nuevas zonas de presión.	Se proporcionan cambios de posición cada hora y se brinda apoyo con colchón de polímero intermitente. Se realiza baño de esponja con movimientos circulares para mejorar la circulación. Se mantiene la piel lubricada.
9. Crecimiento y desarrollo alterados relacionado a cardiopatía congénita cianógena.	Proporcionar elementos básicos del desarrollo infantil.	Se realizan ejercicios de estimulación auditivos de acuerdo a la edad. Se suministran calorías necesarias para su actividad física y mental de acuerdo a edad.
10. Deterioro de la interacción social relacionado a sedación.	Mantener el vínculo madre-padre-hijo íntegro.	Se estimula con canciones de cuna y para niños. Se pide a los familiares lo visiten frecuentemente, lo toquen y le hablen para que los reconozca.

tiendo alternarse por fracción de 10 minutos en modo espontáneo sin trastornos gasométricos. Se auscultan campos pulmonares bien ventilados y se aspiran menor cantidad de secreciones de características normales. La herida dehiscente se observa con buen proceso de cicatrización sin datos de infección. Las úlceras se resolvieron, se continúa la movilización. El ritmo cardíaco se ha mantenido en sinusal, permitiendo el retiro de la infusión de antiarrítmicos.

El paciente se muestra más reactivo a los estímulos verbales y auditivos de la enfermera y sus familiares, y se aprecia cierta preferencia a la música clásica.

CONCLUSIONES

La formulación del plan de cuidados de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA nos es de mucha utilidad para contemplar, siempre que es posible y con fundamento en el estado de salud físico y mental del paciente, la cooperación del propio enfermo en coordinación con el personal profesional. En este caso, fue muy útil para comprender el estado físico y emocional del lactante en estado crítico. En

muchas ocasiones, el personal de enfermería, en una labor extraordinaria, ocupa el papel de los familiares en los pacientes pediátricos con cardiopatía congénita y, sobre todo, en el caso de los pacientes con estancia prolongada después de su cirugía. El profesional de enfermería debe tener en mente que su plan de cuidados debe tener intervenciones efectivas, y una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo. La evolución del lactante menor con corrección total de CATVP es muy cambiante, pero la satisfacción de que el enfermo mejora su estado de salud es muy reconfortante.

REFERENCIAS

1. Attie F y col. *Cardiopatías congénitas*. Ed. Interamericana. 11ª edición. México, 1998.
2. Bailly E. *Proceso de atención de enfermería y diagnósticos*. Ed. Océano. 10ª edición. España, 1997.
3. Slota M. *Cuidados intensivos de enfermería en el niño*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2000.
4. Turner. *Normas en el cuidado del paciente*. Ed. Huert. 14ª edición. España, 1998.