

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 12
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2004
May-August

Artículo:

Proceso enfermero en disfunción
ventricular derecha en un adolescente
postoperado de corrección total de
tetralogía de Fallot

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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](#)

Estudio de caso

Proceso enfermero en disfunción ventricular derecha en un adolescente postoperado de corrección total de tetralogía de Fallot

Noé Sánchez Cisneros*

* Terapia Intensiva Postquirúrgica, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

RESUMEN

La disfunción ventricular derecha es una entidad que se presenta con frecuencia en el postoperatorio de cirugía cardiovascular pediátrica de corrección de la tetralogía de Fallot, por la ventriculostomía realizada durante el procedimiento quirúrgico. El diagnóstico se realiza mediante métodos invasivos y no invasivos, su tratamiento va encaminado a mejorar las determinantes del gasto cardíaco. La intervención de enfermería es crucial en la evolución del paciente. En este estudio de caso se proponen cuatro fases de atención: valorar signos de disfunción ventricular derecha, ejecutar intervenciones para minimizar los efectos de dicha disfunción, la colaboración en el tratamiento de la entidad y la evaluación constante del paciente. Se manejaron nueve diagnósticos de enfermería, con objetivos a seguir e intervenciones específicas que se realizaron de acuerdo a la presentación de las manifestaciones del paciente en estudio.

Palabras clave: Disfunción ventricular derecha, proceso enfermero.

ABSTRACT

Right-ventricle dysfunction is an entity that is frequently presented at the postoperative period in pediatric cardiovascular surgery of Fallot's tetralogy correction, due to the ventriculostomy performed during the surgical process. The diagnosis is performed through invasive and non-invasive methods, and its treatment is conducted to improve the heart expense determinants. The infirmity intervention is crucial for the patient's evolution. In this case study, four phases of attention are proposed: evaluating signs of right-ventricle dysfunction, executing interventions to minimize such a dysfunction effects, collaborating with that entity treatment, and the constant evaluation of the patient. Nine infirmity diagnosis were managed, with precise objectives and specific interventions that were carried out according to the presentation of the patient's manifestations in this study.

Key words: Right-ventricle dysfunction, infirmity process.

INTRODUCCIÓN

La disfunción del lado derecho del corazón se define como una función contráctil ventricular derecha ineficaz.¹ Se presenta frecuentemente en pacientes pediátricos en el período postoperatorio de cirugía cardiovascular, muchos de estos pacientes tienen condiciones cardíacas preexistentes o bien los cambios fisiológicos que ocurren después de la cirugía incrementan el riesgo de disfunción ventricular derecha

Recibido para publicación: 14 de marzo 2004
Aceptado para publicación: 28 de mayo 2004

Dirección para correspondencia:
Noé Sánchez Cisneros.
Juan Badiano No. 1 Sección XVI Del. Tlalpan D.F. CP. 14080
55 73 29 11 ext. 1389
taorho@yahoo.com.mx

(DVD). La DVD podría ser considerada como causa de una convalecencia prolongada en la unidad de cuidados intensivos en pacientes que han requerido de una incisión en el ventrículo derecho para la corrección de algún defecto congénito, por ejemplo corrección de tetralogía de Fallot (TF) con un parche transanular, cierre transanular de doble vía de salida de ventrículo derecho (DSVD) o bien en pacientes cuyo ventrículo derecho es anormal antes de la corrección por ejemplo, TF, DSVD y estenosis pulmonar (EP).

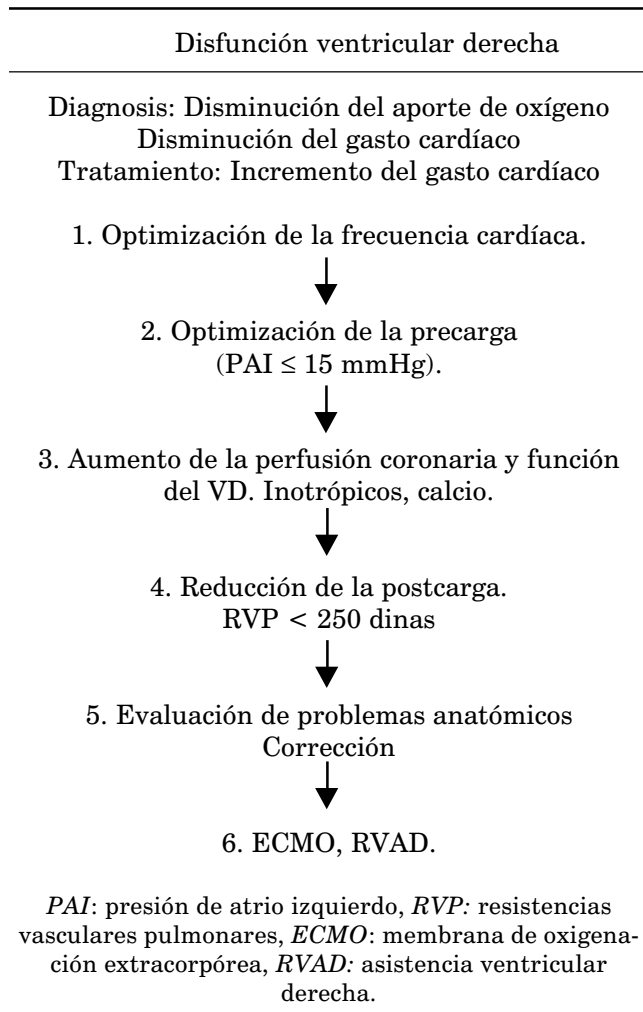
Por otro lado, la DVD podría esperarse en pacientes que presentan sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho después de la cirugía, como es el caso de la primera etapa paliativa del síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico. La TF es la patología congénita cianógena más común y es resultado de un desplazamiento del septum infundibular durante la embriogénesis; en consecuencia falla el cierre del tabique interventricular provocando una comunicación interventricular perimembranosa e hipoplasia del tracto de salida del ventrículo derecho, aunado a la atresia de la válvula pulmonar y la aorta cabalgada sobre el septum interventricular. La presión ventricular derecha y el grado de cianosis dependen de la presencia del conducto arterioso, el grado de obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho y la presencia de flujo colateral pulmonar.² El tratamiento quirúrgico paliativo o correctivo de la TF disminuye la mortalidad temprana; las complicaciones que pueden resultar de la paliación o corrección total de la TF se pueden clasificar de acuerdo al tiempo de aparición en tempranas y tardías; entre las complicaciones tempranas se tiene a la DVD.

Cuando entra en insuficiencia el ventrículo derecho, predomina la congestión de las vísceras y de los tejidos periféricos. Esto se debe a que el hemicardio derecho no puede impulsar adecuadamente el volumen de sangre que le llega y de este modo no expulsa toda la sangre proveniente de la circulación venosa. Por otro lado la disfunción del ventrículo derecho puede influir en el descenso del gasto cardíaco pues el ventrículo izquierdo puede eyectar sólo la cantidad de sangre proveniente de la contracción ventricular derecha. Como resultado del descenso del gasto cardíaco se observa en el paciente hipotensión, taquicardia y perfusión tisular deficiente. El cuadro clínico de la DVD se hace evidente cuando se eleva de manera crónica la presión venosa sistémica lo que se observa con frecuencia en pacientes con cirugía de Fontan, secundario a hi-

pertensión pulmonar, insuficiencia tricuspídea e incluye edema de extremidades inferiores, aumento ponderal, hepatomegalia, distensión yugular, líquido en cavidad pleural y abdominal. El edema comienza en pies y tobillos, poco a poco asciende hasta las piernas y muslos; el estancamiento venoso del hígado provoca hepatomegalia y al evolucionar dicho cuadro la presión dentro de los vasos de la circulación porta puede alcanzar el nivel suficiente para forzar el paso del líquido a la cavidad abdominal provocando lo que conocemos como ascitis que a su vez comprime el diafragma y puede desencadenar disfunción respiratoria. El diagnóstico de la DVD puede realizarse de manera no invasiva y corroborarse de manera invasiva mediante el uso de catéteres para la monitorización de presión venosa central, gasto cardíaco y presión arterial pulmonar, así como de líneas arteriales que reflejen la repercusión de la disfunción ventricular derecha sobre el ventrículo izquierdo. El tratamiento de la DVD es similar al tratamiento de la disfunción del ventrículo izquierdo. Las intervenciones farmacológicas y ventilatorias están encaminadas a incrementar la optimización del gasto cardíaco del ventrículo derecho mediante la optimización de la precarga, inotropismo y postcarga; el ventrículo derecho es menos sensible que el ventrículo izquierdo a los inotrópicos convencionales, la excesiva sobrecarga de volumen debe evitarse ya que puede propiciar insuficiencia tricuspídea y descenso del gasto cardíaco derecho. Presiones venosas centrales por arriba de 12 a 14 mmHg son poco toleradas en neonatos y lactantes con disfunción ventricular derecha debido a que maximizan la hipertensión venosa y la fuga capilar.

Los agentes inotrópicos positivos pueden mejorar el gasto cardíaco, el flujo coronario y el aporte de oxígeno; el miocardio del ventrículo derecho requiere de mayores dosis y de agentes inotrópicos más potentes en comparación con los que se utilizan en caso del ventrículo izquierdo. Los pacientes con DVD se benefician con la mejora de la precarga y postcarga, asegurando una interacción cardiopulmonar adecuada, es decir, los cambios en la presión intratorácica pueden resultar en cambios dramáticos en la precarga y postcarga del ventrículo derecho. La precarga aumenta cuando se reduce al mínimo la presión intratorácica y la postcarga disminuye manteniendo una presión pulmonar adecuada mediante hiperoxigenación e hiperventilación. En caso de existir cortocircuitos anatómicos deben de corregirse pues se asegura una oxigenación eficiente y el

Cuadro I. Algoritmo de pacientes con cardiopatía congénita postoperados con disfunción ventricular derecha.



Fuente: Nichols, Critical heart disease in infants and children: 1995.

aporte de oxígeno aumentaría por disposición de oxígeno en sangre y un gasto cardíaco adecuado. Si la estrategia no ha funcionado hasta el momento para minimizar la disfunción ventricular derecha debe considerarse el uso de asistencia ventricular derecha (Cuadro I).

HISTORIA CLÍNICA

Adolescente de nombre FJAV de 14 años de edad con diagnóstico médico de tetralogía de Fallot (TF), fue

portador de un soplo cardíaco desde el mes de edad, no recibiendo atención al respecto, cursó asintomático hasta 1999 donde inició con disnea de grandes esfuerzos acompañada de cianosis relacionada a la actividad física enviándose al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" para su estudio, estableciéndose el diagnóstico por ecocardiografía de TF con cabalgamiento de aorta del 35% y estenosis pulmonar mixta, proponiéndosele tratamiento quirúrgico. A la exploración física se encontró presión arterial sistémica de 138/80, frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, con cianosis peribucal, acropaquia, en ritmo sinusal con hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. Es llevado a cirugía electiva realizando cierre de comunicación interventricular con parche de pericardio bovino, ventriculotomía de 1.5 cm para ampliación del tracto de salida de ventrículo derecho, reconexión ventrículo pulmonar con prótesis sin soporte de 23 mm y plastía tricuspídea. La derivación cardiopulmonar duró 291 minutos y 225 minutos de pinzamiento aórtico.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

El paciente pediátrico postoperado de cirugía cardiovascular requiere de una atención adecuada y encaminada a la optimización del gasto cardíaco, a la corrección de la hipotermia, mantener la permeabilidad de los tubos torácicos, facilitar una extubación precoz, proporcionar comodidad, apoyo emocional y a controlar las complicaciones.¹

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Al ingreso a la unidad de terapia intensiva postquirúrgica el paciente se encuentra con efectos de anestesia, bajo ventilación mecánica, hipotérmico, en taquicardia sinusal, hipotensión arterial manteniendo presiones medias entre 43 y 50 mmHg y hematuria; goteos de inotrópicos del tipo dobutamina y milrinona con índice cardíaco 2.0 L/min/m², con la ministración de volumen y el incremento de inotrópicos se eleva el índice cardíaco hasta 4.6 L/min/m², una vez optimizado el gasto cardíaco se logra extubar de manera exitosa a las 24 horas después de la cirugía. Posteriormente a las 48 horas se le retiró drenaje torácico de tipo retroesternal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El reconocimiento de la DVD y sus manifestaciones queda implícitamente relacionado con la interven-

ción de la enfermería en el postoperatorio, así mismo se es también partícipe directo en el tratamiento de dicha entidad, de esta manera se elaboraron cuatro fases de intervención: 1) monitoreo de signos de DVD, 2) intervenciones específicas en la minimización de efectos colaterales de cada signo detectado, 3) intervenciones específicas en el tratamiento de DVD y 4) evaluación de las intervenciones realizadas durante el tratamiento. En la fase 2 y 3 se incorporaron una variedad de diagnósticos, planificación de cuidados y evaluación de resultados, tantos como las necesidades del paciente lo manifestaban.

Fase 1: Monitoreo de signos que proporcionen datos de aparición de disfunción ventricular derecha

En esta fase se realizó una valoración integral del paciente en busca de signos de disfunción ventricular derecha como son:

- a) Presencia de edema en extremidades, mediante la observación y palpación continua del estado de la piel en zonas de declives de las piernas y el área sacra, lo cual no era evidente en los tres primeros días.
- b) Hepatomegalia, se utilizó la palpación del abdomen de manera bimanual, ya que se trataba de un adolescente, encontrándose borde hepático tres centímetros por debajo del borde costal derecho.
- c) Derrames pleurales, se valoró la placa de rayos X en busca de niveles en los ángulos costodiafragmáticos o a la periferia del tórax además de auscultar los campos pulmonares en busca de zonas de hipoventilación, observándose derrame pleural derecho menor al 10% por lo que el manejo fue a base de diuréticos.
- d) Ascitis, se realizó inspección y palpación del abdomen, la toma de perímetro abdominal fue de 80 cm, la uresis se ajustaba de 1 a 2 mL/kg/h, no se observaron datos de restricción pulmonar por exceso de líquido peritoneal manteniendo presiones arteriales aceptables y el dióxido de carbono en sangre por debajo de 40 mmHg.
- e) Repercusión de la disfunción ventricular derecha sobre la función ventricular izquierda, registrándose signos vitales que pudieran denotar la disfunción ventricular izquierda, como son: presión arterial sistémica, frecuencia cardíaca y alteración en la perfusión distal, manifestaciones que hasta el momento no fueron detectadas.

Fase 2: Intervenciones específicas en la minimización de los efectos colaterales de cada signo detectado.

Después de las 72 horas de la cirugía el paciente inició con datos de disfunción ventricular derecha, los cuales se pueden englobar en los siguientes diagnósticos en orden de aparición en el paciente.

Diagnóstico 1. Disminución del gasto cardíaco relacionado con el acúmulo de líquido dentro del saco pericárdico manifestándose por hipotensión sostenida, diaforesis, signos de mala perfusión tisular, disminución del volumen urinario a 0.3 mL/kg/h.

Objetivo: Intervenir de manera eficaz y eficiente para minimizar el tiempo de bajo gasto cardíaco.

Intervenciones:

- Se colaboró en el posicionamiento del paciente para la realización de un ecocardiograma de urgencia para corroborar el diagnóstico de taponamiento cardíaco.
- Se envían muestras de sangre para realización de pruebas de compatibilidad sanguínea.
- Se preparó material y equipo con carácter de urgencia para la intervención quirúrgica a pie de cama y se trató de garantizar el cumplimiento de medidas de asepsia y antisepsia.
- Se incrementa la velocidad de infusión de dobutamina para favorecer el incremento del gasto cardíaco.
- Se prepara e inicia infusión de adrenalina con el fin de aumentar la presión de perfusión.
- Se participó de manera activa con el equipo de cirugía cardiovascular.
- Se administró volumen de tipo coloide con el fin de compensar pérdidas por el acto quirúrgico y además de mejorar la presión arterial.

Evaluación: Resultado satisfactorio: se logró drenar 400 mL del saco pericárdico, con ello mejoró el gasto cardíaco y la presión arterial, se dejó colocada una sonda retroesternal para el drenaje de líquido.

Diagnóstico 2. Exceso de volumen de líquido relacionado con trastornos de la circulación manifestado por edema en extremidades.

Objetivo: Estimar la cantidad de edema y mantener la integridad cutánea.

Intervenciones:

- Se presionó la piel a nivel del pie, los tobillos o la cara anterior de la pierna contra el hueso subyacente. La huella quedó marcada en el tejido, se confirmó que existía fovea y se aplicó la

Cuadro II. Escala de valoración de edema.

Escala de valoración del edema

Escala	Descripción	Profundidad de la fovea	Tiempo de recuperación de la fovea
0	No presente	0	-----
1+	Rasgos	< 6.4 mm	Rápido
2+	Leve	< 12.8 mm	10-15 segundos
3+	Moderado	12.8 mm-2.5 cm	1-2 min
4+	Severo	> 2.5 cm	2-5 min

Fuente: Canobio MM et al. Trastornos cardiovasculares. España: Ed. Mosby/Doyma; 1993.

valoración del edema, obteniendo edema de 4+ (Cuadro II).

- Se giró y recolocó al paciente cada dos horas para evitar lesión cutánea del tejido edematoso.
- Se realizaron ejercicios pasivos para favorecer la microcirculación y evitar éstasis de líquidos.
- Se revisaron los valores de proteínas plasmáticas con el fin de evitar hipoalbuminemia.
- Se administraron los fármacos indicados con el fin de mejorar la presión oncótica, favorecer la diuresis y disminuir el edema.

Evaluación: Resultado totalmente satisfactorio: el edema tendió a limitarse y la piel se mantuvo intacta.

Diagnóstico 3. Alteración del intercambio gaseoso relacionado con el acúmulo de líquido dentro de la cavidad pleural, manifestado por la disminución de la cantidad de oxígeno en sangre, desaturación de oxígeno y disminución de los ruidos respiratorios.

Objetivo: Restablecer la adecuada oxigenación.

Intervenciones:

- Se valoró la placa de rayos X de tórax en busca de niveles o borramiento de ángulos costodiafragmáticos, encontrando opacidad basal derecha, sugiriendo la presencia de derrame pleural derecho mayor del 30% con repercusión en la oxigenación y ventilación.
- Se colaboró en la instalación de sello pleural derecho, valorando la cantidad y características de líquido drenado.
- Se mantuvo vía aérea permeable mediante la posición del paciente, fisioterapia pulmonar, succión de secreciones y fijación de la cánula endotraqueal.
- Se evaluó y mantuvo el funcionamiento adecuado del equipo durante la ventilación mecánica.

- Se mantuvo sistema cerrado de drenaje torácico, midiendo y registrando la cantidad de líquido drenado.
- Se tomaron y evaluaron gases arteriales.
- Se modificaron parámetros del ventilador de acuerdo a los requerimientos del paciente, con el fin de mantener una presión arterial de oxígeno por arriba de 80 mmHg, pH 7.35-7.45, presión arterial de dióxido de carbono < de 40 mmHg.
- Se administró volumen coloide para la sustitución del material drenado.

Evaluación: Resultado satisfactorio: problema de ventilación resuelto, reflejado en los datos de la gasometría arterial, se drenaron 800 mL de líquido seroso, el cual fue repuesto con volumen coloide evitándose de esta manera descompensación hemodinámica.

Comentario: Una vez colocada la sonda endopleural derecha, 24 horas después surge el mismo problema con las mismas características en territorio izquierdo por lo que las intervenciones de enfermería fueron las mismas y se logró drenar 450 mL de líquido seroso.

Diagnóstico 4. Alteración en el intercambio gaseoso relacionado con la distensión abdominal por exceso de líquido en la cavidad peritoneal, manifestada por el aumento de la presión de dióxido de carbono en sangre arterial.

Objetivo: Restablecer una adecuada ventilación.

Intervenciones:

- Se registró el perímetro abdominal cada 2 horas obteniendo una distensión de 10 cm en relación a la medida del perímetro abdominal de ingreso (80 cm).

- Se asistió al personal de cirugía en la colocación de un catéter tipo Tenckhoff para el drenaje de líquido de ascitis.
- Se administró volumen coloide con el fin de reponer pérdidas por dicha vía.
- Se realizó un drenado lento para evitar descompensación hemodinámica.
- Se registró cada hora la cantidad drenada por el catéter de Tenckhoff.
- Se tomaron y valoraron gasometrías arteriales.
- Se modificaron los parámetros del ventilador de acuerdo al estado de ventilación y oxigenación del paciente.

Evaluación: Resultado satisfactorio: se recuperó la ventilación óptima del paciente, reflejada en el adecuado contenido de dióxido de carbono en sangre y en la disminución de los parámetros del ventilador, se obtuvieron 440 mL de líquido cetrino del peritoneo, cubriéndose las pérdidas de volumen con coloides, no se presentó descompensación hemodinámica.

Fase 3: Intervenciones específicas en el tratamiento de la disfunción ventricular derecha

Diagnóstico 5. Gasto cardíaco disminuido relacionado con alteraciones de la frecuencia o ritmo cardíaco manifestado por datos específicos de gasto cardíaco bajo, oliguria, disminución de pulsos periféricos, taquicardia.

Objetivo: Mantener una frecuencia cardíaca entre 70 y 90 latidos por minuto.

Intervenciones:

- Se comprobó el estado de electrolitos en caso de arritmias cardíacas.
- Se mantuvo monitoreo continuo de presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Se eliminaron factores que alteran la frecuencia cardíaca como son: ansiedad, agitación, hipertermia, hipotermia y acidosis.
- Se corroboró la situación de catéteres con el fin de evitar estímulos mecánicos.
- Se garantizaron las cuatro determinantes del gasto cardíaco para mantenerlo en óptimas condiciones.

Evaluación: Resultado satisfactorio: mejoró la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco.

Diagnóstico 6. Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteraciones en la precarga manifestado por datos específicos de gasto cardíaco bajo, oliguria,

disminución de pulsos periféricos, hipotensión, presión de atrio derecho < 12 mmHg, presión de atrio izquierdo < 12 mmHg.

Objetivo: Mantener una presión de atrio izquierdo 12- 15 mmHg.

Intervenciones:

- Se mantuvo un estricto control de líquidos.
- Se administró coloide para aumentar el volumen circulante.
- Se limitó la toma de muestras de sangre, controlando las vías intravenosas para evitar desconexión accidental.
- Se monitorizó continuamente la presión de atrio izquierdo o en su defecto de atrio derecho para evaluar la respuesta a la terapia.

Evaluación: Resultados satisfactorios: mejoró la precarga y la presión de atrio izquierdo se mantuvo entre 12-15 mmHg y con ello mejoró la perfusión.

Diagnóstico 7. Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteraciones en la contractilidad manifestado por frecuencia cardíaca alterada, oliguria, datos de hipoperfusión tisular, hipotensión.

Objetivo: Mejorar la contractilidad miocárdica

Intervenciones:

- Se aseguró una adecuada oxemia para evitar hipoxia.
- Se mantuvo una precarga adecuada.
- Se comprobaron los niveles de electrolitos, en especial de calcio ya que interviene directamente en la fibra miocárdica.
- Se administraron inotrópicos: dopamina, milrinona, dobutamina, adrenalina.
- Se mantuvo control sobre los efectos de la terapia inotrópica.
- Se realizaron perfiles hemodinámicos cada vez que se modificó la dosis de inotrópico.

Evaluación: Resultados parcialmente satisfactorios: con dosis elevadas de inotrópicos se mantuvo un gasto cardíaco limítrofe, se detectaron signos de edema agudo pulmonar.

Diagnóstico 8. Exceso de volumen de líquidos relacionado con la incapacidad del ventrículo izquierdo para mantener un gasto cardíaco adecuado manifestado por secreciones fluidas, abundantes, así como estertores bronco-alveolares e inestabilidad en la presión arterial sistémica.

Objetivo: Evitar compromiso ventilatorio y mejorar el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo.

Intervenciones:

- Se asistió en la colocación de catéter de Swan-Ganz.
- Se realizaron perfiles hemodinámicos de manera constante.
- Se mantuvo la vía aérea permeable mediante la aspiración de secreciones.
- Se llevó un control de líquidos estricto.
- Se preparó y administró infusión de diurético de asa de manera intravenosa y continua.
- Se valoró y cuantificó la uresis horaria.
- Se tomaron y valoraron gasometrías arteriales.
- Se inició diálisis peritoneal aguda con el fin de extraer mayor cantidad de líquidos.

Evaluación: Parcialmente satisfactoria: se revirtió el edema agudo pulmonar, mejorando el gasto cardíaco y el estado ventilatorio, sin embargo la disfunción del ventrículo izquierdo afectó la función renal.

Diagnóstico 9. Alteración de la eliminación urinaria relacionada con la hipoperfusión por disminución del gasto cardíaco manifestada por aumento del edema, disminución de la uresis a 0.2 mL/kg/h e incremento de los niveles de creatinina y urea.

Objetivo: Limitar el exceso de volumen para no recaer al edema agudo pulmonar.

Intervenciones:

- Se corroboraron niveles séricos de creatinina a 1.6 mg/dL y urea a 56 mg/dL.
- Se inició terapia dialítica con estancia en cavidad de 4 a 6 horas obteniendo balances negativos.
- Se aseguró una adecuada precarga.
- Se monitorizaron continuamente parámetros como PCP, PVC y gasto cardíaco.
- Se aseguró la administración de diuréticos indicados.
- Se mantuvo un estricto control de líquidos.

Evaluación: Totalmente satisfactoria: los niveles de creatinina y urea disminuyeron, la uresis mejoró gradualmente hasta 1 mL/kg/h, además de la disminución significativa del edema.

Fase 4: Evaluación de las intervenciones realizadas durante la disfunción ventricular derecha.

Las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo a las prioridades que presentó el paciente, es decir, se aplicó el principio de que cada paciente es un ente único e irrepetible, se deduce que cada paciente responderá de manera diferente en el postoperatorio, dependiendo de las condiciones prequirúrgicas,

del tiempo de derivación cardiopulmonar que tenga y de las condiciones fisiológicas particulares. En el postoperatorio de cirugía cardiovascular la disfunción ventricular derecha puede aparecer de manera temprana dentro de las primeras 24 horas o bien, de manera tardía después de 24 horas, en este caso se presentó incluso después de las 72 horas, esto repercute en la atención de enfermería pues puede haber variaciones de presentación donde la actividad del profesionalista debe ser rápida, las intervenciones deben ser evaluadas de manera inmediata buscando siempre que éstas sean satisfactorias, de lo contrario deben ser inmediatamente correlacionadas con los problemas potenciales que puedan presentarse, de este modo la intervención de enfermería abarcó muchos aspectos de la patología en un solo tiempo o bien los que se fueron presentando de acuerdo a la historia natural de la enfermedad por lo que se llevó un proceso de atención ideal.

En este caso el paciente además de presentar los diagnósticos antes mencionados, debió ser cubierto con las intervenciones de enfermería básicas, que atendieron las necesidades que demandó; presentó además complicaciones de tipo neurológicas e infecciosas que no estaban relacionadas directamente con la DVD derecha, pero sí con el tiempo de derivación cardiopulmonar y la intervención quirúrgica a la que fue sometido, estableciendo cada vez la complejidad de actividades a realizar. El paciente continuó con los distintos drenajes y sondas y la reposición de líquido drenado que fue crucial para evitar una descompensación hídrica, sin embargo la estabilidad hemodinámica se asentó y sólo se esperó a que disminuyeran la cantidad de drenajes para establecer la adaptación del organismo a la cirugía realizada.

CONCLUSIONES

La disfunción del ventrículo derecho es una entidad que se presenta con frecuencia en el postoperatorio de cirugía cardiovascular pediátrica, su presentación y causa es variable, requiere de una intervención médico-enfermera eficiente, eficaz y rápida que conlleve a la detección y tratamiento oportuno.

La intervención de enfermería debe ser altamente especializada pues implica todo un universo de conocimientos teórico-prácticos. De esta intervención depende la rapidez con la que se diagnostique y la eficacia del tratamiento de dicha entidad y sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Nichols D. *Critical Heart Disease in infant and children*. United States of America: Mosby; 1995.
2. Waldhausen J. *Complications in cardiothoracic surgery*. United States of America: Mosby; 1992.

BIBLIOGRAFÍA

- Urden L. *Cuidados intensivos en enfermería*. España: Océano; 2003.
- Le Blanc J. *The operative and postoperative management of congenital heart defects*. United States of America: Futura publishing; 1993.
- Bruner L. *Enfermería médico quirúrgica*. México: Interamericana; 1990.
- Baldwin K. *Terapéutica en cuidados intensivos*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- Atkinson L. *Guía clínica para la planeación de los cuidados*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.

