



REVISIÓN

Disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA QUE SE BRINDAN AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO POSTOPERADO DE CIRUGÍA DE CORAZÓN: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA

DIFFERENT NURSING INTERVENTIONS PROVIDED TO THE PATIENT IN A CRITICAL POST-HEART SURGERY STATE: SYSTEMATIC REVIEW

¹Claudia Esther Rueda León, ¹Maria de la Luz Torres Romero.

¹Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Jefe de Enfermeras de la Terapia Intensiva Cardiovascular. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Recibido el 18 de marzo de 2020; aceptado el 20 de mayo de 2020

RESUMEN

Introducción: El paciente en estado crítico postoperado de cirugía cardíaca puede presentar alteraciones generadas por el uso de la circulación extracorpórea, los fenómenos de isquemia-reperusión en el corazón, la hipotermia, trastornos en el sistema de coagulación y los efectos adversos de las transfusiones y el sangrado que generan daño e incluso pueden llevarlo a la muerte. Es prioritario que el profesional de enfermería proporcione cuidados especializados basados en la evidencia.

Objetivo: Conocer las diferentes intervenciones de enfermería que se brindan al paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón.

Metodología: Estudio de revisión sistematizada con metodología integradora, de acuerdo con la enfermería basada en evidencia: formulación de pregunta clínica, identificación los DeCS/MeSH: “atención de enfermería”, “cuidados críticos” y “cardiopatías” en español, inglés y portugués; búsqueda en bases de datos: CUIDEN, LILACS, SciELO y PubMed; se incluyeron artículos en texto completo publicados del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. La lectura y evaluación crítica de la evidencia con tablas de síntesis, guías CASPe, escala SIGN para NE/GR y análisis de contenido a profundidad.

Resultados: Se encontraron 10 artículos científicos. Prevalcieron los estudios descriptivos con nivel de evidencia y grado de recomendación III/C (80%), publicados en Brasil (40%) y México (30%), generados 90% por el área de enfermería. Se identificaron 6 dimensiones: procedimientos de enfermería, aspectos bioéticos, patologías, tratamiento del dolor, modelos teóricos y complicaciones.

Dirección para correspondencia:

Claudia Esther Rueda León

Juan Badiano 1, Col. Belisario Domínguez - Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México. C.P. 14080. Teléfono: 5573 2911 ext. 23300

Correo: claudiarueda050413@yahoo.com.mx

Conclusión: Se evidenció que existen intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes en estado crítico postoperado de cirugía de corazón que incluyen desde cuidados básicos hasta reflexiones de la humanización; sin embargo, la evidencia científica, aún es muy escasa por lo que es imperativo desarrollar información con fundamento científico.

Palabras clave: Atención de enfermería, cuidados críticos, cardiopatías.

ABSTRACT

Introduction: The patient in a critical postoperative state of cardiac surgery may present alterations generated by the use of extracorporeal circulation, the phenomenon of ischemia-reperfusion in the heart, hypothermia, coagulation system disorders and the adverse effects of transfusions and bleeding that generate damage and may even lead to death. It is a priority for the nursing professional to provide specialized evidence-based care.

Objective: To learn about the different nursing interventions provided to the patient in a critical post-heart surgery state.

Methodology: Systematized review study with integrative methodology, according to evidence-based nursing: formulation of clinical question, identification of the DeCS/MESH: “nursing care”, “critical care” and “Heart Defects” in Spanish, English and Portuguese; database search: CUIDEN, LILACS, SciELO and PubMed; full text articles published from January 1, 2013 to December 31, 2017 were included. Reading and critical evaluation of evidence with synthesis tables, CASPe guidelines, SIGN scale for NE/GR and in-depth content analysis.

Results: 10 scientific articles were found. Descriptive studies with level of evidence and degree of recommendation III/C (80%), published in Brazil (40%) and Mexico (30%), generated 90% by the nursing area, prevailed. Six dimensions were identified: complica-

tions, bioethical aspects, nursing procedures, pain treatment, pathologies and theoretical models.

Conclusion: It has been shown that there are nursing interventions aimed at patients in a critical postoperative state of heart surgery that include everything from basic care to reflections on humanization; however, there is still very little scientific evidence, so it is essential to develop scientifically based information.

Key words: Nursing care, critical care, heart defects.

INTRODUCCIÓN

El paciente en estado crítico presenta alteraciones casi siempre agudas, que determinan un daño que va desde la limitación funcional de uno o más órganos hasta la muerte. El cuidado intensivo postoperatorio de la cirugía cardíaca tiene como objetivo primordial la recuperación de la homeostasis, misma que se ve afectada por los cambios fisiopatológicos generados por el uso de la circulación extracorpórea, los fenómenos de isquemia-reperusión en el corazón, la hipotermia, trastornos en el sistema de coagulación y los efectos adversos de las transfusiones y el sangrado.¹

En México y el mundo, existe un número considerable de pacientes que son sometidos a cirugía de corazón con un gran riesgo de complicaciones asociadas a los padecimientos. Considerando que, en los últimos años, las características de los enfermos cardiovasculares se han modificado por los distintos elementos ambientales y algunos otros componentes que hacen el postoperatorio más complejo; ya que se trata de pacientes en edad avanzada, con la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial o pacientes con insuficiencia renal.

El conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares, de las áreas de evaluación, los actuales tratamientos y la atención de enfermería, permiten a los profesionales de las áreas de cuidados intensivos anticipar y planificar sus actuaciones con precisión. Cabe mencionar que las técnicas quirúrgicas más utilizadas en los pacientes cardiovasculares son la revascularización coronaria y la sustitución valvular, por lo que la atención de enfermería debe ir enfocada en prever y prevenir las posibles complicaciones del paciente que es sometido a este tipo de cirugías.

A pesar de la evidencia publicada y los adelantos científicos y tecnológicos, en la atención de enfermería existe una variabilidad en los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, y por desgracia no en todos los casos se hace uso de la mejor evidencia científica disponible; por lo que el objetivo de esta revisión fue conocer la evidencia clínica disponible referente a los cuidados de enfermería en el paciente en estado crítico postoperado de cirugía cardíaca.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistematizada con metodología integradora, con base en los pasos de la enfermería

basada en evidencia: formulando una pregunta clínica con el formato PICOT ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que se brindan al paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón? la cual guió este estudio, definiendo la atención de enfermería en cuidados críticos en pacientes postoperados de corazón, también se identificaron los descriptores en ciencias de la salud para dicha búsqueda “atención de enfermería”, “cuidados críticos”, “cardiopatías”, tanto en español como en inglés y portugués; se ingresaron en las bases de datos de CUIDEN, LILACS, SciELO, PubMed, además, se incluyeron todos aquellos artículos en texto completo publicados del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017.

La lectura y síntesis de la evidencia se realizó a través de una tabla de evidencia que contiene las variables de autor, país, idioma, área del conocimiento, objetivo, tipo, diseño, muestra, criterios de selección, instrumento, intervención, nivel de evidencia, grado de recomendación, resultados y conclusión. Así mismo se utilizaron las guías CASPe para la evaluación crítica de los artículos, y para determinar en nivel de evidencia y grado de recomendación, se utilizó la escala propuesta por US Agency for Healthcare Research and Quality y con modificación del grado de recomendación hecho por SIGN. Para la construcción del modelo basado en evidencia se hizo uso del análisis de contenido a profundidad descrito por Berelson.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontraron 10 publicaciones, que cumplieron los criterios de selección previamente expuestos (figura 1). Referente a las características de los artículos recuperados, los países que publican la evidencia fueron Brasil con un 40%, México con un 30%, seguido de Colombia y Cuba con 20% y 10% respectivamente. El idioma predominante es el español con un 50%, precedido del inglés y portugués con un 30% y 20%. Los tipos de estudio más comunes fue el descriptivo (50%) con un nivel de evidencia y grado de recomendación III/C; y el instrumento más utilizado era ex profeso (40%) (cuadro I y II). Finalmente se generó un modelo con 6 categorías relacionadas con los cuidados de enfermería en el paciente en estado crítico postoperado de cirugía cardíaca, mismos que incluyen procedimientos de enfermería, aspectos bioéticos, patologías, tratamiento del dolor, modelos teóricos y complicaciones (figura 2).

El profesional de enfermería que proporciona una atención directa de los pacientes postoperados debe asegurar la higiene, proporcionar seguridad, comodidad y bienestar. El proceso de cuidar como acción profesional queda vinculada al profesional de enfermería exigiéndole un compromiso que va más allá de la mera realización de una serie de acciones de cuidado. Este compromiso alcanza al desarrollo disciplinar por cuanto se hace necesario: los cuidados de enfermería durante la hospitalización proporcionan seguridad a los pacientes y familiares, aseguran una calidad asistencial en los procedimientos derivados de la patología y son responsabilidad de los profesionales de enfermería.²

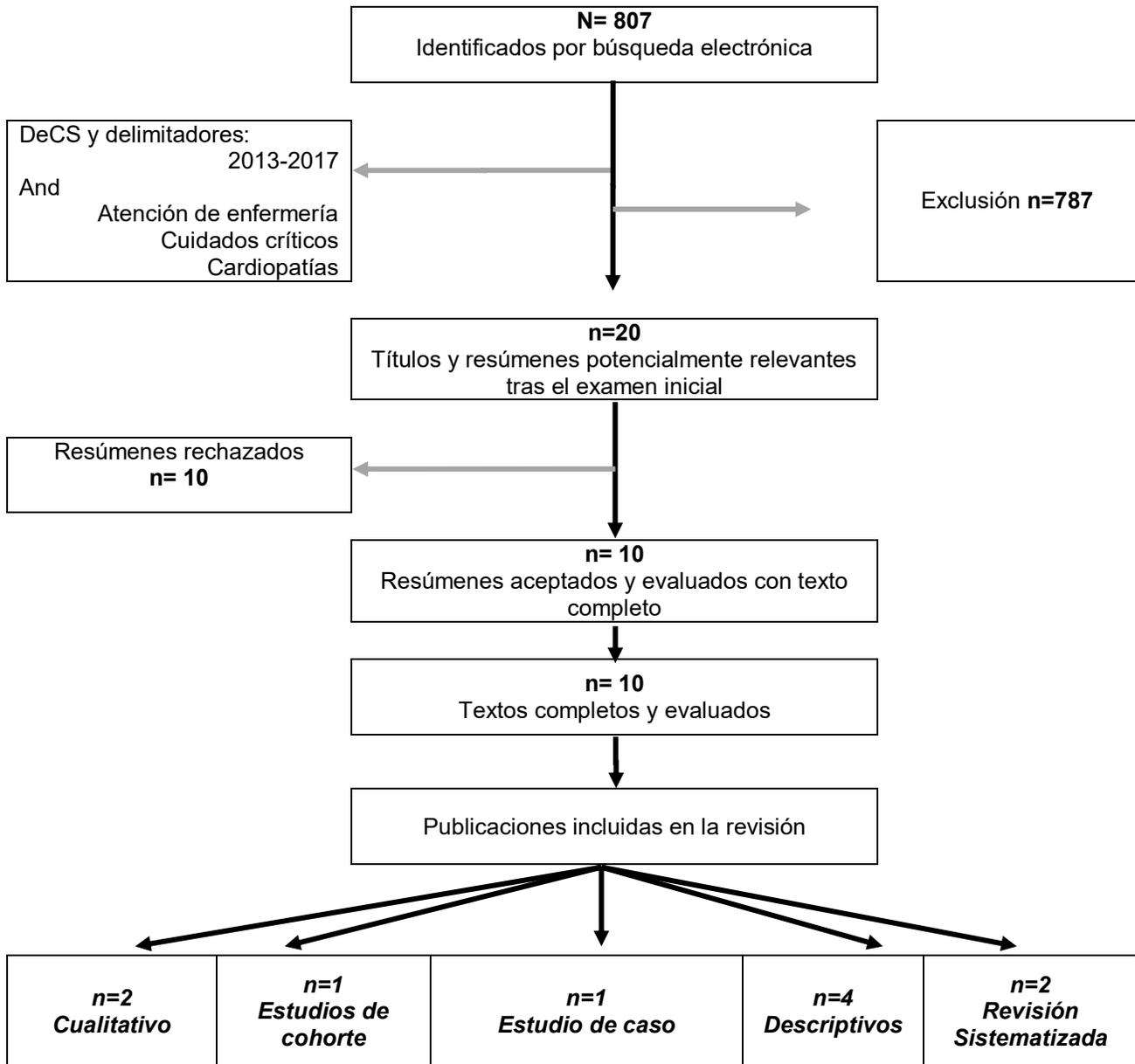
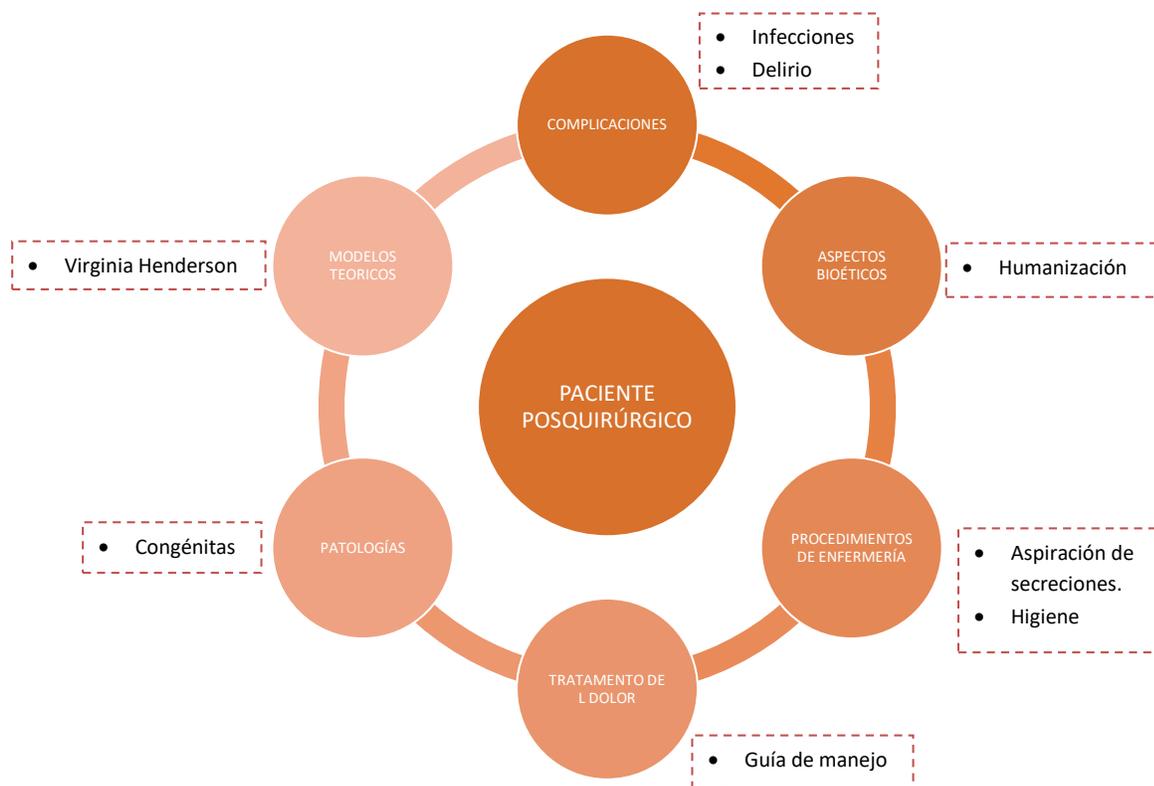


Figura 1. Algoritmo de la búsqueda sistemática de la atención de enfermería en el paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón.

Cuadro II. Revistas en dónde se encontraron referencias sobre intervenciones de enfermería que se brindan al paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón.

REVISTA	PAÍS	IDIOMA	ÁREA DEL CONOCIMIENTO
<i>Médica Latinoamericana</i>	México	Español	Médica
<i>Enfermería Cardiológica</i>	México	Español	Enfermería
<i>Revista Brasileira de Enfermagem REBEn</i>	Brasil	Inglés	Enfermería
<i>Revista CUIDARTE</i>	Colombia	Español	Enfermería
<i>Revista Da Escola De Enfermegem Da USP</i>	Brasil	Inglés	Enfermería
<i>Enfermería Global</i>	Brasil	Portugués	Enfermería
<i>Rev Cubana Enfermer</i>	Cuba	Español	Enfermería
<i>Revista enfermeria global</i>	México	Español	Enfermería
<i>Esc Anna Nery Rev Enferm</i>	Brasil	Portugués	Enfermería
AQUICHAN	Colombia	Inglés	Enfermería

Figura 2. Modelo relacionado a la atención de enfermería en el paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón.



Dentro de las unidades de terapia se maneja un alto número de pacientes con intubación debido a alteraciones en la falla respiratoria por lo que el riesgo de aspiración de secreciones o fluidos está presente en todos los pacientes críticos, haciendo fundamental el cuidado en ese contexto. La aspiración endotraqueal es un procedimiento que objetiva mantener las vías aéreas permeables, removiendo, de forma mecánica, secreciones pulmonares acumuladas, especialmente en pacientes con vía aérea artificial. A pesar de ser un procedimiento necesario, puede ocasionar complicaciones como lesión en la mucosa traqueal, dolor, desaliento, infección, alteración de los parámetros hemodinámicos y de los gases arteriales, broncoconstricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral, entre otros. Considerando la complejidad de ese procedimiento, una evaluación previa de la necesidad de aspiración es indispensable, pues se trata de un procedimiento invasivo y complejo que debe ser realizado mediante una indicación precisa; ya que puede causar complicaciones al paciente.

Es importante que el profesional de enfermería tenga conocimiento basado en evidencia científica validada, sobre los diferentes métodos y aspectos relacionados a la aspiración endotraqueal. Las recomendaciones de acuerdo a la evidencia son no aspirar de forma rutinaria, hacerlo solo cuando sea necesario. Aspirar a personas conscientes puede producir náuseas y vómitos y favorecer una broncoaspiración. La aspiración produce aumento de la presión intracraneal (PIC). Es necesario valorar el adecuado nivel de sedación y relajación antes de aspirar a enfermos con PIC elevada. La aspiración de secreciones puede producir bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.³

Otro procedimiento es la higiene de manos, del cual es importante mencionar que las infecciones se relacionan a la falta de adhesión y técnicas asépticas, por lo que es necesario concientizar a todos los trabajadores de la salud a realizarlo. La higiene de manos debe ser un hábito para los trabajadores del área de la salud y su adhesión es un desafío para los Comités de Infecciones. Ya en 1846, Ignaz Semmelweis (médico húngaro), demostró la importancia del lavado de manos y antisepsia en la prevención de infecciones hospitalarias, disminuyendo los casos de muerte por fiebre puerperal, cuando exigió su cumplimiento por parte de los médicos antes de atender a las parturientas.

Elevar los niveles de calidad en el cuidado de los usuarios es una responsabilidad y preocupación constante de los profesionales de enfermería. En particular debemos recordar a Florence Nightingale, quien en el siglo XIX se destacó con este cometido, trabajando entre otras necesidades, los temas de higiene hospitalaria e insistiendo en la importancia de que se demuestren los resultados de las acciones. Un indicador de calidad que demuestra el nivel de atención hospitalaria son las Infecciones que se producen derivadas de la atención. En el abordaje de esta problemática encontramos la necesidad de ejecutar medidas generales de prevención y

control de infecciones y medidas específicas según cual sea el sitio de infección corporal. La higiene de manos es una medida general (así como la técnica aséptica), sobre la cual ya no se discute su importancia y se estudia en forma permanente como lograr la adherencia del personal para su cumplimiento. Periódicamente se observa una variabilidad en la práctica clínica, así como una aplicación inapropiada del procedimiento de higiene de manos.⁴

Los pacientes con cardiopatías congénitas que son sometidos a tratamiento quirúrgico con una mejor evolución y manejo en terapia intensiva por parte del profesional de enfermería, repercuten en una mejor calidad de vida. El tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas no ha cesado de progresar en los últimos 50 años. Las técnicas quirúrgicas, de anestesia, CEC y cuidados postoperatorios han adquirido tal sofisticación y desarrollo que constituyen una verdadera subespecialidad dentro de la cirugía cardíaca. El éxito final de un procedimiento quirúrgico no depende solamente de un gesto técnicamente bien ejecutado, si no del ensamblaje perfecto de cada uno de los engranajes que participan en las distintas etapas del tratamiento.

El viejo concepto de que un paciente portador de una cardiopatía congénita tenía poca probabilidad de sobrevivir hasta la edad adulta, hoy se ha revertido.⁵ El cuidado de los niños con cardiopatía congénita ha sufrido una significativa evolución. En la mayoría de los defectos cardíacos congénitos el tratamiento quirúrgico es cada vez más precoz a causa de la mejora en la protección miocárdica, la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas y el progreso en los cuidados pre y postoperatorios. La integración de un equipo multidisciplinario es fundamental para decidir el momento y tipo de cirugía más conveniente para el enfermo, y para lograr un postoperatorio con óptimos resultados.

En general, se puede decir que el postoperatorio de la cirugía de las cardiopatías congénitas depende de la fisiopatología de la propia cardiopatía de base, y del tipo de técnica quirúrgica que se haya empleado.⁶

En las áreas de cuidados intensivos donde los avances científicos y tecnológicos son vertiginosos, se recomienda que sean guiados aspectos éticos y humanos, no perdiendo de vista que estas unidades especializadas son necesarias sin dejar de lado la atención, el buen trato y con ello fortalecer la gestión del hospital. El ambiente y el entorno de las Unidades de Cuidados Intensivos puede ser hostil para los pacientes y para sus familias, El diccionario de la Real Academia Española define humanizar como hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. Si el objetivo tiene relación con su última acepción (hacer humano a algo, es decir al entorno donde trabajamos) bienvenida sea la iniciativa. Los principales motivos de insatisfacción de los pacientes están relacionados con aspectos ambientales de las unidades (falta de intimidad y exceso de luz y ruido) «El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica

y perseverando en nuestro permanente afán de mejora. Recuperar el compromiso de servicio y entrega, que en origen alimentó nuestra vocación como profesionales, constituye un reto y una necesidad de gran magnitud e interés general».⁷

La aplicación del PAE bajo el modelo de Virginia Henderson es una herramienta elemental para vigilar y evaluar posibles complicaciones como son gasto cardíaco, las alteraciones respiratorias y el riesgo de infección, favoreciendo una pronta actuación del personal de enfermería. A pesar de ser el modelo más utilizado valdría la pena hacer uso de los diferentes modelos que existen y de esta forma responder a las necesidades de cada paciente. La disciplina de enfermería cuenta con teorías y modelos que sustentan su práctica profesional; los postulados de Florence Nightingale despertaron el interés de otras enfermeras que desarrollaron filosofías, teorías y marcos conceptuales sobre el cuidado. Una de las grandes teóricas es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma. En México, las aportaciones de Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad. Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplina ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.⁸

Sor Callista Roy define los elementos del metaparadigma de enfermería; considerando a la persona en un sistema holístico de adaptación, sea un individuo, familia o comunidad. La salud es un proceso de interacción con el entorno. La enfermería se encarga de promover la adaptación de las personas y el entorno es toda condición que influye en el desarrollo y la conducta de los seres humanos. En Latinoamérica se ha llevado a cabo la aplicación de los elementos conceptuales del Modelo de Adaptación de Callista Roy (MACR) en la práctica de enfermería, mediante la integración del Proceso Atención de Enfermería (PAE) y las taxonomías; abordando diversas condiciones de cuidado (agudas o crónicas), con un énfasis fisiológico/físico, coartando el desarrollo de la literatura que añade al modo de autoconcepto, rol e interdependencia.⁹

De acuerdo con Malmierca y cols., las enfermeras y los médicos percibieron que el uso de una guía para la atención al dolor es una herramienta útil para diagnosticarlo y evitar alteraciones futuras. Por lo que es de vital importancia generar protocolos, que permitan valorar y evaluar a partir de escalas estandarizadas. Se define el dolor como toda aquella experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a un daño tisular real o po-

tencial. Al hablar del dolor en el niño, no solo debemos tener en cuenta razones anatómicas y físicas; se sabe que la percepción del dolor además de ser un fenómeno biológico se ve influenciada también por aspectos psicológicos y del entorno infantil, que repercuten y modulan la sensación nociceptiva, por lo que una misma situación patológica puede provocar reacciones dolorosas diferentes. Cuando el dolor sea agudo hay que valorar las expresiones faciales que presentan el niño cuando tiene el dolor, su agitación, nerviosismo y, aunque por la edad sean mínimas, también valoraremos las expresiones verbales que manifieste el niño, como por ejemplo el llanto, elemento importante en el niño pequeño, habiéndose podido diferenciar entre el llanto debido al dolor o al hambre. Con estos datos se han establecido escalas como la de CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Pain Scale) diseñada para evaluar el dolor postoperatorio en niños o muy parecida la de FLACC aplicable a niños hasta 4 años o a niños mayores que no colaboran, en la que se miden la expresión facial, la posibilidad de consolar al niño, el llanto, la actividad y la movilidad.¹⁰

Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker, el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada cara de una graduación numérica para convertir la cara que indicar el niño en un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 8-10 dolor intenso. Esta escala tiene más variables en las que el número de caras no es el mismo. Para el uso de esta escala se pide al paciente que indique que cara se corresponde con el dolor que siente en ese momento.¹⁰⁻¹¹

Escala visual analógica (EVA) para adultos.

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10cm. En uno de los extremos consta la frase de "no dolor" y en el extremo opuesto "el peor dolor imaginable". La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testeada para pacientes en terapia intensiva, esta es frecuentemente utilizada con esta población.¹²

La seguridad del paciente es un punto primordial dentro de las áreas posquirúrgicas por lo que distintos pacientes se perciben seguros, así mismo que los días de estancia hospitalaria y su tratamiento son adecuados. Por lo tanto, se debe continuar garantizar una atención integral y reducción de complicaciones. La satisfacción depende de la experiencia previa del paciente por lo que es importante que el profesional de enfermería valore esta situación y reducir eventos adversos. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar relacionados con problemas

Cuadro I. Síntesis de la evidencia sobre las intervenciones de enfermería que se brindan al paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón.

Autor	País	Idioma	Tipo	Muestra	Instrumento	NE/GR	Resultados
16 Bolio-Cerdán	México	Español	Descriptivo retrospectivo	n=32 pacientes	Exprofeso	III/C	La cirugía de Fontan ha evolucionado de manera satisfactoria, y disminuye la mortalidad y mejora la calidad de vida.
17 Parra	México	Español	Estudio de caso	n= mujer con miocardiopatía restrictiva	Valoración exhaustiva y focalizada	IV/C	Las necesidades por mejorar son la disminución del gasto cardiaco, las alteraciones respiratorias y el riesgo de infección.
18 Canhizares	Brasil	Portugués	Cualitativa descriptiva y exploratoria	n= 24 personas	Entrevistas semiestructuradas	III/C	Los cuidados intensivos son guiados por la humanización de la atención y fortalecen la gestión del hospital.
19 Meléndez	México	Español	Descriptiva	127 personas	Entrevista y valoración directa de los pacientes.	III C	La mayoría de los pacientes se percibieron a sí mismos seguros durante su hospitalización
20 Mori	Brasil	Ingles	Observacional, prospectivo y cohorte.	n=149 pacientes	escala de dolor EVA y CAMPBELL, escala de agitación y sedación RASS, escala de delirium CAM-ICU	II/B	Existe alta incidencia de delirium asociado con la edad avanzada, uso de sedantes y analgésicos.
21 Oliveira	Brasil	Portugués	Revisión integradora	n= 36 artículos	Ninguno	III/C	Las infecciones se relacionan a la falta de adhesión de higiene de manos y técnicas asépticas, por lo que es necesario capacitar a los trabajadores. La vigilancia activa en el paciente neurológico fue la condicionante principal para el logro de las estrategias que permitió resultados loables.
22 Seoane	Cuba	Español	Descriptivo-retrospectivo	n= 68 pacientes	Formulario (exprofeso)	III/C	El profesional de enfermería debe asegurar la satisfacción de higiene de los pacientes, proporcionando seguridad, comodidad y bienestar.
23 Carvajal	Colombia	Español	Revisión sistematizada	n=75 artículos	Fichas (exprofeso)	III/C	El riesgo de aspiración y están presente en los pacientes críticos, haciendo fundamental el cuidado en ese contexto.
24 de Melo	Brasil	Ingles	Observacional y transversal	n= 86 pacientes	Cuestionario (exprofeso)	III/C	Las enfermeras y los médicos no percibieron que la guía para la atención al dolor como una herramienta útil para mejorarlo.
25 Subramanian	Colombia	Inglés	Prospectivo cualitativo	n=23 enfermeros y médicos.	entrevista en profundidad y semiestructurada	III/C	

de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.¹³

En las áreas de cirugía y terapia intensiva derivado de los procedimientos a seguir, existe una alta incidencia de pacientes que presentan delirium asociado con la edad avanzada, uso de sedantes y analgésicos. Es importante que enfermería desarrolle o utilice herramientas que le permitan tamizar, diagnosticar y generar intervenciones. El delirio se define como una alteración de la conciencia con inatención acompañado de alteraciones cognitivas y/o perceptuales que se desarrollan en un

corto periodo (horas o días) y fluctúa con el tiempo. Los cambios cognitivos se manifiestan como alteraciones en la memoria, desorientación, agitación o habla confusa e irrelevante. Los cambios perceptuales se manifiestan como alucinaciones (usualmente visuales), ilusiones y/o delusiones.

Se han utilizado más de 25 términos para describir el espectro de disfunción cognitiva en el paciente grave, dentro de los que destacan: psicosis de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), alteración cognitiva en la UTI, estado confusional agudo, insuficiencia cerebral aguda, encefalopatía por sepsis, síndrome de la Terapia Intensiva. El delirio hiperactivo comprende el 30%, el hipoactivo el 24% y el mixto el 46% de los casos. De acuerdo con algunas referencias y debido al empleo concomitante de medicamentos psicoactivos, el delirio hipoactivo es más prevalente que el hiperactivo.¹⁴ La escala que se reco-

mienda es Pfeiffer de trastorno cognitivo en pacientes en los que se sospecha que éste pueda existir.

Es importante señalar que, durante la búsqueda de información sobre los cuidados al paciente cardiovascular en estado crítico, aún existen muchas deficiencias, ya que los datos encontrados fueron muy escasos y carentes de conceptos o procedimientos de interés, sin embargo, el país hegemónico en la producción de evidencia científica es Brasil, puesto que este país cuenta con el mayor desarrollo académico y científico en Iberoamérica.¹⁵

En nuestra segunda etapa, pretendemos cambiar las palabras clave, con la intención de no solo enfocarnos a la información escrita por el profesional de enfermería, proyectamos que con nuestra investigación se arrojen datos que puedan ser de utilidad para nuestros colegas que estén en busca de información sobre el paciente en estado crítico. Se documentó que existen datos desde los cuidados básicos de los pacientes como es el caso de la higiene hasta reflexiones con respecto a la seguridad hospitalaria, tenemos mucho campo de acción y por lo tanto de investigación, y es muy importante señalar que es necesario e imperativo, documentar nuestros cuidados como profesionales, para formar y desarrollar nuestra capacidad de crear información con fundamento científico.

CONCLUSIÓN

Se evidenció que existen intervenciones de enfermería que se brindan a pacientes en estado crítico postoperado de cirugía de corazón por lo que se creó un modelo relacionado a la atención del paciente en estado crítico postoperado de cirugía de corazón, en donde se mencionan algunas de las complicaciones, como las infecciones y el delirio, se habla de modelos teóricos, algunas patologías de tipo congénitas, el tratamiento del dolor, procedimientos de enfermería e incluso de la humanización del cuidado, cabe mencionar que a pesar de la búsqueda la información encontrada, aún carece de rigor metodológico, por lo que fue complejo encontrar evidencia científica en el área de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Betancourt JI. Manejo postoperatorio de cirugía cardiovascular del adulto. En Cuidado crítico cardiovascular. Colombia: Sociedad Colombiana de Cardiología. 2002; 193-206.](#)
2. [Mena D, González VM, Corvera Á, Salas P, Ortiz MI. Cuidados básicos de enfermería. Publicacions de la Universitat Jaume I. 2016.](#)
3. [Oliveira D, de Campos RC, Marin SR, G LM, Merízio FT, Barcellos MC. Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20\(5\): 1-11.](#)
4. [Colegio de enfermeras del Uruguay. Higiene de manos guía para el personal de salud. \(2004\). 19 de abril del 2019, de comité de infecciones hospitalarias sitio web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/manos.pdf>](#)
5. [Abdala D, Lejbusiewicz G, Pose G, Touyá G, Riva J, Ligüera L, et al. Tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas: resultados de 213 procedimientos consecutivos. Arch Pediatr Urug. 2006; 77\(3\): 237-243.](#)
6. [Baño A, Domínguez F, Fernández L, Gómez R. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el postoperado de cardiopatía congénita. Rev Esp Cardiol. 2000; 53\(11\): 1496-1526.](#)
7. [Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España? Enferm Intensiva. 2017; 28\(1\):1-3.](#)
8. [Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol \(Mex\). 2011; 10 \(3\): 163-167.](#)
9. [Nava-Portillo DC, Olvera-Arreola SS, Cadena-Estrada JC. Atención de enfermería a un adulto con cardiopatía congénita basada en el modelo de adaptación de Callista Roy. Rev Mex Enferm Cardiol. 2015; 23 \(3\): 118-124.](#)
10. [Malmierca F, Pellegrini J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en Pediatría. Valoración del dolor en Pediatría. En Pediatría Integral \(2008\). Madrid: Ergon; 3-9.](#)
11. [González W, Sobas E. Guía para el manejo del dolor en pacientes con dolor ocular crónico \[licenciatura\]. Valladolid: Facultad de Enfermería de Valladolid; 2017. 19 p.](#)
12. [Clarett Martin, Pavlitsky V. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva \[licenciatura\]. Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; 2012. 39p.](#)
13. [OMS. Seguridad del paciente. \(2019\). 20 de abril del 2019, de OMS Sitio web: \[https://www.who.int/topics/patient_safety/es/\]\(https://www.who.int/topics/patient_safety/es/\)](#)
14. [Carrillo Esper Raúl, Carrillo Córdova Jorge Raúl. Delirio en el enfermo grave. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2007; 21\(1\):38-44.](#)
15. [Lenise M, Coelho D, López-Hurtado F, Rodríguez-Borrego MA. Producción científica en Educación en Enfermería en Brasil y España: un estudio comparativo. Index Enferm. 2015 Jun; 24\(1-2\): 88-92.](#)
16. [Bolio-Cerdán A, Ruiz-González S, Romero-Cárdenas P, Hernández-Morales G, Villasis-Keever MÁ. Pronóstico de niños cardiopatas sometidos a cirugía de Fontan: experiencia de treinta años en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013; 70\(2\):151-158.](#)
17. [Parra A. Proceso de atención de enfermería aplicado a la persona posoperada de trasplante cardiaco. Rev Mex Enferm Cardiol. 2014; 22\(3\): 106-114.](#)

18. [Canhizares V, Thiago D, Cerântola FP, Mara E. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. Rev Bras Enferm. 2016; 69 \(6\): 1099-1107.](#)
19. [Meléndez C, Garza R, Castañeda-Hidalgo H, González F, Turrubiates J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. Rev Cuid. 2015; 6\(2\): 1054-61.](#)
20. [Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50\(4\):585-591.](#)
21. [Oliveira PA, Marques AK, Prado MA. Infecciones relacionadas con la asistencia a la salud en unidades de terapia intensiva neonatal: una revisión integradora. Rev Enferm Global. 2017; 45\(16\): 508-522.](#)
22. [Seoane L, Bembibre R, Pérez M, López J, Varela I. Proceso de Atención de Enfermería \(PAE\) en cuidados progresivos. Rev cubana Enfermer. 1998; 14\(3\):174-177.](#)
23. [Carvajal G, Montenegro DJ. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Rev Enferm. Global. 2015; 40 \(14\): 330-340.](#)
24. [de Melo M, de Medeiros LA, de Andrade PK, Dias MI, de Sá JD, Carvalho AL. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. Esc Anna Nery 2016;20\(2\):357-362.](#)
25. [Subramanian P, Allock N, James J, Lathlean J. The Perception of Nurses and Doctors on a Care Bundle Guideline for Management of Pain in Critical Care. Aquichan. 2013; 13 \(3\): 336-346.](#)