

## **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE POST QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ DE CÚCUTA A PARTIR DE NOVIEMBRE DEL 2003 A JUNIO DEL 2004**

Ruby Elizabeth Vargas Toloza\*

### **RESUMEN**

Los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas cardiovasculares pueden presentar diferentes problemas en el post operatorio como son los metabólicos, renales, cardiovasculares, pulmonares, infecciosos, hematológicos y las alteraciones neurológicas como son la enfermedad cerebrovascular en el postoperatorio de cirugía Cardiovascular reportada en un 0.5% y 5.2%, dada por eventos embólicos en un 54% y el resto isquémicos por hipoperfusión.

La encefalopatía se presenta en los pacientes sometidos a circulación extracorpórea con alteración neurológica temporal o permanente encontrándose algún grado de disfunción cognoscitiva post operatoria en un 30 a 60 % de los pacientes que van a revascularización miocárdica o cambios valvulares en los dos primeros meses.<sup>1</sup>

La presencia de mayor o menor complicación en el paciente posquirúrgico cardiovascular es directamente proporcional a la capacidad de autocuidado, dicha complicación puede ser temporal o permanente, ocasionando déficit de autocuidado en el paciente en forma transitoria o definitiva.

La valoración del déficit de autocuidado en estos pacientes debe ser una labor de rutina, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo que lo predisponen a complicaciones en el post quirúrgico cardiovascular.

Partiendo del modelo teórico de DOROTHEA OREM y teniendo en cuenta todos los eventos posibles en dichos pacientes, se desarrollo esta investigación con el fin de identificar las complicaciones en el post quirúrgico cardiovascular y medir el déficit de autocuidado en los pacientes que se intervienen en la Clínica San José de Cúcuta, teniendo en cuenta los factores socio demográficos y factores de riesgo.

### **PALABRAS CLAVES:**

Déficit de autocuidado, disfunción cognoscitiva, intervenciones quirúrgicas cardiovasculares.

\* Enfermera Docente Facultad Ciencias de la Salud-Universidad Francisco de Paula Santander. Especialista en Médico Quirúrgica con énfasis en Urgencias. E-mail [rbyelizvt@hotmail.com](mailto:rbyelizvt@hotmail.com)

<sup>1</sup> TOPICOS DE MEDICINA INTENSIVA. Neurología Crítica. Volumen 2. Número 2. Abril/2003. Pag 105 y 127.

## SUMMARY

The patients submitted to surgical cardiovascular interventions can present different problems in the operative post since they are metabolic, renal, cardiovascular, pulmonary, infectious, hematologies and the neurological alterations since they are the disease vascular brain in the postoperative one of cardiovascular surgery brought in 0,5% and 5,2 %, given by embolics events in 54 % and the rest squemics for hippoperfusion.

The encephalotomy appears in the patients submitted to extracorporeal traffic with neurological temporary or permanent alteration being some degree of cognitive dysfunction operative post in 30 to 60 % of the patients who go to myocardicum revascularity or valves changes in the first two months.

The presence of major or minor complication in the patient postsurgical cardiovascular is directly proportional to the capacity of autocare, the above mentioned complication can be temporary or permanent, causing deficit of autocare in the patient in transitory or definitive form.

The valuation of the deficit of autocare in these patients must be a labor of routine, specially in those patients with factors of risk that predispose it to complications in the surgical cardiovascular post.

Departing from the theoretical model of DOROTHEA OREM and bearing all the possible events in mind in the above mentioned patients, I develop this investigation in order to identify the complications in the surgical postcardiovascular and to measure the deficit of autocare in the patients that they control in the clinic of San José de Cúcuta, having into account the factors associate demographic and factors of risk.

## WORD KEYS:

Deficit of autocare, cognitive dysfunction, surgical cardiovascular interventions.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar el déficit de autocuidado en el paciente post quirúrgico Cardiovascular de la Clínica San José de Cúcuta a partir de Noviembre del 2003 a Junio del 2004.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio según variables socio - demográficas.
- Identificar los factores de riesgo que predisponen a complicaciones post quirúrgicas cardiovasculares en la población objeto de estudio.
- Identificar la incidencia de complicaciones en el paciente post quirúrgico cardiovascular de la Clínica San José de Cúcuta.
- Medir el déficit Cognoscitivo en los pacientes post quirúrgicos cardiovasculares de la Clínica San José de Cúcuta.
- Medir el déficit de autocuidado en los pacientes post quirúrgicos cardiovasculares de la Clínica San José de Cúcuta.

## METODOLOGIA

Para el desarrollo de la investigación se utilizó una metodología descriptiva transversal. En la muestra se incluyeron todos los pacientes de la Clínica San José de Cúcuta en su post operatorio de cirugía Cardiovascular, a partir de Noviembre del 2003 a Junio del 2004.

## INSTRUMENTO

- Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de información, la cual se obtuvo a partir de:
- Fuentes Primarias: Información del paciente y de la familia.
- Fuentes secundarias: información obtenida de las historias clínicas.

## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- Instrumento 1:* Se diligenció un formato que contenía las variables socio-demográficas y los factores de riesgos que predisponen a complicaciones neurológicas en el paciente post quirúrgico Cardiovascular.
- Instrumento 2:* El Mini Mental Test (MMSE), instrumento para un rastreo de alteraciones



cognitivas en el adulto, el cual se aplicó en el pre y post quirúrgico.

**Instrumento 3:** El índice de Barthel (IB): instrumento para valorar el nivel de independencia de paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD) y con base en él se midió el déficit de autocuidado.

## RESULTADOS

En el estudio se encontró que la mayor proporción (84%) de edad de los pacientes que fueron llevados a cirugía cardiovascular en la clínica San José de Cúcuta fueron los mayores de 46 años y de estos el 43% tenían más de 60 años. Existe una mayor proporción del sexo masculino en el estudio con un 66% (29), mientras que las mujeres un 34% (15). La razón de masculinidad es de 2:1 significa que son el doble los hombres sometidos a cirugía cardíaca en relación con las mujeres.

Se pudo determinar que la población en general aunque son de diferente nivel socioeconómico tienen todas acceso al programa de cirugía Cardiovascular de la Clínica San José, siendo los individuos del estrato 3 (43%/19) los que más se benefician y los del estrato 6 (2,3% /1) los que menos han hecho parte del programa.

La ocupación de la población en estudio en su mayoría un 32% (14) se dedica al trabajo independiente, siendo esto comprensible pues la ciudad de Cúcuta hace parte de la frontera con Venezuela y el comercio independiente es una fuente laboral para muchos en esta región.

Al analizar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones neurológicas en el post quirúrgico cardiovascular, se encontró que la población objeto de estudio tenían diferentes factores que los hacían en mayor o menor grado más susceptibles como fueron: Los factores cardiovasculares se encontraron en un 54% de la población entre los cuales estaban las valvulopatías (36), ruptura de cuerdas tendinosas (1), cardiomegalia (2), angina (19), infarto agudo de miocardio (11), hipertensión arterial (26), hipertensión pulmonar (6), arteriosclerosis (4) y enfermedad arterial periférica (2).

Los factores de riesgos clasificados como metabólicos se encontraron en un 19%.

Los factores de riesgo pulmonares se encuentran en un 16% (22), los eléctricos en un 5,2% (7).

Los neurológicos están presentes en un 3%, siendo estos el ACV (2) y el Alzheimer en un (1). Los factores de riesgo previos a la cirugía cardíaca están también los problemas renales (IRenal) y los Hematológicos (trombocitopenia) en un 0,7% respectivamente.

Ningún paciente del estudio tenían diagnóstico previo de trombos murales, cuadro clínico de



hipotensión severa o haber necesitado el Balón de Contrapulsación intraortico previo al procedimiento quirúrgico, ya que estas situaciones aumentan la incidencia de complicaciones neurológicas post quirúrgicas.

La CEC es un factor de riesgo importante transoperatorio en la incidencia de complicaciones neurológicas adversas y estas se encuentran muy relacionadas con el tiempo de circulación extracorpórea prolongada es decir  $> 120$  min.<sup>2</sup>

En el presente estudio se encontró que el mayor tiempo de CEC esta entre el 61-90 min en un 29,5% (13) de las intervenciones quirúrgicas y solo el 6% (3) le corresponde a un tiempo de CEC  $> 120$  min.

La incidencia global de complicaciones neurológicas se encontró en solo 5% (2) pacientes de 44 que fueron al procedimiento quirúrgico, los cuales presentaron disfunción neuropsicológica correspondiente a encefalopatía, la cual se caracterizo por delirio, desorientación y confusión mental. Sin embargo se observó que existieron otras complicaciones como fueron:

Complicaciones cardiovasculares en un 15% (7) pacientes que consistieron en episodios de hipotensión arterial (2) hipertensión (3) e IAM (2).

Complicaciones Pulmonares en un 14% (6) pacientes donde se hizo evidente las atelectasias (4), broncoespasmo (1) y neumonía (1).

Complicaciones Eléctricas en 20% (9) pacientes donde ellos presentaron fibrilación auricular (3), ventricular (2), bloqueos AV (1) y extrasístoles ventriculares (3).

Complicaciones Metabólicas en un 32% (14) pacientes donde predominó la acidemia metabólica (7) y la Hiperglicemia (7).

Complicaciones electrolíticas en un 7% (3) pacientes dados por hipokalemia (2) y la Hiperkalemia (1).

Complicaciones Hematológicas en 15% (7), pacientes que presentaron Trombocitopenia (6) y anemia (1).

Complicaciones Renales en un 18% (8) pacientes quienes presentaron aumento de la creatinina.

La mortalidad en la población en estudio fue de 0 %, dato similar al encontrado en el estudio de MARTINEZ Elkin y OROZCO Angela<sup>3</sup> donde la mortalidad registrada en otros programas la cual es muy baja y oscila entre el 0 y 3% con un promedio del 2 %.

La recuperación neurológica en los pacientes de cirugía cardiaca se dio en las primeras 24 horas en el

<sup>2</sup>MORLANS HERNÁNDEZ, Karen y Colabs. Disfunción neurológica en la cirugía cardiovascular

<sup>3</sup>MARTÍNEZ, Elkin y OROZCO, Angela. Programas de rehabilitación cardiaca en las principales ciudades de Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín. Col. 1999

84.1 % (37).

El 11,4% (5) se presentó en el 2 al 3 día del post quirúrgico en los pacientes que requirieron mas tiempo de sedación dada por presentar otras complicaciones que lo ameritaron.

El 4,5 % (2) en los pacientes que presentaron encefalopatía posterior a la cirugía, este dato es menor comparado con otros estudios como el de Karen Morlans Hernández y colegas donde la disfunción neurológica fue del 10,8% (75/691).<sup>4</sup>

Sin embargo comparando los resultados de la Clínica San José de Cúcuta y los obtenidos en el estudio de Luis Hallon y colegas donde la disfunción neurológica se presento en un 1,9% (90) de 4663 pacientes, se podría decir que las complicaciones neurológicas son mayores. La diferencia relacionada en los tres estudios puede darse por varios factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes.

Dado que las complicaciones neurológicas son las que más interfieren en el autocuidado se midió el deterioro de las funciones cognoscitivas en los pacientes de cirugía cardíaca, para esto se hizo necesario aplicar el test previo y posterior al procedimiento donde se encontró que el número de pacientes con sospecha de patología neurológica aumentó del 9 % al 18 %.

La disminución del puntaje en el MMSE se evidencio por alteración leve en la motricidad fina, dificultad en la escritura y memoria, las cuales se podrían relacionar con las alteraciones dadas por los factores de riesgo y complicaciones presentadas en los pacientes. Las complicaciones neurológicas son las menos frecuentes pero cuando aparecen son difíciles de explicar pues este paciente es sometido a múltiples agresiones durante el procedimiento quirúrgico (anestesia, hipotermia, clampeo embolias, paro circulatorio, repercusión entre otras).<sup>5</sup>

El déficit de autocuidado en los pacientes en estudio, se evaluó al tercer y quinto día postquirúrgico, con el fin de observar el comportamiento relacionado con el grado de independencia o dependencia para realizar las actividades de la vida diaria como son: vestirse, bañarse, comer, caminar entre otras.

Se encontró que al tercer día el déficit de autocuidado en la mayoría de los pacientes es severo, tienen dificultad para movilizarse de la cama a la silla, vestirse, bañarse y requieren de apoyo importante para realizar las necesidades fisiológicas como son de alimentación y eliminación.

Al quinto día postquirúrgico estos pacientes fueron recuperándose y el déficit de autocuidado es menor, encontrándose que el 84% de los pacientes oscila entre déficit moderado a leve, ya son un poco más independientes y pueden realizar algunas actividades solos como comer, peinarse o

<sup>4</sup>MORLANS HERNANDEZ, Karel, y Colabs. Ocipit.

<sup>5</sup>HALLON Luis y Colegas. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. Complicaciones Neurológicas postoperatorio de cirugía cardiovascular: 1998



requieren de supervisión de enfermería para moverse, bañarse, vestirse entre otras, conservando la dificultad para subir escaleras.

Si tenemos en cuenta la teoría de Dorothea Orem y los sistemas de enfermería, los pacientes en estudio se clasificarían así:

Al tercer día post quirúrgico se encontró que el 4,5% (2) presentaban déficit de autocuidado total, donde enfermería es quien asume todas las actividades. (Sistema totalmente compensador).

El 56% (25) de los pacientes presentaron déficit de autocuidado severo, necesitan ayuda importante de enfermería, pues son severamente dependientes para realizar algunas labores de la vida diaria como son desplazamiento, vestirse y desvestirse, bañarse, uso del retrete, trasladarse a la silla y comer entre otros.

La dependencia de los pacientes de cirugía cardíaca esta dada en su mayoría por la herida quirúrgica, los tubos de drenaje, las líneas invasivas etc. (Sistema totalmente compensador).

El 27% (12) de los pacientes presento déficit de autocuidado moderado (Sistema parcialmente compensador).

El 6,8 % (3) presentó déficit de autocuidado escaso (Sistema de apoyo educativo).

El 4,5% (2) no tenían déficit de autocuidado (Sistema de apoyo educativo).

A medida que transcurren los días los pacientes recuperan su independencia y el déficit de autocuidado disminuye, se encontró que al quinto (5) día posquirúrgico el 43 % (19) presentaron déficit de autocuidado moderado (Sistema parcialmente compensador) y el 41% déficit de autocuidado escaso (Sistema de apoyo educativo) y el 9% (4) no presentaron déficit de autocuidado (Sistema de apoyo educativo).

Las complicaciones neurológicas en este grupo de pacientes no fueron relevantes a pesar de que los pacientes tenían factores de riesgo para presentarlas, solo se dieron 2 casos de encefalopatía, de tal forma que el déficit de autocuidado esta presente en los primeros días posquirúrgicos y son dados por dolor o disacondicionamiento al ejercicio, el cual van recuperando en los primeros días de rehabilitación cardíaca donde enfermería inicia siendo importante para apoyar todas las actividades de la vida diaria, las cuales el paciente empieza a realizar con el tiempo y después termina siendo enfermería solo apoyo educativo.



## CONCLUSIONES

En general la población que hizo parte del estudio tiene unas características muy similares a comportamiento de otros programas de cirugía cardíaca como son: la edad, el sexo, los factores de riesgos y las complicaciones.

El déficit de autocuidado en los pacientes de cirugía cardíaca requiere de un apoyo importante de enfermería, el cual se hizo evidente durante la valoración con relación a las actividades de la vida diaria. Déficit que disminuye al quinto día pero aún se conserva la necesidad de apoyo moderado a estos pacientes y un gran apoyo educativo.

Esto es importante porque los pacientes al ser valorados, permiten enfocar acciones dentro de un proyecto organizado, que logre la recuperación de cada uno de ellos teniendo en cuenta las características individuales.

No es posible relacionar con este estudio la relación existente entre las complicaciones o los factores de riesgo en estos pacientes con el déficit de autocuidado, pues la presencia de ellos no es única en cada individuo, por el contrario los pacientes presentan diferentes factores y complicaciones a la vez.

Una de las complicaciones con mayor discapacidad física y cognoscitiva es la disfunción neurológica, la cual presentó una baja frecuencia en los pacientes en estudio, la recuperación neurológica se dio en su gran mayoría en las primeras 24 horas.

Sin embargo algunas de las situaciones que se observaron al aplicar el MMSE test fue la alteración de la memoria y escritura especialmente en los pacientes que presentaron mayor permanencia en la UCI debido a las diferentes complicaciones, la cual puede darse por disacondicionamiento físico.

En los pacientes valorados no se presentó ninguna muerte en el post quirúrgico cardiovascular, no hubo incapacidad física importante terminal que aumentara la estancia hospitalaria o rehabilitación física por disfunción motora o sensitiva.



## RECOMENDACIONES

El paciente del programa en su posquirúrgico cardiovascular ingresa al programa de rehabilitación cardíaca a los ocho (8) o diez (10) días después de egresar de la institución. Durante este tiempo su familia se convierte en el cuidador primario y son quienes apoyaran al paciente en su recuperación.

Por tal razón es importante que enfermería, tome una participación activa dentro de la recuperación del paciente, donde al medir el déficit cognoscitivo y el déficit de autocuidado, se generen acciones que suplan las necesidades de autocuidado o de cuidado dependiente en forma temprana, donde después de identificar las demandas de cuidado terapéutico se aplique el modelo teórico de Dorothea Orem especialmente la teoría de los sistemas de enfermería, que permite identificar las acciones del paciente, de la enfermera, de todo el equipo de salud y especialmente el apoyo educativo para la familia, ya que este se convierte en el cuidador primario en el hogar y es quien continúa supliendo las demandas de autocuidado del paciente dentro de su realidad familiar y relacionados con los factores determinantes de la misma en un momento dado.

## CITAS BIBLIOGRAFICAS

HALLON Luis y Colegas. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc .Complicaciones Neurológicas postoperatorio de cirugía cardiovascular 1998.

MARTINEZ, Elkin y OROZCO, Angela. Programas de rehabilitación cardíaca en las principales ciudades de Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. 1999.

MORLANS HERNÁNDEZ, Karen y colabs. Disfunción neurológica en la cirugía cardiovascular.

TOPICOS DE MEDICINA INTENSIVA. Neurología Crítica. Volumen 2. Número 2. Abril/2003. Pag 105 y 127.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BERNAL MOLANO, Luz Dary. "Área de déficit de autocuidado y redes de apoyo social en el hogar, en gestantes de alto riesgo con amenaza de parto prematuro".

KURT, Isselbacher, BRANWALD. Principios de Medicina Interna Harrison. VOL 1.

PINEDA, E.B. DE ALVARADO E.L., DE CANALES F. H. Metodología de la Investigación. Segunda Edición de 1994.

REVISTA CUBANA CARDIOL CIR CARDIOVASC - Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Disfunción neurológica en la cirugía cardiovascular. 1998; 12(1):20-8

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA. Valoración de Discapacidad Física, Índice de Barthel. Madrid.

REVISTA IMPULSO. Clínica San José de Cúcuta. Volumen 1. Pág. 4.

