

Grado de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

SÍNDROME CORONARIO AGUDO

***PLAN DE MEJORA: PLAN DE CUIDADOS
ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO INGRESADO EN LA UNIDAD
CORONARIA***

Autor: Idoia Gutierrez Aztiria

Director: Yolanda Montes García

Pamplona, 25 de Junio de 2014

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO INGRESADO EN LA UNIDAD CORONARIA

RESUMEN

Se presenta un plan de cuidados de enfermería estandarizado (PCE) para un paciente prototipo diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), ingresado en la Unidad Coronaria del Complejo Hospitalario de Navarra. La eficacia del tratamiento dependerá tanto de su rapidez de instauración, como de la calidad de los cuidados recibidos. El objetivo de este proyecto se centra en crear criterios unificados de actuación en los cuidados que actualmente son prestados en la unidad. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y un estudio observacional de la actividad asistencial de la unidad. Se han buscado similitudes y diferencias con planes de cuidados estandarizados vigentes en distintas comunidades. El PCE propuesto se basa en un modelo bifocal, utilizando las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC. También se propone una agenda de trabajo de enfermería. La propuesta planteada consigue sistematizar y organizar los cuidados de enfermería, reduciendo la variabilidad, facilitando la comunicación interdisciplinar y mejorando así la eficacia y calidad de los cuidados.

PALABRAS CLAVE:

- Síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST).
- Enfermería bifocal.
- Plan de cuidados estandarizado .
- Agenda de trabajo de enfermería.

ÍNDICE

1- Introducción _____	pág 1
2- Objetivos _____	pág 5
3- Metodología /Material y Métodos _____	pág 6
Descripción del manejo actual del paciente SCACEST _____	pág 10
4- Propuesta de mejora _____	pág 18
5- Discusión _____	pág 37
6- Conclusiones _____	pág 50
7- Agradecimientos _____	pág 51
8- Bibliografía _____	pág 52
9- Anexos _____	pág 55

1. INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica coronaria (CIC), constituye una de las enfermedades cardiovasculares de mayor relevancia en el mundo, tanto por el impacto en morbi-mortalidad como por su alto coste sanitario. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades del sistema circulatorio todavía se mantienen como la primera causa de muerte en el territorio español (30,3% de las defunciones). Dentro de las mismas, la cardiopatía isquémica sigue ocupando el primer lugar en número de muertes en el mundo occidental, siendo el infarto agudo de miocardio (IAM) la manifestación más significativa, con un 64% de las defunciones.

El infarto agudo de miocardio se define la como la: “Necrosis miocárdica aguda, de origen isquémico, resultante de una alteración aguda y mantenida del equilibrio entre el aporte sanguíneo miocárdico y las necesidades del mismo”. La mortalidad del IAM está influenciada por muchos factores, entre ellos: la edad, el retraso en la aplicación del tratamiento, la historia previa de infarto de miocardio, la diabetes mellitus, numero de arterias coronarias afectadas, etc.

Pese a la diversidad de opiniones en cuanto a la terminología empleada para definir una enfermedad coronaria, hoy en día, el termino síndrome coronario agudo (SCA) es el más empleado. La nomenclatura SCA se utiliza como entidad que engloba los términos: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) y la angina inestable (AI).

Estudios recientes han subrayado la relación existente entre el descenso en la mortalidad aguda y a largo plazo tras SCA, con un aumento y avance en el tratamiento y la capacidad de alteración de la historia natural de mismo. La creación en el año 1961 de La Unidad de Cuidados intensivos cardiológicos (UCIC), conocidas como unidades coronarias (UCC), ha sido indudablemente un paso de avance hacia una perspectiva de atención integral para los enfermos con SCA. Dichas unidades proporcionan herramientas de diagnóstico más sensibles, así como avances en farmacoterapia y nuevas técnicas cardiológicas intervencionistas.

La primera unidad coronaria creada en España fue la del Hospital Sant Pau de Barcelona el año 1969. En el año 2001 surgen las primeras definiciones sobre lo que se considera una unidad coronaria, definida como: el área asistencial del hospital que dispone de los medios técnicos y de los recursos humanos necesarios para la atención y vigilancia continuada de los pacientes con cardiopatías agudas graves y potencialmente recuperables⁽¹⁾.

Décadas después de su creación el concepto de UCC sigue estando vigente si bien la actividad que se desarrolla en la misma se ha incrementado y complejizado, para adaptarse a las necesidades de los pacientes. Necesidades motivadas por la pluralidad de situaciones de los pacientes (más edad asociado a una mayor comorbilidad), así como los avances en el manejo de los mismos (métodos de diagnóstico y tratamiento más intervencionistas). Debido a esto, la prestación de cuidados críticos y el desarrollo de modelos de buenas prácticas para una eficiente y eficaz atención, será una parte importante de la continua evolución de la UCC y razón que justifica los esfuerzos continuos por mejorar la calidad de atención.

Al mismo tiempo, documentos históricos del Instituto de Medicina han destacado la necesidad de conservar una buena dinámica multidisciplinar a la hora de proporcionar una óptima atención médica a los pacientes críticos. Son varios los miembros que forman un equipo de salud en las UCC, los cuales trabajan con el enfoque de proporcionar la atención de más alta calidad. Todo ello, requiere que los profesionales sanitarios responsables del cuidado de este tipo de pacientes, posean la capacidad para llevar a la práctica conocimientos, habilidades y actitudes propias de cada profesión, garantizando la resolución y la prevención de los problemas de salud.

En las actuales UCC, al contrario de las UCC de la década de los 1960, no es suficiente con tener enfermeras capacitadas para la detección de arritmias que amenazan la vida del paciente o expertas en la realización de una reanimación cardiopulmonar. La mayoría de las UCC requieren enfermeras capaces de prestar el cuidado crítico más riguroso al paciente, con una formación más elevada a nivel de preparación y capacitación de responsabilidad clínica⁽²⁾.

Algunos autores defienden que el personal de enfermería supone un pilar fundamental para el buen funcionamiento de las UCC⁽³⁾. Como referente más próximo del paciente, debe de conocer los cuidados que requiere el mismo, asegurando el cuidado integral y un proceso asistencial de calidad. Asimismo, el personal de enfermería que trabaja en la unidad debe de tener un elevado nivel de preparación y capacidad de responsabilidad clínica que le permita resolver con prontitud diversas situaciones agudas en las que se va a enfrentar en su actividad diaria asistencial.

Según un estudio realizado en el Hospital General Universitario de Valencia en el año 2012, el personal de enfermería de la UCC debe asumir las competencias de enfermero/a generalista, enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y enfermería en cardiología. De ellas deriva una larga lista de competencias que debe de tener la enfermera que trabaja en la UCC⁽⁴⁾. La actividad del personal de enfermería en la UCC exige, contar con profesionales competentes, con buena formación y capacitados para responder a las necesidades que se plantean. Los pacientes requieren vigilancia constante, cuidados muy complejos y sofisticados que solo los puede proporcionar un equipo de profesionales altamente cualificados.

Asimismo, hoy en día son muchos los estudios que recalcan la necesidad de que los profesionales de salud trabajen con un método científico que aplique criterios unificados de actuación. Cuanto más uniforme y estabilizado este el proceso asistencial, es decir, que se reduzca al máximo su variabilidad y se mantenga los resultados en unos niveles adecuados, más ayudara a todos los profesionales en su práctica diaria⁽⁵⁾.

En el ámbito de enfermería existe el llamado Proceso de Atención Enfermería: “La aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería” (*Marriner 1983*). Una herramienta eficaz que se define como un proceso sistemático, dinámico y organizado para ofrecer cuidados, con el fin de proporcionar una mayor calidad en los mismos.

Dicho proceso de atención abarca los planes de cuidados enfermeros, definidos como: “Sistema de registro enfermero, donde se estructura y se comunica la información contenida en las fases de valoración, diagnóstico y planificación del proceso enfermero. Sirve para proporcionar la guía y la norma de actuación de los profesionales de enfermería que intervienen en el proceso” (*Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. JR Mora Martínez*).

Dichos planes de cuidados a su vez pueden ser estandarizados (PCE), con el objetivo de servir como guías o normas, permitiendo programar las intervenciones de la práctica enfermera en los pacientes cuyas respuestas son previsibles y están relacionadas con un diagnóstico clínico- médico concreto. Dicho soporte de información reagrupa los elementos del plan de cuidados, con datos preestablecidos respecto a un perfil tipo de paciente, y a una práctica de cuidados determinados.

Las ventajas que ofrece este plan de cuidados estandarizado es la de establecer los estándares de cuidados e introducir elementos de calidad al proceso enfermero. Con la ayuda de estos planes se gestiona mejor el tiempo del profesional de enfermería, ya que permite programar agendas de cuidados. Además, evitan la variabilidad en la práctica clínica del profesional, puesto que programan sus intervenciones frente a situaciones seleccionadas⁽⁵⁾.

Dichas estrategias mejoran los cuidados ofrecidos al paciente reduciendo la variabilidad en el proceso y asegurando una atención eficaz a lo largo de la hospitalización. En la práctica asistencial es necesario contar con instrumentos que diseñaran la calidad de los servicios prestados, que ayudaran en la toma de decisiones, disminuyendo a su vez incertidumbres, explicando normas de actuación y fijando indicadores para evaluar la calidad de la atención.

La estandarización de cuidados incorpora al proceso asistencial sanitario su valor añadido, homogeneizando las actuaciones, estableciendo un lenguaje y metodología

común entre la/os enfermeras/os, además de ayudar a eliminar ineficiencias y contribuir en la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes.

Cabe decir, que ante los constantes avances científicos y tecnológicos que se producen en nuestra sociedad⁽⁶⁾, los profesionales de enfermería, como muchas otras profesiones, se ven obligados a actualizar continuamente las pautas de actuación relativas al cuidado de los pacientes para mejorarlas y adecuarlas a la evidencia científica.

Viendo la trascendencia de la patología y la capacitación que debe de tener el profesional de enfermería en este ámbito, así como la gran responsabilidad y la constante necesidad de actualización de las guías y protocolos existentes, se ha visto interesante profundizar en este tema, debido a la necesidad de elaborar planes de cuidados integrados a las nuevas situaciones actuales, creando un plan de cuidados con mayor rigor científico.

Con este proyecto se pretende crear un plan de cuidados estandarizado y actualizado dirigido a un paciente que ha sufrido un síndrome coronario agudo y se encuentra ingresado en la unidad coronaria de Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Dicho plan de cuidados se propondrá con el objetivo de sistematizar y actualizar los cuidados de enfermería que se ofrecen en la unidad. En último lugar se propone una agenda de actuaciones de enfermería. Todo ello se desarrollara teniendo en cuenta las características de la población diana, ajustándolo a la realidad existente.

2. OBJETIVOS

- OBJETIVO PRINCIPAL:

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para el paciente afectado por síndrome coronario agudo ingresado en la unidad coronaria del Complejo Hospitalario de Navarra.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Proponer una agenda de trabajo en el que se sistematicen los cuidados de enfermería y la periodicidad de las mismas.
2. Detectar los ámbitos de mejora de la práctica asistencial, evitando la variabilidad en materia de cuidados que se ofrecen.

3. METODOLOGÍA /MATERIAL Y MÉTODOS

En la realización de este proyecto se utiliza un estudio descriptivo observacional y transversal. Resumiendo las principales acciones realizadas en el desarrollo de este trabajo:

1. Búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes de datos.
2. Estudio observacional de la actividad asistencial de enfermería en la UCC del Complejo Hospitalario de Navarra.
3. Comparación de la información recibida en diversas bases científicas y del estudio observacional realizado en la unidad.
4. Creación del plan de cuidados estandarizado, con la aplicación del conocimiento enfermero. Integración de las tres principales taxonomías de enfermería; selección de los diagnósticos enfermeros (NANDA [North American Nurses Diagnosis Association]⁽⁷⁾, su interrelación con los resultados esperados (NOC [Nursing Outcomes Classification]⁽⁸⁾) y las intervenciones aplicadas a su resolución (NIC [Nursing Interventions Classification]⁽⁹⁾).
5. Desarrollo una agenda de trabajo, en el cual se integren todas las actividades de enfermería a ofrecer al paciente.
6. Operativización de la actuación.

BUSQUEDA DE INFORMACIÓN

En primer lugar se ha realizado una búsqueda bibliográfica con el objetivo de tener un marco de comprensión mayor y más profundo respecto a la patología y los cuidados enfermeros que se le ofrecen al paciente diagnosticado de SCA.

Mediante la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos se ha tratado de dar con las guías de prácticas clínicas de SCA de mayor evidencia, relevancia y actualización. La revisión se ha realizado principalmente en varias bases de datos: CSIC, Cuiden, Dialnet y Pubmed. La estrategia de búsqueda utilizada queda desarrollada en el anexo nº1.

Además, se ha revisado la información y publicaciones de distintas asociaciones científicas: “La Sociedad española de Cardiología”, “La fundación española del corazón”, “Societat catalana de Cardiología”, “La asociación de profesionales de enfermo crítico”, etc. También han sido numerosos los artículos que han sido seleccionados por su utilidad en contenido en el desarrollo de la elaboración del trabajo. La mayoría de estos artículos han sido encontrados en revistas específicas de

la especialidad como son “La revista Española de Cardiología” y “La Revista Española de Enfermería en cardiología”.

Así mismo, otra fuente de información utilizada han sido los libros como “Enfermería médico-quirúrgica”^(10,11), “Paciente en unidad coronaria”⁽¹²⁾, “Cardiac Intensive Care”⁽¹³⁾, “Síndrome Coronario Agudo. Manual práctica Clínica”⁽¹⁴⁾, “Plan de cuidados al paciente cardiaco. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca”⁽¹⁵⁾, etc.

Hay que mencionar además, la búsqueda que se ha realizado de los planes de cuidados estandarizados de enfermería vigentes en diversos hospitales como son el “Hospital Universitario Ramón y Cajal”⁽¹⁶⁾, “Hospital General Universitario de Alicante”⁽¹⁷⁾, “Complejo hospitalario de Albacete”⁽¹⁸⁾, etc.

Se han recopilado varias guías de práctica de actividades de enfermería y las guías de práctica clínica del ámbito de la medicina, publicadas por la “Sociedad Española de Cardiología”⁽¹⁹⁾, “Ministerio de Sanidad y Consumo”⁽²⁰⁾, “European Society of Cardiology”⁽²¹⁾ y “American College of Cardiology”⁽²²⁾.

Por otro lado, se ha llevado a cabo una revisión de todos los protocolos vigentes utilizados en la UCC del CHN, muchos de ellos interesantes por su correlación en las técnicas más utilizadas en el proceso.

En último lugar, se ha realizado un estudio observacional de los cuidados de enfermería ofrecidos a pacientes diagnosticados de un SCA, gracias a las practicas asistenciales realizadas en la UCC del CHN durante los meses de Febrero y Marzo del 2014.

CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica y haber obtenido información de la experiencia personal en la unidad, se ha aplicado el llamado pensamiento crítico, definido como; un proceso de razonamiento intencionado de alto nivel que esta modelado intelectualmente por la visión del mundo, el conocimiento y la experiencia de cada persona junto con sus capacidades, actitudes y normas, y que sirve de guía para el criterio racional y la acción.

Asimismo, también se ha hecho uso de un razonamiento clínico y la toma de decisiones clínicas para proponer unos cuidados de enfermería seguros y eficaces con el fin de mejorar los sistemas y reducir los errores en las valoraciones clínicas (*Toofani, 2008*).

En cuanto a la descripción del método utilizado en la elaboración del proyecto, ha sido el método analógico/ inductivo. En un principio, tras la realización del estudio bibliográfico y el estudio observacional, se ha realizado una inferencia analógica, en la que se han comparado diversos planes de cuidados y guías clínicas existentes, con los cuidados que se ofrecen en la unidad. A continuación, haciendo uso del método inductivo, se ha construido un plan de cuidados estandarizado, partiendo de la realidad existente hacia propuestas teóricas basadas en la evidencia científica. Aplicando el razonamiento inductivo se han creado las generalizaciones a partir de un conjunto de hechos u observaciones, sin olvidarse de la práctica enfermera basada en la evidencia.

Una vez realizado dicho análisis analógico/ inductivo, se ha configurado un proceso de atención estandarizado de enfermería para un paciente con un síndrome coronario agudo ingresado en una Unidad Coronaria. El propósito de dicho proceso de enfermería es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades.

El proceso atención de enfermería (PAE) es cíclico y sus componentes siguen una secuencia lógica (imagen 1). Consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En las fases de dicho proceso de atención se integran las tres taxonomías de enfermería NANDA- NOC- NIC, facilitando los cuidados sistemáticos, lógicos, racionales, eficaces y eficientes, y posibilitando la utilización de un lenguaje estandarizado⁽²³⁾.

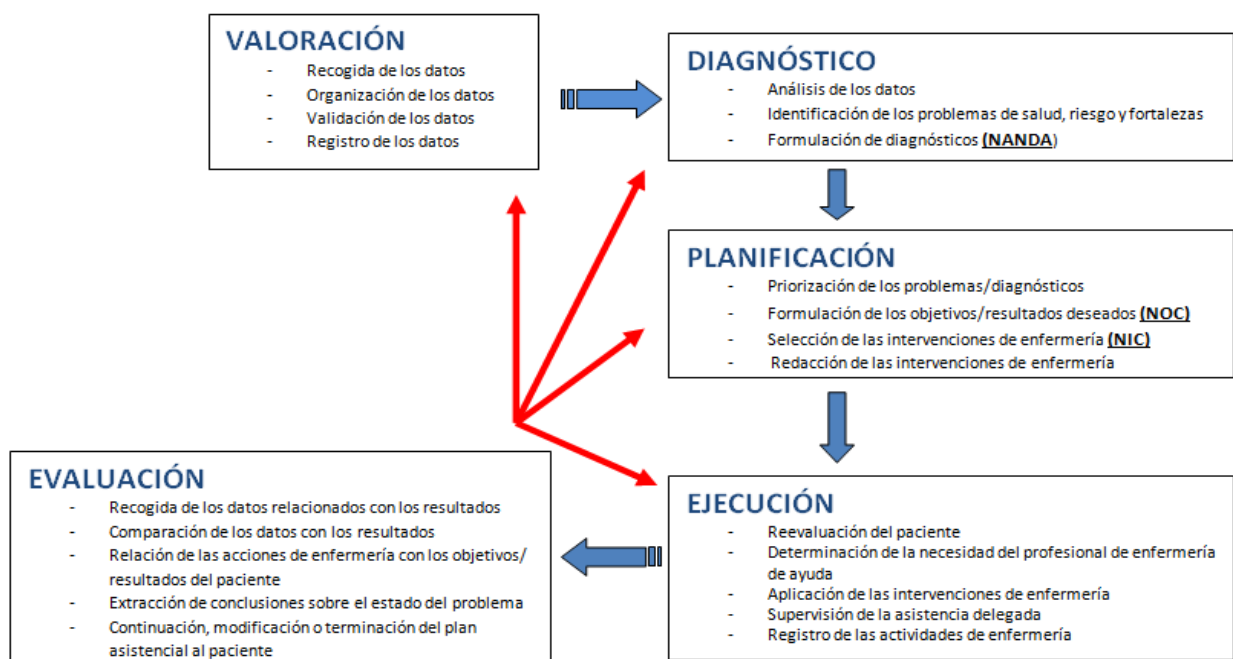


Imagen 1. Fases del proceso del proceso de atención de enfermería

El modelo de enfermería que se presenta, se fundamenta en la independencia de la enfermería y su interdependencia, con otras disciplinas del cuidado (*Henderson, 1977*). Es decir, el modelo de práctica clínica que se describe a continuación se basa en un modelo bifocal.

Este modelo bifocal (*Carpenito, 1983*) identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras como asistente primario (actuaciones independientes) y en colaboración con otras disciplinas (actuaciones interdependientes). Las respuestas a dichas situaciones pueden darse como diagnósticos de enfermería (DxE) o como problemas interdependientes (PI)⁽²⁴⁾:

- Diagnósticos de enfermería se definen como: “Un juicio acerca de las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base de la selección de intervenciones enfermeras para alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable”. (NANDA, 1990)
- Los problemas interdependientes sin embargo, son aquellas situaciones clínicas cuya responsabilidad de resolución recae sobre el médico (u otro profesional), en las que enfermería realiza actividades de monitorización, control e implementación de órdenes médicas.

A su vez, en el PCE planteado se muestra la enfermería como una disciplina holística, en la que se contemplan al paciente desde un punto de vista integral⁽²⁵⁾.

En último lugar, y partiendo del plan de cuidados elaborado, se ha diseñado una agenda de trabajo de enfermería, teniendo en cuenta las características del tipo de paciente habitualmente ingresado en la UCC del CHN y los recursos ofrecidos por dicha unidad, todo ello con el fin de ofrecer una propuesta adecuada a la realidad existente.

DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UCC CHN

ACTUALMENTE

Se describe a continuación el manejo del paciente en la UCC del CHN, información obtenida a través de la observación y análisis de los registros y protocolos existentes en la unidad realizada durante la estancia de práctica clínica realizada en el presente curso.

El código infarto publicado por el Sistema sanitario Navarra en el año 2010⁽²⁶⁾, describe el SCA como una emergencia sanitaria que requiere de una detección y un tratamiento precoz, ya que la efectividad de tratamiento depende de su rapidez de instauración. Cuando el paciente es evaluado clínicamente y se sospecha de un diagnóstico de SCA, el personal sanitario de urgencias y emergencias activa el llamado código infarto y se encarga de realizar el traslado urgente del paciente al centro hospitalario de referencia donde se pueda ofrecer un tratamiento definitivo de reperfusión.

Ante la sospecha de un SCA, el sistema sanitario debe agilizar su respuesta para permitir el acceso a un tratamiento de reperfusión y una atención especializada. En el caso de los pacientes con elevación del segmento ST, esta estrategia es de vital importancia. La elección del método de reperfusión, fibrinólisis o angioplastia primaria (mediante cateterismo cardíaco), dependerá de la capacidad que tenga el sistema de ofrecer una u otra estrategia.

En condiciones ideales, y en pacientes graves la angioplastia primaria es considerada como la terapia inicial de reperfusión, de ahí la necesidad de la buena praxis del código infarto. Según dicho código el tiempo desde la realización del ECG de 12 derivaciones y su interpretación, hasta la apertura de la arteria ocluida se estima inferior o igual a 120 minutos.

Con cierta frecuencia, a la llegada del paciente al centro hospitalario no existe la posibilidad de acceder directamente a una sala de hemodinámica. Mientras se prepara o se espera dicho acceso, se opta por trasladar al paciente a la unidad coronaria para una monitorización continua y una vigilancia estrecha. Dicha espera se realizara siempre y cuando la evolución del proceso y la clínica del paciente lo permitan. En caso de que no sea así o el tiempo citado de 120 minutos se exceda, se optara por el traslado al paciente a otro centro en el cual se pueda realizar una angioplastia primaria inmediata, o por una fibrinólisis con terapia de reperfusión.

El código infarto vigente en la Comunidad foral de Navarra se adapta perfectamente al protocolo de actuación propuesto en el año 2013 por la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST⁽²¹⁾. A continuación se muestra el algoritmo de actuación del código infarto (imagen 2):

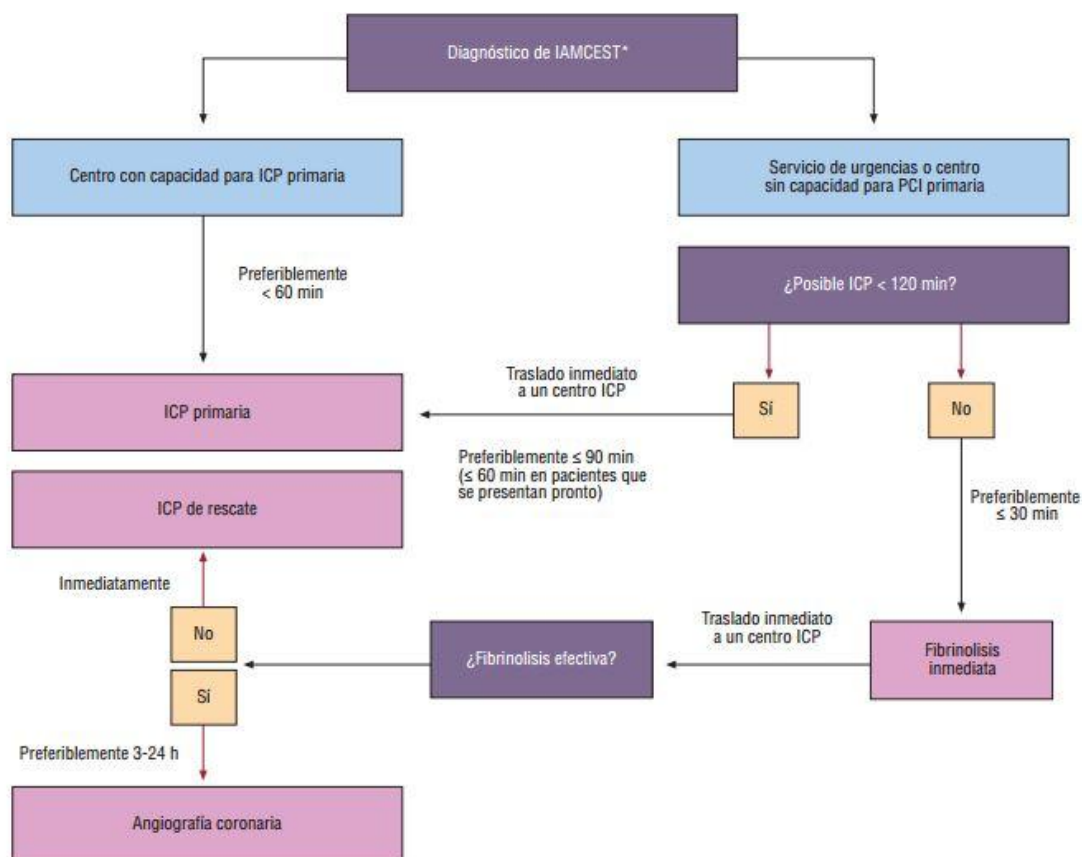


Imagen 2. Algoritmo de actuación del Código infarto. IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación de ST; ICP: intervención coronaria percutánea.

DEFINICIÓN DEL PACIENTE PROTOTIPO

El paciente prototipo que ingresa en la UCC de Navarra diagnosticado de un SCA con elevación del segmento ST (SCACEST), es un varón en el rango de edad 65-80 años. El paciente además, suele mostrar pluripatología asociada como la HTA, DM tipo II, hiperlipidemia y sobrepeso.

Dichos pacientes, es frecuente que mantengan estilos de vida poco saludables, como el consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada, falta de ejercicio físico, etc. (todos ellos factores de riesgo cardiovasculares para desarrollar una cardiopatía coronaria)⁽²⁷⁾.

El ámbito del Complejo hospitalario de Navarra, cuando el cógido infarto es activado, en la mayoría de los casos el paciente es directamente trasladado de la sala de urgencia o UVI móvil a la UCC y posteriormente a la sala de hemodinámica (cuando esta esté disponible y preparada).

El síntoma principal que suele mostrar el paciente diagnosticado de un SCA a su ingreso en la unidad es un dolor agudo y opresivo que se localiza en la zona retroesternal y precordial izquierda, con irradiación al hombro izquierdo. El comienzo del dolor se da de una forma súbita y no se modifica con cambios posturales ni con la

respiración. Además, el paciente puede referir síntomas de sudoración, astenia, disnea y náuseas.

A la llegada a la unidad el paciente tiene una monitorización continua de ECG (para detectar arritmias que pongan en riesgo la vida y permitir la desfibrilación inmediata cuando esté indicada) y una monitorización no invasiva de los signos vitales (FA, PA, SatO₂). Además es portador de un CVP y gafas de oxígeno a 2-4x' (con el objetivo de mantener SatO₂ >95%). Habitualmente durante el traslado del paciente al centro hospitalario se le administra ácido acetil-salicílico (500mg vía oral o i.v) y nitroglicerina sublingual, con el objetivo de disminuir la agregación plaquetaria y aumentar la vasodilatación de los vasos coronarios.

Siempre y cuando el proceso tenga una buena evolución y la revascularización coronaria sea la adecuada, la estancia media del paciente en la unidad es 2,6 días (*Memoria CHN, 2013*).

A continuación se muestra el plan vigente sobre el manejo del paciente con SCASET en la unidad coronaria del CHN.

PLAN VIGENTE DEL MANEJO DEL PACIENTE CON SCASET EN LA UCC

1. RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UCC PROVENIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Con el objetivo de ofrecer una vigilancia estrecha y mantener la estabilidad hemodinámica del paciente al ingreso en la unidad, se instaurarán una serie de órdenes médicas: monitorización continuada, medidas generales, dispositivos y preinscripciones farmacológicas.

ORDENES MEDICAS (paciente proveniente del SU)	
MONITORIZACIÓN Y MEDIDAS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de ECG continúa. • Monitorización no invasiva de los signos vitales: FC, PA, Sat. O₂. • ECG completo para determinar la evolución del infarto. • Analítica sanguínea (marcadores cardíacos, hemograma completo, ionograma, función renal y estudio de lípidos). • Ayuno. • Reposo absoluto en cama.
DISPOSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Canalizar CVC: Mantener dos vías venosas permeables (CVP y CVC). ✓ Oxigenoterapia 2-4lx': En presencia de disnea, dificultad respiratoria. Mantener SatO₂>95%.
PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y FLUIDOTERAPIA⁽²⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Clopidogrel: carga de 600mg. - Nitroglicerina: En bomba de perfusión i.v o sublingual. No se deberá administrar si la PA sistólica es < 90 mmHg, o si el paciente se presenta con bradicardia o taquicardia. - Heparina: Se administra bolo i.v de 60mg/kg de heparina no fraccionada (máximo 5000 U). Posteriormente, se continua con perfusión de mantenimiento. - Cloruro mórfico: Si existe dolor. 4-8 mg i.v a bolos lentos, con dosis adicionales de 2 mg a intervalos de 5-15 min hasta la desaparición del dolor (máximo 10 mg). - Antieméticos: En presencia de náuseas/vómitos. Metoclopramida 5-10 mg intravenosa. - Atropina: 0,5-1 mg I.V en presencia de hipotensión arterial con bradicardia (máximo 2mg). - Ansiolíticos: En caso de que los opiáceos no sean suficientes. - S. fisiológico de mantenimiento.

Aunque en la hoja de órdenes médicas al ingreso del paciente no figure la actividad de información al paciente y familia, esta es una actividad que queda sobreentendida en la acogida del paciente en la planta. A la llegada a la unidad el paciente muestra un estado de ansiedad, como respuesta natural a las circunstancias que envuelven a un ataque cardíaco.

Para paliar los efectos negativos que producen el miedo, la ansiedad y el estrés en el paciente y familia, es importante ofrecer una buena información. La información además, debe de ser dada de manera entendible, adaptada a su nivel cultural y teniendo en cuenta sus características psicosociales. A continuación se citan las actividades a desarrollar⁽²⁹⁾:

INFORMACIÓN AL PACIENTE

- ✓ Recibir al paciente con amabilidad.
- ✓ Identificarse correctamente por el nombre y estamento.
- ✓ Explicarle la ubicación respecto al resto del Hospital.
- ✓ Tranquilizar al paciente y explicarle porque está en la unidad Coronaria.
- ✓ Explicarle la razón de desvestirle (para facilitar nuestra actuación en caso de urgencia), salvaguardando en todo momento su intimidad.
- ✓ Explicarle la razón de estar conectado a tantos cables (control y seguridad, estará vigilado permanentemente por enfermeras cualificadas).
- ✓ Explicarle que por su propia tranquilidad dentro del servicio, las visitas están restringidas y que no puede utilizar el teléfono móvil ya que éste interfiere con los aparatos electrónicos de la unidad.
- ✓ Recordar que no se podrá levantar hasta que así se lo comuniquen cuando haya superado la fase aguda del proceso.

INFORMACIÓN A LA FAMILIA

Al ingreso del paciente, se le comunica a los familiares que hasta la estabilización del enfermo, deben permanecer en la sala de espera y que serán avisados para recibir información. Posteriormente el personal de enfermería les explicara:

- ✓ Las características y normas en la unidad. Se les entregara información escrita sobre ubicación en la unidad, horario de visita, aspectos organizativos de la unidad, horario de información médica, trámites administrativos para justificantes o certificados si fueran necesarios, etc. (anexo nº 4).
- ✓ Entregaran los objetos personales (cadenas, medallas, anillos, etc.) que el enfermero no necesite a la familia.
- ✓ Anotara los números de teléfono de los familiares para ser avisados en caso necesario.

INFORMACIÓN TELEFÓNICA

La utilización del teléfono debe de tener carácter excepcional. En la información telefónica, hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No dar información del ingreso hospitalario a ninguna persona o interlocutores no oficiales .
- No proporcionar datos personales sobre trabajadores del centro.

2- RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN UCC PROVENIETE DE LA SALA DE HEMODINAMICA

Tras la realización de la angioplastia primaria en la sala de hemodinámica, el paciente ingresa en la unidad consciente, orientado y colaborador. Frecuentemente muestra estabilidad hemodinámica y se encuentra asintomático (no dolor). Normalmente, el trazado del electrocardiograma se encuentra en un ritmo sinusal, con progresivo descenso del segmento ST (en comparación al trazado del electrocardiograma del SU). En la mayoría de los casos es portador de una pulsera compresiva Terumo® en la ESD.

A la llegada del paciente, los profesionales de enfermería procederán a las intervenciones ordinarias de acogida del paciente en la unidad (descritas detalladamente en el plan de cuidados presentado posteriormente). Además, de manera sistemática el paciente tendrá una serie de órdenes clínicas descritas en la hoja de "Órdenes médicas y medidas generales" (monitorización y medidas generales, dispositivos, preinscripción farmacológica):

ORDENES MÉDICAS (paciente proveniente de la sala de hemodinámica)	
MONITORIZACIÓN Y MEDIDAS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de ECG continua. • Monitorización no invasiva continua de la PA, FC, SatO₂. • ECG completo c/12h. • Exámenes periódicos de marcadores cardíacos c/12h; troponinas cardíacas (TC), creatina-fosfoquinasa (CK) y su componente ligado al miocardio (CK-MB). • Examen de hemograma, función renal e iones c/24h. • Ayuno las primeras 6 h. Se debe mantener si existe inestabilidad clínica y/o hemodinámica. • Dieta pobre en sal y grasas. • Registro de entradas y salidas. Balance hídrico. • Proporcionar reposo absoluto en posición semifowler las primeras 12-24 h. • (*)Cuidado de la pulsera Terumo® y la valoración y manejo del dolor <i>(Son dos de las intervenciones que no figuran directamente en la hoja de ordenes medicas vigente, sin embargo, dichas actividades quedan sobrentendidas en el manejo ordinario del paciente en la planta).</i>
DISPOSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener dos vías venosas permeables: CVP y CVC ✓ Oxigenoterapia: Si existe disnea o dificultad respiratoria. Mantener SatO₂ > 95%.

ORDENES MÉDICAS (paciente proveniente de la sala de hemodinámica)

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y FLUIDOTERAPIA

- S. fisiológico de mantenimiento
- NITROGLICERINA 3ml/h v.i (bomba en perfusión)
- FUROSEMIDA 1ml/ h v.i (bomba en perfusión)
- ADIRO 100mg v.o (0-1-0)
- CLOPIDOGREL 75mg v.o (0-1-0)
- PANTOPRAZOL 20mg v.o (1-0-0)
- BISOPROLOL 2,5mg v.o (1/2-0-1/2)
- CAPTOPRIL 6,25mg v.o (1-1-1)
- ATORVASTATINA 40mg v.o (0-0-1)
- INSULINA s. c (Según pauta endocrinóloga)

Tras la realización del cateterismo cardiaco, se deberá de ofrecer información, tanto al paciente como a la familia, sobre el desarrollo y resultados del procedimiento y el proceso de la enfermedad. Aunque dicha labor normalmente recae en manos de profesionales de medicina, también será labor de enfermería complementar dicha información así como abordar el estado de intranquilidad y ansiedad de paciente.

La realización de las actividades de enfermería derivadas de la hoja de órdenes médicas y medidas generales, queda registradas en la misma hoja de ordenes médicas (anexo nº4).

A demás de dichas órdenes médicas, el paciente también recibirá una serie de cuidados del ámbito de enfermería con el objetivo de perseverar y/o aumentar su estado de salud. El registro de estos cuidados de enfermería ofrecidos al paciente, se registra sistemáticamente en la gráfica del paciente en el apartado de “evolución” (anexo nº4). Actualmente, no se realiza un registro de todas las actividades de enfermería que ofrecen al paciente, sino solo de aquellas actividades que mayor relevancia tienen o salen de la evolución normal de la enfermedad.

Por lo tanto podemos decir que en la dinámica establecida en la UCC del CHN, las actividades de enfermería quedan registradas tanto en la hoja de “Ordenes médicas y medidas generales”, así como en la gráfica del paciente. Hoy en día, no existe ningún registro específico que englobe todas las actividades de enfermería ofrecidas al paciente.

Sin embargo, dichas actividades se realizan de una manera sistemática en la unidad. La realización de dichas actividades por lo tanto podría dar lugar a una **hipotética agenda de trabajo de enfermería vigente en la unidad** presentada a continuación. En dicha agenda de trabajo, se describen todas las actividades de enfermería realizadas actualmente en la unidad y la periodicidad de las mismas.

AGENDA DE TRABAJO VIGENTE EN LA UNIDAD

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		MOMENTO DE LA ACTIVIDAD				
		Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Si precisa	
CARDIO- RESPIRATORIO	Monitorización de signos vitales; FC, ritmo, TA	Continuo				
	Toma de temperatura axilar	10h	20h		s/p	
	Monitorización continua del ECG (Seleccionando la mejor derivación)	Continuo				
	ECG de 12 derivaciones	8h	16h	22h	s/p	
	Extraer muestras sanguíneas (control de; CPK, LDH y AST, electrolitos)	8h	16h/20h		s/p	
	VÍAS INTRAVENOSAS	Mantener las precauciones universales	Continuo			
		Cambiar apósito del sitio de inserción según protocolo	Continuo			s/p
		Cambiar sistema según protocolo	Continuo			s/p
		Limpieza de la vía con SF después de su uso	Continuo	Continuo	Continuo	s/p
	PULSERA TERUMO	Observar si hay signos de flebitis	Continuo	Continuo		
		Vigilar zona de punción	Continuo	Continuo		
		Valoración de la circulación periférica; pulsos periféricos, edema, color, Tº	Continuo	Continuo		
		Evitar procedimientos invasivos en zona afectada	Continuo	Continuo	Continuo	
		Seguimiento del protocolo en la retirada	Continuo	Continuo	Continuo	
		Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (patrón respiratorio)	Continuo	Continuo		s/p
	Monitorizar respiratoria (vigilar niveles de SatO2)	Continuo	Continuo	Continuo		
	Control de oxigenoterapia	Continuo	Continuo	Continuo		
	Observar si hay disnea, tos, expectoración, etc.	Continuo	Continuo	Continuo		
NEUROLOGÍA	Valoración del nivel de conciencia, orientación, estado de ánimo	Continuo	Continuo			
	Evaluación del dolor torácico (intensidad, localización, duración ,etc.)	Continuo	Continuo	Continuo		
NEFROLOGÍA	Monitorizar las entradas/salidas	Continuo				
	Balance hídrico diario		20h			
	Observación de signos y síntomas de la retención de líquidos (edemas)	Continuo	Continuo	Continuo		
DIGESTIVO- METABÓLICO	Ayuno las primeras 24h. Introducción progresiva de alimentación (según dieta s/sal y baja en colesterol)	Continuo				
	Vigilar los niveles de glucosa en sangre	8h/12h	20h		s/p	
TEGUMENTARIO	Ayudar en la realización de la higiene diaria	8h			s/p	
	Proporcionar dispositivos de ayuda (orinal)				A demanda	
	Facilitar la higiene tras miccionar/defecar				A demanda	
	Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados	Continuo	Continuo	Continuo		
LOCOMOTOR	Favorecer el reposo absoluto en cama	Continuo				
	Evaluar la tolerancia a la actividad (incremento programado de los niveles de actividades).	Continuo				
	Limitar el movimiento de la extremidad afectada.	Continuo				
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	Administración de medicación de acuerdo a prescripción. <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores que puedan impedir la toma de (p.e: TA) Control de la eficacia de la medicación Control de efectos adversos 	8h	16h/20h	23h/24h	s/p	
	Control de la fluidoterapia	Continuo				
OTROS	Explicar todos los procedimientos	Continuo			s/p 17	
	Proporcionar información objetiva	Continuo				

4. PROPUESTA DE MEJORA

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

El plan de cuidados de enfermería estandarizado que se plantea a continuación, engloba los cuidados a los problemas comunes de un paciente prototipo diagnosticado de SCACEST ingresado en la UCC pres y tras la realización del cateterismo cardíaco y revascularización de la arteria coronaria afectada. Dicho plan, por lo tanto también integrara los estándares del post cateterismo cardíaco terapéutico.

En el plan de cuidados propuesto también se muestran las intervenciones (NIC) que corresponden al proceso administrativo del ingreso y alta del paciente en la unidad. Como bien se saben uno de los objetivos principales de la actuación de enfermería es ofrecer la continuidad de cuidados al paciente, hecho que justifica la introducción de esas intervenciones.

El objetivo del plan de cuidados consiste en estandarizar las intervenciones del profesional de enfermería en la atención del paciente con SCA y favorecer la continuidad de los cuidados del enfermo durante su estancia en la unidad y al momento del alta.

A continuación se presentan los problemas abordados en el plan de cuidados, basado en el modelo bifocal de enfermería. Como bien se comenta en el apartado de metodología, el modelo bifocal entiende la enfermería con funciones interdependientes o de colaboración con otras disciplinas (problemas interdependientes reales y complicaciones potenciales) y unas funciones independientes de prestación de cuidados, enfermería autónoma, con sus propios diagnósticos de enfermería:

1. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES (PI)

PRE- CATETERISMO CARDÍACO

- **PI:** Obstrucción coronaria s/a aterosclerosis m/p dolor agudo.
 - **PI:** HTA
 - **PI:** Diabetes mellitus
 - **PI:** Hiperlipidemia
 - **PI:** Sobrepeso/ obesidad
- } (s/a) Comorbilidades asociadas

POST CATETERISMO CARDÍACO	
<ul style="list-style-type: none"> • PI: HTA • PI: Diabetes mellitus • PI: Hiperlipidemia • PI: Sobrepeso/ obesidad 	} (s/a) Comorbilidades asociadas

2. COMPLICACIONES POTENCIALES (CP)

PRE-CATETERISMO CARDÍACO		
Complicación	Causas (s/a)	Signos/síntomas
CP: Angina/ isquemia.	Reagudización del cuadro. Obstrucción total o parcial del riego arterial al musculo miocárdico (por la afectación de una o varias arterias coronarias). La lesión principal es debida a una placa de ateroma.	Dolor, alt. en el ECG, aumento de marcadores cardíacos, inestabilidad hemodinámica, nauseas/vómitos, fatiga, mal estar general, diaforesis.
CP: Insuficiencia Cardíaca izda. con edema agudo de pulmón (EAP).	La lesión miocárdica por falta de riego sanguíneo, produce una disfunción miocárdica ventricular sostenida durante la fase aguda (fallo de lo bomba cardíaca). Dicha disfunción sistólica y diastólica en VI, puede tener repercusiones retrogradadas, produciendo una congestión pulmonar (EAP).	Disnea en reposo, ortopnea, taquicardia sinusal, taquipnea, presencia de tercer ruido cardíaco, crepitantes o estertores pulmonares basales, disminución de Sat O ₂ .
CP: Arritmias cardíacas; supra ventriculares y ventriculares.	Principalmente debido a la reperusión del miocardio post-infartado (se dan modificaciones en el ritmo de conducción). También, existen causas como; la isquemia miocárdica persistente, el fallo de bomba, la hipoxia y los trastornos electrolíticos.	Alt. en el ECG, inestabilidad hemodinámica (aumento de FC), palpitaciones, dolor torácico, fatiga, mal estar general.

POST-CATETERISMO CARDIACO		
Complicación	Causas (s/a)	Signos/síntomas
CP: Angina/ isquemia.	Complicaciones que seguirán presentes en el post- cateterismo y durante el ingreso del paciente en la UCC.	
CP: Insuficiencia Cardíaca izda. con edema agudo de pulmón (EAP).		
CP: Arritmias cardiacas; supra ventriculares y ventriculares.		
CP: Alteración en el manejo de líquidos.	La disfunción miocárdica produce a su vez una disminución del gasto cardíaco, que propicia un menor filtrado glomerular, que unido al uso de diuréticos y situación de estrés puede conducir a la alteración del equilibrio hídrico.	Edema, alt. equilibrio ácido-base, disnea, aumento de peso, alt. en la eliminación urinaria.
CP: Sangrado activo/ hematoma local.	Complicaciones en el punto de punción del cateterismo cardíaco.	Hemorragia, dolor, inflamación, cambio de coloración local, disminución de pulso.
CP: Reacción alérgica al contraste.	Debida al contraste yodado o a los fármacos utilizados en la anestesia local durante el procedimiento del cateterismo cardíaco.	Erupciones cutáneas, urticaria, prurito, inflamación, shock anafiláctico.
CP: Estreñimiento.	Causado por la poli-medicación, cambios ambientales recientes (dieta, actividad, hidratación), condiciones psicológicas (pérdida intimidad, posición).	Ausencia de deposiciones, esfuerzo en la evacuación de las heces, alteración en la consistencia de las heces, distensión y/o cólicos abdominales.
CP: Hiperglucemia	Elevación de concentración de glucosa en sangre causado por poli- medicación, lesión aguda, alteraciones hormonales, estrés, etc.	Niveles elevados de glucosa en sangre, sed, aumento de la diuresis, alt. conciencia, fatiga, visión borrosa.

4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DxE)

PRE- CATETERISMO CARDÍACO	
Diagnóstico de enfermería	Observaciones
DxE: Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud, amenaza de muerte m/p ansiedad verbalizada, nerviosismo, preocupación.	Cambio en el estado de salud, amenaza de muerte, miedo, desconocimiento, etc.
DxE: Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de piel (CVC).	Paciente portador de un CVC.
DxE: Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios.	Riesgo de sobrecarga de actividad para el corazón (alteración aporte-demanda O ₂ miocárdica).
POST-CATETERISMO CARDÍACO	
Diagnóstico de enfermería	Observaciones
DxE: Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud, amenaza de muerte m/p ansiedad verbalizada, nerviosismo, preocupación.	Diagnósticos de enfermería que seguirán estando presentes en el paciente durante el ingreso del paciente en la unidad, una vez que se le haya realizado el cateterismo cardíaco.
DxE: Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de piel (CVC).	
DxE: Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas circulatorios.	
DxE: Déficit de autocuidado: baño r/c debilidad m/p incapacidad para lavarse el cuerpo.	Preinscripción medica de reposo total en cama.
DxE: Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c debilidad m/p incapacidad para llegar hasta el inodoro.	
DxE: Riesgo de traumatismo vascular r/c composición de la solución, ritmo de infusión y fijación inadecuada del catéter.	Paciente portador de un CVP.
DxE: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c interrupción del flujo arterial.	Portador de pulsera compresiva Terumo® post-cateterismo (en ESD).
DxE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c extremos de edad, inmovilidad física, deterioro del estado metabólico, estado de desequilibrio nutricional.	Paciente con diversos factores de riesgo: edad, DM tipo II, sobrepeso, etc. Además, tiene preinscripción médica de un reposo absoluto en cama, con una disminución de movimientos y nivel de actividad.

Asimismo en el plan de cuidados se integran las intervenciones de enfermería; “NIC: Cuidados enfermeros al ingreso” y “NIC: Planificación del alta”, las cuales no obedecen a ningún DxE, ya que son intervenciones que corresponden al propio proceso administrativo del CHN y la UCC.

Seguidamente se describen el **plan de cuidados estandarizado** completo **para el paciente prototipo diagnosticado de un SCACEST ingresado en la UCC del CHN**, con el objetivo de mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención de enfermería, contribuyendo de esta manera al bienestar de los pacientes.

En dicho plan se integra las tres principales taxonomías de enfermería; selección de los diagnósticos enfermeros; (NANDA), su interrelación con los resultados esperados (NOC) y las intervenciones aplicadas a su resolución (NIC).

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES REALES

PI: HTA

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL	
PI: HTA	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Estado circulatorio <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica 	Manejo de la medicación <ul style="list-style-type: none"> - Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la preinscripción y/o el protocolo. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. - Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito (p.e: TA) - Explicar al paciente y/o a los familiares la acción de los fármacos, si procede.

Como bien se describe en el apartado “Definición al paciente prototipo”, el paciente ingresado en la unidad suele ser portador de varias comorbilidades como son la HTA, DM tipo II, hiperlipidemia y sobrepeso/obesidad, las cuales se deberán de tener en cuenta en el plan de cuidados para así ofrecer al paciente unos cuidados integrales y de la máxima calidad posible.

Durante el manejo del proceso agudo en la unidad sin embargo, tanto la hiperlipidemia como el sobrepeso/ obesidad tienen un discreto manejo. El manejo de las mismas se realiza con la dieta, y en el caso de la hiperlipidemia se suma la administración de medicación. En dichos momentos no se considera oportuno realizar un abordaje más completo de estas comorbilidades, ya que existen problemas de mayor prioridad y relevancia en la recuperación del paciente.

Sin embargo, estos problemas tendrán cabida y serán abordados en otro momento de la evolución del proceso del paciente, cuando el mismo sea dado de alta en la UCC e ingrese en la planta de cardiología. De esta manera nos aseguraremos una continuidad de cuidados a los mismos (Plan de continuidad de cuidados).

Respecto a la diabetes del paciente, durante el ingreso del mismo en la unidad coronaria, el manejo de este problema interdependiente se realiza con el objetivo de evitar la hiperglucemia. Debido a esto el PI:DM tipo II, no será abordado en este plan de cuidados del paciente en la UCC, sino que se definirá como una complicación potencial (CP: Hiperglucemia). La hiperglucemia es una complicación común en los pacientes diagnosticados de SCA, y está asociado a un pronóstico adverso del proceso⁽³⁰⁾. En la fase aguda es importante realizar un buen manejo de dicha complicación potencial, con un control intensivo de la misma y la administración del fármaco pautado (insulina).

COMPLICACIONES POTENCIALES

CP: Angina/isquemia

CP: IC izquierda con EAP

CP: Arritmias cardíacas

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
CP: Angina/ isquemia CP: IC izqda. con EAP	Reagudización del SCA Post-SCA
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Perfusión tisular: cardíaca <ul style="list-style-type: none"> • Angina • Hallazgos del electrocardiograma • Enzimas cardíacas • Presión sanguínea sistólica • Presión sanguínea diastólica • Arritmias • Frecuencia cardíaca 	Cuidados cardíacos: agudos <u>Acciones relacionadas con la monitorización y evaluación de datos</u> (*) <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración, etc.). - Monitorizar el ritmo y frecuencia cardíaca. - Auscultar sonidos cardíacos/pulmones. - Monitorizar las entradas/salidas y la diuresis. - Seleccionar la mejor derivación de ECG para monitorización continua. - Monitorizar el ECG para detectar cambios del segmento ST. - Obtener ECG de 12 derivaciones. - Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicas. - Limitar la ingesta de cafeína, sodio, alimentos ricos en grasas, etc. - Vigilar ritmo y frecuencia cardíaca.
CP: Arritmias cardíacas (s/a post- SCA)	
NOC: Indicadores	
Efectividad de la bomba cardíaca <ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar • Equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas • Disnea en reposo 	<u>Acciones relacionadas con la administración de medicación</u> <ul style="list-style-type: none"> - Oxigenoterapia. - Administrar medicamentos según preinscripción: antiagregantes, beta-bloqueantes, IECA, nitratos, estatinas, diuréticos, analgésicos, opiáceos, protectores gástricos, etc. - Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Vasalva (p. ej., laxantes, antieméticos), según corresponda. - Control de la eficacia de la medicación. <u>Acciones relacionadas con el control de complicaciones</u> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar radiografía de tórax. - Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST - Monitorizar función renal. - Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Vasalva (p. ej., esfuerzo durante la defecación). - Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. - Limitar los estímulos ambientales.

(*) Dentro del NIC: Cuidados cardíacos agudos, se ha realizado una clasificación de las intervenciones en razón a la finalidad de las mismas.

La angina/ isquemia, la insuficiencia cardíaca izda. con EAP y las arritmias cardíacas son tres de las complicaciones más frecuentes y graves que puede tener un paciente diagnosticado de SCA. Nuestra labor como enfermeras durante su ingreso en la unidad coronaria será mantener una vigilancia estrecha y una monitorización continua, con el objetivo de realizar una detección y un abordaje temprano de las mismas. En caso de que estas complicaciones potenciales se presenten y pasen a ser problemas interdependientes reales, nuestras intervenciones de enfermería en el manejo de las mismas variaran, convirtiéndose así en intervenciones más específicas: “NIC: Monitorización respiratoria” (en pacientes con IC izda. con EAP) y “NIC: Manejo de la arritmia” (en caso de la presencia de arritmias cardíacas).

CP: Alteración en el manejo de líquidos

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
CP: Alteración en el manejo de líquidos	Bajo gasto cardiaco, post- IAM
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Severidad de la sobre carga de líquidos <ul style="list-style-type: none"> • Edema de tobillo/pierna • Aumento de presión sanguínea 	Manejo de líquidos/ electrolitos. <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los signos vitales. - Observar si hay signos y síntomas de la retención de líquidos. - Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones. - Proceder a la restricción de líquidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Restringir la libre ingesta de agua. ○ Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuada. - Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados. - Administrar el suplemento de electrolitos prescrito: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. ○ Controlar respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

CP: Sangrado activo/ hematoma local

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
Complicaciones locales post-cateterismo: sangrado activo/ hematoma local	Complicaciones locales post- cateterismo
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Severidad de la pérdida de sangre <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sangre visible • Disminución de la presión arterial • Aumento de la frecuencia cardíaca 	Prevención de hemorragia <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar zona de punción por si se produce una hemorragia. - Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. - Control de los signos vitales (PA). - Mantener reposo en cama. - Limitar el movimiento de la extremidad afectada. - Evitar procedimientos invasivos en zona afectada.

CP: Reacción alérgica al contraste

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
CP: Reacción alérgica al contraste	Cateterismo cardíaco
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Respuesta alérgica: sistémica <ul style="list-style-type: none"> • Urticaria • Eritema • Petequias 	Manejo de la alergia <ul style="list-style-type: none"> - Registrar la alergia en los registros clínicos. - Observar si el paciente muestra signos y síntomas de reacción alérgica al contraste. - Identificar inmediatamente el nivel de amenaza que presenta una reacción alérgica para el estado de salud del paciente. - Suministrar medicamentos para reducir o minimizar una respuesta alérgica.

La reacción alérgica post- cateterismo cardíaco más habitual que se suele dar en los pacientes ingresados en la UCC, suelen tener una presentación dérmica localizada (urticaria, eritema, petequias, etc.). Las respuestas alérgicas sistémicas más graves (como puede ser un shock anafiláctico) se producen al poco tiempo de administrar el contraste, por lo que esta CP se deberá de tener en cuenta en el momento en el que el paciente se encuentre en la sala de hemodinámica.

CP: Estreñimiento

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
CP: Estreñimiento	Medicación, cambios ambientales recientes, estrés emocional
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Eliminación intestinal <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento 	Manejo del estreñimiento/ impactación <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. - Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Vasalva (p. ej., esfuerzo durante la defecación). - Proporcionar intimidad durante la eliminación. - Administrar laxantes y/o enemas.

CP: Hiperglucemia

COMPLICACIÓN POTENCIAL	S/a
CP: Hiperglucemia	SCA: poli- medicación, lesión aguda, alt. hormonales, estrés, etc.
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Nivel de glucemia <ul style="list-style-type: none"> • Concentración sanguínea de glucosa 	Manejo de la hiperglucemia <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los niveles de glucosa en sangre - Administrar insulina, según preinscripción - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefaleas

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Ingreso del paciente en la unidad coronaria

NIC: Actividades
<p>Cuidados de enfermería al ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados. - Orientar al paciente/familia/allegados sobre las expectativas de los cuidados y funcionamiento de la unidad. (*) - Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias. - Documentar la información pertinente. - Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos de cuidados de enfermería, resultados e intervenciones. - Etiquetar el gráfico del paciente. - Obtener las órdenes del médico sobre los cuidados (dispositivos, monitorización y preinscripción) que hay que efectuar al paciente. (**)

(*) Descritos en el apartado de la metodología; Plan vigente del manejo del paciente con SCASET en la UCC; "Llegada del paciente a la UCC proveniente del servicio de urgencias".

(**) Descritos en los apartados anteriores de la metodología y propuesta de mejora

DxE: Ansiedad

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	M/P
DxE: Ansiedad	Cambio en el estado de salud Amenaza de muerte	Nerviosismo Preocupación
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	
<p>Nivel de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Ansiedad verbalizada 	<p>Diminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Observar, valorar y registrar el patrón del sueño del paciente. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, cama, etc.) para favorecer el sueño. 	

DxE: Déficit de autocuidado: baño

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	M/P
DxE: Déficit de auto cuidado: baño	Debilidad	Incapacidad para lavarse el cuerpo
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	
<p>Autocuidados: higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la higiene corporal 	<p>Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. - Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. - Mantener rituales higiénicos. 	

DxE: Déficit de autocuidado: Uso del inodoro

ETIQUETA DIAGNÓSTICA		R/C	M/P
DxE: Déficit de autocuidado: Uso del inodoro		Debilidad	Incapacidad para llegar hasta el inodoro
NOC: Indicadores	NIC: Actividades		
Autocuidados: uso del inodoro <ul style="list-style-type: none"> Se coloca en el orinal Vacía la vejiga/intestino 	Ayuda con el autocuidado: micción/defecación <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados. Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. Disponer intimidad durante la eliminación. Facilitar la higiene tras mocionar/defecar después de terminar con la eliminación. Limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña). Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda. Proporcionar intimidad. 		

DxE: Riesgo de infección

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
DxE: Riesgo de infección	Defensas primarias inadecuadas: rotura de piel (CVC)
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Severidad de la infección <ul style="list-style-type: none"> Fiebre Dolor Hipersensibilidad 	Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC) <ul style="list-style-type: none"> Evitar el uso del brazo afectado para la medición de la presión arterial y la flebotomía. Observar signos de flebitis (dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema, fiebre). Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro⁽³⁷⁾. Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada, según el protocolo del centro⁽³⁷⁾. Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, escalofríos, drenaje en el sitio de introducción). Realizar un cultivo de la punta del catéter, según corresponda. Mantener las precauciones universales.

DxE: Riesgo de traumatismo vascular

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
DxE: Riesgo de traumatismo vascular	Composición solución; Ritmo infusión; Fijación inadecuada del catéter.
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Integridad tisular: Piel y membranas mucosas <ul style="list-style-type: none"> Temperatura de la piel Eritema Induración 	Terapia intravenosa <ul style="list-style-type: none"> Mantener precauciones universales. Realizar los cuidados del sitio de punción i.v. aplicar protocolo del centro. Utilizar técnica estéril para cambiar el apósito (etiquetar el apósito con la fecha, calibre e iniciales, según protocolo del centro)⁽³⁷⁾. Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales. Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión. Observar la permeabilidad de la vía antes de administrar la medicación i.v. Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v., según el protocolo del centro.⁽³⁷⁾

DxE: Riesgo de intolerancia a la actividad

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
DxE: Riesgo de intolerancia a la actividad	Preinscripción de restricción de movimientos
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Conservación de la energía <ul style="list-style-type: none"> Utiliza técnicas de conservación de energía Reconoce limitaciones de energía 	Manejo de la energía <ul style="list-style-type: none"> Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y FR). Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama). Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades. Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación. Evaluar el aumento programado del nivel de actividad.

DxE: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
DxE: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	Interrupción del flujo arterial (<i>pulsera compresiva Terumo @en ESD</i>).
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Perfusión tisular: periférica <ul style="list-style-type: none"> Llenado capilar de los dedos de las manos Dolor localizado en extremidades Parestesia 	Precauciones circulatorias <ul style="list-style-type: none"> Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad). No iniciar punción i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada. Abstenerse de aplicar presión en la extremidad afectada. Limitar el movimiento de la extremidad afectada.

Habitualmente después de la realización del cateterismo cardíaco por vía radial, el introductor arterial se retira al acabar la exploración y se coloca una pulsera compresiva (Terumo®). Durante el ingreso del paciente en la UCC se deberá de realizar una revisión periódica para vigilar la correcta hemostasia y tolerancia a la presión del paciente, así como la perfusión de la extremidad del abordaje arterial. La retirada de la pulsera se probará en las 4-5 horas de la colocación de la misma, extrayendo el aire lenta y periódicamente de la pulsera. El paciente deberá de evitar realizar movimientos bruscos de muñeca durante 24 horas. Además, no deberá apoyar la muñeca ni coger peso con esa mano en los 3-4 días siguientes (*Protocolo: Hemostasia Radial; instrucciones de uso de pulsera Terumo®. CHN. Julio 2010*)⁽⁴¹⁾.

DxE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
DxE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Extremos de edad Inmovilidad física Deterioro del estado metabólico Estado de desequilibrio nutricional
NOC: Indicadores	NIC: Actividades
Integridad tisular: piel y membranas mucosas <ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel • Lesiones cutáneas 	Prevención de úlceras por presión <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda. - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión . - Colocar al paciente en posición adecuada (uso de almohadas, cojines).

Aunque exista un riesgo de deterioro de la integridad cutánea en el paciente prototipo ingresado en la unidad con un SCA, cabe decir que se deberá de realizar una valoración exhaustiva de dicho riesgo a cada uno de los pacientes, ya que existe una gran variabilidad del nivel de riesgo de un paciente a otro. Depende y cual sea el valor de ese riesgo, las actividades de prevención a la misma también aumentaran en su cantidad y frecuencia.

Alta del paciente de la UCC y su traslado a la Planta de cardiología

NIC: Actividades
Planificación para el alta <ul style="list-style-type: none"> - Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados. - Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el traslado de la unidad a planta. - Colaborar con el médico, paciente/familiar/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. - Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre los profesionales sanitarios. - Desarrollar un plan de continuación de cuidados que tenga en cuenta las necesidades de cuidado del paciente. - Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica; Realizar un informe en el cual se describa resumidamente la evolución del paciente en la unidad y los aspectos principales a abordar en el momento del ingreso del paciente en la nueva unidad.

Siempre y cuando la evolución del paciente haya sido adecuada y el momento agudo del proceso haya pasado, el paciente es dado de alta de la Unidad Coronaria a los 2-3 días de su llegada al mismo. Una de las labores de enfermería en el momento del alta del paciente, será colaborar con distintos profesionales y allegados del paciente, en el traslado del paciente al próximo nivel de cuidados, en este caso la planta de hospitalización de cardiología.

Además, será labor de enfermería garantizar la continuidad de cuidados enfermeros al paciente. Para conseguir el mismo, la enfermera deberá de realizar un informe que resuma la evolución del paciente en la planta y los aspectos principales a abordar en el ingreso del paciente a la nueva unidad.

Por otro lado, también será oportuno desarrollar **un plan de continuidad de cuidados**, en el cual se abordaran los PI, CP y DxE presentes actualmente en el paciente. Dicho plan de cuidados será diferente al plan de cuidados vigente durante el ingreso del paciente en la UCC, ya que las necesidades del paciente van variando durante su evolución; desaparición de algunos de los problemas existentes, y aparición de otros nuevos. Cabe decir que este plan de cuidados englobara además, los diagnósticos de enfermería que no han podido ser abordados durante la estancia del paciente en la unidad debido a su situación fisiopatológica y corto periodo de ingreso en la unidad.

En dicho plan de continuidad de cuidados se dará comienzo además, a la rehabilitación cardiaca (RC) del paciente; proceso multidisciplinar que incluye el entrenamiento físico, educación sanitaria y consejos conductuales, con el objetivo de reducir los riesgos y modificar los estilo de vida del paciente⁽³¹⁾.

En la tabla que aparece a continuación se enumeran los problemas que tienen cavidad en este nuevo plan de continuidad de cuidados:

PLAN DE CUNTINUIDAD DE CUIDADOS	
PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES REALES	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - PI: Aterosclerosis - PI: HTA - PI: Diabetes mellitus - PI: Hiperlipidemia - PI: Sobrepeso/ obesidad 	Comorbilidades asociadas.
COMPLICACIONES POTENCIALES	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - CP: Angina/ isquemia - CP: Insuficiencia cardiaca - CP: Arritmias cardiacas - CP: Alteración en el manejo de líquidos - CP: Estreñimiento 	Aunque hayan disminuido su nivel de gravedad y probabilidad de aparición, son problemas que siguen estando presentes durante el ingreso del paciente en planta.
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de intolerancia a la actividad - Ansiedad/temor - Riesgo de infección - Riesgo de traumatismo vascular 	Diagnósticos que siguen estando presentes durante el ingreso del paciente en planta.
<ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades 	Debido a su problema de sobrepeso.
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos deficientes 	El paciente tiene una falta de información respecto al proceso de enfermedad, medicación, cambios en el estilo de vida (dieta, actividad física), etc.
<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud - Riesgo de disfunción sexual 	Por los cambios recientes en su estado de salud.

Las actividades planteadas en este plan de cuidados de enfermería que se ha propuesto anteriormente, quedan recogidas en **PROPUESTA DE AGENDA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA** presentada a continuación. En dicha agenda queda claramente registradas las actividades que enfermería realiza con el paciente y la periodicidad de las mismas. De esta manera existe un registro de todas las actividades que la profesión realiza, dando la posibilidad de ofrecer unos cuidados integrales y completos al paciente ingresado en la unidad.

PROPUESTA DE AGENDA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		MOMENTO DE LA ACTIVIDAD					
		Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Si precisa		
MOMENTO DEL INGRESO	Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados	Actividades que se realizan en el momento del ingreso del paciente. Los ingresos suelen ser de carácter urgente por lo que se pueden dar en turno de mañana, tarde o noche.					
	Obtener la historia al ingresar (AP, AF, medicaciones y alergias)						
	Etiquetar la gráfica del paciente						
	Ingresar al paciente en el programa informático del hospital (IRATI); asignación de box, dieta, etc.						
	Meter los datos del paciente y activar el monitor del box asignado al paciente						
	Obtener ordenes médicas sobre los cuidados (dispositivos, monitorización y preinscripción farmacológica)						
	Anotara los números de teléfono de los familiares						
	Orientar al paciente/familia sobre las expectativas de los cuidados y funcionamiento de la unidad:						
	Al paciente					Recibir al paciente con amabilidad	
						Explicarle la ubicación respecto al resto del Hospital	
						Tranquilizar al paciente y explicarle porque está en la Unidad Coronaria	
						Explicarle la razón de desvestirlo, la razón de estar conectado a tantos cables, etc.	
						Explicarle el funcionamiento de la unidad; horarios, restricción de estímulos, etc.	
	A la familia					Las características y normas en la unidad	
Entrega información escrita sobre la unidad; localización, normas, horario de visita, aspectos organizativos de la unidad, etc.							
Entrega los objetos personales del paciente							
CARDIO- RESPIRATORIO	Monitorización no invasiva de los signos vitales; FC, ritmo, TA.	Continuo					
	Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicas. Vigilar ritmo	Continuo					
	Auscultar sonidos cardíacos y pulmonares	8h	20h		s/p		
	Toma de temperatura axilar	10h	16h	22h	s/p		
	Monitorización continua del ECG (seleccionando la mejor derivación)	Continuo					
	Ajustar los parámetros de alarma del monitor de los signos vitales y ECG	s/p					
	ECG de 12 derivaciones	8h	16h	24h	s/p		
	Extraer muestras sanguíneas (control de CPK, LDH y AST, iones, función renal, hemograma, etc.)	8h	16h/20h		s/p		
	VÍAS INTRAVENOSAS	Mantener las precauciones universales	Continuo				
		Utilizar una técnica estéril para el cambio del apósito del sitio de inserción según protocolo (apósito de gasa 3 días/apósito transparente 7 días)	Continuo			s/p	
		Cambiar sistema según protocolo (cada 3 días)	Continuo			s/p	
		Limpiar la vía con SF después de su uso	Continuo	Continuo	Continuo	s/p	
		Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema)	Continuo	Continuo			
		Realizar comprobaciones del sitio de punción	Continuo	Continuo			
		Vigilar la permeabilidad del acceso venoso	Continuo	Continuo			
		Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección	Continuo	Continuo			
		CVP	Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión	Continuo	Continuo	Continuo	
		CVC	Evitar el uso del brazo afectado para toma de PA y la flebotomía	Continuo	Continuo	Continuo	
Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada	Continuo		Continuo	Continuo			

	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		MOMENTO DE LA ACTIVIDAD			
			Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Si precisa
CARDIO- RESPIRATORIO	PULSERA TERUMO	Vigilar zona de punción	Continuo	Continuo		
		Observar signos y síntomas de hemorragia	Continuo	Continuo	Continuo	
		Valoración de la circulación periférica: pulsos periféricos, edema, color, Tª	Continuo	Continuo		
		Evitar procedimientos invasivos en zona afectada	Continuo	Continuo	Continuo	
		Limitar el movimiento de la extremidad afectada	Continuo	Continuo	Continuo	
		Seguimiento del protocolo en la retirada	Continuo	Continuo	Continuo	
	Control de la realización de radiografía de tórax: protocolo, control de inserción de CVC, etc.		Continuo			s/p
	Vigilar respuesta cardio-respiratoria a la actividad (taquicardia, arritmias, disnea, diaforesis, palidez, PA, FR)		Continuo	Continuo		
	Control de la oxigenoterapia		Continuo	Continuo	Continuo	
	Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (patrón respiratorio)		Continuo	Continuo	Continuo	
Monitorizar los niveles de SatO ₂		Continuo				
Observar si hay disnea, tos, expectoración, etc.		Continuo	Continuo	Continuo		
NEUROLOGÍA	Evaluación el dolor torácico (intensidad, localización, duración ,etc.)		Continuo			
	Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica		Continuo	Continuo		
	Valoración del nivel de conciencia, orientación, estado de ánimo		Continuo	Continuo		
	Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad		Continuo	Continuo		
NEFROLOGÍA	Restricción de libre ingesta de líquidos (agua/ fluidoterapia)		Continuo			
	Registro preciso de las entradas/salidas		Continuo	Continuo	Continuo	
	Contabilizar la cantidad de diuresis. Inspeccionar características del mismo					A demanda
	Balance hídrico diario			20h		
	Observación de signos y síntomas de la retención de líquidos (edemas)		Continuo	Continuo		
DIGESTIVO- METABÓLICO	Ayuno las primeras 24h. Posteriormente introducción progresiva de alimentación		Continuo			
	Proporcionar una dieta pobre en grasas y sal. Limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, grasas, etc.		Continuo			
	Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Identificar factores de causa		Continuo	Continuo		
	Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Vasalva (p. ej.; evitar esfuerzos abdominales, etc.)		Continuo	Continuo		
	Proporcionar intimidad durante la defecación					A demanda
	Vigilar los niveles de glucosa en sangre		8h/12h	20h		s/p
	Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, alt. conciencia, visión borrosa, fatiga, etc.		Continuo	Continuo	Continuo	
TEGUMENTARIO	Mantener rituales higiénicos; Ayudar en la realización de la higiene diaria		8h			s/p
	Proporcionar un ambiente de intimidad, relajante, privado y personalizada		8h			s/p
	Proporcionar dispositivos de ayuda (orinal)					A demanda
	Facilitar la higiene tras miccionar/defecar					A demanda
	Limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña)					A demanda
	Valoración de riesgo de desarrollo de UPP (escala de Braden)		8h			
	Inspeccionar la piel en los puntos de presión; zonas enrojecidas, lesión, eritema, exudados, etc.		Continuo	Continuo		

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		MOMENTO DE LA ACTIVIDAD			
		Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Si precisa
LOCOMOTOR	Favorecer el reposo absoluto en cama	Continuo			
	Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama)	Continuo	Continuo		
	Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades	Continuo	Continuo		
	Ayudar al paciente a colocarse de una manera cómoda (uso de almohadas, cojines, elevar cabecera, etc.)				S/p
	Fomentar los cambios posturales	Continuo	Continuo		
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	Determinar factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito (p.e: TA)	Continuo	Continuo	Continuo	s/p
	Administración de medicación de acuerdo a preinscripción: antiagregantes, beta-bloqueantes, IECA, nitratos, estatinas, diuréticos, analgésicos, opiáceos, protectores gástricos, etc. <ul style="list-style-type: none"> Control de la eficacia de la medicación (efectos terapéuticos) Control de efectos adversos 	8h/12h	16h/20h	23h/24h	s/p
	Administrar fármacos que impidan estreñimiento/ episodios de la maniobra de Vasalva (p. ej., laxantes, enemas, antieméticos) con el objetivo de evitar el estreñimiento	8h			s/p
	Administrar insulina según preinscripción	8h/12h	20h		s/p
	Administrar el suplemento de electrolitos prescrito	Continuo	Continuo	Continuo	s/p
	Explicar al paciente y/o a los familiares la acción de los fármacos	Continuo	Continuo		s/p
	Control de la fluidoterapia; ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuada	Continuo			s/p
OTROS	Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación y/o favorecer el sueño	Continuo			
	Observar, valorar y registrar el patrón del sueño del paciente.			Continuo	
	Explicar el objetivo y el procedimiento de todas las intervenciones, procedimientos, pruebas, etc.	Continuo	Continuo	Continuo	s/p
	Proporcionar información objetiva respecto diagnóstico, tratamiento y pronóstico, adecuado a las características de cada paciente	Continuo	Continuo	Continuo	
	Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos	Continuo	Continuo	Continuo	
	Registrar todas las actividades de enfermería realizadas durante el turno	Continuo	Continuo	Continuo	
	Dar el parte adecuado a la enfermera del turno próximo (resumen de la evolución del paciente en las últimas horas, intervenciones pendientes, datos y cuidados a destacar, etc.)	15h	22h	8h	
MOMENTO DEL ALTA	Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el traslado de la unidad a la planta de cardiología	El alta del paciente en la unidad se suele producir durante los turnos de mañana o tarde en la unidad.			
	Colaborar con el equipo sanitario y paciente/familiar en la planificación de la continuidad de los cuidados				
	Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre los profesionales sanitarios				
	Desarrollar un plan de continuación de cuidados que tenga en cuenta las necesidades de cuidado del paciente				
	Realizar un informe en el cual se describa resumidamente la evolución del paciente en la unidad y los aspectos principales a abordar en el momento del ingreso del paciente en la nueva unidad				
	Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica				
	Realizar el traslado del paciente en el programa informático (IRATI) a otra unidad				
	Dar de alta al paciente en el monitor de la unidad				

A continuación se muestra una tabla con las principales diferencias encontradas al comparar la agenda de trabajo de enfermería que se propone en este proyecto y la hipotética agenda de trabajo de enfermería actual en la unidad (presentada en el apartado de la metodología “Plan vigente del manejo del paciente con SCASET en la UCC”):

CAMPO DE ACTUACIÓN	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
INGRESO/ALTA	En la nueva agenda de trabajo se han incluido todas las actividades que enfermería realiza en el momento del ingreso/alta del paciente.
NECESIDAD 1 Respiración y circulación	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos. Vigilar ritmo. - Auscultar sonidos cardíacos y pulmonares. - Ajustar los parámetros de alarma del monitor de los signos vitales y ECG. - Vías intravenosas: <ul style="list-style-type: none"> o Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión. o Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada. o Evitar el uso del brazo afectado para toma de PA y la flebotomía. - Control de la realización de radiografía de tórax: protocolo, control de inserción de CVC, etc.
NECESIDAD 2 Nutrición e Hidratación	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento. - Proporcionar intimidad durante la defecación. - Observar signos, síntomas de hiperglucemia: poliuria, alt. conciencia, visión borrosa, fatiga, etc.
NECESIDAD 4 Moverse y mantener una postura adecuada	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama). - Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades. - Ayudar al paciente a colocarse de manera cómoda (uso de almohadas, cojines, elevar cabecera, etc.). - Fomentar los cambios posturales.
NECESIDAD 8 Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un ambiente de intimidad, relajante, privado y personalizado. - Limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña). - Valoración de riesgo de desarrollo de UPP (escala de Braden). - Inspeccionar la piel en los puntos de presión; zonas enrojecidas, lesión, eritema, exudados, etc.
NECESIDAD 9 Evitar Peligros del entorno	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar fármacos que impidan estreñimiento/ episodios de la maniobra de Vasalva (p. ej., laxantes, enemas, antieméticos) con el objetivo de evitar el estreñimiento.
NECESIDAD 10 Comunicarse con otras personas	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. - Observar, valorar y registrar el patrón del sueño del paciente. - Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación y fomentar el sueño. - Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Registrar todas las actividades de enfermería realizadas durante el turno. - Registrar todos los cuidados realizados para asegurar la continuidad de cuidados.
NECESIDAD 14 Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad	<u>Actividades añadidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. - Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección. - Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Vasalva (p.ej; evitar esfuerzos). - Explicar al paciente y/o a los familiares la acción de los fármacos.

5. DISCUSIÓN

Con el estudio bibliográfico se ha pretendido evaluar y determinar cuáles son los puntos susceptibles de mejora de los planes de cuidados para pacientes con un SCA publicados en diversas bases científicas. El estudio observacional sin embargo, ha permitido que el plan de cuidados propuesto en dicho proyecto se adecue a las características del paciente prototipo que ingresa en la unidad coronaria del CHN, así como a la estructura y servicios que ofrece la propia unidad, con el objetivo de buscar la más adecuada atención de nuestros pacientes, mejorando la calidad de nuestra actividad diaria.

Recordar algunas premisas importantes:

- ✓ Se asume un modelo bifocal basado en la presencia de problemas interdependientes y diagnósticos enfermeros.
- ✓ Se entiende a la persona como un ser biopsicosocial, por tanto los cuidados deben ser integrales y holísticos
- ✓ Se persigue la continuidad de cuidados

Cuadro que sintetizan las similitudes y diferencias de los PI/CP y DxE encontrados entre PCE propuesto en este proyecto y los PCE vigentes actualmente en otras comunidades:

PLAN DE CUIDADOS PROPUESTO	PLANES DE CUIDADOS ANALIZADOS
1. PI: HTA PI: Diabetes mellitus tipo II PI: Hiperlipidemia PI: Sobrepeso/ obesidad	No se consideran
2. No se considera	DxE/ PI: Dolor
3. CP: Angina/ isquemia. CP: Insuficiencia Cardíaca izqda. con EAP CP: Arritmias cardíacas	CP: IAM/ angina CP: Arritmias DxE: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca DxE: Riesgo de disminución del gasto cardíaco DxE: Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar/ Deterioro del intercambio gaseoso
4. CP: Alteración en el manejo de líquidos.	DxE: Exceso de volumen de líquidos
5. CP: Sangrado activo/ hematoma local CP: Reacción alérgica al contraste	CP: Hemorragias CP: Reacción alérgica al contraste
6. CP: Estreñimiento.	DxE: Riesgo de estreñimiento
7. CP: Hiperglucemia	No se considera
8. DxE: Ansiedad	DxE: Ansiedad
9. No se considera	DxE: Conocimientos deficientes
10. No se considera	DxE: Deterioro del patrón del sueño
11. DxE: Riesgo de traumatismo vascular	No se considera
12. DxE: Riesgo de infección	DxE: Riesgo de infección
13. DxE: Riesgo de intolerancia a la actividad	DxE: Intolerancia a la actividad
14. No se considera	DxE: Deterioro de la movilidad física
15. Dxe: Déficit de autocuidado: Uso WC/ baño	Dxe: Déficit de autocuidado
16. DxE Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	DxE: Deterioro de la integridad cutánea
17. DxE: Riesgo de perfusión tisular ineficaz	DxE: Riesgo de perfusión tisular ineficaz

A continuación se muestra la explicación de cada decisión tomada en la realización de PCE propuesto en nuestro trabajo. En primer lugar se explican brevemente la inclusión y exclusión de todos los problemas abordados (presentados en la tabla anterior). Por otro lado, también se presenta el trabajo de razonamiento realizado respecto a los objetivos y actividades de enfermería planteados, la agenda de trabajo propuesta y el plan de continuidad de cuidados sugerido:

1-HTA, DM tipo II, sobrepeso/obesidad e hipercolesterolemia. La decisión de su inclusión está basada en la revisión bibliográfica. Dicha revisión indica que el paciente no siempre muestra todas estas patologías, pero es frecuente que tenga el diagnóstico de al menos una de ellas (dado que dichas comorbilidades están estrechamente ligadas a la aparición de la cardiopatía isquémica, ya que son factores de riesgo para la misma). Es necesario considerar además, que la descompensación de las mismas, es predictor de mal pronóstico del cuadro del SCA, de ahí la necesidad de llevar a cabo un buen manejo de dichos problemas interdependientes.

En la revisión bibliográfica realizada, no se ha encontrado documentación en la que se aborde dichas comorbilidades. Sin embargo, y debido a que el plan de cuidados presentado de este proyecto se basa en un modelo de enfermería bifocal y una atención integral, se ha visto necesaria la introducción de las mismas en el abordaje sistematizado del paciente.

2-Dolor. En la mayoría de la bibliografía revisada el dolor se aborda como un diagnóstico médico⁽³²⁾ o como un diagnóstico de enfermería⁽¹⁶⁾. En la propuesta presentada el dolor no se incluye ni como PI ni como DxE. El dolor es un síntoma del SCA y su manejo es estrictamente médico, ya que el abordaje del mismo se realiza principalmente con la administración de la medicación prescrita (opiáceos/ analgesia). Debido a esto se ha optado por abordarlo junto con el problema de la cardiopatía isquémica y como un diagnóstico médico; antes de la resolución de la oclusión coronaria el dolor será abordado dentro del diagnóstico del SCA (ya que es un problema que está presente en el paciente), una vez el dolor haya cedido, el manejo del mismo se realizara como una complicación potencial (ya que el paciente no muestra dolor).

3-Angina y/o isquemia, insuficiencia cardíaca izqda. con EAP y arritmia cardíaca. En la búsqueda bibliográfica realizada se han encontrado diversidad de opiniones sobre la responsabilidad de manejo de las mismas. Algunas fuentes definen dichas complicaciones como diagnósticos de enfermería “Riesgo de perfusión tisular

inefectiva cardiopulmonar”, “Riesgo de disminución del gasto cardiaco” y “Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar”⁽³³⁾ mientras que otros defienden su manejo médico y los citan como complicaciones potenciales ⁽¹⁶⁾.

Todos ellos en nuestro modelo los consideramos PI, dada su definición, factores relacionados y características definitorias existentes en los mismos. Deterioro del intercambio de gases, realmente se está definiendo insuficiencia respiratoria; Disminución del gasto cardiaco como su nombre indica está haciendo mención a una insuficiencia o fallo cardiaco; Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar puede indicar muchas cosas desde un TEP a un EAP, en este contexto más claramente referido a este segundo supuesto.

Enfermería de forma independiente (con las competencias otorgadas legalmente a estos profesionales) no puede abordarlos y por tanto no puede ser responsable de su resolución. Así mismo tampoco se han citado como PI, aunque sí han sido incluidos con CP.

En el plan de cuidados estandarizado propuesto son tres las complicaciones potenciales que quedan directamente justificadas del propio proceso fisiopatológico del SCA; la angina y/o isquemia, la insuficiencia cardíaca izqda. con EAP y la arritmia cardíaca.

Según la bibliografía analizada y el estudio observacional realizado, la gran mayoría de los pacientes no muestra ningún tipo de problema respiratorio. Normalmente dichos problemas suelen aparecer cuando el cuadro del infarto está muy evolucionado y el paciente comienza a sufrir una insuficiencia cardiaca con un edema de pulmón. Visto que los problemas respiratorios son un signo y síntoma de una descompensación del cuadro cardíaco y por lo tanto una señal de complicación, dicho problema se ha abordado con una complicación potencial (CP: IC izqda. con EAP) con actividades de enfermería de monitorización.

El abordaje de enfermería de dichas complicaciones se basa en la constante vigilancia y valoración de los síntomas, así como en la administración de la medicación prescrita. Con esta justificación se afirma el manejo médico de dichas complicaciones, por lo que en la propuesta de PCE se abordarán desde este punto de vista, al igual que lo hace por ejemplo el plan de cuidados estandarizado vigente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (anexo nº 3).

4-Alteración manejo de líquidos. Los pacientes diagnosticados de cardiopatías suelen presentar un cuadro de disminución del gasto cardíaco. Dicha complicación puede llevar a una alteración del volumen de eyección del corazón produciendo una alteración de manejo de líquidos.

En la revisión bibliográfica realizada se ha podido ver que solo en un plan de cuidados revisado se aborda dicho problema⁽¹⁵⁾ como un diagnóstico de enfermería (DxE: Exceso de líquidos). Ante este hecho cabe citar nuestra disconformidad.

En primer lugar el problema de la sobrecarga de líquidos del paciente no suele estar presente en todos los pacientes diagnosticados de un SCA, sino que es una complicación de dicho cuadro.

En segundo lugar, el manejo de dicha complicación es médico (como bien se expresa en las guías clínicas, el paciente tendrá una pauta farmacológica con diuréticos). Las actividades de enfermería se limitaran a la monitorización de dicha complicación: estricto balance hídrico diario, monitorización de las constantes vitales, control de iones, exploración física de edemas, etc.

Lo dicho hasta aquí por lo tanto, supone que existen suficientes razones como para introducir esta complicación potencial de retención de líquidos en el PCE que se ha propuesto. Actualmente los cuidados dirigidos hacia dicha complicación se recomiendan por guías clínicas estandarizadas y se prestan actualmente en la UCC del CHN.

5- Problemas post-cateterismo. El plan de cuidados de enfermería estandarizado que se ha planteado, engloba a su vez los problemas más comunes de un paciente tras la realización del cateterismo cardiaco y revascularización de la arteria coronaria afectada; sangrado activo, hematoma local, y reacción alérgica al contraste. Recordemos que el paciente es ingresado en la UCC proveniente de la sala de hemodinámica.

Hoy en día dichos cuidados dirigidos a monitorizar las posibles complicaciones potenciales en la unidad, se realizan de una manera discreta y no queda constancia de su realización en ninguno de los registros de enfermería. Dichas actividades no derivan directamente de la hoja de órdenes médicas del paciente, sino que quedan sobreentendidas en el manejo sistemático y global de todo paciente proveniente de la sala de hemodinámica.

Actualmente el equipo de enfermería de la UCC del CHN, está compuesto por profesionales con años de experiencia en la unidad y muy familiarizadas en el trato con el paciente sufridor de una cardiopatía isquémica. Dicho equipo de enfermería conoce bien su labor con este tipo de paciente, ofreciendo a los mismos unos cuidados integrales. La cosa en cambio puede variar con la llegada de una enfermera poco familiarizada con el cuidado de estos pacientes. Al no existir ningún registro, ni ningún protocolo en el que quede constancia de dichas actividades de monitorización, podría

darse la circunstancia en la que una enfermera desconozca la necesidad de realización de las mismas, y no las realizase.

Por otro lado, se ha visto que varios planes de cuidados integran dichas complicaciones en el plan de de cuidados al paciente sometido a cateterismo cardiaco, como es el caso del Plan de cuidados vigente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. (anexo nº 3)

Con el objetivo de ofrecer unos cuidados integrales al paciente, dicho PCE integra el plan de cuidados post- SCA, así como el plan de cuidados post- cateterismo cardiaco del paciente. Se han abordado de esta manera los problemas y diagnósticos de enfermería derivados tanto del cuadro de la cardiopatía isquémica, así como de la intervención terapéutica.

6- Estreñimiento. Son varios los puntos a tratar que merecen una mención:

- En primer lugar, cabe decir que actualmente en la UCC del CHN dicho problema no se aborda sistemáticamente en el manejo del paciente con SCA. El abordaje del mismo se suele realizar a demanda del paciente, y se suele limitar a la administración de medicación como son los laxantes, enemas, etc. Sin embargo, conviene subrayar que el ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización es un riesgo potencial para sufrir estreñimiento.
- La complicación del estreñimiento asimismo tiene una alta incidencia en el paciente cardiológico, ya que este experimenta en la fase aguda de su enfermedad, cambios biofísicos provocados tanto por la propia patología como por su tratamiento. La restricción hídrica por la posible insuficiencia cardíaca, junto al hecho de no poder hacer esfuerzos (maniobra de Valsalva) favorece también la impactación fecal. Además, del uso de ciertos medicamentos para el tratamiento del SCA: derivados mórficos, antagonistas del calcio, antiácidos, hipolipemiantes, antiarrítmicos, betabloqueantes y diuréticos, entre otros, pueden empeorar el estreñimiento.
- Por otro lado, muchos de los pacientes que ingresan con un evento cardiológico no siguen un patrón de hábitos saludables (dieta, grado de actividad física, tabaco, alcohol, etc.) en su vida diaria. También, debemos sumarles que la prescripción médica de reposo absoluto en cama, disminuye su autonomía e intimidad. El ingreso en una unidad de críticos, además, implica una situación de estrés y de pérdida de rol de autocuidado.
- Todavía cabe señalar que en estas circunstancias, el estreñimiento pueden provocar en el paciente cardiológico agudo graves complicaciones como consecuencia del esfuerzo realizado durante la defecación, como pueden ser los cambios hemodinámicas durante la misma, presencia de fecaloma, etc.

En la revisión de todos los planes de cuidados estandarizados que se ha realizado, se ha visto que sistemáticamente todas ellas abordan el problema del estreñimiento del paciente, dando a la misma una relevancia importante dentro del plan de cuidados. Sin embargo, dentro de estos planes de cuidados citan el problema como un diagnóstico de enfermería.

Con la exposición de todas estas razones sin embargo, puede verse que el manejo del mismo recae en manos de medicina. En este plan de cuidados propuesto por lo tanto, la complicación ha sido definida como una complicación potencial de manejo interdependiente.

La introducción de dicho problema y la inclusión de la misma en el manejo sistemático diario del paciente ingresado en la UCC, pretende prevenir y actuar ante el problema y llevar a cabo un correcto registro de las deposiciones, evitando así todas las complicaciones que pueden derivar de la mismo⁽³⁴⁾.

7- Hiperglucemia. Aunque el problema de la hiperglucemia no es abordado en los planes de cuidados vigentes en otras comunidades, la revisión bibliográfica realizada afirma la gran incidencia de este problema en pacientes diagnosticados de SCA⁽³⁰⁾. Dicha hiperglucemia además, estará asociada a un peor pronóstico del paciente. Debido a esto se ha visto interesante abordar el problema dentro del PCE propuesto como una complicación potencial. Dentro de la UCC la hiperglucemia tiene un manejo médico para el cual las actividades de enfermería se limitaran a la monitorización y a la administración de la medicación prescrita (insulina).

8- Ansiedad. A continuación se plantean varios puntos a considerar:

- Una amplia bibliografía ha aportado evidencia, de la existencia de estresores en el entorno de una unidad de cuidados intensivos. La vivencia del ingreso hospitalario origina una importante percepción de amenaza en el individuo.
- La mayoría de los planes de cuidados revisados además, añaden la valoración y el manejo de dicho problema en su desarrollo, con la obtención de una buena respuesta al mismo.
- Diversos artículos ponen en manifiesto la labor de enfermería en la potenciación del afrontamiento al problema⁽³⁵⁾ y la significativa reducción en las variables que generan estrés, con la puesta en marcha de protocolos dirigidos a paliar los efectos de dicho problema⁽²⁹⁾.

Hoy en día, el abordaje de este problema en la UCC del CHN, se realiza de una manera discreta y a demanda de la persona afectada (familiar/ paciente). Debido a estas

razones, se ha creído necesaria la sistematización de estas actividades de enfermería dirigidas a paliar este choque emocional inevitable y manifiesto y a crear un ambiente tranquilo, agradable, y aportando seguridad y confianza en la actuación de los profesionales de enfermería.

Asociado con el problema de la ansiedad del paciente, son dos los problemas que merecen una mención especial:

- **Conocimientos deficientes (9).** La falta de conocimientos es otro de los condicionantes más importantes de la aparición de este estado de ansiedad en el paciente. Es mucha la cantidad de información que el paciente necesita adquirir tras un cuadro de SCA información sobre el proceso de la enfermedad, cambios en el estilo de vida, uso de la medicación, etc.

Durante su ingreso en la UCC el objetivo terapéutico principal que se plantea con el paciente es conseguir la estabilidad hemodinámica del mismo. Dicha oferta de información y la educación para la salud por lo tanto no tienen cavidad en este momento agudo del cuadro, ya que existen problemas de mayor relevancia en el manejo del paciente.

El problema será abordado en el Plan de Continuidad de cuidados del paciente a la hora que pase a planta, cogiendo gran peso dentro del mismo.

- **Alteración en el patrón del sueño (10).** Los problemas con el sueño del paciente son una manifestación directa del estado de ansiedad del mismo.

En la revisión de los PCE vigentes en distintas comunidades autónomas ^(16,17, 18, 33, 36), se ha visto que en el desarrollo de los mismos, se introduce el abordaje de la alteración del sueño del paciente, como un diagnóstico de enfermería.

No obstante, en el plan de cuidados planteado no se ha abordado el problema de una manera directa debido a dos factores:

- Corto periodo de ingreso del paciente en la UCC
- Su estrecha relación con el problema de la ansiedad (es una manifestación de la misma)

El manejo de la ansiedad del paciente incluye de forma implícita actividades que a su vez fomenten el descanso y el correcto patrón del sueño del paciente, sistematizando así los cuidados relacionados con dicho problema.

11- Riesgo de traumatismo vascular. Acerca de los accesos venosos del paciente, según la guía de práctica clínica de las intervenciones de enfermería para los pacientes diagnosticados de un SCA, por orden médica serán dos las vías venosas permeables que tendrá el paciente⁽³³⁾.

La principal responsabilidad del cuidado de dichas vías recae en manos de enfermería. Ofrecer un adecuado cuidado, requiere seguir estrictamente el protocolo del centro⁽³⁷⁾, para ofrecer unos cuidados óptimos a los mismos. Dichas actividades que se describen en el protocolo junto con las actividades que se proponen en la taxonomía de enfermería NIC, han sido introducidas en la propuesta de la agenda de trabajo y plan de cuidados presentado.

Hoy en día la aparición de complicaciones en las vías venosas periféricas (CVP) es frecuente. En concreto se siguen observando numerosos casos de flebitis en los pacientes ingresados en las unidades cardiológicas⁽³⁸⁾.

En la mayoría de los PCE analizados abordan el problema desde el punto de vista de la infección. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada se ha podido comprobar que el problema principal de estos CVP es la lesión del vaso y no la infección. La aparición de dichas lesiones pueden estar relacionadas con varios factores como mala técnica de inserción en la vena, asepsia deficiente, material y tipo de catéter, procedimiento de fijación del mismo, medicación administrada, o ritmo de perfusión. Debido a esto se ha introducido el DxE, riesgo de traumatismo vascular, diagnóstico más concreto y específico en cuanto a los cuidados del CVP se refiere.

12- Riesgo de infección. Debido la alta incidencia de casos de lesión de los CVP, actualmente en nuestro medio se suele optar por la canalización de una vía venosa central con acceso periférico (CVC) desde el antebrazo. En la práctica asistencial diaria suele ser esta la vía de uso preferente, mientras que el CVP queda normalmente obturado.

Las complicaciones derivadas de estos CVC son poco frecuentes, sin embargo existen. Es esta la razón por la que se ha incluido el riesgo de infección en el PCE propuesto, ya que es esta la complicación más frecuente de las vías centrales⁽³⁷⁾. Al igual que en los CVP, el cuidado de estas vías recae en manos de profesionales de enfermería por lo que el problema será enunciado como un DxE (al igual que en el resto de los PCE analizados).

13- Riesgo de intolerancia a la actividad. Teniendo en cuenta la orden médica de reposo absoluto en cama que sistemáticamente se instaura a todos los pacientes diagnosticados de un SCA en la UCC⁽¹⁹⁾, el paciente mostrara una limitación de movimiento. Dicho reposo se preinscribe con el propósito de evitar la sobrecarga de actividad del corazón, dicho de otra manera se intenta prevenir cualquier situación que puede dar lugar a una alteración entre el aporte y la demanda oxígeno a nivel miocárdico. Teniendo como finalidad esto último las actividades de enfermería que se realizaran en el abordaje de este problema irán dirigidos a la conservación de energía del paciente y al fomento de ese reposo absoluto en cama.

En algunos de los PCE analizados, se formula el DxE: Intolerancia a la actividad. Dicho problema sin embargo, no está presente. Si el paciente cumple bien su prescripción médica de reposo absoluto en cama, no existe la alteración entre la demanda y aporte del O₂ miocárdico. No obstante, la alteración puede darse cuando el paciente aumente su nivel de actividad y esfuerzo cardíaco, por eso se ha incluido dicho problema como un diagnóstico de “riesgo” y no como un DxE real.

La incorporación y aumento de la actividad en el paciente se realizará gradualmente, valorando la respuesta del paciente a la misma. Aunque el diagnóstico riesgo de intolerancia a la actividad estará presente durante el ingreso, el objetivo de las intervenciones de enfermería se modificara, ya que a medida que el cuadro agudo se resuelva, las actividades irán dirigidas al aumento progresivo y a conseguir la tolerancia del paciente de la actividad.

14-Deterioro de la movilidad física. Aunque todos los PCE revisados incluyen en su desarrollo algún DxE relacionado con el problema del movimiento del paciente, no todos proponen el mismo diagnóstico. Algunos de estos planes de cuidados proponen el DxE “Deterioro de la movilidad física”.

Ante este diagnóstico cabe mencionar que el paciente con SCA, no muestra un deterioro de la movilidad física. En la mayoría de los casos el paciente tiene capacidad de movimiento y no muestra ningún problema físico (excepto la cardiopatía isquémica) que le impida dicho movimiento. Al contrario, dicho paciente tiene una orden médica de restricción de movimiento con el objetivo de conseguir unos fines médicos concretos.

Dicho esto y como bien se ha explicado anteriormente, en este plan de cuidados se ha visto más correcto abordar el problema de la movilidad con un diagnóstico de “Riesgo de intolerancia a la actividad”, con el objetivo de favorecer el reposo en cama del paciente, disminuyendo el grado de actividad en el paciente.

15- Déficit de autocuidado. Relacionado con dicho reposo en cama, el paciente mostrara déficit de autocuidado relacionado con el baño y uso del inodoro. Las actividades de enfermería irán dirigidas a asistir la ayuda que necesita el paciente en dichas necesidades. Los problemas de autocuidado, están presentes en otra bibliografía consultada, también descritas como DxE.

16- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Los pacientes ingresados en la UCC, presentan un riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Al analizar la escala Braden⁽³⁹⁾, escala que valora el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, el resultado obtenido en un paciente prototipo ingresado en la unidad es de un riesgo medio.

Alguno de los PCE analizados enuncian el problema como un diagnóstico de enfermería real (DxE: Deterioro de la integridad cutánea), sin embargo, gracias a la revisión bibliográfica realizada y el estudio observacional que se ha llevado a cabo en la unidad, se ha visto que dicha lesión tisular no existe en la mayoría de los pacientes que ingresan en la unidad (el riesgo en cambio sí).

El valor de dicho riesgo, es modificado considerablemente según las características de cada paciente. La aparición de una lesión tisular como pueden ser las úlceras por presión (UPP) puede estar causadas por varios factores como son el reposo en cama, la limitación de la movilidad, la pluripatología asociada (DM tipo II, obesidad, etc.), edad, etc.

Por otro lado, la aparición de las UPP está altamente relacionada con el ingreso del paciente en una planta hospitalaria. La responsabilidad de la prevención de dicho problema además, recae en manos de enfermería (por lo tanto enunciado como un DxE). Se ha considerado imprescindible abordar dicho problema introduciendo actividades básicas de prevención en el cuidado diario de los pacientes ingresados en la UCC⁽⁴⁰⁾.

17- Riesgo de perfusión tisular ineficaz. Actualmente el acceso arterial de preferencia en el cateterismo arterial suele ser la vía radial. En el CHN el sistema de hemostasia de elección para dicho acceso radial es el sistema Terumo®, que consiste en una pulsera de plástico transparente con un balón hinchable que queda a nivel de la zona a comprimir. Tras la colocación de dicho sistema, se debe de vigilar la correcta hemostasia y la tolerancia a la presión del paciente.

Durante este periodo existe un riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (incluido en otros PCE revisados), que deberá de ser valorado y monitorizado en las horas sucesivas al cateterismo cardiaco del paciente; desde la colocación, hasta la total retirada del mismo⁽⁴¹⁾. Las actividades que engloban los cuidados de este sistema de hemostasia incluirán la prevención de la complicación de la perfusión tisular ineficaz y los cuidados sistemáticos de la retirada del mismo. Ambos serán incluidos en la agenda de trabajo de enfermería, ya que el manejo del mismo cae en manos de dicha profesión.

18-Objetivos de enfermería (NOC). Junto con la exposición de cada uno de estos diagnósticos de enfermería que se han incluido en el plan de cuidados del paciente, se han planteado a su vez unos objetivos NOC junto con sus actividades de enfermería.

Los NOC planteados, coinciden con los objetivos propuestos en los planes de cuidados vigentes de otras comunidades. En la selección de dichos objetivos se ha optado por escoger los indicadores más específicos a la realidad existente y con un número ajustado de los mismos (con el objetivo de poder realizar una valoración rápida y objetiva de estos).

19-Actividades de enfermería (NIC). Respecto a la selección de actividades de enfermería que se ha realizado, al igual que con los NOC, muestran coincidencia con las actividades planteadas en los planes de cuidados vigentes.

Cabe decir que la selección de actividades se ha realizado teniendo en cuenta la información recabada en la búsqueda bibliográfica de los PCE vigentes en otras comunidades, de la taxonomía de enfermería NIC y del estudio observacional de las actividades que actualmente se llevan a cabo en la unidad, así como de la revisión de protocolos específicos vigentes en la UCC.

Por otro lado, y como bien se explica en la presentación del plan de cuidados en el apartado anterior, el PCE integra también las intervenciones de enfermería “NIC: Cuidados enfermeros al ingreso” y “NIC: Planificación del alta”. Dichas intervenciones no obedecen a ningún DxE, ya que son intervenciones que corresponden al propio proceso administrativo del CHN y la UCC.

Una de las finalidades de la propuesta de este plan de cuidados, es la oferta de atención integral y continuada del paciente. Cabe decir, que dicha atención abarca los cuidados que se le deben de presentar al paciente desde su ingreso, hasta el momento del alta, en todos sus aspectos físicos, psíquicos y sociales. Este hecho requiere por lo tanto que las actividades de enfermería al ingreso y al alta estén presentes tanto en el

plan de cuidados estandarizado del paciente, así como en la agenda de trabajo de enfermería. Como ejemplo se ha tenido en cuenta el plan de cuidados estandarizado publicado por el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) el cual hace una referencia a las actividades propias de la hospitalización (anexo nº 2).

20- Agenda de trabajo de enfermería. Con las actividades planteadas, se ha propuesto una agenda de trabajo de enfermería. Dicha agenda ofrece la posibilidad de ver las actividades de enfermería que se deben de realizar por turno para ofrecer la asistencia integral al paciente.

Recordemos que el objetivo de dicha agenda es operativa, ya que pretende facilitar la prestación sistemática de todos los cuidados de enfermería al paciente. Debido a este hecho se han seleccionado un número ajustado de actividades de enfermería tanto el plan de cuidados estandarizado como en la agenda de trabajo propuesta.

En algunos de los PCE revisados se ha visto el planteamiento de innumerables actividades como por ejemplo el plan de cuidados estandarizado del Hospital General Universitario de Alicante (anexo nº2). El número excesivo de actividades planteadas resulta inabordable, ya que es imposible llevar a cabo todas las actividades propuestas.

La presentación de este PCE y su agenda de trabajo, pretenden mejorar dicha situación, ofreciendo la oportunidad de realizar un registro conjunto de las actividades realizadas y la operatividad de las mismas, gracias a la presentación de un número limitado de ellas.

21- Continuidad de cuidados. Gracias a la utilización de los planes de cuidados estandarizados se asegura una continuidad de cuidados entre los núcleos asistenciales de la UCC, la unidad de hospitalización y la coordinación de la actividad asistencial.

Es intrínseco al planteamiento de un plan de cuidados que estos sean modificados constantemente según la evolución del paciente. En el caso del paciente diagnosticado de un SCA, siempre y cuando la evolución del paciente haya sido correcta y el momento agudo del proceso haya pasado, el paciente es dado de alta de la Unidad coronaria a los 2-3 días de su llegada al mismo. En el momento que el paciente ingrese en la planta las necesidades del mismo varían y por lo tanto el plan de cuidados del mismo también.

En primer lugar se deberá de abordar la causa por la cual la mayoría de los pacientes han sufrido un SCA, la aterosclerosis. Dicho problema médico tendrá un carácter crónico por lo que el paciente tendrá la necesidad de adaptar su estilo de vida a este nuevo diagnóstico.

Dicho esto, en este nuevo plan de cuidados tendrán cavidad los diagnósticos de enfermería como “DXE: Conocimientos deficientes”, “DXE: Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud” y “DXE: Riesgo de disfunción sexual”⁽⁴²⁾. Todos ellos irán dirigidos a ofrecer una educación para la salud, para conseguir las modificaciones del estilo de vida del paciente⁽²⁰⁾.

Por otro lado, como bien se sabe, la depresión es común tras un SCA tanto en la fase precoz como posterior⁽⁴³⁾. Diversos estudios han mostrado la relación entre la mejoría de este cuadro depresivo y la correcta rehabilitación cardíaca del paciente. Dicho esto se ha visto oportuno introducir en diagnóstico de enfermería “Gestión ineficaz de la propia salud”, con el objetivo de que el paciente maneje su enfermedad arterial coronaria, y así evite todas las complicaciones posteriores que puede aportar el mismo.

Todas las acciones presentadas anteriormente, dan la posibilidad de dar un comienzo precoz al proceso de rehabilitación cardíaca a la cual será sometido todo paciente que ha sufrido una cardiopatía isquémica^(44,45).

6. CONCLUSIONES

La metodología seguida ha permitido construir un plan de cuidados estandarizado adaptado a la idiosincrasia de la unidad coronaria del CHN, a sus recursos humanos y materiales y basado en la evidencia existente.

La creación de este plan de cuidados estandarizado para el paciente afectado por SCA ingresado en la unidad coronaria del CHN, establece un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería y disminuir el riesgo de variabilidad en los cuidados prestados.

El desarrollo de lenguaje estandarizado NANDA- NOC- NIC permite organizar, estructurar y sistematizar el trabajo enfermero, así como facilitar la comunicación entre los profesionales responsables de todo proceso de enfermedad del paciente, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y aumentando la seguridad de la misma.

Partiendo del plan de cuidados ha sido posible establecer una agenda de trabajo operativa, realista y posibilista, que permite la sistematización de cuidados y el seguimiento y control de los mismos.

Se han detectado que determinados problemas tanto interdependientes como de enfermería, no eran sistemáticamente abordados, lo que posibilita la variabilidad en la prestación de cuidados que en algunos casos puede afectar a la correcta recuperación del paciente alargando su estancia hospitalaria.

Así mismo se ha evidenciado que la mayoría de las acciones de enfermería que emanan de los DxE, por tanto del ámbito independiente de la prestación de cuidados, sistemáticamente están infra registrados o no registrados y por lo tanto no se puede constatar su realización.

La existencia de un plan de cuidados y una agenda de trabajo posibilita la formulación e instauración de sistemas de evaluación de la calidad, la detección de áreas de mejora posibilitando unos cuidados integrales y de máxima calidad posible.

Aunque el plan de cuidados ha permitido dar una visión holística del cuidado del paciente, cabe recordar que dicho plan de cuidados estandarizado se debe de adecuar a las características de cada paciente. Se deben identificar las respuestas particulares de cada individuo y adaptar las actividades estandarizadas propuestas a las necesidades propias de cada persona. Solo de esta manera se ofrecerán unos cuidados de máxima eficacia y la consecución de resultados beneficiosos.

7. AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue realizado bajo la supervisión de la tutora Yolanda Montes García, a quien me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este proyecto fin grado. Además agradecer su ayuda , tiempo y dedicación.

Quiero presentar también mi más sincero agradecimiento al equipo de profesionales que forman la Unidad Coronaria del Complejo Hospitalario de Navarra, por su importante aporte y participación en el desarrollo de este proyecto, en especial a su jefa de unidad M^a Teresa García Araguas.

8. BIBLIOGRAFIA

1. González G, García F. Modelos organizativos en Medicina intensiva: el modelo español. Libro electrónico de Medicina Intensiva. 2008. Disponible en: <http://intensivos.uninet.edu/04/0402.html>
2. Allen J, Brown DL. Cardiac Intensive Care. 2ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2010.
3. Roselló M, Valls S. Determinación del perfil de enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos según sus competencias. Revista enfermería en Cardiología nº 757/ 3.º trimestre. 2012. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/57_06.pdf
4. González RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. Revista Calidad Asistencial. 1999. 273-278 p. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=32>
5. Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado: Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Masson. Barcelona. 2005.
6. Olmedo MC, Sanchidriá de Blas C, et al. Sistémica para la protocolización de los cuidados de enfermería. Revista Calidad Asistencial. 2010. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/sistemica-protocolizacion-los-cuidados-enfermeria-13155588-originales-2010>
7. Diagnósticos enfermeros (Definición y clasificación), 2009-2011; Nanda International, Elsevier.
8. Moorhead S, Johnson M, et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª edición, Mosby; Elsevier. 2009.
9. M. Bulechek G, K. Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Mosby; Elsevier 2009
10. Smeltzer SC, Bare B, et al. Enfermería medicoquirúrgica. Wolters Kluwer. 12ª Edición. 2013. 768p.
11. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica. Vol II. Pearson. Edición 4. 2009. 974p.
12. Barrero. Piombo. Paciente en la Unidad Coronaria. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2007. Disponible en: http://books.google.es/books?id=UjmcnauXHqUC&printsec=frontcover&dq=unidad+coronaria&hl=es&sa=X&ei=ZDJQUv7_J8eEyQOizIAo&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
13. Allen J, Brown DL. Cardiac Intensive Care. 2ª ed. Philadelphia: Elsevier. 2010.
14. Bertrand M, King III S. Síndrome Coronario agudo. Manual práctica clínica. European Society of Cardiology. 2007.
15. Delgado J. Plan de cuidados al paciente cardíaco. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Madrid. 2009. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_11.pdf
16. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Cuaderno de cuidados, unidad de cardiología.
17. Unidad de Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Plan de cuidados estandarizado proceso: infarto agudo de miocardio. GRD 121 Y 122. 2010.
18. Mellinas A, Lázaro C, et al. Plan de cuidados estandarizado del infarto agudo de miocardio no complicado en pacientes menores de 65 años. Complejo Hospitalario de Albacete.
19. Arós F, Loma- osario A, Alonso JJ, et al. Sociedad Española de Cardiología. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. 1999. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pidnt_articulo=208&pidnt_usuario=0&pcontactid=&pidnt_revista=25&ty=37&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=C521106.PDF
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. 2006, Madrid. 99-112p.
21. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. 2012. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pidnt_articulo=90180910&pidnt_usuario=0&pcontactid=&pidnt_revista=25&ty=127&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n01a90180910pdf001.pdf

22. American College of Cardiology Foundation. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. 2013. Vol 61, nº4. 78-140p.
23. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería. 9ª edición. Pearson. 2013
24. Juall L. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Mc Graw- Hill. Interamericana. 9ª edición. 2002.
25. Berdayes D. Bases conceptuales de enfermería. Ciencias Médicas, 2008. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00--off-0enfermeria--00-0---0-10-0---0--0direct-10---4-----0-1l--11-1l-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL3.9&d=HASH010e4e28fdc63d64644ca916.18>
26. Jiménez X, Espila JL. Códigos de activación en urgencias y emergencias. La utilidad de priorizar. Sistema sanitario de Navarra. Vol 33, (supl. 1). 2010.
27. Baena JM, Del Val JL., Tomas J, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. Revista española de cardiología. Nº58 (4): 367-73. 2005
28. Bonet A, Albarrán A, Bardají A. Tratamiento farmacológico en la fase aguda del infarto de miocardio. ¿Qué anticoagulante? ¿Qué antiagregante? ¿Qué otra medicación?. Revista española de cardiología. Nº 9: 46C-53-C. 2009.
29. Candelas MA., Sardonis LM, Álvarez S, et al. Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en la unidad coronaria. Revista enfermería en cardiología. Nº 38/ 3º cuatrimestre. 2003. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3004.pdf>
30. López de Sá E. La hiperglucemia en el síndrome coronario agudo: ¿objetivo terapéutico o espectador que confiere un mayor riesgo?. Revista clínica Española. Vol. 211. Nº. 6. 2011. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/la-hiperglucemia-el-sindrome-coronario/articulo/S0014256511001160/>
31. Urzainqui L, Moro A, Ramon C, et al. Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM. Revista enfermería en cardiología. Nº53/ 2º cuatrimestre. 2011. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/53_11.pdf
32. Simón MJ. Plan de cuidados del paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajo Adaptación al Grado. 5 (3): 153-174.2013
33. Ortiz- García MC, Ramón- Piña EE, et al. Guía de práctica clínica para las intervenciones de enfermería en la tención del paciente con infarto agudo del miocardio (IAM). Revista enfermería Inst Mex Seguro Soc. 20(1): 27-44. 2012.
34. Guardia M , Amo J, Serrano JL, et al. Protocolo de actuación frente al estreñimiento en el paciente cardiológico. Revista enfermería en cardiología. 60; 27- 30.2013.
35. Martínez AA, Rodríguez A, et. Al. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. Revista enfermería en cardiología. Nº 34/ º cuatrimestre. 2005. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3401.pdf>
36. Puntunet, ML, Ortega, MC, Montesinos GM, et. al. Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. Revista mexicana de enfermería cardiológica. Vol 20, nº 1; 12-16. 2012.
37. Complejo hospitalario de Navarra. Capítulo 9: Cateterismo Venoso, arterial y epidural. 2011.
38. Ariza C. Atención de enfermería al paciente con infarto agudo del miocardio en la fase aguda. Revista enfermería en cardiología. Nº 24/ 3º cuatrimestre. 2001. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2405.pdf>
39. Hospital universitario "Reina Sofía". Manual de protocolos y procedimientos Generales de enfermería. Prevención de úlceras por presión. 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escalabradenprevencion.pdf
40. Hospital universitario Ramón y Cajal. Protocolo de úlceras por presión. 2005. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/31_pdf.pdf
41. Servicio Navarro de Salud. Hemostasia Radial: Instrucciones de uso de pulsera Terumo ©. 2010.
42. García- Hernández P, Yudes- Rodríguez E. Desempeño sexual en cardiopatía isquémica. Revista Enfermería en Cardiología. nº44/ 2 cuatrimestre. 2008. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4403.pdf>

43. Uria I, Bergaretxe M, et al. Efectos de la rehabilitación cardíaca sobre la depresión en el infarto agudo de miocardio (Estudio piloto). Revista Enfermería en Cardiología. Nº 57/ 3º cuatrimestre. 2012. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/57_02.pdf
44. Urzainqui L, Moro A, et al. Efecto de la rehabilitación cardíaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM. Revista Enfermería en Cardiología. Nº 53/ 2º cuatrimestre. 2011. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/53_11.pdf
45. Gerosquieta A, Martínez MP, Esquiroz M. Instrumento de mejora: Continuidad en el plan de autocuidado al alta hospitalaria. Revista Enfermería en Cardiología. Nº 55/ 3º cuatrimestre. 2010-2011. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/51_52_01.pdf

9. ANEXOS

ANEXO nº1: ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica clínica en los siguientes bases de datos: CSIC, Cuiden, Dialnet y Pubmed. El objetivo de la búsqueda en dichas fuentes bibliográficas era dar con las guías de práctica clínica del síndrome coronario agudo (SCA) de mayor relevancia, evidencia y actualización que se usan actualmente para la práctica asistencial diaria en el estado español.

Los descriptores en ciencias de salud que se han utilizado son las siguientes: “Guía de práctica clínica”, “Síndrome coronario agudo (SCA)”, “Infarto agudo de miocardio (IAM)”, “Cardiopatía isquémica”, “Enfermería & IAM”, “Cuidados de enfermería cardiológicos”, para las bases de datos CSIC, Dialnet y Cuiden. También se ha recurrido a palabras clave como “Cuidados intensivos cardiológicos”, “Unidad coronaria” o “Enfermería UCI”.

Para la base de datos de Pubmed se han utilizado los descriptores: “Guideline for Myocardial Infartion” o “Nursing and Myocardial Infartion”.

La selección de las guías clínicas entre todos los resultados encontrados se ha realizado siguiendo los siguientes criterios de exclusión:

- Idioma inglés y español.
- Metodología de medicina basada en la evidencia.
- Consistencia y claridad en las recomendaciones.
- Publicación reciente; para disponer de una información actualizada y no desfasada, se han seleccionado solamente las guías clínicas publicadas a partir del año 2000.
- Libre acceso.

De todos los artículos encontrados se han ido seleccionando los que por el título podrían resultar útiles para la elaboración del trabajo. Posteriormente, de todos los escogidos, por medio del resumen, se han elegido los que por su contenido podrían resultar interesantes.

ANEXO nº2: PCE Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none">1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados.2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA
Protección de los derechos del paciente (7460)	<ol style="list-style-type: none">1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none">1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...).4. Modificar las intervenciones

	convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada
Informe de turnos (8148)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas.
Planificación del alta (7370)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades de paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Dolor agudo (00132)	Conducta de salud: Control del dolor (1605)	<p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales. <p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. <p>Cuidados cardíacos Agudos (4044):</p>
Ansiedad (00146)	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p>Adaptación psicosocial: aceptación estado salud (1300)</p> <p>Modificación psico-social: cambio de vida (1305)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. <p>Escucha activa (4920):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interés. - Favorecer la expresión de sentimientos. - Verificar la comprensión del mensaje
Insomnio (00095)	<p>Sueño (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patrón del sueño (/03) - Calidad del sueño (/04) 	<p>Mejorar el sueño (1850):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. - Comentar con el paciente y familia técnicas para

<p>Intolerancia a la actividad (00092)</p>	<p>Autocuidado: actividades básicas de la vida diaria (00300)</p>	<p>favorecer el sueño. Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias, etc.) y/o psicológicas (ansiedad, etc.) que interrumpen el sueño. Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</p>
<p>Riesgo de infección (00004)</p>	<p>Control del riesgo (1902): de infección Detección del riesgo (1908): de infección</p>	<p>Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803): - Identificar dieta prescrita: dieta hiposódica, pobre en grasas y colesterol. - Colocar al paciente en una posición cómoda</p> <p>Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801): - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, etc.). - Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede.</p> <p>Ayudo con los autocuidados: aseo (1804): - Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados. - Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.</p> <p>Control de infecciones (6540): - Vigilancia y control de la aparición de signos y síntomas de infección</p> <p>Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440): - Determinar el tipo de catéter venoso a colocar - Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso. - Verificar las órdenes de las soluciones a profundir.</p>

<p>Riesgo de Estreñimiento</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la frecuencia del flujo, capacidad del depósito y la colocación de las bombas de perfusión - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro. <p>Cuidados del catéter urinario (1876):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados del catéter urinario según protocolo del hospital.
	<p>Control de riesgo (1902): de estreñimiento Detección de riesgo (1908): de estreñimiento Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control eliminación de heces (/13) 	<p>Manejo del estreñimiento (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Identificar los factores (medicamentos, reposo y dieta) que puedan ser causa o contribuyan al estreñimiento. <p>Fomentar la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento. <p>Administrar laxantes o enemas, si procede. Pesar al paciente regularmente Instruir al paciente /familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.</p>
<p>Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)</p>	<p>Control del riesgo: salud cardiovascular (1914)</p> <p>Efectividad de la bomba cardíaca (0400)</p> <p>Signos vitales (0802)</p>	<p>Cuidados cardíacos (4040):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay disritmias cardíacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción. - Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca - Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario). <p>Cuidados cardíacos agudos (4044):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca - Obtener ECG de 12 derivaciones, si correspondiera. - Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los

		<p>parámetros hemodinámicos, si hubiera disponibilidad (presión venosa central y presión pulmonar de cuña capilar/arterial). Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio y magnesio en suero), si procede.</p> <p>Oxigenoterapia (3320):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede. <p>Resucitación (6320) (si se precisa):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de conciencia/función sensorial/motora. <p>Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza o empuje de la mandíbula para mantener la vía aérea.</p> <p>Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.</p> <p>Administrar ventilación manual, si es preciso.</p> <p>Ayudar con masaje de tórax abierto, si es el caso</p> <p>Avisar al médico.</p> <p>Conectar a un monitor de ECG/ desfibrilador.</p> <p>Canalizar una vía IV y administrar líquidos, según se indique.</p> <p>Disponer de monitor cardíaco / de apnea</p> <p>Obtener ECG.</p> <p>Evaluar los cambios en el dolor torácico.</p> <p>Ayudar con la intubación endotraqueal</p> <p>Avisar a UCI, si procede.</p> <p>Acompañar al enfermo a UCI con el equipo de RCP, si fuera necesario.</p>
--	--	--

ANEXO nº3: PCE Hospital Universitario Ramón y Cajal

• ANGINA DE PECHO

FECHA		Nº	Código	DIAGNÓSTICOS	Código	OBJETIVOS	1ª EVAL.	2ª EVAL.	3ª EVAL.
	1	00030		DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO. RC: - Desequilibrio ventilación-perfusión.	1.1	No presentará signos ni síntomas de disnea.			
	2	00134		NÁUSEAS. RC: - Dolor cardíaco.	2.1	No presentará signos ni síntomas nauseosos.			
	3	00015		RIESGO DE ESTREÑIMIENTO. RC: - Negación o falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar. - Cambios ambientales.	3.1	Presentará patrón eliminatorio habitual.			
	4	00092		INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD. RC: - Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno. - Reposo en cama	4.1	Tendrá cubiertas las necesidades básicas de la vida diaria.			
					4.2	Tolerancia a la actividad a partir de la suspensión de reposo en cama.			
	5	00095		DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO. RC: - Factores ambientales (ruido, iluminación, temperatura...) - Factores psicológicos (ansiedad).	5.1	Manifestará tener un patrón de sueño reparador.			
	6	00146		ANSIEDAD. RC: - Amenaza de cambio en estado de salud. - Amenaza de muerte.	6.1	Manifestará disminución de su ansiedad.			
	7	00132		DOLOR AGUDO. RC: - Agentes lesivos físicos.	7.1	Presentará disminución y/o eliminación del dolor.			
	8	00004		RIESGO DE INFECCIÓN. RC: - Procedimientos invasivos.	8.1	No presentará signos ni síntomas de infección.			
	9	00084		CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD. RC: - Cambios en su estado de salud.	9.1	Conocerá las medidas necesarias para mejorar sus hábitos saludables y disminuir sus factores de riesgo.			
	10	C.		Complicaciones: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	10.1	Vigilar signos y síntomas: - Dolor. - Alteración de E.C.G. - Desvanecimiento. - Sensación de muerte. - Sudoración fría. - Taquicardia. - Alteración de las cifras tensionales. - Náuseas y vómitos. - Cianosis. - Ansiedad.			
	11	C.		Complicaciones: ARRITMIAS.	11.1	Vigilar signos y síntomas: - Cambios en el E.C.G. - Palpitaciones. - Disnea. - Mareos. - Desvanecimientos. - Angustia. - Ansiedad. - Alteración de las cifras tensionales.			
	12	C.		Complicaciones: ANGINA REFRACTARIA.	12.1	Vigilar signos y síntomas: - Persistencia de la angina con sus signos y síntomas, a pesar del tto.			

Intervenciones Enfermeras

Nº INTERVENCIONES		PLAN DE CUIDADOS																			
		ACTIVIDADES	EJECUCIÓN																		
			DIA		M		T		N		M		T		N		M		T		N
1	Oxigenoterapia 3320 C Preparación de equipo de oxígeno y administración del mismo I Cambiar dispositivo de aporte de oxígeno a cánulas nasales durante la comida según tolerancia Monitorización respiratoria 3350 A Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración																				
2	Manejo de las náuseas 1450 D Identificar factores que puedan causar o contribuir a la náusea E Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces																				
3	Manejo del estreñimiento 0450 A Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento C Identificar posibles factores contribuyentes al estreñimiento (dolor, medicación, dieta, reposo en cama)																				
4	Ayuda al autocuidado 1800 D Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados																				
5	Manejo de la energía 0180 F Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad																				
5	Mejorar el sueño 1850 W Ajustar el ambiente (luz, ruido, cama y temperatura) para favorecer el sueño S Ajustar el programa de administración de medicación para apoyar el ciclo vigilia-sueño																				
6	Disminución de la ansiedad 5820 B Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y procedimientos D Escuchar al paciente con atención																				
7	Manejo del dolor 1400 F Valoración exhaustiva del dolor B Cuidados analgésicos																				
8	Protección contra las infecciones 6550 D Observar signos y sistemas de infección sistémica y localizada Control de la infección 6540 H Poner en práctica de las precauciones universales N Garantizar una manipulación aséptica de los dispositivos intravenosos																				
9	Educación sanitaria 5510 B Comunicaremos la importancia de hábitos saludables relacionados con la dieta, el peso ideal y el ejercicio físico, y la necesidad de eliminación de hábitos tóxicos como el tabaco y alcohol																				
10	Vigilancia 6650 AB Monitorización de signos vitales																				
11	AC Vigilancia de evolución del dolor																				
12	AD Realizar E.C.G.																				

➤ CATETERISMO CARDIACO

FECHA		Nº	Código	DIAGNÓSTICOS	Código	OBJETIVOS	1ª EVAL.	2ª EVAL.	3ª EVAL.
1		00085		DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA. RC: - Prescripción de restricción de movimientos.	1.1	Cumplirá el reposo prescrito			
2		00086		RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA. RC: - Compresión mecánica del vendaje.	2.1	No presentará disfunción neurovascular periférica			
3		00102 00108 00109		DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO WC HIGIENE ARREGLO PERSONAL. RC: - Reposo.	3.1 3.2 3.3	Mantendrá cubierta la necesidad de eliminación Tendrá una higiene adecuada Mantendrá cubierto su arreglo personal			
4		00146		ANSIEDAD. RC: - Amenaza de cambio en el estado de salud.	4.1	Manifestará disminución de su ansiedad			
5		00004		RIESGO DE INFECCIÓN. RC: - Procedimientos invasivos.	5.1	No presentará signos ni síntomas de infección			
6		00132		DOLOR AGUDO. RC: - Agentes físicos lesivos	6.1	Manifestará disminución y/o eliminación del dolor			
7		00126		CONOCIMIENTOS DEFICIENTES. RC: - Falta de información	7.1	Cumplirá la dieta prescrita			
8	C.			Complicaciones: HEMORRAGIA.	8.1	Vigilar signos y síntomas: - Hematoma y/o sangrado en la zona de punción - Hipotensión			
9	C.			Complicaciones: PSEUDOANEURISMA.	9.1	Vigilar signos y síntomas: - Sopro a la auscultación en la zona de punción - Induración en zona de punción - Dolor			
10	C.			Complicaciones: RESPUESTA VAGAL.	10.1	Vigilar signos y síntomas: - Hipotensión - Sudoración - Palidez - Náuseas - Alteración del nivel de conciencia - Disminución de la frecuencia cardíaca			
11	C.			Complicaciones: ARRITMIAS.	11.1	Vigilar signos y síntomas: - Taqui - Bradicardia - Palpitaciones - Sincopes			
12	C.			Complicaciones: REACCIÓN ALÉRGICA AL CONTRASTE.	12.1	Vigilar signos y síntomas: - Rash cutáneo - Prurito			

Intervenciones Enfermeras

Nº INTERVENCIONES		PLAN DE CUIDADOS																	
		DÍA			EJECUCIÓN														
ACTIVIDADES		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	5612	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito																	
		Informar al paciente del propósito del reposo																	
		Registrar actividad prescrita (R, C/S/WC, AQT)																	
2	0740	Cuidados del paciente encamado																	
		Controlar la función urinaria																	
3	3480	Monitorización de las extremidades inferiores																	
		Vigilancia pulsos, T°, color, edemas, ...																	
4	1800	Ayuda al autocuidado																	
		Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados																	
5	5820	Disminución de la ansiedad																	
		Proporcionar información sobre el diagnóstico, tratamiento y procedimientos																	
		Escuchar con atención y fomentar la confianza																	
6	6540	Control de las infecciones																	
		Poner en práctica precauciones universales																	
		Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV																	
		Rasurado previo a la prueba																	
7	1400	Manejo del dolor																	
		Valoración exhaustiva del dolor																	
		Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos posturales correspondientes manteniendo el miembro afecto en flexión menor de 15°																	
8	2210	Administración de analgésicos																	
		Comprobar órdenes médicas (dosis, medicación)																	
		Comprobar historial de alergias																	
9	5510	Eduación sanitaria																	
		Informar al paciente de la importancia de la dieta prescrita																	
		Registro de la dieta prescrita (37, 3, 6, 0)																	
9	6650	Vigilancia																	
		Vigilar signos vitales, si procede: FC, T°, TA																	
		Vigilancia y auscultación zona punción																	
DIETA																			

ANEXO nº4: REGISTROS ACTUALES EN LA UCC

➤ Hoja informativa para los familiares

UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS (U.C.C.) - CARDIOLOGIA

Su familiar ha ingresado en este departamento del Hospital porque su estado de salud actual requiere una vigilancia y unos cuidados intensivos y especiales, de los que se ocupará de forma continuada el equipo sanitario del Servicio de Cardiología.

Vds. pueden colaborar indirecta, pero decisivamente, en ayudar al mas rápido restablecimiento del enfermo. Por ello, les rogamos lean detenidamente estas normas y las sigan fielmente :

1. **No abandone el Hospital hasta que haya hablado con el médico**, que, además de darle su impresión inicial , puede necesitar de ustedes .
2. Tras el ingreso **se les entregará las pertenencias** que el paciente traiga a su llegada a la Unidad.
3. Terminadas las rutinas de ingreso, **la enfermera les conducirá a la cabecera del enfermo** durante unos minutos. **No olviden darle su número de teléfono.**
4. **No es preciso que permanezcan en el recinto hospitalario salvo en las horas de visita** o si lo aconsejase el médico que lo atiende. Procuren evitar aglomeraciones durante la visita, limitando ésta a los familiares o personas más próximas al paciente.
5. Ni el número, ni el horario, ni la duración de las visitas están determinadas por capricho, sino por razones de trabajo y en beneficio de los enfermos. Por tanto les rogamos se atengan a ellos con la máxima puntualidad.

HORARIO DE VISITAS:

Mañanas de 13 a 13,30 horas

Tardes de 18 a 18,30 horas

Podrán pasar juntos dos familiares, nunca en grupo. Si en algún caso no podemos cumplir con este horario, se deberá a que en ese momento, alguno de los enfermos está necesitando de nuestra atención, quizás su familiar, por lo que deberá disculpar la espera.

6. **El equipo médico les informará** tras el ingreso y diariamente del curso clínico después de la visita de la mañana. Así mismo se informará a cualquier hora del día si se diesen cambios sustanciales en la evolución. Por ello es conveniente que **dejen un número de teléfono**-con el que podamos comunicar en caso de necesidad. Es aconsejable que **la comunicación con la familia se haga siempre a través de las mismas personas, a poder ser nunca más de dos**. Así mismo, para evitar errores, **la información médica será directa y no telefónica**, excepto si el equipo médico lo estima necesario. Para información puntual pueden llamar al teléfono **848 - 422553**, procurando no multiplicar las llamadas.

7. A la mañana siguiente del ingreso, **podrán traerle las siguientes pertenencias:**

- Utiles de aseo (cepillo, pasta de dientes,peine ,colonia,...)
- Periódicos o revistas .
- Radio portátil con auriculares.
- Zapatillas y bata.

8. Horario de Secretaria , para los **justificantes de ingreso**, de lunes a viernes , de 8,30 a 15:00 horas.

9. Estamos a su entera disposición para todas las dudas que puedan surgir, y abiertos a cualquier sugerencia que consideren oportuna.

Estas normas tienen como único fin colaborar en una mejor asistencia a su familiar ingresado, por lo que agradeceremos su colaboración así como su comprensión hacia la existencia de las mismas.

➤ Gráfica del paciente



ALERGIAS
DIAGNÓSTICO

FECHA
HOJA N.º

CAMA
EDAD

PESO
TALLA

TELEFONO

UNIDAD CORONARIA

UNIDAD CORONARIA					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	
FR	P.V.	Tª	F.C.	P.A.																										A.C.T.P. CATETERISMO
70	25	-41	-200	200																										ECOCARDIO
60	20	40	175	175																										E.E.F.
50	15	39	150	150																										T.A.C.
40	10	38	125	125																										CARDIOVERSION
30	5	37	100	100																										
20	0	36	75	75																										
10	-5	35	50	50																										
	-10	34	25	25																										
C A R D I O V A S C U L A R E S P I R A T O R I O S A L I D A	P. PULMONAR		S/D																										CULTIVOS	
			MEDIA																											
	P. CAPILAR PULMON																													
	GAST. CARDI/INDICE																													
	B.C.I.A.																													
	MARCAPASOS		UMBRAL																											
			F/I																											
	DOLOR ANGOR																													
	RITMO CARDIACO																													
ARRITMIAS																														
P.V.C.																														
SAT O2																														
MOD. VENTILACION																														
FIO2																														
VOL. MINVOL. TID.																														
FREC. RESPIRATORIA																														
P.E.E.P.																														
DIURESIS																														
PERD. GASTRICAS																														
DEPOSICION																														
INSENSIBLES/SUDOR																														
DRENAJES																														
E N T R A D A S	AGUA ENDOGENA																													
	DIETA ORAL/ENTERAL																													
	Tipo																													
M E D I C A C I O N	DTX																												B. Total	
	INSULINA																													
																												B. Acum		

VALORACION Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		8	9	10	11	12	13	14	EVALUACION					15	16	17	18	19	20	21	EVALUACION							22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	EVALUACION		GLASGOW	
NEUROLOGICO	N. DE CONCIENCIA: Alerta Deprimida Estupor Coma MOVIMIENTOS: Convulsión Mioclonía FUERZA Y TONO MUSCULAR: Débil Flácido Rígido MOBILIDAD G Apertura Ocular L Respuesta Motora A Respuesta Verbal S Pupilas: D/I G R/A DOLOR: Localización y características DEFICIT SENSORIAL: Vista Oído (Gafas/Audifono) SEGURIDAD FISICA: Protección/Sujección																																					Apertura ocular 4 Espontánea 3 A la orden 2 Al dolor 1 Ninguna Respuesta motora 6 Obedece órdenes 5 Localiza dolor 4 Flexión normal (retira) 3 Flexión anor. decort. 2 Extensión (descerebración) 1 Ninguna Respuesta verbal 5 Orientado 4 Confuso 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 Ninguna Tamaño pupilar 1 2 3 4 • • • • 7 6 5 			
	CARDIOVASCULAR	ECG ANALITICA DE SANGRE PRUEBAS CRUZADAS PERFUSION TISULAR PERIFERICA: Color Humedad Temperatura Llenado capilar PULSOS PERIFERICOS: Pedio Tibial Popliteo CATET. VENO, Cambio Apósito / Sistema PERIFERICO N° () N° () CATET. VENO Drum () CENTRAL Subclavia () Femoral () Swan Ganz () Cable MCP () Hemodiálisis () CATET. ARTER. B.C.I.A. () Arteria () FEMOSTOP FLEBITIS EDEMA HEMATOMA APOSITO / VENDAJE COMPRESIVO INTRODUCTOR VENOSO																																				OBSERVACIONES NECESIDAD ESPIRITUAL			
RESPIRATORIA	PATRON RESPIRATORIO INSPIROMETRO / FISIOTERAPIA RESPIRATORIA NEBULIZACION / HUMIDIFICACION SECRECIONES Y CARACTERISTICAS N.º TUBO () PNEUMO () N.º COMISURA LABIAL () ASPIRACION TRAQUEAL C, FILTRO / NARIZ TUBULADORAS GASOMETRIAS / RX																																				ASPECTOS SOCIALES				
NEFROLOGICO	DIURESIS: Espontánea Sondaje Características Colector N.º Urinómetro () S. Vesical N.º Látex/Silicona () Permeabilidad Lavado Vesical DIALISIS ANALITICA DE ORINA																																								
DIGESTIVO	PROTESIS DENTAL VOMITO Características SNG/SOG Levin Salem Nutrición () Movilizaciones S. Bolsa Aspiración Carácter.asp PERISTALTISMO DISTENSION FECHA ULTIMA DEPOSICION () ENEMA ()																																								
TEGUMENTARIO	LAVADO DE CABEZA Y CORTE DE UÑAS HIGIENE E HIDRATACION HIGIENE OCULAR HIGIENE BUCAL CAMBIOS POSTURALES COLCHON ANTIESCARAS PROTECCION PUNTOS DE PRESION EDEMAS Localización DRENAJES HERIDAS Localización y Tratamiento																																								
LOC	LEVANTAR AL SILLON MOVILIZACION ACTIVA PASIVA																																								

