

Plan de Cuidados de Enfermería en paciente sometido a Angioplastia: a propósito de un caso clínico

Autores: Villagrasa Alcaine, Ignacio (Graduado en Enfermería); Hernández Ruiz, Ana Belén (Graduada en enfermería); Dolset Guerrero, Cristina (Graduada en Enfermería); Valero Martínez, Alejandro (Graduado en Enfermería); Gracia Roche, Alejandra (Graduada en Enfermería).

Público: Enfermería. **Materia:** Proceso de atención de enfermería. **Idioma:** Español.

Título: Plan de Cuidados de Enfermería en paciente sometido a Angioplastia: a propósito de un caso clínico.

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. El objetivo de nuestro trabajo se va a centrar en un paciente que ha sido sometido a una angioplastia primaria, tras haber sufrido un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Pretendemos identificar los problemas de salud reales y potenciales que permitan la toma de decisiones, con base en el conocimiento y evidencia existente del cuidado de enfermería, para ser aplicado en forma sistemática y organizada. La metodología empleada consta de una búsqueda bibliográfica y una descripción de un proceso de atención de enfermería (PAE).

Palabras clave: angioplastia primaria, ataque al corazón, cardiopatía isquémica, circulación, enfermera, epidemiología, España, estadística, guía práctica clínica, IAMCEST, SCACEST, síndrome coronario agudo.

Title: Nursing care programme in a patient who has undergone angioplasty: report of a clinical case.

Abstract

The cardiovascular disease is the main cause of death in the whole world. The aim of this essay will focus on a patient who has undergone a primary angioplasty after suffering from an acute coronary syndrome with ST-segment elevation. We intend to identify both real and potential health problems that would influence the decision-making process basing on existing evidence and knowledge on nursing care, in order to be implemented sequentially. In regards to the methods, the essay consists of a literature research and the description of a nursery attention process.

Keywords: primary angioplasty, heart attack, ischemic heart disease, circulation, nurse, epidemiology, Spain, statistics, clinical practice guidelines, AMI-STEMI, STE-ACS, acute coronary syndrome.

Recibido 2018-06-07; Aceptado 2018-06-13; Publicado 2018-07-25; Código PD: 097022

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban una serie de enfermedades como son: enfermedad isquémica del corazón (EIC), enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras enfermedades circulatorias.¹⁻⁴

Las ECV son la principal causa de defunción en todo el mundo, siendo en los países desarrollados, la primera causa de mortalidad hospitalaria. En España, las ECV suponen el 30,5% de las muertes totales, siendo la etiología más relevante la EIC, la que supone un 8,98% de las muertes totales, con mayores tasas en hombres frente a mujeres.⁵⁻⁸

La EIC se produce por arteriosclerosis (formación de colágeno y acumulación en la pared de lípidos y linfocitos) de las arterias coronarias, provocando estenosis de las mismas. No presenta síntomas hasta que la estenosis se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (SCA).⁹⁻¹¹

Desde un punto de vista fisiopatológico, el SCA comprende un conjunto de entidades que son producidas por la rotura de una placa de ateroma, provocando la formación de un trombo en el interior de las arterias coronarias, causando angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, dependiendo directamente de la extensión del trombo y su duración, así como la existencia de circulación colateral competente de suplencia y la presencia o no de vasoespasmo en dicho momento.⁹⁻¹¹

Se puede diferenciar dos tipos del SCA, según los hallazgos del electrocardiograma:

- Con elevación del segmento ST (SCACEST).^[1]
- Sin elevación del segmento ST (SCASEST).

En el SCA, la manifestación por excelencia es el dolor, este puede manifestarse durante el reposo o durante el esfuerzo; es de carácter opresivo, con sensación de aplastamiento retroesternal, con propagación hacia el cuello, maxilar inferior y brazo izquierdo, acompañado de manifestaciones de reacción adrenérgica o vagal. El dolor del SCA, no siempre tiene estas características típicas descritas y puede adoptar formas que se confunden con procesos respiratorios, del aparato digestivo alto o procesos inflamatorios de la pared torácica.^{9,10,12}

El diagnóstico del SCA se basa en la combinación de la presentación clínica dolor torácico(DT) no traumático sugestivo de origen isquémico, asociado a alteraciones electrocardiográficas y aumento de la concentración de las enzimas (troponinas, creatina fosfoquinasa, glutamato oxalacético transaminasa, lactato deshidrogenasa y proteína C reactiva).^{9,10,12}

Tabla 1. Resumen de alteraciones electrocardiográficas en un SCA.¹³

<p>SCACEST:</p> <p>Electrocardiograma (ECG) con elevación del segmento ST, medido en el punto J, en 2 derivaciones contiguas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ≥ 2 milímetros (mm) en varones en derivaciones V2-V3 ≥ 1,5 mm, en mujeres ≥ 1 mm en otras derivaciones <p>SCASEST:</p> <p>Descenso del ST, alteraciones de la onda T o ECG normal.</p>
--

Una vez instaurada la enfermedad, las opciones de tratamiento son: terapia farmacológica (fibrinólisis), angioplastia coronaria primaria percutánea (con o sin colocación de stent) o cirugía de revascularización. La rapidez en la reperfusión coronaria es crucial para los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.^{9,10,12}

El patrón de dominancia coronaria (DC) ha demostrado ser un predictor independiente de muerte y reinfarto. La DC izquierda se presenta en un 15% de la población y un 85% la DC derecha. Se observó que los pacientes con DC izquierda pueden llegar a triplicar el riesgo de mortalidad respecto a aquellos pacientes ingresados en el mismo contexto con DC derecha.^{10,11-16}

Alrededor de la mitad de los pacientes con SCACEST desarrollan algún grado de insuficiencia cardíaca durante el ingreso y un 20% llegan a sufrir shock cardiogénico.^{17,18}

Una dieta equilibrada, ejercicio físico, eliminación del hábito tabáquico y adherencia al tratamiento resultan fundamentales para evitar nuevos episodios de SCA.¹⁹⁻²¹

Distintas referencias bibliográficas apuntan que la información dada al paciente y a los familiares acerca de la enfermedad y de su prevención parece ser insuficiente, durante su estancia hospitalaria, así como en el momento del alta. Parece existir ciertas carencias de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.^{12,15,18,19}

El paciente necesita un gran apoyo profesional para realizar aquellos cambios en el estilo de vida para alcanzar un manejo eficaz de los factores de riesgo, así como comprender la naturaleza de su enfermedad.^{18-19,21}

El papel de enfermería en este tipo de paciente es fundamental, siendo la valoración continua la que detecta problemas de esta índole y la educación sanitaria la que corrige hábitos y estilos de vida que generan factores de riesgo de la enfermedad y que reducen tanto la calidad como la esperanza de vida del paciente.¹⁸⁻²¹

Justificación:

Mi interés por este caso fue el deseo de profundizar en el conocimiento de esta enfermedad, y la importancia del papel de enfermería en este tipo de pacientes, el seguimiento diario que pude realizar de la paciente, y sobre todo el interés de

buscar y estructurar cuidados para que la paciente saliera del hospital con la adquisición de estilos de vida que le permitieran tener menor riesgo de un segundo episodio.

2. OBJETIVOS:

- Identificar los problemas de salud reales y potenciales de la paciente con síndrome coronario agudo.
- Personalizar y planificar la ejecución de los cuidados enfermeros durante su estancia hospitalaria.
- Aumentar el grado de conocimientos e información de la paciente y familiares sobre los factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida cardiosaludable.

3. DESARROLLO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de atención de enfermería, describe un sistema de planificación de los cuidados de enfermería .

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente que acude al servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, refiriendo un dolor centrotorácico opresivo no irradiado, de inicio hace 90 minutos con sudoración, mareo, náuseas, sin palpitations ni disnea.

Ante la clínica descrita se indica la realización de un ECG urgente, donde se aprecia una elevación del segmento ST en la cara anterior en V2 - V4, motivo por el cual se activa el código infarto para realizarle de manera urgente un cateterismo cardiaco. Se inicia perfusión endovenosa de Nitroglicerina 0,5 miligramos por hora (mg/h) y cloruro mórfico 2 mg; además se administra vía oral (VO) 180 miligramos (mg) de Ticagrelor® y 300 mg ácido acetil salicílico.

El cateterismo cardiaco se realiza guiado por control radioscópico donde se aprecia una estenosis distal severa en la rama anterior de la coronaria izquierda (arteria descendente anterior), procediéndose a efectuar angioplastia primaria de dicha rama con balón e implante de un stent farmacoactivo.

Posteriormente y tras ingresar en la sala de despertar se traslada a la Unidad Coronaria de Cuidados Intensivos, donde es recibida por el personal de dicha unidad.

II. VALORACIÓN

- Datos Generales:
 - Nombre: E.D.D.
 - Edad: 79 años.
 - Sexo: mujer.
 - Estado civil: viuda desde hace 8 años. Marido fallecido en accidente de tráfico.
 - Ocupación: maestra jubilada.
 - Persona/familiar de referencia: hija y nieta.
- Antecedentes personales:
 - Antecedentes médicos: hipertensión arterial , dislipemia, lumbalgia, sin alergias conocidas.
 - Antecedentes quirúrgicos: no consta.
 - Tratamiento habitual: *Atorvastatina*® 10 mg VO (0-0-1), *Eneas*® VO (*Enalapril/Nitrendipino*) 10/20 mg.(1-0-0).
- Datos Familiares: Padre fallece a consecuencia de un IAM.
- Situación Actual:
 - Signos vitales y exploración física
 - Temperatura axilar :36,4 grados centígrados (°C).
 - Tensión arterial: 140/77 milímetros de mercurio (mm Hg).
 - Frecuencia cardiaca: 63 pulsaciones por minuto(ppm).
 - Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto(rpm).
 - Saturación de oxígeno: 95% con gafas nasales a 2 litros(l).
 - Glucemia: 96 miligramos/decilitro (mg/dl).
 - Peso: 53 kilogramos.
 - Talla: 152 centímetros(cm)
 - Auscultación pulmonar normal.

- Exploración neurológica: Glasgow 15. Abre los ojos espontáneamente (4), Obedece a órdenes verbales(6), orientada y conversación coherente (5).
- Porta prótesis dentarias.
- Normoperfundida, no edemas, pulsos radiales, pedios y femorales presentes y simétricos.
- Analítica
 - Hemograma: Hematocrito 43%; Hemoglobina 13,9 gramos/decilitro ; Plaquetas 228×10^9 /litro; Leucocitos $7,7 \times 10^9$ /litro; Neutrófilos 74%.
 - Coagulación: International Normalized Ratio (INR)1.4; tiempo de tromboplastina parcial activado (APTT) 27.
 - Bioquímica: Glucosa 105 (mg/dl), Urea 35 mg/dl, Creatinina 0,7 mg /dl, Sodio 139 milimoles/litro (mmol/l), Potasio 3,9 Troponina 1,68 y Creatina fosfokinasa (CPK) 172 mmol/L.
- Pruebas Complementarias
 - Rx de Tórax: Normal. Sin signos de Insuficiencia cardiaca.
 - Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico, sin alteraciones de la contractilidad. Dilatación severa biauricular. Ventrículo derecho no dilatado. Fracción de eyección normal. Válvula mitral de apariencia reumática, apertura en cúpula, ligeramente restringida.
- Tratamiento
 - Perfusión de 1000 ml de suero glucosado al 5% vía intravenosa (IV) a pasar en 24h.
 - Atorvastatina[®] 40 mg VO (0-0-1).
 - Omeprazol 40 mg IV/ 24 h.
 - Adiro[®] 100 mg VO /24 h.
 - Ticagrelor[®] 90 mg VO /12 h.
 - Ondasetron 8mg IV a las 14:13.

Vía venosa periférica en flexura brazo izquierdo catéter número 20.

▪ Valoración de enfermería

Durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, enfermería realiza la valoración de la paciente siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson, quedando reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 5: Necesidades de Virginia Henderson.

1. Necesidad de respirar	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	No fuma desde hace años y respiración nasal.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Respiraba mejor en su domicilio.
2. Necesidad de comer y beber	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Ingesta de 1.000 ml de líquidos.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan
<i>Datos a considerar:</i>	Lleva prótesis dental, cocina ella y no tiene problemas digestivos, dieta hiposódica.
3. Necesidad de eliminar	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Hace una deposición diaria de consistencia blanda y sin esfuerzo. Realiza en torno a 5 eliminaciones vía urinaria de aspecto normal. El aspecto de la sudoración parece normal.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.

<i>Datos a considerar:</i>	Disminución de la actividad por su ingreso.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Da paseos y se mueve normalmente
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Hasta realizarse la intervención quirúrgica no tenía problemas para moverse. Reposo en cama.
5. Necesidad de dormir y descansar	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Habitualmente duerme unas 7-8 horas por la noche y suele hacer una siesta de casi una hora. Sueño reparador.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Nos comenta haber dormido bien, a ratos, pero considera que es normal debido a los «nervios» y dolores propios de la intervención.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Lleva ropa cómoda y adecuada.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	No se observan.
7. Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	No se expone a ambientes extremos.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Tolera mejor el frío que el calor.
8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger los tegumentos	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Se ducha y lava cada 3 días, se lava los dientes después de cada comida, cabello cuidado y buen mantenimiento uñas.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	No se observan.
9. Necesidad de evitar peligros	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Dieta hiposódica, cumple tratamiento.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	Manifiesta preocupación y nerviosismo ante la situación actual.
<i>Datos a considerar:</i>	<i>Anexo I: Escala de Goldberg</i>
10. Necesidad de comunicarse	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Manifiesta tener una buena comunicación con su hija y nieta, siendo estas las en las que se apoya.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.

<i>Datos a considerar:</i>	No se observan.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Cuando puede acude a la iglesia.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Se ofertan servicios religiosos.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Se siente útil, no le cuesta tomar decisiones que le afecten a ella, por eso decidió ir a urgencias ante su mal estar.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Viuda y jubilada. No refiere tener problemas económicos.
13. Necesidad de divertirse	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	Realiza actividades que le hacen pasar buenos momento, incluido leer, ir a tomar algo con las amigas o cocinar para sus nieta.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	No se observan.
<i>Datos a considerar:</i>	Sabe leer y escribir.
14. Necesidad de aprender	
<i>Manifestaciones de independencia:</i>	No se observan.
<i>Manifestaciones de dependencia:</i>	Conocimientos deficientes a cerca de su enfermedad, no conoce los síntomas.
<i>Datos a considerar:</i>	No registra el cumplimiento del tratamiento. No se toma la tensión arterial de forma habitual. Nunca se pesa. Anexo 2. Test de Pfeiffer versión española.

III. DIAGNÓSTICOS Y PLAN DE CUIDADOS:

Se obtienen a partir de la recogida de datos con las 14 necesidades de Virginia Henderson y son los siguientes:

A. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

Son aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescrito por otro profesional. Son situaciones derivadas de la situación fisiopatológica, del tratamiento prescrito o de las pruebas diagnósticas realizadas.

- PC: Riesgo de infección secundario a procedimientos terapéuticos invasivos (vía venosa).

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas.

Actividades:

- Valorar signos y síntomas: fiebre, enrojecimiento del punto de inserción, supuración, calor a la zona del catéter venoso, dolor, etc.
- Curar y cambiar el apósito del catéter venoso central de manera aséptica y según protocolo.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter.
- Manipular las conexiones asépticamente.
- PC: Riesgo de infección secundario a procedimientos terapéuticos invasivos (cateterismo femoral).

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas.

Actividades: [SEP]

- Valorar signos y síntomas: fiebre, enrojecimiento punto de acceso, supuración, calor en la zona, dolor, etc. [SEP]
- Curar la el punto de punción cada día con las máximas condiciones de asepsia según el protocolo. [SEP]
- Administrar los antibióticos pautados.

- **PC:** Riesgo de dolor secundario a procedimientos terapéuticos invasivos.

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas.

Actividades:

- Valorar signos y síntomas de dolor: expresiones verbales y no verbales, postura que adopta la persona, expresión facial, taquicardia, hipertensión arterial, etc.
- Valorar las características, localización, intensidad, naturaleza y la duración del dolor.
- Administrar la analgesia pautada.

- **P.C.:** Riesgo de descompensación de la tensión arterial secundaria a la HTA.

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas.

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas: cefalea, mareo, vómitos, etc.
- Controlar les constantes vitales: FR, FC, TA y Ta.
- Administrar la medicación antihipertensiva prescrita.

B. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Son los juicios clínicos que indican la respuesta de la paciente a problemas de salud y/o a procesos vitales reales o potenciales.

- **Diagnósticos de autonomía:** Reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de la capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas, con objeto de satisfacer sus necesidades básicas.

Tabla 6: diagnósticos de autonomía relacionado con tipo de suplencia.

Diagnósticos de autonomía	Suplencia	NIC
Alimentación.	Parcial, temporal y física.	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.
Movilización y mantenimiento de la buena postura.	Parcial, temporal y física.	1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia.
Vestido y arreglo personal.	Parcial, temporal y física.	1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal. 1630 Vestir.
Mantenimiento de la seguridad del entorno.	Parcial, temporal y física.	0740 Cuidados del paciente encamado.

- **Diagnósticos de independencia:** Suponen una respuesta de la paciente relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas:

- Si es inapropiada en ese momento correspondería a un *diagnóstico real*.
- Si es apropiada en este momento pero puede dejar de serlo en un futuro si no se modifican las conductas actuales se define como un diagnóstico de riesgo.
- Si resulta apropiada y es mejorable la denominamos *diagnósticos de salud*.

I. Diagnóstico real:

Ansiedad (00146) relacionado con grandes cambios(enfermedad) manifestado por temor a consecuencias

inespecíficas.

Necesidad 9 Evitar peligros.

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés; Clase 2 Respuesta de afrontamiento.

OBJETIVO FINAL: La paciente al final de su estancia mejorará su adaptación a la situación.

NOC

[01302] – Afrontamiento de problemas				
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo
130205	Verbaliza aceptación de la situación.	1	4	Estancia
130208	Se adapta a los cambios en desarrollo.	1	4	Estancia

Escala *Nunca demostrado(1); Raramente demostrado(2); A veces demostrado(3); Frecuentemente demostrado(4); Siempre demostrado(5).*

NIC

- [05820] Disminución de la ansiedad.

Actividades:

12 Febrero

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

13-16 Febrero

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

NOC

[01402] – Autocontrol de la ansiedad				
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo
140202	Elimina precursores de la ansiedad.	1	4	Estancia
140206	Planifica estrategias de superación efectivas.	1	4	Estancia
140217	Controla la respuesta de ansiedad.	1	4	Estancia

Escala *Nunca demostrado(1); Raramente demostrado(2); A veces demostrado(3); Frecuentemente demostrado(4); Siempre demostrado(5).*

NIC

- [05380] Potenciación seguridad.

Actividades:

12 Febrero

1. Animar al paciente que exprese los sentimientos.
2. Mostrar calma.
3. Pasar tiempo con el paciente.

4. Escuchar los miedos de la paciente.
13-16 Febrero

5. Animar al paciente que exprese los sentimientos.
6. Escuchar los miedos de la paciente.

II. Diagnóstico de riesgo

Riesgo de estreñimiento (00015) relacionado con la disminución de la actividad.

Necesidad 3 Eliminar.

Dominio 3. Eliminación e intercambio; Clase 3. Función gastrointestinal.

OBJETIVO FINAL: La paciente recuperará su hábito de eliminación intestinal de 1 deposición diaria.

NOC:

[00208] – Movilidad.					
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo	
020806	Ambulación.	1	5	Estancia	

Escala *Gravemente comprometido(1); Sustancialmente comprometido(2); Moderadamente comprometido(3); Levemente comprometido(4); No comprometido(5).*

[0501] Eliminación intestinal					
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo	
050101	Patrón de eliminación.	1	5	Estancia	
050105	Heces blandas y formadas.	1	5	Estancia	

Escala *Gravemente comprometido(1); Sustancialmente comprometido(2); Moderadamente comprometido(3); Levemente comprometido(4); No comprometido(5).*

NIC

- [0221] Terapia de ejercicios: ambulación.

Actividades:

11 Febrero

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Ayudar al paciente con la deambulacion inicial.

12 Febrero

- Cama-sofá e instruir en el uso de andador.

13 Febrero

- Paseo con andador y presencia de acompañante.

14-17 Febrero

- Paseo sin andador y presencia de acompañante.

NOC

[00208] Hidratación				
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo
060215	Ingesta de líquidos.	1	4	Estancia

Escala *Gravemente comprometido(1); Sustancialmente comprometido(2); Moderadamente comprometido(3); Levemente comprometido(4); No comprometido(5).*

NIC

- [4120] Manejo de líquidos.

Actividades:

11 Febrero:

- Instruir a la paciente sobre la dieta absoluta.

12-15 Febrero:

- Verificar registro de la la ingesta de líquidos en 24 horas.
 - 12 Febrero : 1200 ml
 - 13 Febrero : 1500 ml.
 - 14 Febrero : 1800 ml
 - 15 Febrero : 1800 ml
 - 16 Febrero : 2000 ml

III. Diagnóstico de salud

Disposición para mejorar la salud (00162) r/c deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

OBJETIVO FINAL: La paciente al final de su estancia aprende a controlar su enfermedad.

Necesidad 14. Aprender.

DOMINIO 1. Promoción de la salud; CLASE: 2 Gestión de la salud.

NOC

[01849] Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial coronaria				
Indicadores		Inicial	Diana	Tiempo
18490	Tipos de dolor asociados a la enfermedad.	1	4	Estancia
5				
18491	Beneficios del control de la enfermedad.	1	5	Estancia
1				

Escala *Ningún conocimiento(1); Conocimiento escaso(2); Conocimiento moderado(3); Conocimiento sustancial(4); Conocimiento extenso(5).*

NIC

- [05602] Enseñanza: proceso de la enfermedad.

Actividades:

12 Febrero

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. [SEP]
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.

13 -15 Febrero

- Incidir en los conocimientos aprendidos.

17 Febrero

- Enseñar a cerca de las Recomendaciones de vida tras sufrir un SCACEST.(anexo 3)

NOC

[3104] – Autocontrol: enfermedad arterial coronaria				
Indicadores		Inicial	Final	Tiempo
310407	Controla la presión arterial.	1	4	Estancia
310410	Controla el inicio de los síntomas.	1	4	Estancia
310419	Utiliza la medicación según prescripción.	1	4	Estancia
310424	Sigue la dieta prescrita.	1	4	Estancia
310427	Mantiene el peso óptimo.	1	4	Estancia

Escala Nunca demostrado (1); Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3); Frecuentemente demostrado (4); Siempre demostrado (5).

NIC

- [01050] Alimentación.

Actividades:

11 Febrero

- Identificar la dieta prescrita.
- Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- Instruir en el Registro la ingesta.
- Instruir en :Comer sin prisas
- [01260] Manejo del peso.

Actividades:

12 Febrero

- Determinar el peso corporal ideal del individuo: 52 kg.

13 Febrero

- Animar al individuo a registrar el peso semanalmente.

- [02380] Manejo de la medicación.

Actividades:

12 Febrero

- Comprueba la capacidad del paciente para auto-medicarse.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación mediante registro.

13-16 Febrero.

- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación mediante registro.
- [04040] Cuidados cardíacos.

Actividades:

12 Febrero:

- Enseñar el uso de aparato automático de tensión arterial.
- Monitorizar los signos vitales con aparato automático de tensión.

13-16 Febrero.

- Monitorizar los signos vitales diariamente.

IV. EVALUACIÓN

La evaluación se ha realizado de la revisión e interpretación de los registros realizados en la historia de enfermería.

El indicador de estructura: recursos materiales, personales y tiempo; como indicador de proceso si se han podido realizar las actividades y como indicador de resultados si se ha conseguido el objetivo de la actividad.

Tabla 7: Evaluación de actividades de Diagnósticos de Autonomía.

Día: 11-16 Feb		¿suficientes?	
Indicador	Recursos para las actividades .	Si	No
Estructura:	Medios humanos.	x	
	Medios físicos.	x	
	Tiempo.	x	
Proceso:	Realizamos las actividades previstas.	x	
Resultados	¿conseguimos lo que esperamos?.	x	
Notas:	Sin incidencias.		

Tabla 8: Evaluación de actividades de Problemas de colaboración.

Día: 11-16 Feb		¿suficientes?	
Indicador	Recursos para las actividades.	Si	No
Estructura:	Medios humanos.	x	
	Medios físicos.	x	
	Tiempo.	x	
Proceso:	Realizamos las actividades previstas.	x	
Resultados	¿conseguimos lo que esperamos?.	x	
Notas:	Sin incidencias.		

Para la evaluación de la actividades derivadas de los diagnósticos de enfermería se ha utilizado en modo descriptivo.

Tabla 9: Evaluación de actividades de diagnósticos de enfermería.

Fecha	Descripción
11Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad y las consideraciones de alimentación, peso y factores de riesgos asociados a su enfermedad.

	- Cumple dieta absoluta según lo pactado.
12Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad. - Se muestra más habladora y relajada. - Toma 1200 ml de líquidos según lo planificado y lo registra. - Ha tomado la medicación y lo registra. - Tolerancia el inicio a la deambulaci3n.
13Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad. - Toma 1500 ml de líquidos según lo planificado y lo registra. - Se muestra más habladora y expresa sentimientos. - Se acuerda pesarse una vez a la semana iniciándose en el día de hoy: <u>54 kg.</u> - Ha tomado la medicaci3n y lo registra. - Nos informa de que ha realizado 1 deposici3n de consistencia normal. - Tolerancia la deambulaci3n, aunque se siente algo cansada.
14 Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad. - Toma 1500 ml de líquidos según lo planificado y lo registra. - Se muestra habladora y expresa sentimientos. - Ha tomado la medicaci3n y lo registra. - Ha usado el aparato autom3tico de toma de tensi3n arterial y lo registra. - Nos informa de que ha realizado 1 deposici3n de consistencia normal. - Tolerancia la deambulaci3n.
15 Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad. - Toma 1500 ml de líquidos, no cumple los 1800. - Se muestra habladora y expresa sentimientos. - Ha tomado la medicaci3n y lo registra. - Ha usado el aparato autom3tico de toma de tensi3n arterial y lo registra. - Ha usado el andador para realizar un paseo ya que no se encuentra acompaãada. - Nos informa de que ha realizado 1 deposici3n de consistencia normal. - Deambula correctamente.
16 Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad. - Toma 1600 ml de líquidos, no cumple los 2000 ml. - Ha tomado la medicaci3n y lo registra. - Ha usado el aparato autom3tico de toma de tensi3n arterial y lo registra. - Ha usado el andador para realizar un paseo ya que no se encuentra acompaãada. - Nos informa de que ha realizado 1 deposici3n de consistencia normal. - Deambula correctamente.
17 Feb	- Permanece atenta a las explicaciones acerca del proceso de la enfermedad acerca de las Recomendaciones de vida tras sufrir un SCACEST. - Recibe el alta y se despide del personal de enfermería, manifestando su satisfacci3n por el trato recibido y por: <ul style="list-style-type: none"> • Haber aumentado los conocimientos acerca de su enfermedad. ✓ • Haber recuperado el h3bito intestinal. ✓ • Controlar su ansiedad relacionado con su situaci3n. ✓

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud [Citado 14 feb 2017]. Enfermedades cardiovasculares.
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Gobierno de Aragón Departamento de Sanidad, salud y bienestar. Programa de asistencia al síndrome coronario agudo con elevación del ST en la comunidad aragonesa. Gobierno de Aragón Departamento de Sanidad, salud y bienestar [Internet]. 2015[Citado 14 feb 2017];1-32.
Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/1programa.pdf
3. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2017 update: A report from the American Heart Association.
Circulation [Internet]. 2017[citado 26 Mar 2017];135:e2–245.
Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122885>
4. Barrabés JA, Bardaji A, Jiménez-Candil J, Del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2015[citado 26 Mar 2017];68:98–106.
Disponible en :
<http://www.revespcardiol.org/es/pronostico-manejo-del-sindrome-coronario/articulo/90376681/>
5. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2014[citado 26 Mar 2017];67(2):139-44.
Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-enfermedad-coronaria/articulo/90267578/>
6. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013[citado 26 Mar 2017];66(6):472–81.
Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-del-sindrome-coronario-agudo/articulo/90202772/>
7. Rivero F, Bastante T, Cuesta J, Benedicto A, Salamanca J, Restrepo JA. Factores asociados al retraso en la demanda de atención médica en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016[citado 26 Mar 2017];69(3):279-85.
Disponible en :
<http://www.revespcardiol.org/es/factores-asociados-al-retraso-demanda/articulo/90449141/>
8. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [Citado 14 de Feb de 2017]. Defunción según causa de muerte:2014.
Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
9. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.
Stroke [Internet]. 2014[citado 26 Mar 2017];45(12):3754-832.
Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25355838>

10. Abu-Assi E, Castiñeira-Busto M, González-Salvado V, Raposeiras-Roubin S, Riziq-Yousef Abumuaileq R, Peña-Gil C et al. Dominancia coronaria y pronóstico a largo plazo de los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST tratado con angioplastia
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016[citado 26 Mar 2017];69(1):178–85.
Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/dominancia-coronaria-pronostico-largo-plazo/articulo/90446438/>
11. Hernández-Pérez FJ, Goirigolzarri-Artaza J, Restrepo-Córdoba MA, García-Touchard A, Oteo-Domínguez JF, Silva-Melchor et al. Impacto de la circulación colateral en el pronóstico a largo plazo de los pacientes tratados con angioplastia primaria.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2017[citado 26 Mar 2017];70(3):178–85.
Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/impacto-circulacion-colateral-el-pronostico/articulo/90460654/>
12. Miro O. Necesidad de colaboración en investigación entre cardiólogos y médicos de urgencias.
Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014[citado 26 Mar 2017];37(1):9-16.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100002
13. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Rev. Finlay 6(2) Cienfuegos abr.-jun. 2016
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010
14. Carol Ruiz A, Masip UtsetJ, Ariza Solé A. Predictores de la demora en la reperfusión de pacientes con IAMCEST que reciben angioplastia primaria. Impacto del lugar de primera asistencia.
Rev Esp Cardiol [Internet]. 2017[citado 26 Mar 2017];70(3):162–9.
Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/predictores-demora-reperfusion-pacientes-con/articulo/90460652/>
15. Márquez Rivero PA, Santos Delgado MA, Márquez Rivero A, Álvarez Pacheco I, Rodríguez Maldonado ML, Bermejo Pérez M et al. Plan de Cuidados en Prevención Secundaria de la Cardiopatía Isquémica en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.
Bibl Lascasas [Internet]. 2009[citado 26 Mar 2017];5 (2).
Disponible en:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0415.pdf>
16. Shaw RJ, McDuffie JR, Hendrix CC, Edie A, Lindsey-Davis L, Williams JW. Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults with Chronic Conditions: Agosto 2013 [Internet]. Washington (DC):Department of Veterans Affairs; 2013 [citado 26 Mar 2017].
Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241377/pdf/Bookshelf_NBK241377.pdf
17. Vidan Astiz T. Síndrome coronario Agudo. Tratado de Geriátria para residentes [Internet]. [citado 26 Mar 2017];31:325-32.
Disponible en:
https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2031_III.pdf
18. Snaterse M, Dobber J, Jepma P, Peters RJ, Ter Riet G, Boekholdt SM, et al. Effective components of nurse-coordinated care to prevent recurrent coronary events: a systematic review and meta-analysis.
Heart [Internet]. 2016[citado 26 Mar 2017];102(1):50-6. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26567234>
19. Puntunet Bates ML. Principales cuidados de enfermería en la persona con cardiopatía isquémica.
Rev Mex Enferm Cardiológica [Internet]. 2008[citado 26 Mar 2017];16(2):55-61.
Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>

20. Martínez Álvarez A, González Lozano L, Álvarez Mon N. Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica.
RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2015[citado 26 Mar 2017];3(2):7-13.
Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5109100>
21. Ortiz- García MC, Ramos-Piña EE, Díaz-Pérez MC, Mancilla-García ME. Guía de Práctica Clínica para las intervenciones de enfermería en la atención del paciente con infarto agudo del miocardio.
Rev Enferm IMSS Mex[Internet]. 2012[citado 26 Mar 2017]; 20(1): 27-44.
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121e.pdf>