Plan de cuidados del paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

María Jesús Simón García

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid, España.
msimon.hcsc@salud.madrid.org

Tutor

Enrique Pacheco del Cerro

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid, España.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
quique@enf.ucm.es

Resumen: Se presenta el caso de una mujer de 60 años, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos coronarios, por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASET). Dicho síndrome incluye el infarto sin onda Q y la angina inestable. Se caracteriza por la presencia de dolor anginoso de más de 20 minutos de duración, asociado o no, a cambios del electrocardiograma compatibles con isquemia miocárdica aguda. Se realiza un plan de cuidados individualizado de dicha paciente, utilizando para ello el modelo conceptual de los patrones funcionales de Gordon y las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Palabras Claves: Enfermedad coronaria-Cuidados. Taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Abstract: A case of a 60 year old woman admitted in the coronary intensive care unit for an acute coronary syndrome without ST-segment elevation ST (SCASET). This syndrome includes Q-wave myocardial infarction and angina unstable. It is characterized by the presence of pain angina of more than 20 minutes with or without, to changes in the electrocardiogram consistent with ischemia acute myocardial. It takes an individualized care plan that patient, using the conceptual model Gordon's functional patterns and taxonomies NANDA, NIC, NOC.

Keywords: NANDA-NIC-NOC, Taxonomies. Coronary heart disease-Care Plan.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una teoría sobre como las enfermeras/os organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades, su objetivo es que estos alcancen la mejoría, por tanto en la medida de lo posible, la persona o personas a las que van dirigidos dichos cuidados deben estar implicados^(1,2,3).

El proceso de atención de enfermería desde Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores mas, consta de cinco pasos, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación^(4,5).

Valoración

Es la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo⁽⁶⁾.

La valoración consta, de datos subjetivos recogidos de la personas o personas y datos objetivos derivados de las pruebas diagnosticas o de otras fuentes.

Se debe realizar mediante: entrevista, observación estructurada, sistemática y objetiva y la exploración física.

La valoración se debe organizar de acuerdo a un modelo conceptual^(7,8), las 14 necesidades de salud de Virginia Henderson⁽⁹⁾, teoría general de enfermería de Dorothea Orem, modelo de adaptación de Callista Roy, los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, etc. En el caso que desarrollaremos a continuación, utilizaremos los patrones funcionales de Gordon. Estos enfocan su atención sobre 11 patrones denominados de la siguiente manera^(10,11):

- **Patrón 1. Percepción-manejo de la salud**

Describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto, incluye todo lo relacionado con la adherencia a los tratamientos médicos o enfermeros prescritos y las prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

- **Patrón 2. Nutricional-metabólico**

Se intentara conocer las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo. También intenta detectar los

posibles problemas derivados de su ingesta. Asimismo, se determinará las características y estado de la piel y mucosas. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

- **Patrón 3. Eliminación**

Describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel y todos los aspectos relacionados con ella, como son rutinas personales, uso de dispositivos o medicación para su control o producción (laxantes, diuréticos, etc.) y características de las excreciones.

- **Patrón 4. Actividad-ejercicio**

Describe la capacidad para la movilidad autónoma y la actividad y la realización de ejercicios. También indaga sobre las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria, que requieran algún grado de consumo de energía.

- **Patrón 5. Sueño-descanso**

Describe el patrón de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- **Patrón 6. Cognitivo-perceptual**

Describe la función sensorio-perceptual y cognitiva del individuo. La adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. También determina la existencia o no de dolor. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

- **Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto**

Describe el autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. También observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal.

- **Patrón 8. Rol-relaciones**

Describe el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así, como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se debe dar importancia a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

- **Patrón 9. Sexualidad-reproducción**

Describe la satisfacción o insatisfacción con relación a la sexualidad, y así mismo, el patrón reproductivo y todo lo relacionado con éste.

- **Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés**

Describe la adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- **Patrón 11. Valores- creencias**

Describe los valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Diagnósticos Enfermeros

Los diagnósticos enfermeros, son los problemas de salud o necesidades detectados en la valoración y que entran dentro de la competencia de Enfermería.

Se ha adoptado la taxonomía II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)^(12,13,14,15,16). La NANDA definió en 1990 el diagnostico enfermero de la siguiente manera:

“Juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo, de promoción de la salud y de salud. Están organizados en 13 dominios y sus clases⁽¹²⁾. Los dominios son los siguientes: 1. Promoción de la salud, 2. Nutrición, 3. Eliminación e intercambio, 4. Actividad/reposo, 5. Percepción/cognición, 6. Autopercepción, 7. Rol/relaciones, 8. Sexualidad, 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés, 10. Principios vitales, 11. Seguridad/protección, 12. Confort, 13. Crecimiento/desarrollo.

Planificación

Una vez definido el diagnostico, deberemos planificar cual va a ser la meta/objetivo a conseguir respecto a ese problema.

Los objetivos deben tener un tiempo, ser realistas y ser medibles. Deben ir enfocados a que puedan conseguirse por la enfermera/o, la persona, la familia y/o la comunidad.

Para ello, vamos a utilizar la Clasificación de Resultados en Enfermería **NOC** (Nursing Outcomes Classification)^(13,17,18,19). La NOC posee 330 criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera, y cada resultado posee unos indicadores específicos, que se miden según escala de Lickert de cinco puntos. Las escalas de medición que vamos a utilizar en nuestro caso son las siguientes:

A:	1: Gravemente comprometido	B:	1: Nunca demostrado
	2: Sustancialmente comprometido		2: Raramente demostrado
	3: Moderadamente comprometido		3: A veces demostrado
	4: Levemente comprometido		4: Frecuentemente demostrado
	5: No comprometido		5: Siempre demostrado
C:	1: Ningún conocimiento	D:	1: Desviación grave del rango normal
	2: Conocimiento escaso		2: Desviación sustancial del rango nor.
	3: Conocimiento moderado		3: Desviación moderada del rango nor.
	4: Conocimiento sustancial		4: Desviación leve del rango nor.
	5: Conocimiento extenso		5: Sin desviación del rango nor.

La NOC está dividida en una estructura taxonómica de 31 clases y 7 dominios: 1. Salud funcional, 2. Salud fisiológica, 3. Salud psicosocial, 4. Conocimientos y conductas sobre salud, 5. Percepción de salud, 6. Salud familiar y 7. Salud comunitaria.

Ejecución

La realizaremos a través de Intervenciones. Una intervención se define como:

"Cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente".

Las intervenciones deben estar encaminadas a conseguir el criterio de resultado planteado. Cada intervención puede llevar asignadas varias actividades, en función de los criterios de resultados establecidos.

Utilizaremos la clasificación de intervenciones enfermeras **NIC** (Nursing Interventions Classifications)^(13,20). Hay 542 intervenciones y más de 12.000 actividades. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos. Estos son: 1. Fisiológico: básico, 2. Fisiológico: complejo, 3. Conductual, 4. Seguridad, 5. Familia, 6. Sistema sanitario y 7. Comunidad.

Evaluación

Una vez realizadas las intervenciones y actividades planificadas debemos comparar las respuestas de la persona, la familia y/o la comunidad para conocer si se han conseguido los resultados planteados, para ello debemos evaluar de nuevo al paciente, utilizando la Clasificación de Resultados en Enfermería NOC⁽¹⁷⁾. En función de esta evaluación podemos tener tres posibles resultados:

- **Mantenimiento del PAE:** los criterios de resultado se han alcanzado parcialmente y al revisar todo el proceso se observa que se necesita más tiempo.
- **Modificación del PAE:** los criterios de resultado se han alcanzado parcialmente y al revisar todo el proceso se observa que el plan inicial no era el más adecuado.
- **Finalización del PAE:** cuando los criterios de resultado se han alcanzado totalmente o las causas que provocaban el problemas han desaparecido o también cuando el paciente familia y/o comunidad demuestra la capacidad necesaria para mantener estable su situación de salud.

El PAE debe contemplar además aquellas actuaciones interdisciplinares, o dimensión interdependiente, como lo denomino Carpenito en 1987 y que según ella se refiere a:

“Aquellos problemas clínicos en los que en la prescripción y en el tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, generalmente médicos”.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST

El Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) incluye el infarto sin onda Q y la angina inestable⁽²¹⁾.

Se caracteriza por la presencia de dolor anginoso de más de 20 minutos de duración asociado o no, a cambios del electrocardiograma (ECG) compatibles con isquemia miocárdica aguda.

El síndrome coronario agudo se produce por una inadecuada perfusión miocárdica, ocasionada por una obstrucción coronaria, esta se produce por la aparición de un trombo intracoronario, que se desarrolla tras la ruptura o erosión de una placa aterosclerótica⁽²²⁾.

Su diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica, la exploración física, el ECG y los marcadores de daño miocárdico (troponina I, Ck-Mb masa y mioglobina)⁽²²⁾ y los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y fibrinógeno)^(23,24,25,26,27,28,29).

Los pacientes con SCASEST se clasifican en tres grupos de riesgo, alto, intermedio y bajo. Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología de 2002 y el grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología en 2007^(30,31,32) estas son las características de cada uno de los grupos:

- **Alto riesgo**

- ✓ Angina recurrente con tratamiento farmacológico adecuado.
- ✓ Cambios transitorios o persistentes en el segmento ST > 1 mv en al menos 2 derivaciones concordantes.
- ✓ Elevación de Troponina > 10 veces el rango normal.
- ✓ Inestabilidad hemodinámica: Shock, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca, hipotensión arterial o insuficiencia mitral aguda significativa.
- ✓ Arritmias ventriculares severas.
- ✓ Angina postinfarto (1 mes).

- **Riesgo intermedio**

- ✓ Angina de reposo o prolongada con cambios en el ST en las últimas 24 horas.
- ✓ Antecedentes de infarto de miocardio, revascularización coronaria (IPC o cirugía de bypass aortocoronario).
- ✓ Edad > 70 años. Mayores de 80 años sin deterioro mental evidente, autonomía personal y ausencia de otra enfermedad importante.
- ✓ Diabetes Mellitus.
- ✓ T (-) en más de 5 derivaciones con el dolor o profundidad mayor de 0,5 mv en derivaciones precordiales.
- ✓ Descenso del segmento ST < 1 mv en al menos 2 derivaciones concordantes.
- ✓ Elevación de Troponina < 10 veces el rango normal.
- ✓ Enfermedad vascular de otro territorio (cerebral o vascular periférico).

- **Bajo riesgo**

- ✓ Angina de esfuerzo reciente, al menos en GF III/IV.
- ✓ Rápida respuesta a NTG.
- ✓ ECG normal o con cambios inespecíficos de la onda T.
- ✓ Troponina normal a las 6 horas del último episodio de dolor.

Manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos coronarios

Pacientes con Riesgo alto:

- **Antiagregación**

- ✓ Clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg/24 horas
- ✓ Tirofiban (AGRASTAT®) según tabla de dosificación durante un mínimo de 48 horas y un máximo de 96 horas.
- ✓ Si se va a realizar Cateterismo en las 12-24 horas siguientes es razonable no iniciar Inhibidores de las GP IIb/IIIa. En caso de Stent se valorará iniciar Abciximab en la sala de Hemodinámica.

- **Anticoagulación**

- ✓ Heparina IV 60 u/Kg (máximo 5000 u) en bolo i.v. y perfusión i.v. para mantener un TTP de 2-2,5 en pacientes que reciban Tirofiban o en los que se ha planificado una estrategia invasiva.
- ✓ Enoxaparina 1 mg/Kg cada 12 horas s.c. o Nadroparina 0,1 cc/Kg cada 12 horas s.c., en pacientes con tratamiento conservador.

Pacientes con Riesgo medio:

- **Antiagregación**

- ✓ Clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg/24 horas.

- **Anticoagulación**

- ✓ Enoxaparina 1 mg/Kg cada 12 horas s.c. o Nadroparina 0,1 cc/Kg cada 12 horas s.c.

Pacientes con Riesgo bajo:

- **Antiagregación**

- ✓ AAS 100 mg. v.o./24 horas. En caso de intolerancia a la AAS se dará Clopidogrel 75 mg/24 horas.

CASO CLÍNICO

Historia actual

Mujer de 60 años de edad que ingresa en la unidad de cuidados intensivos coronarios (UCIC) el día 22 de diciembre de 2010 y es dada de alta el 23 de diciembre del mismo año.

El día 21 sobre las 14h y coincidiendo con esfuerzo, comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula, que cede en aproximadamente 1 hora con reposo.

Desde esa mañana presenta molestia (escozor) residual continuo, por lo que acude al servicio de urgencias. Se realiza un ECG presentando fibrilación Auricular a 70 latidos por minuto. Eje normal. Sin signos de Isquemia Aguda. En la analítica se objetiva elevación de la troponina (1,68). Ingresa en la UCIC con los siguientes diagnósticos:

- Síndrome coronario agudo sin elevación de ST. IAM no Q. KILLIP. I.
- Estenosis mitral reumática leve-moderada.
- Fibrilación auricular permanente.

Antecedentes Personales

- Estenosis mitral reumática leve-moderada.
- Fibrilación auricular permanente.
- No ortopnea habitual.
- No alergias medicamentosas, no hipertensión arterial, no dislipemia, no consumo de alcohol ni tabaco.
- En tratamiento con Acenocumarol según pauta.

Exploración física al ingreso

- Constantes Vitales:
 - ✓ Tensión arterial (TA): 127/78
 - ✓ Frecuencia cardiaca (FC): 75 latidos por minuto (lpm)
 - ✓ Saturación de oxígeno (SO₂): 96%
 - ✓ Temperatura 36,5°C
- Electrocardiograma: Fibrilación Auricular (FA) a 70 lpm
- Auscultación pulmonar normal, auscultación cardiaca arrítmica.
- Normoperfundida, no edemas, pulsos radiales, pedíos y femorales presentes y simétricos.
- Analítica:

- ✓ Hemograma: Hematocrito 43%, Hemoglobina 13,9, Plaquetas 228 y Leucocitos 7.700 (Neutrófilos 74%).
 - ✓ Coagulación: INR1.4 y APTT 27.
 - ✓ Bioquímica: Glucosa 105, Urea 35, Creatinina 0,7, Sodio 139, Potasio 3,9 Troponina 1,68 y CPK 172.
- 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.
 - ✓ Coronariografía: Arterias coronarias epicárdicas sin lesiones

Tratamiento

- Monitorización Hemodinámica.
- Perfusión de 50 mg de nitroglicerina en 250ml de glucosa al 5% a demanda para controlar el dolor y mantener TAS entre 100-110 mmHG.
- Ac. Acetilsalicílico 100mg VO/24H.
- Bisoprolol 5mg VO/12h.
- Enoxaparina 80mg SC/12h.
- Toracepam 1mg VO noche.
- Omeprazol 20 mg VO/12h.

Evolución

La molestia residual “escozor” cedió en un corto periodo de tiempo, permaneciendo desde entonces asintomática, por ello, es dada de alta de UCI a la unidad de hospitalización de cardiología, el día 23 de diciembre de 2010.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud

- Aspecto físico: adecuado
- Conciencia de enfermedad: hasta el episodio actual, era consciente de su enfermedad, pero podía hacer una vida normal. Ahora preocupada pues no sabe de que manera se vera alterada.
- Cumple los tratamientos: Sí; acude al cardiólogo regularmente y se hace los controles según pauta de Acenocumarol.
- Hábitos tóxicos: no tiene ninguno

- No alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.
- Vive sola.
- Es portadora de una vía periférica en brazo izquierdo.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

- Temperatura: 36,5°C
- Peso: 66.2 kg.
- Talla: 161 cm.
- Índice de Masa Corporal: 25.5 Peso normal.
- Ingesta de líquidos: adecuada, aproximadamente 2 litros diarios. Dieta: normal evita los alimentos contraindicados con el Acenocumarol.
- Problemas digestivos: no.
- Hábitos en la mesa: adecuados.
- Dentición: Prótesis dental, que lleva en el momento actual.
- Mucosa oral: bien.
- Sialorrea: no.
- Piel: normal, hidratada y sin edemas. Presenta ojeras acentuadas.

Patrón 3. Eliminación

- Urinaria: normal.
- Intestinal: Estreñimiento, hace deposición 2 veces en semana con esfuerzo, las heces son duras y secas. No uso de laxantes. Reconoce ignorar la urgencia para defecar justificando que siempre tiene algo que hacer cuando la entran las ganas. Al final reconoce que tiene hemorroides y evita las deposiciones. Ahora lleva dos días sin deposición.
- Sudoración: normal.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

- FC: 75 lpm.
- Respiración: normal.
- TA: 100/60 mmHg.
- Actividad laboral: Jubilada, era maestra.
- Expresión facial: preocupada, asustada y angustiada por este nuevo episodio. Era autónoma para todas las actividades de la vida diaria y la preocupa mucho que su vida a partir de ahora se vea limitada por no poder realizar esfuerzos y no pueda mantener su independencia.
- Movilidad: normal, en estos momentos permanece en reposo cama-sillón.
- Ejercicio físico: Paseaba 1 hora al día con amigas y dos veces por semana iba a un centro a hacer gimnasia. Ahora no sabe si podrá hacer ejercicio.
- Actividades de ocio: La gusta mucho leer, ir al cine y salir con amigas. Después de comer y por la noche la gusta ver la televisión.

Patrón 5. Sueño –descanso

- Horas de sueño: de 6 a 8h. Se levanta descansada. No duerme siesta pero la gusta ver la TV después de comer tranquilamente. La noche del episodio durmió mal y la noche pasada en el hospital peor, pues refiere estar dándole vueltas a la cabeza.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

- Visión corregida con gafas progresivas.
- Estado de conciencia: Normal.
- Orientación: orientada en persona, espacio y tiempo.
- Atención: normal.
- Memoria: normal.
- Expresión del lenguaje: Normal, culto.
- No presenta dificultad para comunicarse.
- Audición: Nota que esta perdiendo desde hace unos meses, tenía prevista una cita con el Otorrino para el mes de enero.
- Frecuentemente, sobre todo en invierno, tiene dolores articulares que mejoran con antiinflamatorios.

Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto

- Autoconcepto: Normal, en líneas general se valora a si misma y se siente valorada por su familia y amigos.
- Manifiesta preocupación por lo que la ha pasado, tiene miedo de perder su independencia y autonomía. Se muestra nerviosa y preocupada

Patrón 8. Rol-relaciones

- Viuda desde hace 10 años, tiene dos hijos, una hija y un hijo, ambos independientes.
- Vive sola, tiene apoyo externo para las labores del hogar
- Sale con amigos frecuentemente
- Relación con la familia: satisfactoria. Se siente muy querida por sus hijos.
- Percepción sobre su rol familiar: satisfactorio.
- Conocimientos de la familia sobre la enfermedad: suficientes
- Nivel de estudios: medios. Es maestra jubilada

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

- No mantiene relaciones sexuales en la actualidad

Patrón 10. Afrontamiento–tolerancia

- Normal

Patrón 11. Valores-creencias

- La paciente es católica no practicante.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- (00146) Ansiedad relacionada con el ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestado por angustia y nerviosismo.
 - ✓ Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
 - ✓ Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- (00126) Conocimientos deficientes (proceso de enfermedad actual) relacionado con falta de exposición, manifestado por la verbalización del problema.
 - ✓ Dominio 5: Percepción/Cognición
 - ✓ Clase 4: Cognición
- (00004) Riesgo de infección relacionado con el catéter venoso periférico.
 - ✓ Dominio 11: Seguridad/Protección
 - ✓ Clase 1: Infección
- (00092) Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestador por dolor torácico.
 - ✓ Dominio 4: Actividad/reposo
 - ✓ Clase 4: respuesta cardiovascular/pulmonar
- (00011) Estreñimiento relacionado con hemorroides y manifestado por la frecuencia de 2 veces en semana y las características de las heces.
 - ✓ Dominio 3: Eliminación e intercambio
 - ✓ Clase 2: Función gastrointestinal

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Reales

- (00132) Dolor agudo torácico.

Potenciales

- Arritmias.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, CRITERIOS DE RESULTADO E INTERVENCIONES

Patrón 1

(00004) Riesgo de infección relacionado con el catéter venoso periférico	
NOC	NIC y Actividades
<p style="text-align: center;">0703 – Severidad de la infección Escala: A; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ 070333. Dolor/Hipersensibilidad. (4)</p> <p>✓ 070307. Fiebre. (4)</p> <p>✓ 070328. Flebitis por catéter venoso periférico. (3)</p> <p>✓ 070329. Colonización en el cultivo de punta de catéter periférico. (4)</p> <p style="text-align: center;">1924 – Control del riesgo Escala: B; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ 192401. Reconoce el riesgo. (4)</p> <p>✓ 192402. Reconoce las consecuencias personales asociadas a la infección. (4)</p> <p>✓ 192404. Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias. (4)</p> <p>✓ 192415. Practica la higiene de manos. (5)</p> <p>✓ 192414. Utiliza precauciones universales. (4)</p> <p style="text-align: center;">072- Estado Inmune Escala: A; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ 070207. Temperatura Corporal.</p>	<p style="text-align: center;">2440 – Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)</p> <p>✓ Cambiar los sistemas, apósitos y válvulas de bioseguridad, de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>✓ Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.</p> <p>✓ Observar si hay signos de oclusión del catéter.</p> <p>✓ Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.</p> <p>✓ Determinar si la paciente y/o la familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del DAV.</p> <p style="text-align: center;">6540 – Control de infecciones</p> <p>✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de la paciente.</p> <p>✓ Usar guantes según lo exigen las normas universales de precaución.</p> <p>✓ Instruir a la paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de la infección y cuando debe informarse sobre ello al cuidador.</p> <p>✓ Enseñar a la paciente y a la familia a evitar infecciones.</p> <p>✓ Interpretación de datos de laboratorio.</p> <p>✓ Toma de temperatura corporal.</p> <p>✓ Protección contra las infecciones.</p> <p>✓ Vigilancia.</p>

<p>(5)</p> <p>✓ 00214. Recuento absoluto leucocitario. (5)</p> <p>✓ 00215. Recuento diferencial leucocitario. (5)</p>	
---	--

(00126) Conocimientos deficientes (proceso de enfermedad) relacionado con falta de exposición, manifestado por la verbalización del problema	
NOC	NIC y Actividades
<p>1803 - Conocimiento: proceso de la enfermedad Escala: C; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ 180302. Descripción del proceso de la enfermedad. (3)</p> <p>✓ 180303. Descripción de las causas o factores contribuyentes. (2)</p> <p>✓ 180304. Descripción de los factores de riesgo. (2)</p> <p>✓ 180306. Descripción de los signos y síntomas. (3)</p> <p>✓ 180311. Descripción de precauciones para prevenir complicaciones. (2)</p> <p>✓ 180313. Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo. (2)</p> <p>1813 - Conocimiento: régimen terapéutico Escala: C; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ 181301. Justificación del régimen terapéutico. (3)</p> <p>✓ 181302. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. (3)</p> <p>✓ 181305. Descripción de la dieta prescrita. (3)</p> <p>✓ 181306. Descripción de la medicación prescrita. (3)</p> <p>✓ 181307. Descripción de la actividad prescrita. (3)</p> <p>✓ 181308. Descripción del ejercicio prescrito. (3)</p> <p>✓ 181316. Beneficios del</p>	<p>5602 – Enseñanza: proceso de la enfermedad</p> <p>✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>✓ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.</p> <p>✓ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.</p> <p>✓ Instruir a la paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al médico y/o enfermera.</p> <p>✓ Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.</p> <p>5614 – Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente acerca de la dieta y explicar su propósito.</p> <p>✓ Instruir a la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.</p> <p>✓ Ayudar a la paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a su receta favorita en la dieta prescrita.</p> <p>✓ Incluir a la familia.</p> <p>5616 – Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente, relacionado con los medicamentos prescritos e informarla acerca del propósito y acción de cada uno de ellos.</p> <p>✓ Informar a la paciente, tanto del principio activo, como del nombre comercial de cada medicamento.</p> <p>✓ Informar a la paciente de lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</p> <p>5612 – Enseñanza: actividad, ejercicio prescrito</p> <p>✓ Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio, prescrito de</p>

tratamiento de la enfermedad. (3)	la paciente. ✓ Informar a la paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. ✓ Informar a la paciente de que la actividad física regular está asociada a una reducción del riesgo de enfermedad y mortalidad cardiovascular. <p style="text-align: center;">7370 Planificación del alta</p> ✓ Comunicar a la paciente los planes de alta. ✓ Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados.
--	--

Patrón 3

(00011) Estreñimiento relacionado con Hemorroides y manifestado por la frecuencia de 2 veces en semana y las características de las heces	
NOC	NIC y Actividades
<p style="text-align: center;">0501 – Eliminación intestinal Escala: A; Indicadores: (1-5)</p> ✓ 050101. Patrón de eliminación. (3) ✓ 050110. Ausencia de estreñimiento. (3) ✓ 050124. Ingestión de líquidos adecuados. (5) ✓ 050125. Ingestión de fibra adecuada. (5) ✓ 050126. Cantidad de ejercicio adecuado. (5)	<p style="text-align: center;">0450 – Manejo del estreñimiento/impactación</p> ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ✓ Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las deposiciones. ✓ Establecer una pauta de eliminación. ✓ Enseñar a la paciente/familia los principios de la educación intestinal. ✓ Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.

Patrón 4

(00092) Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestador por dolor torácico.	
NOC	NIC y Actividades
<p style="text-align: center;">0005 – Tolerancia a la actividad Escala: A; Indicadores: (1-5)</p> ✓ 000501. Saturación de oxígeno. (4) ✓ 000502. Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad. (4) ✓ 000503. Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad. (4) ✓ 000508. Esfuerzo respiratorio en	<p style="text-align: center;">0180 – Manejo de la energía</p> ✓ Observar a la paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. ✓ Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). ✓ Favorecer la alternancia de reposo y actividad. ✓ Ayudar en las actividades físicas

respuesta a la actividad. (4) ✓ 000515. Presión arterial en respuesta a la actividad. (4) ✓ 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación). (4) ✓ 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal. (4) ✓ 1801 Ayuda con los autocuidados: baño /higiene. (4)	normales (deambulación, traslado, giros y cuidados personales).
--	---

Patrón 7

(00146) Ansiedad relacionada con el ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud, manifestado por angustia y nerviosismo	
NOC	NIC y Actividades
<p style="text-align: center;">1402 Autocontrol de la ansiedad Escala: B; Indicadores: (1-5)</p> ✓ 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad. (3) ✓ 140204. Busca información para reducir la ansiedad. (3) ✓ 140206. Utiliza estrategias de superación efectivas. (4) ✓ 140214. Refiere dormir de forma adecuada. (4) ✓ 140217. Controla la respuesta de ansiedad. (3)	<p style="text-align: center;">7310. Cuidados de enfermería al ingreso</p> ✓ Presentarse a si mismo y su función en los cuidados. ✓ Aplicar protocolo de ingreso de paciente en unidad coronaria. ✓ Mantener la confidencialidad de los datos de la paciente. ✓ Orientar a los familiares y paciente en la unidad e instalaciones del centro. ✓ Abrir los registros. <p style="text-align: center;">5820 – Disminución de la ansiedad</p> ✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. ✓ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. ✓ Escuchar con atención. ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico. ✓ Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso. ✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. <p style="text-align: center;">5380 – Potenciación de la seguridad</p> ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza y seguridad. ✓ Escuchar los miedos de la paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar a la paciente que la familia esta siendo informada. ✓ Permanecer con la paciente para promover la seguridad. ✓ Mostrar calma.
--	--

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Reales

00132 – Dolor agudo torácico	
NOC	NIC y Actividades
<p style="text-align: center;">1605 – Control del dolor Escala: B; Indicadores: (1-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 160501. Reconoce factores causales. (4) ✓ 160502. Reconoce el comienzo del dolor. (3) ✓ 160503. Utiliza medidas preventivas. (3) ✓ 160508. Utiliza los recursos disponibles. (3) ✓ 160509. Reconoce los síntomas asociados al dolor. (4) ✓ 160511. Refiere dolor controlado. (4) <p style="text-align: center;">2102. Nivel del dolor Escala: B; Indicadores: (1-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Duración de los episodios de dolor. (3) ✓ Náuseas. (5) 	<p style="text-align: center;">4040 – Cuidados cardiacos agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores de alivio). ✓ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades). ✓ Tomar nota de los signos y síntomas significativos de descenso del gasto cardiaco. ✓ Observar si hay arritmias cardiacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción. ✓ Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. ✓ Instruir a la paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica. ✓ Controlar periódicamente la tensión arterial. ✓ Realizar medición de diuresis. ✓ Controlar el equilibrio de líquidos ingestión/eliminación. ✓ Hacer ECG. <p style="text-align: center;">3320 - Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración del oxigeno prescrito. <p style="text-align: center;">2210 – Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar medicamentos de alivio del dolor, si pautados. ✓ Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

Potenciales

Arritmias	
NOC	NIC y Actividades
<p>0400 – Efectividad de la bomba cardiaca Escala: D; Indicadores: (1-5)</p> <p>✓ Toma de tensión arterial (4) ✓ Frecuencia cardiaca (4) ✓ Balances (5)</p>	<p>0444 – Cuidados cardiacos agudos</p> <p>✓ Ya vistos en el dolor</p> <p>2300 – Administración de medicación</p> <p>✓ Administración de Beta-bloqueantes, si procede. ✓ Tratamiento eléctrico selectivo, si procede.</p>

Dado que la paciente ha estado en la UCIC tan solo 24 horas y la evaluación debe ser continua, al alta de la paciente se realizo un informe de continuidad de cuidados, destinado a los profesionales de enfermería de la unidad de hospitalización, donde fue trasladada la paciente.

CONCLUSIONES

- La utilización de un lenguaje estandarizado, en nuestro caso NANDA-NIC-NOC, ha permitido organizar, estructurar y sistematizar el trabajo enfermero.
- Hemos podido identificar las respuestas particulares de la paciente, permitiendo identificar sus necesidades individuales.
- Ha supuesto un aumento de información sobre la paciente.
- Ha facilitado la comunicación entre los profesionales responsables durante el proceso de enfermedad de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lunney M. Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: como determinar los diagnósticos adecuados. En: Herdman TH, editor. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-20011. Barcelona: Elsevier; 2010. p 3-17.

2. Oreja Vázquez ML, Alegre de Vega C. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte De Salud Mental. 2008;7(31):20-26.
3. Bernal P, López F, Jerez MC, Peinado MC. Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología pediátrica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009, [citado 1 junio 2011];12(2):81-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000200009&lng =es&nrm =iso. ISSN 1139-1375.doi: 10.4321/S1139-13752009000200009.
4. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2003.
5. Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Madrid: Masson. Elsevier; 2005.
6. Berman A, Dnyder SJ, Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.
7. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2ª ed. México D.F.: McGraw-Hill. Interamericana; 1997.
8. Tomey AM y Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
9. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: CIE; 1971.
10. Delgado J. Plan de cuidados al paciente cardiaco [citado 8 enero 2011]. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_11.pdf.
11. Arribas Cahá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración enfermera estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUNDEN; 2006.
12. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-20011. Barcelona: Elsevier; 2010.
13. Johnson JM, Bulechek G, Butcher H, Dochterman J McCloskey, editors. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007.

14. Ackley BJ, Ludwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006.
15. Alfaro-Lefevre R. Pensamiento crítico y Juicio clínico en enfermería. 4ª ed. Elsevier Masson; 2009.
16. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009.
18. Morales Asencio J M. Investigación de resultados en enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm [Internet]. 2004 Jun [citado 2011 Ene 23]; 13(44-45):37-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962004000100008.
19. Fernandez Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Elsevier Doyma; 2005.
20. Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
21. Fuster V, Badimon L, Badimon JJ. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes. N Engl J Med. 1992;326:240-250, 310-318.
22. Díaz R. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: su enfoque terapéutico basado en su estratificación pronóstica. Rev. costarric. cardiol [Internet]. 2002 Ago [citado 13 marzo 2011];4(2):3-6. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422002000200001&lng=es.
23. Albalá N, Ancillo P. El síndrome coronario agudo en su clasificación actual. Med. Intensiva [Internet]. 2006 Mar [citado 2011 Mar 20];30(2):74-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000200006&lng=es.
24. Villegas Peñaloza JL. Síndrome coronario Agudo sin elevación del segmento ST. Revista de cardiología [Internet]. 2009. [citado 1 junio 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1858/1/Cardiopatia-isquemica-Sindrome-coronario-agudo-sin-elevacion-del-segmento-ST.html>.
25. Bodí V, Facila L, Sanchis J, Llácer A, Núñez J, Mainar L, et al. Pronóstico a corto plazo de los pacientes ingresados por probable síndrome coronario agudo sin

elevación del segmento ST. Papel de los nuevos marcadores de daño miocárdico y de los reactivos de fase aguda. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55:823-30.

26. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2002; 23:1809-40.
27. Fox KA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous A, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J.* 2002; 23:1177-89.
28. Hutter AM, Amsterdam EA, Jaffe AS. Task force 2: acute coronary syndromes: section 2B chest discomfort evaluation in the hospital. *J Am Coll Cardiol.* 2000; 35:825-80.
29. Ron J G Peters, Shamir Mehta, Salim Yusuf. Acute coronary syndromes without ST segment elevation. *BMJ.* 2007; 334:1265.
30. López-Bescos L, Arós Borau F, Lidón Corbi RM. Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/infarto sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55:631-42.
31. Bassand JP. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología: SCASEST. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60(10):1070.e1-e80.
32. Bueno H, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Marrugat J, Martí H, Heras M. Manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en España. Estudio DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español). *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58:244-52.

Recibido: 1 abril 2012.

Aceptado: 5 noviembre 2013.