



**TRABAJO DE FIN DE GRADO.
TÍTULO.**

**Plan de cuidados a un paciente que ingresó en
el CHUC para ser sometido a cirugía cardiaca
programada, hasta su alta hospitalaria y
seguimiento posterior en su domicilio.**

Autora: Paola Herrera Casañas.

Tutora: Dra. M^a Carmen Arroyo López.

Titulación: Grado en Enfermería.

Sección Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de la Laguna.

Curso: 2019/2020.

Resumen

Este trabajo consiste en un plan de cuidados de enfermería continuado y personalizado realizado a un paciente que ingresa en el Hospital Universitario de Canarias para someterse a una cirugía cardiovascular por diagnóstico médico de cardiopatía isquémica, por lo que se le realizó un doble pontaje aorto – coronario. Se llevó a cabo un seguimiento en todas las etapas durante su estancia hospitalaria, es decir en el pre – operatorio, en el intra – operatorio y en el post – operatorio inmediato y tardío, además de un seguimiento post – hospitalización, en el domicilio, una vez se le dio el alta hospitalaria. En cada una de las etapas se valoró al paciente, y se le prestaron los cuidados necesarios ante cada uno de los problemas reales y de riesgo que ocurrieron. Y, por último, se valoró su estado actual en el domicilio una vez dado de alta.

Palabras clave: Plan de cuidados, Enfermería, Cirugía cardiovascular, Continuidad de Cuidados Integrales.

Abstract

This work consists of a continuous and personalized nursing care plan on a patient who was admitted to the University Hospital of the Canary Islands to undergo cardiovascular surgery due to the medical diagnosis of ischemic heart disease, the reason for which a double aorto-coronary weighting was performed. A follow – up was performed at all stages during their hospital stay, that is to say in the pre-operative, in the intra-operative and in the immediate and late post – operative stages, in addition to a follow-up at home, once he had been discharged from the hospital. In each of the stages the patient was assessed, and the necessary care was given to each of the real and risk – bearing problems that occurred. Finally, their current status at home was assessed once they had been discharged.

Keywords: Care plans, Nursing, Cardiovascular surgery, Continuity of comprehensive care

Índice

1. Introducción.....	1
2. Justificación	2
3. Objetivo general	2
4. Metodología	3
5. Anamnesis.....	4
6. Recibimiento del paciente	5
7. Etapa pre – operatoria.....	6
7.1. Valoración de enfermería por patrones funcionales.....	6
7.2. Exploración física al ingreso (céfalocaudal):	8
7.3. Detección de problemas	9
7.4. Diagnósticos de enfermería	9
8. Etapa intra – operatoria	11
8.1. Diagnósticos de enfermería	13
8.2. Otros problemas	13
9. Etapa post – operatoria inmediata.....	14
9.1. Diagnósticos de enfermería	15
9.2. Otros problemas	17
10. Informe de continuidad de cuidados al traslado de unidad de críticos a la planta de cirugía cardiovascular.	18
11. Etapa post – operatoria tardía	22
11. 1. Evolución diaria.....	22
11. 2. Diagnósticos de enfermería.....	23
12. Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.....	25
13. Seguimiento tras tres meses después del alta hospitalaria	27
14. Conclusión	29
15. Bibliografía.....	30
16. Anexos	31

INTRODUCCIÓN

El plan de cuidados consiste en aplicar una metodología científica en el proceso de atención de enfermería en el cuidado de los pacientes. Se trata, por tanto, de un método sistemático que nos permite brindar cuidados holísticos e individualizados eficientes centrados en el logro de resultado esperados. De acuerdo con el enfoque básico de que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real de la salud. ⁽¹⁾

Este trabajo se basó en un paciente que ingresó para una intervención quirúrgica de cirugía cardiaca, en la que se le realizó un procedimiento de doble pontaje aorto – coronario o revascularización coronaria doble, como tratamiento ante una cardiopatía isquémica, debido a la obstrucción en dos de las arterias coronarias. La intervención consistió en la extirpación de la vena safena del miembro inferior derecho y la arteria mamaria izquierda para posteriormente crear unos puentes en las arterias coronarias afectadas. Durante el proceso en el que los cirujanos se encuentran uniendo los puentes, el paciente se encuentra en circulación extracorpórea, esta técnica es utilizada para detener el corazón sin interrumpir la circulación sanguínea. La máquina es una bomba que cumple la función del corazón, y además consta de un oxigenador que cumple la función de los pulmones. Una vez acabada la realización de los puentes, se desconecta al paciente de la circulación extracorpórea y se verifica que haya latido sinusal. ⁽²⁾

Todo esto convierte esta intervención en una cirugía mayor y compleja, tanto por las complicaciones que puede desarrollar el paciente en el quirófano, por la circulación extracorpórea, como por las complicaciones que pueden conllevar una cirugía de estas características en pacientes de cierta edad con enfermedades concomitantes.

JUSTIFICACIÓN

Destacar que, este Plan de Cuidados lo hacemos los alumnos del cuarto año que elegimos el servicio especial de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) y se encuentra supervisado por la profesora tutora de la UVI.

Este tipo de trabajo nos permite prestar cuidados de forma holística al paciente además de realizar todos aquellos cuidados invisibles durante toda su estancia hospitalaria. El profesional de enfermería dada la naturaleza de sus relaciones con el paciente/familiares y el carácter de los cuidados que ofrece se sitúa en una posición privilegiada en la comunicación terapéutica. Es un hecho asumido entre los profesionales de la salud, que enfermería es la profesión que más tiempo dedica al paciente (Colegio de enfermería de Madrid. 2007).⁽³⁾

Cuando hablamos de cuidados invisibles nos referimos a aquellos cuidados que van más allá de meras técnicas y acciones dirigidas a la resolución física de la patología. Tratándose según la Dra. Huércanos del “conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente”.⁽⁴⁾ Asimismo, estos cuidados nos facilitan conseguir la confianza del paciente, ya que se tiene más tiempo para dedicarte a él. Quedando reflejado en este plan todo lo que le hemos realizado y su evolución tras ser dado de alta, donde observamos como ha cambiado la cirugía la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Prestar cuidados integrales a un paciente durante su estancia hospitalaria que es sometido a una intervención de cirugía cardiaca programada y observar su evolución tras ser dado de alta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los problemas del paciente, que puedan surgir durante todo el proceso de hospitalización.
- Prestar cuidados relacionados con el apoyo emocional, la intimidad y la tranquilidad.
- Identificar los problemas que le han surgido tras el alta hospitalaria.

METODOLOGÍA

Este Plan de Cuidados lo hemos organizado en diferentes etapas siendo estas: pre – operatoria, intra – operatoria, post – operatoria inmediata, post – operatoria tardía y seguimiento en el domicilio.

En cuanto a la etapa pre – operatoria se realizó una valoración al ingreso del paciente en la planta de cirugía cardiovascular, pruebas complementarias (analíticas, peso, etc.) y una preparación tanto física como psicológica. Asimismo, se recogieron los datos del paciente para cumplimentar la historia clínica, informe de anestesia, consentimientos informados y pruebas diagnósticas. La valoración se realizó tanto a través de los patrones de Marjory Gordon y una valoración física céfalo – caudal, siendo ambas exhaustivas. En las intervenciones enfermera se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC, en todas las etapas del proceso cardioquirúrgico. Al paciente se le informó de la realización de este plan de cuidados, el cual le pareció adecuado.

En la etapa intra – operatoria, es decir, en la sala de preanestesia y el quirófano permanecemos junto al paciente todo el tiempo, además de ayudar a las enfermeras de dichas salas, quedando reflejadas las intervenciones realizadas.

En el post – operatorio inmediato realizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), se realizó una nueva valoración y se realizaron unos cuidados dependiendo del estado del paciente. Al finalizar su estancia se realizó un informe de continuidad de cuidados al traslado, desde la UVI a la unidad de Cirugía Cardiovascular donde se realizó el post – operatorio tardío. En el cual, quedaron reflejados los nuevos cuidados que precisó el paciente. También se hizo un informe de continuidad de cuidados al alta en el que se recoge toda la información del ingreso y estancia hospitalaria para dar a conocer a los servicios de Atención Primaria del proceso al cual ha sido sometido el paciente y continuar con la recuperación del paciente en su domicilio.

Por último, se realizó un seguimiento del paciente tras tres meses de la cirugía obteniendo información sobre como ha influido la intervención en su vida cotidiana. Esto se le preguntó con antelación al paciente y manifestó estar de acuerdo.

ANAMNESIS

Paciente de 65 años que ingresa en la unidad de Cirugía Cardiovascular para intervención de dos puentes aortocoronarios.

Antecedentes:

- No alérgias medicamentosas. Alérgico a frutos rojos y kiwi.
- Ex – fumador (hasta el 2006).
- Ex – bebedor (hasta el 2006)
- Hipertenso.
- Dislipémico.
- Lumbalgia con radiculopatía en miembro inferior derecho.
- Prótesis de rodilla derecha.
- En 2006: Enfermedad arterial coronaria de un vaso, con stent farmacoactivo en coronaria derecha proximal secundaria a infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
- En 2014: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. Enfermedad arterial coronaria de dos vasos. Angioplastia proximal. Rehabilitación cardiaca. Doble antiagregación durante un año.
- Grupo sanguíneo: AB+

A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador, bastante tranquilo, aunque durante la conversación noto que el paciente se encuentra un poco rígido, queriendo hablar y moviéndose lo menos posible. Cuenta con el apoyo de su familia, la cual ha sido muy amable conmigo. Respiratoriamente eupnéico, con una saturación de oxígeno periférico del 98%. Hipertenso 165/97 mmHg y afebril (35,5°C). Piel y mucosas en buen estado.

Tratamiento actual:

- Losartan 50 mg 1 comprimido cada 12 horas.
- Enconcor 5 mg en desayuno.
- Enconcor 2.5 mg en cena.
- Atorvastatina 40 mg en cena.
- Trangorex 200 mg en 1 comprimido cada 12 horas.
- Adiro 100 mg en comida.

RECIBIMIENTO DEL PACIENTE

El paciente ingresa en la unidad a las 8:00 horas del día 26 de noviembre de 2019, se encuentra acompañado de su mujer y sus dos hijos. Después de recibirlos y presentarme les expliqué que estaré en todo el proceso hospitalario con él. El paciente y su familia se quedan bastante más tranquilos, incluso su mujer llega a pedirme mi número de teléfono para poder estar informada, a lo que les comenté que yo no puedo dar información desde el punto de vista médico, pero si de los cuidados de enfermería. Les comuniqué que me encargaría de que su marido se encontrase acompañado hasta que ella lo volviera a ver al día siguiente antes de la intervención.

ETAPA PRE – OPERATORIA

Preparación previa a la intervención del paciente:

Después de haber realizado la entrevista al paciente y haber conversado con él escuchando sus dudas y solventándolas, se revisa que en la historia clínica estén debidamente cumplimentados los consentimientos informados tanto de la operación, como de la anestesia y la transfusión de sangre, así como de las pruebas preoperatorias necesarias tales como electrocardiograma, petición de sangre e historia clínica en orden. Por otra parte, se le explicó al paciente que para realizar la operación debía de permanecer en ayunas desde la noche anterior a la cirugía, lo que implica no comer desde las 21 horas y la importancia de mantener el intestino grueso limpio de heces, por lo que administramos un enema de limpieza, que fue efectivo.

Junto al médico, éste le informa al paciente detalladamente el tipo de cirugía que se le va a realizar, en este caso dos puentes aortocoronarios. También se le explicó el objetivo de la intervención y sus riesgos, resolviendo las dudas que pudiera tener el paciente, además de comentarle como puede ser el despertar y la estancia en la unidad de vigilancia intensiva y su posterior recuperación.

Asimismo, informo al paciente que estaré con él durante toda su estancia hospitalaria, desde que ingresa hasta que le den el alta.

Se le comenta al paciente que si lo desea se le puede administrar un diazepam para que pueda conciliar el sueño sin problemas, según su médico responsable.

Tras realizarle la entrevista se realiza la valoración por patrones y la exploración física céfalocaudal.

Valoración de enfermería por patrones funcionales

1. Patrón de percepción – manejo de la salud.

El paciente era consciente de que su salud actualmente no era buena, por ello, se tomaba correctamente la medicación y ha dejado de fumar. Además, refiere salir a caminar todos los días. Nos comenta que es alérgico a frutos rojos y que además tiene cierta intolerancia al kiwi.

2. Patrón nutricional metabólico

Debido a sus antecedentes el paciente toma alimentos bajos en sal y aunque nos comenta que ha cambiado sus hábitos alimenticios, si calculamos el IMC podemos ver que midiendo 1.74m y pesando 96 kg, consideramos al paciente con obesidad tipo I (31.71).

En cuanto a su piel y mucosas, se encontraban en buen estado, no presenta edemas. Al realizarle la valoración de riesgo de lesión por presión a través de la escala Braden nos da un valor de 21 puntos (*anexo 1*), por lo que vemos que nuestro paciente no presenta riesgo de lesión por presión.

3. Patrón de eliminación

En cuanto a este patrón, diuresis conservada sin necesidad de diuréticos y aspecto normal. El hábito intestinal también es normal evacuando diariamente.

4. Patrón actividad – ejercicio

El paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estas incluyen alimentarse, baño y la higiene personal, el uso de W.C y el vestido/ acicalamiento.

Se encuentra jubilado, con movilidad normal, aunque tiene prótesis de rodilla derecha.

5. Patrón sueño – descanso

El paciente refiere dormir bien, unas 8 horas al día y se siente descansado, no precisando medicación para conciliar el sueño.

6. Patrón cognitivo – perceptivo

Se encuentra orientado en persona, espacio y tiempo. Utiliza gafas debido a la presbicia. Tiene buena audición y sus pupilas son isocóricas normoreactivas. No presenta dolor.

7. Patrón autopercepción – autoconcepto

El paciente se encuentra tranquilo con respecto a la cirugía, se le ha explicado y ha preguntado las dudas que tenía sobre el procedimiento.

8. Patrón rol – relaciones

El paciente vive con su mujer, además tiene una hija y un hijo. Tiene muy buen apoyo familiar.

9. Patrón sexualidad – reproducción

Sin datos relevantes.

10. Patrón adaptación – tolerancia – stress

No muestra signos de ansiedad, aunque hablando con él se puede apreciar que se encuentra tenso.

11. Patrón valores – creencias

Es religioso.

Exploración física al ingreso (céfalocaudal):

Cabeza y cuello:

Nos encontramos un cráneo y cara sin alteraciones, con pérdida de pelo. Dentición propia en buen estado y movilidad normal del cuello.

Tórax y abdomen:

Tras la auscultación podemos objetivar ruidos cardiacos rítmicos y normales. En cuanto al abdomen anodino, encontrándose blando y depresible sin signos de dolor.

Extremidades:

Funcionales y con buena movilidad.

Aparato genital y recto:

Sin datos de interés.

Piel y uñas:

Mucosas y piel en buen estado. Uñas en buen estado.

AL DÍA SIGUIENTE:

Por la mañana, a las 9:00 horas del día 27 de noviembre de 2019 antes de la intervención, el paciente se ducha con solución jabonosa antiséptica “clorhexidina 2%”, y se realiza rasurado quirúrgico del tórax y miembros inferiores.

En este caso la cirugía de mi paciente se realizará por la tarde, siendo la segunda cirugía cardiaca del día, por lo que la hora de entrada al quirófano dependerá de la salida del paciente de la primera cirugía.

A las 13:00 horas comienza mi turno, lo primero que hago es hablar con mi paciente y ver como se encuentra, si le ha surgido alguna duda, comprobando de que no ha ingerido nada desde las 21 horas del día anterior y de que no lleve nada metálico al quirófano. También reviso de nuevo que todos los consentimientos y peticiones están en orden. El resto del tiempo lo paso junto a mi paciente y su familia, conociéndolos un poco mejor, intentando además que el paciente se distraiga antes de la cirugía.

Sobre las 15:00 horas trasladamos al paciente a la sala de pre – anestesia, mientras que su familia se encontraba en la sala de espera.

Detección de problemas

El problema que apareció en esta etapa fue temor a la cirugía y problemas para conciliar el sueño.

Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO

- [00148] *Temor r/c la cirugía.*

Objetivo: Que el paciente se encuentre tranquilo y sin miedo antes de entrar al quirófano.

NOC: [1504] Soporte social.

Indicadores:

- [150405] Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas.

El paciente se encuentra acompañado de su familia durante todo el proceso asistencial. Implicándose esta en todos los cuidados y dándole apoyo emocional. Además, el paciente refiere que al tenerme a mi durante su estancia hospitalaria se siento más “arropado”.

NOC: [1404] Autocontrol del miedo.

Indicadores:

- [140415] Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.

El paciente, aunque se encuentra con tensión debido a la intervención y sus posibles complicaciones sabe que el riesgo de empeoramiento es mayor que si no se operase.

NOC: [1210] Nivel de miedo.

Indicadores:

- [121022] Tensión muscular.

Escala 14: Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.

El paciente realiza pocos movimientos, se encuentra en la cama intentado moverse lo menos posible, aún siendo totalmente independiente por el momento.

- [121023] Tensión facial.

Escala 14: Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.

Lo hemos visto reflejado en que, aunque su familia intenta hacerle reír, se encuentra más bien serio. El paciente refiere ser más risueño de normal, pero que se encuentra bastante tenso, por lo que le preguntamos que de una escala numérica del 1 al 10 (*Anexo 3*), donde 10 es la mayor situación tensa que ha vivido y 1 la situación menos tensa, que nos diga en que posición se encuentra. El paciente nos comenta que estaría entorno a un 9, ya que, aunque se ha realizado otras operaciones esta es mucho mayor y más compleja.

Intervenciones enfermeras (NIC):

Las intervenciones que hemos realizado con el paciente han estado enfocadas a su apoyo psicológico y emocional.

- ✓ Aclarando dudas sobre el proceso asistencial.
- ✓ Comentarles, que me encontraré durante toda su estancia hospitalaria y que ante cualquier situación puede contar con mi apoyo.
- ✓ Explicarles el proceso por el cuál va a pasar, primero en la sala de pre – anestesia, quirófano, la unidad de cuidados intensivos y por último el regreso a la planta.
- ✓ Explicar que en la unidad de cuidados intensivos, se podría dar la situación de que el paciente siga intubado, ya que esto es un proceso impactante para la familia.
- ✓ Dar refuerzo positivo, reforzando que la mejor opción para él es la cirugía.

Además, le comentamos que si lo necesita tiene pautado un diazepam para poder conciliar el sueño si lo necesita.

ETAPA INTRA – OPERATORIA

Sala Pre – anestesia

En la sala de Pre – anestesia, se le canalizó una vía periférica en el miembro superior derecho, en la mano y se le administró un suero isotónico “isofundin” a 63 ml/h, según protocolo. Se le preguntó de nuevo por las alergias, además de cercionarnos de que no había comido nada y que estuviese informado de la cirugía. Se confirmó que estuvieran todos los documentos en orden y los hemoderivados solicitados.

Con intención de proporcionarle tranquilidad, me encargué de hablar con él y distraerlo. La sala de pre – anestesia es un lugar bastante frío e inhóspito, el paciente se encuentra solo en una camilla, esperando a entrar al quirófano, los profesionales tienen bastante trabajo, y no se pueden detener a mantener una conversación larga con los pacientes. La verdad es que, aunque hubo momentos en los que estuvimos más callados, mi paciente me comentó que el simple hecho de estar acompañado por mí lo hacía estar más tranquilo y cómodo.

Quirófano 14

Entramos con el paciente al quirófano y lo pasamos a la mesa del quirófano, seguidamente monitorizamos los signos vitales de forma no invasiva, mientras hablo un poco con mi paciente. Y entre todos los presentes en el quirófano hacemos alguna broma para que se encuentre más relajado. Le comentamos que antes de realizar cualquier técnica que pueda ser molesta para él, se le sedará. Fue sedado con propofol al 1% para la intubación rápida y se le deja con perfusión continua de remifentanilo, para mantener la anestesia. A continuación, se le canaliza arteria en miembro superior izquierdo (MSI), vía central yugular derecha de tres luces, además de sondaje vesical y termómetro rectal. Una vez tenemos monitorizado al paciente por completo, se procede a colocar las protecciones óseas y oculares para prevenir las lesiones por presión durante la cirugía. Se administra antibioterapia, dos gramos de cefazolina. Se realiza baño con clorhexidina tintada al 2% y se preparan tanto el campo quirúrgico como las mesas quirúrgicas con el material.

En este tipo de operaciones lo que se hace primero es extraer los vasos sanguíneos correspondientes para la posterior revascularización, en este caso la vena safena interna derecha y la arteria mamaria interna izquierda. Mientras se realiza este procedimiento, el enfermero perfusionista prepara, montando y purgando la máquina de circulación extracorpórea, así como la recuperación sanguínea del paciente y la leve hipotermia inducida. Al mismo tiempo, la enfermera instrumentista se ocupa de facilitar el material a los cirujanos, y tanto el auxiliar de enfermería como

la enfermera coordinadora de alcanzar el material necesario a la enfermera instrumentista, además esta última realizar tareas propias, rellenando los documentos de la operación. La anestésista se encarga de controlar la monitorización, el ventilador y la sedación del paciente.

Tras la esternotomía media para la disección de la arteria mamaria, se abre paso a la canulación aorto-cava (aorta descendente y vena cava inferior) para la circulación extracorpórea. En el momento en el que se entra en circulación extracorpórea, se produce una isquemia y cardiopléjia anterógrada y retrógrada en el corazón, protegiendo a este de lesiones y a la vez favoreciendo que los cirujanos puedan trabajar sobre él con mayor facilidad. Para que se pueda llevar a cabo dicha técnica es necesario administrar heparina sódica siendo la dosis de 3 mg/kg, esto es muy importante ya que la sangre debe de estar lo suficientemente anticoagulada para que no se produzca ninguna incidencia. Se realizó un doble pontaje: anastomosis en término – lateral a postero – lateral de la CD con la vena safena y anastomosis de descendente anterior con la arteria mamaria izquierda.

Una vez terminado el pontaje se sale de Circulación extracorpórea en ritmo sinusal con estabilidad hemodinámica. Antes de comenzar el cierre por planos, se colocan unos electrodos sobre el ventrículo derecho y se deja pericardio abierto, seguidamente se comienza a cerrar y se colocan tres drenajes, uno en el mediastino y los otros dos en pleuras bilaterales.

Por último, se decide que el paciente suba a la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) intubado y con sedación. La cirugía finaliza sin incidencias y es trasladado a la UVI, siendo trasladado monitorizado y acoplado a un respirador. Le acompañan en el traslado todo el equipo médico, anestésista, enfermeras, perfusionista, auxiliar de enfermería y estudiante de enfermería, ya que el traslado de un paciente en ese estado puede presentar complicaciones durante el traslado.

Datos importantes de la cirugía:

- Tiempo de Circulación Extracorpórea: 93 minutos.
- Tiempo de clampaje Ao: 47 minutos.
- Temperatura durante la operación: 33'4°C
- Coagulación: 430 mg de heparina. / Revertido: 230 mg de protombina.
- Transfusión de sangre total: 1250 ml. De los cuales fueron recuperados del propio paciente 682 ml.
- Temperatura final antes de llegar a la UVI: 36'5°C

Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO

- [00249] *Riesgo de lesión por presión en prominencias óseas relacionado con el tiempo de inmovilidad sobre la superficie dura durante la cirugía.*

Objetivo: Que no aparezca lesiones por presión después de la cirugía.

NOC: [0208] Movilidad.

Indicadores:

- o [20803] Movimiento articular.

Escala 01: Grado de deterioro de la salud o el bienestar.

Nivel durante la intervención: 1, gravemente comprometido. Debido a la inmovilidad del paciente.

Objetivo al finalizar la intervención: 5, no comprometido. Comprobando que el paciente no tenga ningún tipo de lesión por presión.

NIC: [0842] Cambio de posición: intra – operatorio.

Actividades:

- ✓ Protegeremos todos los tubos, drenajes, sondas, circuitos de respiración y otros dispositivos.
- ✓ Utilizaremos dispositivos de asistencia para la inmovilización, asegurando al paciente a la mesa quirúrgica sin comprometer la circulación debajo de las correas de sujeción.
- ✓ Utilizaremos correas de sujeción para evitar el deslizamiento de las extremidades.
- ✓ Protegeremos los ojos.
- ✓ Utilizaremos dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.
- ✓ Mantendremos la alineación corporal correcta del paciente en todo momento.

Por último, hemos realizado ciertas intervenciones como verificar que sea correcto el grupo sanguíneo, el Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar el volumen transfundido en la hoja del quirófano.

Otros problemas

Otros problemas que pueden surgir durante la cirugía son: neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, PCR o shock hemorrágico.

ETAPA POST – OPERATORIA INMEDIATA

Ingreso en UVI a las 22:40 horas del día 27 de noviembre de 2019:

Tras llegar a la unidad de vigilancia intensiva (UVI) lo primero que se hace es conectar al paciente al respirador del cubículo, se le monitoriza, se ingresa en el cubículo y se le pone la medicación que el médico intensivista pautó. Además, se le realizan otras pruebas que las pauta el facultativo las cuales son electrocardiograma, analítica, gasometría arterial y por protocolo de la unidad se realiza un frotis faríngeo y rectal.

Neurológicamente:

El paciente llega agitado bajo los efectos de la sedoanalgesia, con pupilas isocóricas normoreactivas y con una puntuación de la escala de Ramsay de 4 puntos (*Anexo 4*). Al cabo de dos horas, el paciente se encuentra con un Ramsay de 2 puntos (*Anexo 4*).

Respiratorio:

A su llegada se encuentra intubado y en la modalidad de volumen control, manteniendo buenas saturaciones periféricas, pero algo desadaptado debido a que se está despertando aún de la anestesia. Por lo que tras unas dos horas se decide extubarlo, sin ninguna incidencia.

Hemodinámicamente:

El paciente procedente de quirófano tras doble pontaje aortocoronario se encuentra en ritmo sinusal, con marcapasos externo a 50 lpm. Normotenso, con perfusión continua de noradrenalina 20 mg en 50 ml, perfusión que es retirada debido a la posterior hipertensión y reemplazada por perfusión continua (PC) de nitroglicerina. Afebril, tendente a la hipotermia. Según la gasometría a su llegada el paciente se encuentra con una acidosis metabólica y el ácido láctico un poco alto, por lo que se le administra una carga de volumen.

Diuresis:

Diuresis mantenidas sin necesidad de diuréticos, pero si necesitando una carga de volumen.

Digestivo/Nutrición/Eliminación:

En dieta absoluta por el momento. Glucemias elevadas necesitando insulina actrapid, según pauta médica. No deposición durante el turno.

Heridas y drenajes:

Drenajes permeables y con escaso débito hemático, siendo estos un tubo mediastínico y dos tubos pleurales.

Una vez el paciente se encuentra despierto se le realiza el Índice de COMHON, el cual da un valor sin riesgo de lesión por presión. (*Anexo 2*)

Aspecto psicosocial / sueño / descaso:

A su llegada no se puede valorar debido a que se encuentra intubado. Tras extubarlo el paciente refiere un dolor de 5 en la escala numérica (*anexo 3*), refiriendo que no necesita analgesia, pero como se encuentra bastante hipertenso se decide administrar analgesia para comprobar que esa hipertensión no sea por dolor.

Después haber realizado la valoración en UVI y haber dejado al paciente monitorizado y estabilizado, espero a que llegue su familia para poder terminar mi turno. Al llegar les comento que todo ha salido bien, que no se asusten al verlo intubado y sedado, y que como bien les ha informado el médico se encuentra en fase de despertar por lo que puede estar un poco agitado. La mujer del paciente me comenta que se encuentra agradecida de que me haya quedado con él hasta que ella llegara. Al comprobar que ya todo se encuentra en orden termino mi turno.

Al día siguiente de la intervención (28 de noviembre de 2019):

El paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador, con buena movilidad y obediendo órdenes. Pupilas isocóricas normoreactivas y sin necesidad de analgesia. Respiratoriamente en gafas nasales a 2 lpm, manteniendo muy buenas saturaciones periféricas. En ritmo sinusal, algo hipertenso controlada con medicación oral, sin perfusión de nitroglicerina, y afebril. Diuresis mantenidas sin necesidad de cargas de volumen. Se comienza tolerancia, pero realiza vómito post – comida, siendo este escaso. Glucemias altas precisando insulina y no deposición durante el turno. Drenaje muy escaso drenado y de aspecto hemático. Apósitos limpios y secos. Debido al buen estado general del paciente se decide su alta de la Unidad de vigilancia intensiva y traslado a la planta de Cirugía cardiovascular.

Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO

- [00132] *Dolor agudo relacionado con la cirugía*

Objetivo: Que el paciente no tenga dolor durante el proceso asistencial.

NOC: [1605] Control del dolor.

Indicadores:

- [160502] Reconoce el comienzo del dolor.
Escala 13: Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
Nivel: 5, siempre demostrado. El paciente identifica cuando tiene dolor.
Objetivo al alta: 5, siempre demostrado.

Intervenciones:

- ✓ Preguntaremos al paciente si tiene dolor y cuantificaremos, utilizando la escala numérica del 1 al 10. (Anexo 3)
- ✓ Le enseñaremos al paciente posturas antiálgicas.
- ✓ Se realizarán cuidados de confort, administrando analgesia, por orden médica si el paciente lo necesita, siendo esto valorado con una escala numérica del 1 al 10.

DIAGNÓSTICO

- [00266] *Riesgo de infección de la herida quirúrgica relacionado con la esternotomía, la safenectomía, catéteres y drenajes.*

Objetivo: Que el paciente no presente procesos infecciosos en las heridas durante su estancia hospitalaria.

NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención.

Indicadores:

- [110306] Secreción serosanguinolenta.
Escala 23B: Extenso – Ninguno.
Nivel: 2, sustancial. Ya que la herida drenaba un poco serohemático.
Objetivo al traslado a planta: 5, ninguno. No haya sangrado activo.

NIC: [3660] Cuidados de las heridas: esternotomía y safenectomía.

Actividades:

- ✓ Vigilar el sangrado de la herida.
- ✓ Apósito hidrocoloide que se debe curar a las 72 horas a menos que haya sangrado excesivo.
- ✓ No mojar la herida durante el baño.
- ✓ Vigilar que durante los cambios posturales no haya mayor sangrado.

NIC: [3660] Cuidados de puntos de inserción: catéteres y drenajes

Actividades:

- ✓ Apósito adhesivo hipoalergénico estéril se debe curar a las 48 horas, exceptuando si e apósito se encuentra húmedo o manchado.
- ✓ No mojar durante el baño.

Otros problemas

Otros problemas que le han surgido al paciente durante su estancia en la UVI son los siguiente:

Arritmias

NIC: [4044] Cuidados cardíacos: agudos.

Actividades:

- ✓ Monitorizaremos al paciente de todos sus signos vitales durante la estancia en la UVI.
- ✓ Monitorizaremos las entradas/salidas y la diuresis.
- ✓ Extraeremos muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST.
- ✓ Vigilaremos las constantes hemodinámicas.

(Ver anexos 5,6,7,8 y 9)

Drenado excesivo

NIC: [2870] Cuidados drenajes.

Actividades:

- ✓ A la llegada del paciente se debe ordeñar los tubos, comprobando su permeabilidad. Cada dos horas volveremos a ordeñar, teniendo en cuenta la cantidad de drenado.
- ✓ Vigilaremos el sangrado en los puntos de inserción de los tubos, cambiando si es necesario los apósitos.
- ✓ Monitorizaremos la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo.

(Ver anexos 10)

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL TRASLADO DE UNIDAD DE CRÍTICOS A LA PLANTA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Paciente varón de 65 años, procedente de quirófano de cirugía cardiaca que ingresa en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) el día 27.12.201, a las 23:00 horas tras revascularización miocárdica de doble bypass Aorto – coronario.

Antecedentes personales:

- Ex – fumador. Ex – bebedor.
- HTA
- Dislipemico.
- Lumbalgia.
- Prótesis en rodilla derecha.
- Dos infartos anteriores. 2006 con elevación ST (colocación de stent) y 2014 sin elevación.

Alergias:

- No alergias medicamentosas conocidas. Alérgico al kiwi y a los frutos rojos.

Al ingreso el paciente presenta los siguientes problemas:

- Riesgo de infección.
- Dolor agudo.

Otros problemas:

- Arritmias.
- Drenado excesivo.

Resumen durante su estancia en la unidad:

El paciente ingresa en la unidad intubado y en la modalidad de volumen control, manteniendo buenas saturaciones, siendo extubado dos horas después. A su llegada el paciente se encuentra bajo los efectos de la sedoanalgesia, ramsay de 4 puntos (*Anexo 4*), tras la extubación ramsay de 2 puntos (*Anexo 4*). Hemodinámicamente se encuentra con perfusión continua de noradrenalina que es retirada por posterior hipertensión y reemplazada por perfusión continua de nitroglicerina. Afebril. Presentando acidosis metabólica y el ácido láctico bajo, por lo que se le administra carga de volumen. Diuresis mantenidas. Glucemias elevadas. Drenajes permeables y con escaso débito hemático. Un 5 en la escala numérica del dolor (*Anexo 1*).

28.11.2019: Paciente neurológicamente consciente, orientado y colaborador, obedeciendo órdenes sencillas. Pupilas isocóricas normoreactivas y sin necesidad de analgesia. Respiratoriamente en gafas nasales a 2 lpm, con buenas saturaciones periféricas. En ritmo sinusal, algo hipertenso con medicación oral para ello, afebril. Se le retira perfusión de nitroglicerina. Se comienza con tolerancia, aunque realiza vómito post – comida. Glucemias controladas con insulina subcutánea, no deposición. Drenaje escaso y sero – hemático. Apósitos limpios y secos. Dado que el estado general del paciente es bueno se decide dar el alta a la planta de Cirugía Cardiovascular.

1. Patrón percepción – Manejo de la Salud.

- Aislamiento: no (preventivo durante la estancia en UVI)
- Alergias: al kiwi y frutos rojos.
- Hábitos tóxicos: Ex – fumador y ex – bebedor.

2. Patrón nutricional – metabólico:

- Peso: 96,00 Kg Talla: 174 cm
- Dieta: Sin sal y sin azúcar.
- Sondaje nasogástrico / orogástrico: no
- Control de glucemias: Si, controladas con insulina subcutánea.
- Dentición: buena
- Mucosa oral: bien
- Piel: herida
- Heridas: Si. Esternotomía y safenectomía derecha.
- Edemas: no
- Hematomas: no
- Flebitis: no
- Lesión por presión: no
- Temperatura: 36.6°C
- Yugular interna derecha, canalizada el 27.11.2019 y curada 28.11.2019.

3. Patrón eliminación:

- Urinario: normal.
- Dispositivo: sondaje vesical, nº 14 tipo silicona, cambio de sonda el 27.12.2019.
- Intestinal: No valorado.

- Drenajes: tres tubos torácicos, dos de ellos localizados en el mediastino y el otro en la pleura, implantados el 27.11.2019, con escaso drenado, sero – hemático.

4. Patrón actividad – Ejercicio:

Hemodinámico: FC: 92 lpm Ritmo sinusal. TA: 116/72 mmHg. Test de Allen positivo.

Respiratorio: patrón alterado, necesitando gafas nasales a 2 l/m. Con fisioterapia respiratoria. Reflejo tusígeno conservado.

Movilidad: alterada, con reposo relativo y tratamiento rehabilitador.

5. Patrón sueño descanso:

- Problemas para el sueño: no.

6. Patrón cognitivo – perceptivo.

Conciencia: Orientado en tiempo, espacio y persona. PICNR.

Patrón sensorial: Visión, audición y lenguaje normales. Dolor agudo moderado en el tórax que no han precisado de analgesia.

7. Patrón de autopercepción – autoconcepto.

- Estado situacional: aceptación.

8. Patrón Rol – Relaciones:

- Apoyo de la familia y amigos: Si
- Dificultad con el idioma: No.

9. Patrón Sexualidad – Reproducción

- Sin alteraciones

10. Patrón adaptación – tolerancia estrés

- Inadaptación al medio: no

11. Patrón Valores – Creencias:

- Asistencia religiosa: no.

Observaciones al traslado: Progresar en la tolerancia.

Problemas no resueltos al alta:

- Riesgo de infección.
- Dolor agudo.
- Deterioro de la integridad cutánea.

Fecha de traslado: 28.11.2019

ETAPA POST – OPERATORIA TARDÍA

El paciente regresa a la planta de Cirugía Cardiovascular portando sondaje vesical, vía central yugular derecha, drenajes pleurales y mediastínico. A su llegada el paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador. Respiratoriamente eupneico, con gafas nasal a 2 lpm. Hemodinámicamente se encuentra hipertenso y afebril. Drenado escaso serohemático. El paciente refiere no tener dolor. Se inicia tolerancia debido a que en la UVI no ha podido ser posible por el vómito.

En el momento del traslado a la unidad de Cirugía Cardiovascular me encuentro de turno por lo que soy yo la que lo sube a planta. Durante el trayecto el paciente me refiere que se encuentra mucho mejor, y me comenta que, cito textualmente, “me he sentido muy bien cuidado, tanto por ti como por el resto de los profesionales”, además hablamos de que el hecho de tenerme a mi en todo el proceso asistencial ha sido una tranquilidad ya que ha podido tener un apoyo extra.

Evolución diaria

El día 29 de noviembre de 2019, se le retira la vía central, administrando la medicación vía oral. Se retira el sondaje vesical y comprobamos la posterior micción. Además, a las 19 horas se le retiran los drenajes habiendo drenado 850 ml desde que salió del quirófano. Comienza a sentarse en el sillón.

El día 2 de noviembre de 2019, se le retiran los cables de marcapasos por la tarde de cara al alta, además se retiran las grapas alternas de la esternotomía.

El día 3 de noviembre 2019, después de una semana ingresado en la planta de Cirugía Cardiovascular y tras la buena evolución del paciente se decide darle del alta definitiva, siendo el estado del paciente hemodinámicamente estable y afebril, y con buena cicatrización.

Tratamiento farmacológico en planta:

- Pantoprazol 40 mg, 1 comprimido antes del desayuno.
- Adiro 100 mg, 1 comprimido en el almuerzo.
- Plavix 75 mg, 1 comprimido en el almuerzo.
- Bisoprolol 2,5 mg, 1 comprimido en el desayuno y 1 comprimido en la cena.
- Enalapril 10 mg, 1 comprimido en el desayuno.

- Atorvastatina 40 mg, 1 comprimido después de la cena.
- Paracetamol 1 gr, 1 comprimido hasta cada 8 horas si precisa por dolor.

Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO

- [00046] Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica (esternotomía, safenectomía y drenaje cerrado)

Objetivo: Que las heridas quirúrgicas cicatricen de forma óptima.

NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención.

Indicadores:

- [110320] Formación de cicatriz.
Escala 09: Rango sobre el que se extiende una entidad.
Nivel: 3, moderado. Ya que los bordes se encuentran bien aproximados.
Objetivo al alta del paciente: 5, extenso. Herida cerrada y bordes aproximados.
- [110321] Inflamación de la herida.
Escala 23B: Extenso – Ninguno.
Nivel: 3, moderado. Se encuentra un poco inflamado.
Objetivo al alta del paciente: 4, escaso. Se encuentra levemente inflamado.

NIC: [3660] Cuidados de las heridas.

Actividades:

- ✓ Cambiaremos cada 48 horas los apósitos, a menos que sea necesario cambiarlos antes.
- ✓ En primer lugar, se utilizará apósito hidrocoloide, siendo este apósito el que trae desde la cirugía, el cual dura 72 horas. Posteriormente se utilizará apósito normal.
- ✓ Realizaremos la cura con suero fisiológico para limpiar la zona y aplicaremos povidona yodada para que la zona comience a secarse.
- ✓ Extraeremos las grapas de forma alterna en días consecutivos y según evolución.
- ✓ Documentaremos el aspecto de la herida, para una continuidad de cuidados.

DIAGNÓSTICO

- [00004] *Riesgo de infección relacionado con la cirugía.*

Objetivo: Que el paciente no sufra ningún proceso infeccioso durante su estancia hospitalaria.

NOC: [0702] Estado inmune.

Indicadores:

- o [70208] Integridad cutánea.

Escala 01: Grado de deterioro de la salud o el bienestar.

Nivel durante la cirugía: 1, gravemente comprometido. Debido a que la herida quirúrgica es reciente.

Objetivo al alta: 4, levemente comprometido. Herida quirúrgica en proceso de cicatrización.

NIC: [6540] Control de infecciones.

Actividades:

- ✓ Realizamos curas cada 48 horas o las veces que sea necesario si lo necesita.
- ✓ Evitamos que la herida estuviese húmeda.

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA

Motivo del ingreso: Paciente de 65 años trasladado desde el Servicio de Cirugía Cardíaca del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) para intervención quirúrgica

Historia actual: Paciente varón de 65 años con enfermedad coronaria de tres vasos. Intervención quirúrgica programada.

Diagnóstico principal: Cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio sin elevación del ST, enfermedad arterial coronaria de dos vasos. Angioplastia coronaria transluminal percutánea y stent en descendente anterior proximal.

Otros diagnósticos: Hipertenso, dislipémico y lumbalgia con radiculopatía en miembro inferior derecho.

Procedimiento: Doble puente aortocoronario.

Evolución y comentarios: Comentados a lo largo del plan de cuidados en cada una de sus fases.

Recomendaciones al paciente:

- La movilidad debe ser progresiva y creciente según tolerancia hasta adquirir un estilo de vida similar al que llevaba con anterioridad.
- Durante el primer mes de alta, llevará una vida similar a la del hospital, con una actividad física creciente. Posteriormente hará una actividad física moderada:
- Paseos diarios.
- Adoptará un estilo de vida en el que evite la tensión emocional, competitividad, enfados, etc.
- Hábitos dietéticos equilibrados: dieta pobre en grasa, sin sal y baja en hidratos de carbono. Mantener el colesterol por debajo de 200 mg/dl.
- Evitar tabaquismo y cualquier otro hábito tóxico.
- Alcohol y café, no suponen un riesgo adicional si se toman muy moderadamente.
- Sobrepeso: procure no engordar al ser dado de alta.
- Evite, durante las épocas de calor, salir a caminar en las horas de mayor exposición al sol.
- Continuar haciendo ejercicios respiratorios con inspirón.
- No exponer la herida quirúrgica al sol y protegerla con ropa.

- Vigilar signos de infección en heridas quirúrgicas (calor, dolor anormal, rubor, exudado anormal, hipertermia).
- Se puede reiniciar la actividad sexual, al alta, de forma compatible con una mejora progresiva, vigilando durante un periodo de 2 meses evitar ejercer cualquier presión elevada sobre la zona de la incisión quirúrgica.

Además, recuerde:

- Las grapas serán retiradas a los 12 días de la intervención.
- Acuda a revisión de cirugía cardiaca de este hospital 9.01.2020 aportando: Rx de torax, analítica.

Recomendaciones de enfermería para la enfermera de su Centro de Salud:

- Vigile el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica: registre todos sus cambios.
- Vigile la aparición de signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica: safenectomía y esternotomía.
- Realice cura estéril con: Solución salina + Clorhexidina acuosa al 2% cada dos días.

Tratamiento farmacológico al alta:

- **Pantoprazol 40 mg, 1 comprimido antes del desayuno.**
- **Adiro 100 mg, 1 comprimido en el almuerzo.**
- **Plavix 75 mg, 1 comprimido en el almuerzo.**
- **Bisoprolol 2,5 mg, 1 comprimido en el desayuno y 1 comprimido en la cena.**
- **Enalapril 10 mg, 1 comprimido en el desayuno.**
- **Atorvastatina 40 mg, 1 comprimido después de la cena.**
- **Paracetamol 1 gr, 1 comprimido hasta cada 8 horas si precisa por dolor.**

SEGUIMIENTO TRAS TRES MESES DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA

Al momento del alta hospitalaria le comento a mi paciente si me facilitaba su número de teléfono para poder contactar con él después de tres meses para realizarle una entrevista, sobre su evolución tras la cirugía, a lo cual el paciente accedió sin ningún impedimento.

Tras haber pasado el tiempo estipulado se le realizó la entrevista al paciente, pero debido al estado de alarma, por la situación de pandemia, se realizó de forma telefónica. Para la realización de dicha entrevista hemos propuesto una serie de preguntas.

1. ¿Cómo se siente tras la cirugía cardiaca?

El paciente refiere que tras la cirugía se sentía, y cito textualmente, que le habían “profanado su cuerpo”, sentía una “invasión” hacia su persona, llegando a plantearse si realmente había hecho bien al realizarse dicha operación. Sufrió crisis de ansiedad, las cuales combatió gracias al apoyo de su familia. Además, tuvo problemas con la medicación prescrita, por lo que todo esto le hacía sentirse desmotivado.

Tras más un mes de la operación se sentía con mayor confianza en sí mismo y en la intervención, veía que podía hacer todo lo que hacía antes y además con mayor calidad, ya que antes de la operación realizando determinadas cosas sentía fatiga, y ahora se encuentra totalmente asintomático.

El postoperatorio en su domicilio no fue fácil por lo que comenta mi paciente, pero su familia estuvo con él en todo momento apoyándolo y reafirmando su motivación para poder volver a tener la vida que llevaba antes de la intervención.

2. ¿Ha cambiado la cirugía su vida cotidiana?

El paciente nos comenta que tras la cirugía se sentía algo inseguro para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero que tras haber solventado todos los problemas y con paciencia, ya se encuentra al mismo nivel o incluso mejor que antes de la intervención. Realizando entre otras actividades la de caminar 10 km al día.

3. ¿Ha tenido problemas con la medicación prescrita?

Como ya he dicho en uno de los puntos anteriores el paciente tuvo problemas con la medicación que le desmotivaron.

Los principales problemas que tuvo fue con las estatinas ya que estas le producían dolores musculares. Además, tuvo problemas con el plavix, debido a los calambres, por lo que ambas medicaciones se le cambiaron por:

- Atozet 10 mg/40 mg, 1 comprimido al día. Composición: ezetimiba y atorvastatina.
- Brilique 90 mg, 1 comprimido mañana y noche. Composición: ticagrelol.

4. ¿Cómo han sido las curas de las heridas quirúrgicas? ¿Ha tenido algún problema?

El paciente nos comenta que la cura que ha quedado pendiente es la safenectomía. Los cuidados que ha llevado a cabo en su domicilio han sido limpiar la herida quirúrgica y povidona yodada en gel.

Nos comenta que tuvo un problema con uno de los puntos de los drenajes, por lo que tuvo que acudir a la consulta de su médico y este le recetó una crema con antibiótico, en una semana quedó resuelto dicho problema.

Tras el alta hospitalaria, acudió al centro de salud para coger cita con su enfermera, la cual le retiró las grapas de la safenectomía en días consecutivos de forma alterna.

CONCLUSIÓN

En conclusión, este plan de cuidados refleja como son los cuidados individualizados de un paciente que es sometido a una cirugía cardiaca. Vemos durante todo el trabajo la importancia de los cuidados invisibles, los cuales son descritos. El estar con el paciente durante todo el proceso asistencial le ayudó a sentirse más protegido, además que el propio paciente refiere que le alegraba ver una “cara amiga”, ya que en muchos momentos del proceso asistencial este se queda sin su familia, que es su principal apoyo. Por lo que destacaría la ayuda que ha sido para él tenerme cuando su familia no podía estar, intentando que se sintiera cómodo y con menos temor.

José Siles González y M^a del Carmen Solano Ruiz exponen que el ingreso y la estancia de las personas en una unidad de cuidados críticos favorece sentimientos de miedo y preocupación, que pueden llevar a cambios en su estilo de vida. Y lo hemos observado en la entrevista tras tres meses del alta hospitalaria, el paciente sufrió cambios en su vida, tuvo crisis de ansiedad, incluso crisis de identidad, aunque con el tiempo se corrigieron llegando a tener la vida que llevaba antes de la cirugía.

Por lo que conocer en profundidad la experiencia vivida por los pacientes con cardiopatía isquémica nos permite establecer ciertas actuaciones enfermeras dirigidas a minimizar esos sentimientos y favorecer a una mejor evolución del proceso de enfermedad contribuyendo al proceso de humanización de cuidados. ⁽⁵⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. PAE. Enfermería blog. [Internet] [citado 2020 Abr 20] Disponible en: <http://enfermeriablog.com/pae/#>
2. Bomba extracorpórea. Pardell Xavier. Apuntes electromedicina. [Internet] [citado 2020 Abr 20] Disponible en: <https://www.pardell.es/-bomba-extracorporea.html>
3. Maqueda Martínez M. Ángeles, Martín Ibañez Luís. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud.2012;3(2): 158 - 166. [Internet] [citado 2020 Abr 20] Disponible en: http://www.aecs.es/3_2_7.pdf
4. Huércanos Esparza Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Abr 20]; 22(1-2): 5-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100001
5. Solano Ruiz M^a del Carmen, Siles González José. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm [Internet]. 2005 Mar [citado 2020 Abr 20]; 14(51): 29-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006
6. NNN Consult. Elsevier, 2015. [Internet] [citado 2020 Abr 20] Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es>

ANEXOS

Anexo 1.

Escala Braden

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitación
Exposición a la humedad	Siempre húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad física Deambulaci3n	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad Cambios Posturales	Inm3vil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitaci3n
Nutrici3n	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Cizallamiento y roce	Riesgo m3ximo	Riesgo potencial	Sin riesgo aparente	Sin riesgo

- Bajo riesgo: 15 puntos o m3s.
- Riesgo moderado o intermedio: 13 o 14 puntos.
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos.

Anexo 2.

Índice COMHON

	Nivel de consciencia	Movilidad	Hemodinámica	Oxigenación	Nutrición
1	Despierto y alerta (RASS 0, +1)	Independiente. Deambula con ayuda.	Sin soporte hemodinámico	Respiración espontánea y FIO ₂ <40%	Dieta oral completa
2	Agitado. Inquieto. Confuso. (RASS > +1)	Limitada. Actividad cama – sillón.	Con expansores plasmático.	Respiración espontánea y FIO ₂ > 40%	Nutrición Enteral o Parenteral
3	Sedado con respuestas a estímulos. (RASS -1... -3)	Muy limitada, pero tolera cambios posturales.	Con perfusión de dopamina o noradrenalina o BCIA.	Ventilación Mecánica No Invasiva	Dieta oral Líquida. Ingesta incompleta de alimentos
4	Coma. Sedado sin respuesta a estímulos. (RASS -4, -5)	No tolera cambios posturales. Decúbito prono.	Con más de dos apoyos hemodinámicos de los anteriores.	Ventilación Mecánica Invasiva	Dieta absoluta

- Riesgo leve: 5 – 9 puntos
- Riesgo moderado: 10 – 13 puntos
- Riesgo alto: 14 – 20

Anexo 3.

0: Ausencia de dolor/Sin tensión.

10: Máximo dolor/Mayor situación tensa que ha vivido.

Escala visual numérica



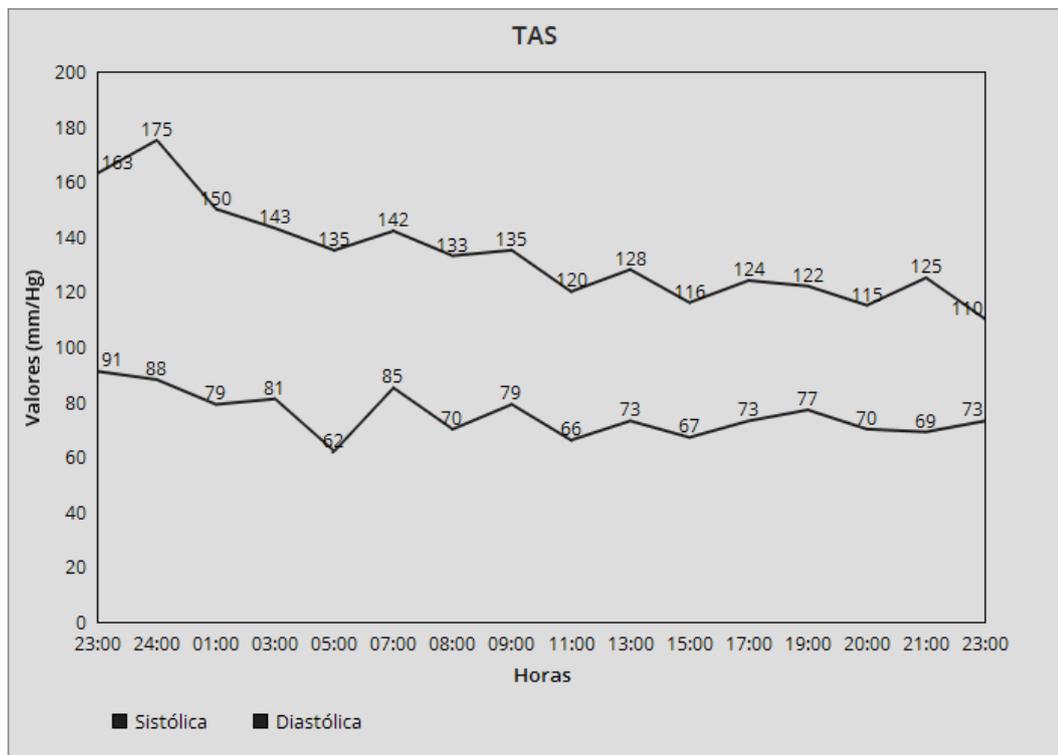
Anexo 4.

Escala Ramsay

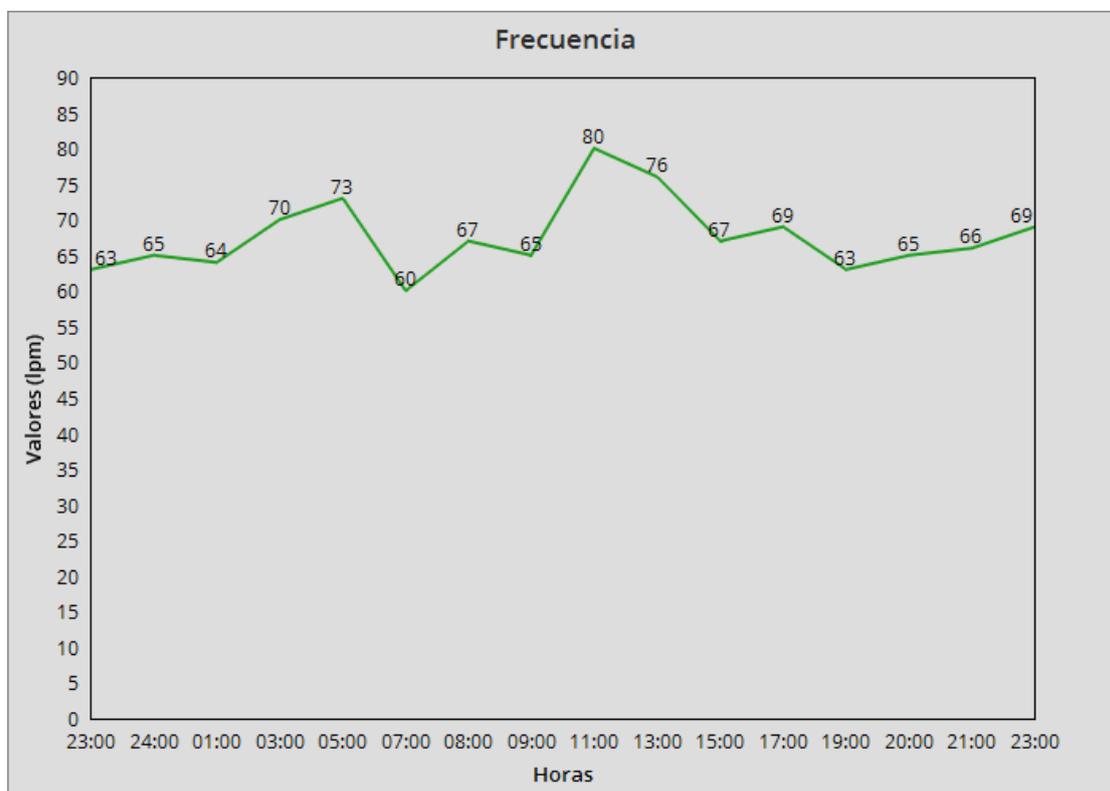
Está indicada para valorar el nivel de sedación del paciente.

NIVEL DE ACTIVIDAD	PUNTOS
Despierto, ansioso y agitado, no descansa.	1
Despierto, cooperador, orientado y tranquilo.	2
Dormido con respuesta a órdenes.	3
Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido.	4
Dormido con respuesta sólo al dolor.	5
Sin respuesta a estímulos.	6

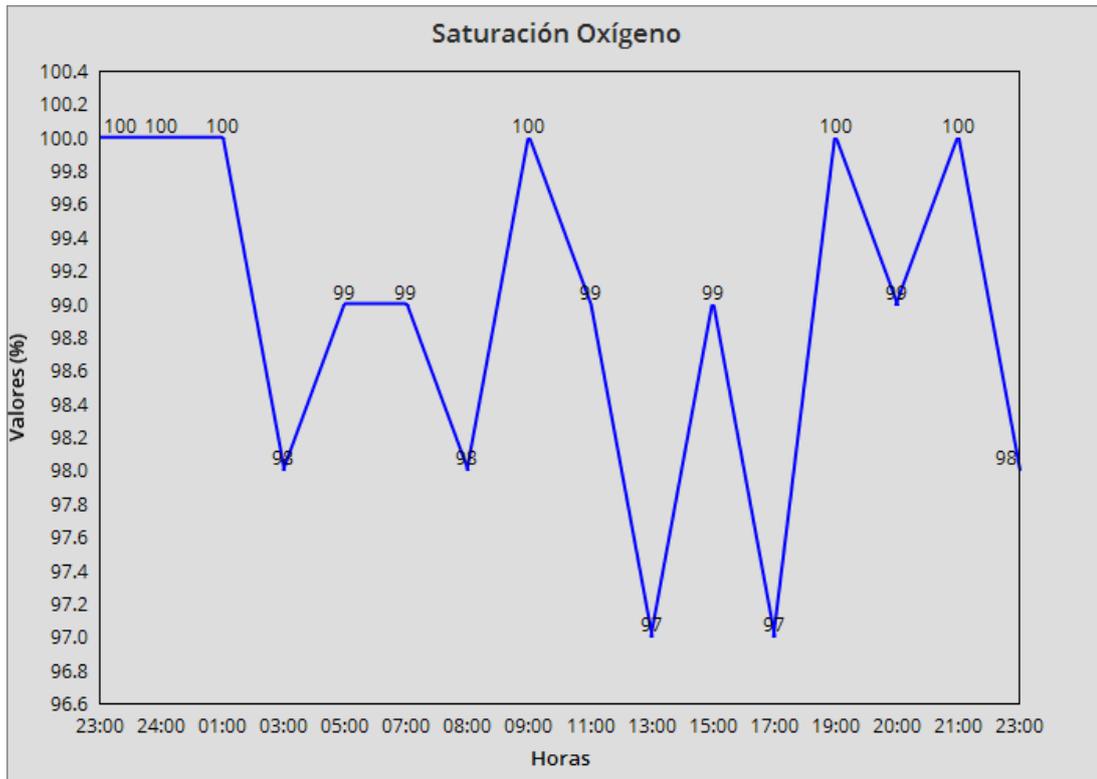
Anexo 5. Fuente: Paola Herrera Casañas.



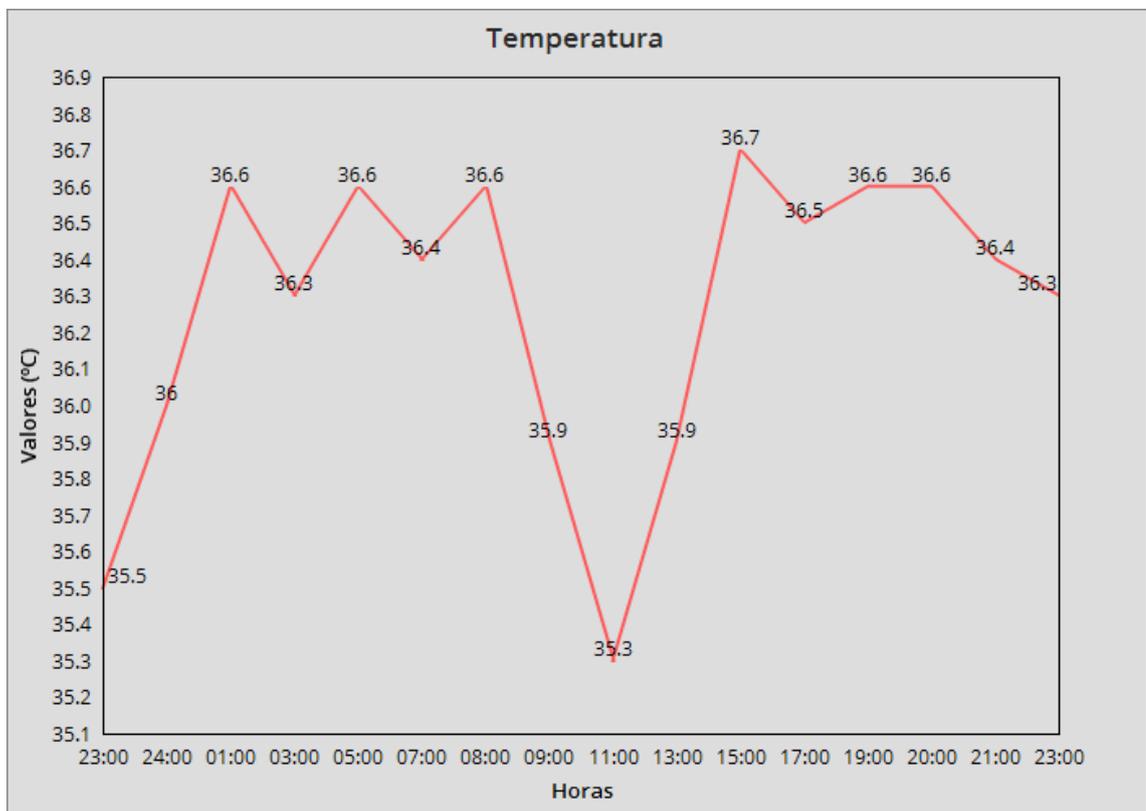
Anexo 6. Fuente: Paola Herrera Casañas.



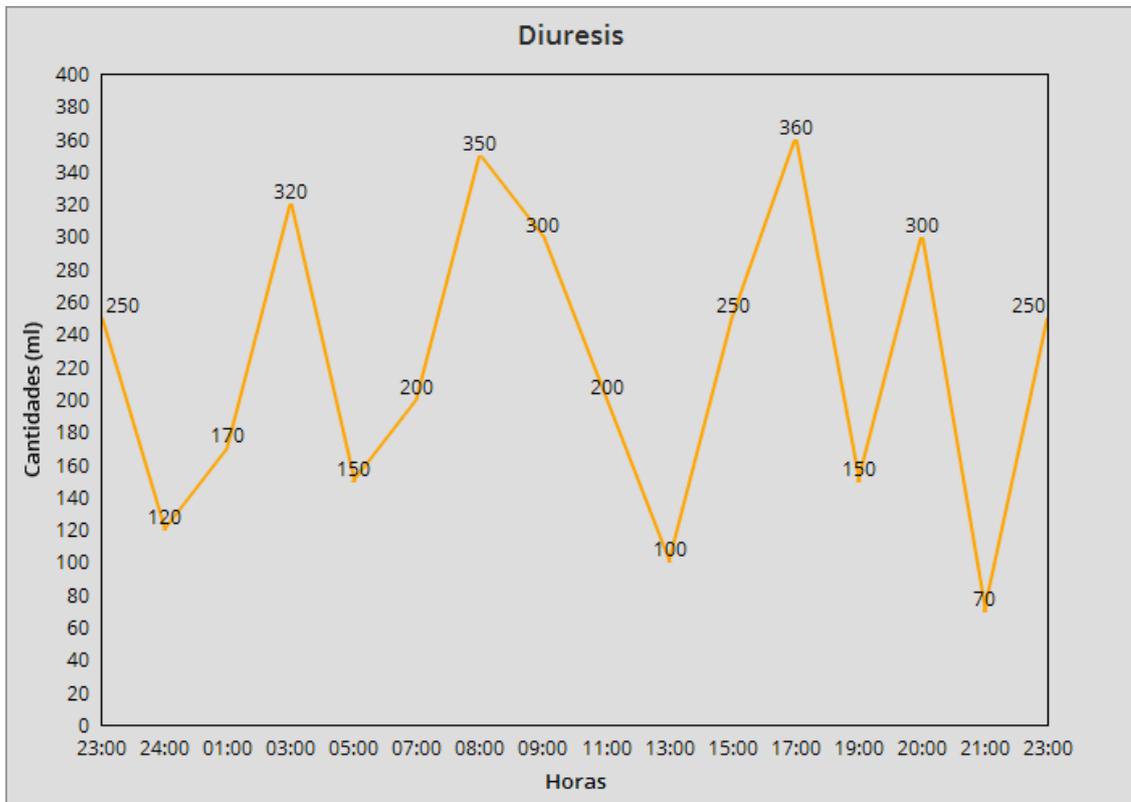
Anexo 7. Fuente: Paola Herrera Casañas.



Anexo 8. Fuente: Paola Herrera Casañas.



Anexo 9. Fuente: Paola Herrera Casañas.



Anexo 10. Fuente: Paola Herrera Casañas.

