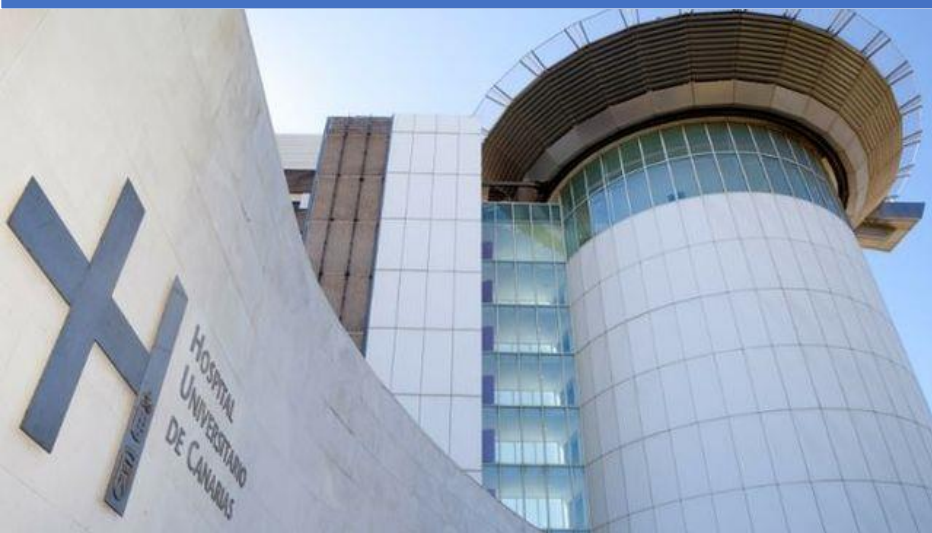


ULL

Universidad
de La Laguna



Trabajo de Fin de Grado: Plan de Cuidados en un paciente que ingresa en el HUC para ser sometido a cirugía cardiaca programada, durante su estancia hospitalaria.



Alumna: Michelle Ariadna Duarte Dorta
Tutora: Dra. M^a del Carmen Arroyo López

Titulación: Grado en Enfermería

Curso: 2016-2017 Tenerife

Universidad de La Laguna – Facultad de
Ciencias de la Salud: Sección Enfermería
y Fisioterapia



Autorización del tutor para la presentación del trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo:

**Plan de Cuidados en un paciente que ingresa en el HUC
para ser sometido a cirugía cardiaca programada,
durante su estancia hospitalaria.**

Autora:

Nombre y apellidos del alumno/a

Michelle Ariadna Duarte Dorta

Firma de la alumna

Tutora:

Nombre y apellidos de la tutora

Dra. M^a del Carmen Arroyo López

Vº.Bº de la Tutora:

La Laguna a ___ de _____ del 2017

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	2
3. Objetivos	2
4. Metodología	3
5. Plan de Cuidados:	
- Anamnesis	4
- Valoración inicial	5- 8
- Etapa Preoperatoria	9-12
- Etapa Intraoperatoria	13-18
- Etapa Postoperatoria inmediata	19-24
- Informe de continuidad de cuidados al traslado del paciente a planta.....	25-28
- Etapa Postoperatoria tardía	29-32
- Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta hospitalaria	33-35
6. Bibliografía	36
7. Anexos	37-47
- Anexo 1	37
- Anexo 2	38-39
- Anexo 3	40-41
- Anexo 4	42
- Anexo 5	43
- Anexo 6	44
- Anexo 7	45-46
- Anexo 8	47

Resumen

Este proyecto 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 compleja por diagnóstico médico de cardiopatía isquémica, por lo que se le realiza un cuádruple Bypass coronario. Se lleva a cabo un seguimiento en todas las etapas de la hospitalización. En cada una de las etapas (Preoperatorio, Intraoperatorio y postoperatorio inmediato y tardío) se valora al paciente para detectar los problemas reales o potenciales que pueda desarrollar y evitar las posibles complicaciones.

Palabras clave: Plan de cuidados, Enfermería, Cirugía cardiovascular, continuidad de cuidados.

Abstract

This project is about personalized and continuous nursing care plan on a patient who goes into the HUC to undergo a complex cardiovascular surgery because of a ischemic cardiopathology. A coronary four artery Bypass is done. The patient's follow-up is carried out from admission to hospital discharge. In each period (Preoperative, intraoperative and postoperative early and late) the patient will be assessed in order to identify the actual or potential problems and so, the possible complications can be avoid.

Key words: Plan care, Nursing, Cardiovascular surgery, Continuous care.

1. Introducción:

El proceso enfermero es un método sistemático, ordenado y organizado de la valoración, planificación, administración y evaluación de los cuidados de enfermería individualizados durante todo el proceso. Este se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas de la persona y responde a las alteraciones de salud reales y potenciales. En la práctica enfermera utilizamos este proceso para estructurar y planificar los cuidados de Enfermería.

Este proyecto consiste en un Plan de Cuidados de un paciente sometido a un cuádruple Bypass coronario o revascularización coronaria como tratamiento a una cardiopatía isquémica, es decir, falta de riego sanguíneo debido a una obstrucción en las arterias coronarias. Durante la intervención en la cual el paciente se encontraba bajo anestesia general, se extirparon la vena safena y la arteria mamaria izquierda para luego crear unos puentes en las arterias coronarias afectadas, mediante una anastomosis. En el proceso de la cirugía (anastomosis) el paciente se conecta a una máquina de circulación extracorpórea, que se encarga de sustituir la función cardiopulmonar oxigenando e infundiendo la sangre del paciente mientras se trabaja en el corazón. Una vez acabada la realización de los puentes, se desconecta al paciente de la circulación extracorpórea y se verifica que el latido del corazón es eficaz¹.

Todo este proceso la convierte en una cirugía mayor y compleja, en la que se pueden producir complicaciones como la hemorragia, fallo cardiaco, infarto de miocardio, mediastinitis, arritmias, taponamiento cardiaco e incluso parada cardiorrespiratoria².

2. Justificación

En nuestro trabajo vamos a exponer un plan de cuidados continuado en un paciente sometido a una intervención cardiaca compleja, desde el ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria, es decir, desde la planta de cirugía cardiaca, en la cual ingresa el paciente, quirófano de cirugía cardiovascular, su recuperación en la UVI y posteriormente en la planta de cirugía cardiaca hasta el alta hospitalaria. De esta manera podremos apreciar de manera organizada los cuidados que hemos realizado las enfermeras sobre este paciente durante su estancia hospitalaria, su evolución, aquellas complicaciones reales y potenciales que se han detectado.

Cabe destacar que un plan de cuidados tan extenso y que abarque diferentes servicios se realiza únicamente en la UVI de HUC por los alumnos del Prácticum bajo la supervisión de la profesora de la asignatura, realizar este plan de cuidados permite obtener una perspectiva diferente de todo el proceso hospitalario, se tiene mayor conocimiento sobre la situación actual del paciente y por lo tanto podemos prevenir las posibles complicaciones que se puedan presentar. Así, al final de la hospitalización quedará reflejado todo el trabajo que ha realizado las enfermeras durante su estancia hospitalaria.

3. Objetivos:

- Realizar un plan de cuidados continuado e integral del proceso hospitalario de un paciente sometido a una intervención quirúrgica de cirugía cardiaca.
- Detectar los problemas reales o potenciales que puedan surgir durante la hospitalización del paciente.
- Brindar al paciente una persona de referencia durante toda su estancia hospitalaria.

4. Metodología:

Para este plan de cuidados se realizó una valoración al ingreso del paciente en la planta de cirugía cardiovascular, pruebas complementarias y una preparación quirúrgica tanto física como psicológica. También se recogieron los datos del paciente necesarios para la historia clínica, informe de anestesia, consentimientos informados y pruebas diagnósticas. Se le informó al paciente de la realización de este plan de cuidados continuado y manifestó estar de acuerdo.

Durante la intervención quirúrgica permanecimos junto al paciente y se colaboró con el personal de quirófano, reflejándose todas las intervenciones realizadas en el plan de cuidados. Una vez trasladado el paciente a la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) se realiza una nueva valoración y planificación de cuidados debido a que su estado actual ha cambiado. Al finalizar su estancia en la UVI, se realiza un informe de continuidad de cuidados al traslado, desde la unidad de críticos a la planta de cirugía cardiovascular, donde tendrá lugar el postoperatorio tardío hasta su recuperación. Por último se realiza un informe de continuidad de cuidados al alta, en el que se recoge toda la información del ingreso hospitalario para dar a conocer a los servicios de Atención Primaria del proceso que ha cursado y continuar con la recuperación del paciente en el domicilio.

La valoración del paciente se realizó con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y se creó un plan de cuidados basado la taxonomía NANDA, NIC, NOC, ambos utilizados en los servicios del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

5. Plan de Cuidados

Anamnesis

Paciente varón de 73 años que presenta la mañana del ingreso episodio de dolor epigástrico en reposo no irradiado y sin cortejo vegetativo acompañante (náuseas, mareo, sudoración, pulso lento y vómitos), de unos 10 min de duración que cede solo. Durante la tarde a las 17:00h presenta nuevo episodio de otros 10 min de duración acompañado de malestar general y náuseas por el que decide acudir a urgencias del HUNSC. En la valoración se objetiva EKG patológico y elevación de marcadores de daño miocárdico (troponinas) por lo que se decide ingreso y posteriormente se traslada al paciente al HUC para ser intervenido quirúrgicamente.

Antecedentes personales:

- HTA
- DM tipo II
- Insuficiencia renal crónica (Cr basal 2mg/dl)
- Exfumador (hace más de 50 años)

Tratamiento actual del paciente:

- Glimepirida 2mg 1c/12h
- Linagliptina 5mg 1c/24h
- Olmesartan-Amlodipino 40mg-5mg 1c/12h
- Omeprazol 20mg 1c/12h

Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón de percepción – manejo de la salud

El paciente percibía su propia salud como regular. Era consciente de su situación actual, actuaba ante los síntomas y tomaba su medicación correctamente, por lo que nos comenta que se preocupa por su estado de salud. No se encuentra inmunodeprimido, no es fumador ni consumidor de alcohol ni de otras sustancias tóxicas así como no padece alergias.

Patrón nutricional metabólico

Nuestro paciente nos comenta que su apetito es normal, lleva una alimentación variada, con alimentos de fácil masticación debido a la falta de piezas dentales. Debido a sus antecedentes personales lleva una dieta diabética e hiposódica, por lo que restringe el consumo de sal y azúcar. Consume una media de 1 litro de agua al día y no toma suplementos dietéticos.

En cuanto a su piel, se encontraba hidratada y con buen aspecto. Al realizarle la valoración de riesgo de lesión por presión a través de la utilización de la escala Norton, ésta nos da una puntuación de 20, que indica que no tiene riesgo de desarrollar lesión por presión (LPP). No presenta edemas y porta un catéter venoso periférico en el MSI implantado el día 30.11.16. Pesa 69.200kg y mide 1.70m. IMC (índice de masa corporal): 23.9 Normopeso.

Patrón eliminación

En cuanto al patrón de eliminación el paciente refiere que su orina es normal, de color amarillo, sin molestias al miccionar y con una frecuencia de 4-5 veces al día

aproximadamente. Por otra parte, el hábito intestinal también es normal, con 1 deposición cada 2 días con color y consistencia normales.

Patrón actividad-ejercicio

Relacionado con la actividad, nuestro paciente es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como son el baño y la higiene personal, alimentación, uso de W.C. y el vestido/ acicalamiento, así como también realiza actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ya que nos comenta que prepara la comida, realiza llamadas telefónicas, etc. Para evaluar esta situación hemos realizado el índice de Katz (resultado de 0 puntos: ausencia de discapacidad) y el índice de Lawton Brody (resultado de 8 puntos: independiente).

También debemos mencionar que tratamos con un señor jubilado, con movilidad normal y cuyo miembro dominante es el derecho.

En el momento de la valoración su Frecuencia cardiaca era de 75 latidos por minuto (lpm), su tensión arterial era de 190/80 mmHg y su respiración era normal, sin precisar oxigenoterapia.

Patrón Sueño-Descanso

El paciente refiere dormir bien, unas 6-8 horas al día aproximadamente y se siente descansado al despertar, por lo que no precisa de medicación.

Patrón cognitivo-perceptivo

Nuestro paciente demostró estar orientado en persona, espacio y tiempo, Nos comenta que no ve correctamente pero que tampoco utiliza gafas. Tiene buena audición y no presenta dolor.

Patrón autopercepción-Autoconcepto

Patrón sin alteraciones. El paciente se encontraba bastante tranquilo con respecto a la operación.

Patrón rol-relaciones

El paciente vive con su mujer, tiene una hija y buen apoyo familiar.

Patrón sexualidad- reproducción

Sin datos relevantes.

Patrón adaptación-tolerancia-stress

El paciente demostraba una buena adaptación a la situación actual diciendo "Si hay que pasarlo pues se pasa y ya", refiriéndose a la operación, y no mostraba signos de ansiedad.

Patrón valores-creencias

Es religioso.

Exploración física al ingreso:

Ritmo sinusal, FC: 75 lpm (latidos por minuto), TA: 190/80 mmHg.

Auscultación Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos. Temperatura 36.5°C.

Buena higiene corporal, piel normohidratada y no presencia de edemas en MMII.

Realizamos exploración física cefalocaudal:

Cabeza y cuello:

Nos encontramos con un cráneo y cara sin alteraciones, con cabello canoso y ligera pérdida de cabello. Pupilas isocóricas normoreactivas. En la boca le faltan algunas piezas dentales y mueve el cuello con normalidad.

Tórax y abdomen:

A la auscultación cardiopulmonar tiene ruidos cardiacos rítmicos y se encuentra eupnéico. En cuanto a la palpación abdominal encontramos un abdomen blando y depresible sin signos de dolor.

Extremidades:

Funcionales y con buena movilidad.

Aparato genital y recto:

Sin datos de interés

ETAPA PREOPERATORIA

Preparación física y psicológica del paciente previa a la Intervención quirúrgica

Durante el día 4.12.2016 se revisó que en la historia clínica del paciente estuvieran debidamente cumplimentados los consentimientos informados tanto de la operación, como de la anestesia y de la transfusión sanguínea, así como las pruebas preoperatorias necesarias tales como electrocardiograma reciente, petición de sangre, e historia clínica en orden. Por otra parte se le explicó al paciente que para realizarse la operación debía permanecer en ayunas desde la noche anterior a la cirugía, lo que implicó no comer ni ingerir líquidos desde las 21 horas. También se le realiza un enema de limpieza por orden médica, que fue efectivo durante la madrugada.

Cabe destacar que a la hora de firmar los consentimientos informados al paciente se le explica detalladamente cual será el procedimiento al que será sometido, en este caso Bypass coronario, cuál es su objetivo y sus riesgos, de esta manera se disminuye el nivel de ansiedad que pueda presentar el paciente y se le dan conocimientos de cómo será su despertar en quirófano, su estancia en la Unidad de Vigilancia intensiva y su recuperación por lo que él estará más preparado para afrontarlo. Se le informa al paciente también, que estaremos a su lado durante toda su estancia hospitalaria e incluso durante su intervención quirúrgica.

En la madrugada del día 5.12.2016, día de la intervención, el paciente se ducha con solución jabonosa antiséptica "Clorhexidina 2%", y se realiza un rasurado quirúrgico del tórax y miembros inferiores.

A las 7:00 de la mañana llegamos a la planta de Cirugía Cardíaca y hablamos con nuestro paciente para evaluar el estado de ansiedad y revisamos una vez más que estuvieran todos los consentimientos y peticiones en orden. También nos aseguramos de que tras el baño no llevara anillos, collares, ni prótesis, que se encontrara en ayunas y vistiera únicamente un camisón.

En este momento pude conocer a la esposa y a la hija del paciente, y todos refirieron estar más tranquilos sabiendo que yo estaría con él en el quirófano y durante su estancia en la UVI. Luego trasladamos al paciente a la sala de Preanestesia mientras su familia se instaló en la sala de espera.

Diagnósticos de enfermería:

NANDA: 00004 Riesgo de Infección relacionado con alteración de la integridad de la piel por vía venosa periférica y posterior intervención quirúrgica.

Objetivo: Minimizar el riesgo del paciente de contraer una infección debido a la vía venosa periférica y su posterior intervención quirúrgica.

NOC: 1902 Control del riesgo

Indicadores

- 190203 Controla los factores de riesgo personales. Escala m Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
 - Día del ingreso: 2 Raramente demostrado
 - Al alta: 4 Frecuentemente demostrado

- 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas. Escala m Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.
 - Día del ingreso: 2 Raramente demostrado
 - Al alta: 4 Frecuentemente demostrado

NIC: 6550 Protección contra las infecciones

Actividades

- Observaremos los signos y síntomas de infección sistémica y localizada que pueda presentar el paciente, así como la vulnerabilidad de este a contraer infecciones.
- Fomentaremos una ingesta nutricional y líquida adecuada.
- Inspeccionaremos el estado del punto de punción del catéter venoso periférico
- Enseñaremos al paciente y a su familia a evitar las infecciones
- En la preparación quirúrgica del preoperatorio daremos al paciente un baño con solución antiséptica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

NIC: 2880 Coordinación preoperatoria

Actividades

- Revisar que la cirugía programada, la historia del paciente en orden, con todos los consentimientos informados firmados (Consentimiento de la cirugía, de la anestesia y de la transfusión de hemoderivados) y las pruebas diagnósticas realizadas. También debemos informar al paciente y a la familia dónde se encuentra el quirófano y la sala de espera a donde se deben dirigir.

NIC: 2930 Preparación quirúrgica

Actividades

- El día de la intervención verificamos que el paciente se encuentre en ayunas, los resultados de los análisis de laboratorio, que viste solo con un camisón y que no lleva joyas ni prótesis en el momento de bajar a quirófano tras la ducha antiséptica y el rasurado quirúrgico.

NIC: 0466 Administración de enema

Actividades

- Para administrar el enema debemos asegurarnos de que ha sido pautado y que no hay ninguna contraindicación para su administración. A continuación le explicamos al paciente el procedimiento, le proporcionamos intimidad, colocamos al paciente en posición Sims izquierda y le pedimos que exhale cuando vayamos a aplicar el enema. Una vez administrado le animamos a retener el líquido en posición de decúbito supino con las piernas cruzadas hasta que tenga una sensación urgente de defecar. También debemos registrar que el enema haya sido efectivo.

NIC: 2300 Administración de medicación

Actividades

- Para la administración de medicación debemos seguir los 5 principios de la administración de medicación precisa y segura de alimentos (paciente, medicación, dosis, hora y vía correcta). También debemos verificar las alergias del paciente, que la orden médica esté en orden así como la fecha de caducidad de la medicación. Por otra parte debemos ayudar al paciente a tomarse la medicación en caso de ser necesario, observar si se producen efectos adversos y registrar la administración.

NIC: 5610 Enseñanza: Prequirúrgica

Actividades

- Describimos las rutinas preoperatorias al paciente (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, micción, preparación de la piel, terapia e.v; vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano) e informamos a la familia acerca de la fecha, hora y lugar de la cirugía. Tras la explicación nos aseguramos de que el paciente y su familia nos comente sus dudas e inquietudes e intentamos resolverlas.

ETAPA INTRAOPERATORIA

Sala de Preanestesia

Una vez en la sala de Preanestesia se le administró un suero isotónico "Isofundin" a 63ml/h según protocolo y el paciente descansó en la camilla hasta que fue trasladado a quirófano. Yo me encargué de preguntarle qué tal se encontraba para intentar identificar signos de ansiedad aunque estaba bastante tranquilo, aun así intente brindarle toda la tranquilidad y comodidad posible en la espera.

Con la enfermera de Preanestesia, una vez más se confirmó que estuvieran todos los documentos en orden, y los hemoderivados solicitados en caso de que fuesen necesarios luego.

Quirófano 14.

Una vez dentro del quirófano de Cirugía cardiovascular se somete al paciente a una monitorización de los signos vitales, para ello se le realizan los siguientes procedimientos: Canalización de arteria en MSI, sondaje vesical, intubación orotraqueal y catéter de alto flujo en la yugular derecha con Swan Ganz. También se colocó un catéter epidural dorsal para la administración de la analgesia y un termómetro rectal para controlar la temperatura. Una vez el paciente se encuentra bajo anestesia general, monitorizado e intubado se le colocan protecciones óseas y oculares para prevenir las LPP y luxaciones durante el procedimiento, se administra antibioterapia por orden médica, se realiza un baño con clorhexidina tintada 2% y se prepara el campo quirúrgico así como las mesas del material quirúrgico.

Después de preparar los campos quirúrgicos cada cirujano se dispuso a extraer los vasos sanguíneos correspondientes para la posterior revascularización, en este caso la vena safena interna derecha y la arteria mamaria interna izquierda. La enfermera instrumentista se ocupaba de facilitar el material a ambos cirujanos mientras la

enfermera coordinadora alcanzaba material necesario a la enfermera instrumentista y realizaba tareas propias. El anestesista controlaba la monitorización, el ventilador y la sedación del paciente. Los enfermeros perfusionistas prepararon, montaron y purgaron la máquina de circulación extracorpórea, así como la de recuperación sanguínea y controlaron la leve hipotermia inducida.

En la intervención se realizó una esternotomía media, y tras la disección de arteria mamaria interna izquierda y vena safena interna derecha, se procedió a la canulación aorto-cava única para circulación extracorpórea. En corazón se produjo isquemia y cardioplegia anterógrada y retrógrada, que protege contra la lesión miocárdica y a la vez provee las condiciones necesarias para que los cirujanos puedan trabajar sobre el corazón. Se realizó cuádruple pontaje:

- Vena safena a DP vaso de 1mm
- Vena safena a OM vaso de 1.2mm
- Vena safena a rama intermedia vaso de 1.2mm
- AMI a DA vaso de 1.3mm

Una vez terminado el pontaje sale de Circulación extracorpórea en ritmo sinusal con estabilidad hemodinámica. Se realiza un cierre por planos y se colocan 3 drenajes, uno mediastínico y los otros en pleuras bilaterales. Por último al paciente se le retira la anestesia, teniendo un despertar quirúrgico tranquilo, está consciente pero obnubilado. También se le retira la intubación orotraqueal en quirófano, tras la extubación realiza respiración espontánea con mascarilla de oxigenoterapia (VMK). La cirugía finalizó sin incidencias y trasladamos al paciente a la UVI con parte del equipo de médicos incluido el anestesista, enfermeras y perfusionistas para poder actuar en caso de que se produjera alguna complicación durante el traslado.

Diagnósticos de enfermería:

NANDA: 00249 Riesgo de lesión por presión en prominencias óseas (Sacro, talones, zona occipital...) relacionado con tiempo prolongado de inmovilidad sobre superficie dura durante el proceso quirúrgico.

Objetivo: Evitar la aparición de lesiones por presión en el paciente durante el proceso quirúrgico.

NOC: 0208 Movilidad

Indicadores

- 20814 Se mueve con facilidad. Escala a. Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.
 - o Durante la intervención: 1 Gravemente comprometido.

NIC: 0842 Cambio de posición: Intraoperatorio

Actividades

- Determinamos el rango de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- Bloqueamos las ruedas de la camilla y de la mesa de operaciones.
- Debemos proteger las vías e.v., los catéteres y los circuitos de respiración cuando movilizemos al paciente.
- Protegeremos los ojos durante la intervención
- Utilizamos dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.
- Debemos mantener la alineación corporal correcta del paciente
- Colocaremos al paciente en la posición quirúrgica designada (supino)
- Colocaremos material acolchado en las prominencias óseas.

- Colocaremos material acolchado o evitaremos la presión sobre los nervios superficiales.
- Debemos vigilar la posición del paciente durante la operación.

NANDA: 00044 Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por lesión tisular.

Objetivo: Recuperar la integridad cutánea y tisular del paciente mediante las curas de la herida quirúrgica.

NOC: 1102 Curación de la herida: por primera intención

Indicadores

- 110201 Aproximación cutánea. Escala i desde Ninguno hasta Extenso.
 - o Al terminar la intervención: 4 sustancial
 - o Al alta: 5 Extensa
- 110204 Secreción sanguinolenta de la herida: Escala h desde Extenso hasta Ninguno
 - o Al terminar la intervención: 4 Escaso
 - o Al alta: 5 Ninguno

NIC: 3620 Sutura de la piel en quirófano

Actividades

- Identificaremos las alergias a esparadrapo, povidona yodada u otras soluciones tópicas que pueda padecer el paciente.
- Seguiremos utilizando una técnica estéril como en el resto del procedimiento quirúrgico.
- Utilizaremos grapas para la aproximación cutánea.
- Aplicaremos el apósito que se ha protocolizado para evitar la aparición de mediastinitis en la herida quirúrgica.

NANDA: 00004 Riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico

Objetivo: Minimizar las posibilidades de que el paciente contraiga una infección durante la intervención quirúrgica.

NOC: 0702 Estado inmune

Indicadores

- 70204 Estado respiratorio: Escala a. Desde Gravemente comprometido hasta No comprometido.
 - o Durante la intervención: 1 Gravemente comprometido
 - o Postoperatorio inmediato: 4 Levemente comprometido
 - o Esperado al alta: 5 No comprometido

- 70208 Integridad cutánea: Escala a. Desde Gravemente comprometido hasta No comprometido.
 - o Durante la intervención: 1 Gravemente comprometido
 - o Postoperatorio inmediato: 3 moderadamente comprometido
 - o Esperado al alta: 5 No comprometido

NIC: 6545 Control de infecciones Intraoperatorio

Actividades

- Debemos monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24°C, así como la humedad relativa entre el 20 y el 60%
- Limitaremos la circulación de personas en el quirófano
- Verificaremos que se han administrado los antibióticos profilácticos pautados
- Aplicaremos las precauciones universales
- Verificaremos la integridad, los testigos y caducidad del embalaje estéril
- Abriremos los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas

- Realizaremos el lavado quirúrgico apropiado y llevaremos la indumentaria apropiada dentro del quirófano
- Monitorizaremos que se mantenga la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material.

Problemas interdependientes:

CP: Infección

CP: Dolor

CP: Hemorragia

CP: Neumotórax/hemotórax

CP: Arritmias

CP: Perforación miocárdica

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

NIC: 4030 Administración de hemoderivados

Actividades

- Verificaremos la orden médica.
- Comprobaremos que el consentimiento informado del paciente esté firmado.
- Verificaremos que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas
- Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y debemos registrarlo.
- Monitorizaremos los signos vitales durante y después de la transfusión para detectar la aparición de reacciones transfusionales.
- Registraremos el volumen de sangre transfundido.
- Aplicaremos precauciones universales.

ETAPA POSTOPERATORIA INMEDIATA

Ingreso en la UVI a las 16:30 horas:

Al ingreso a la unidad se le realiza:

- Electrocardiograma
- Analítica
- Gasometría arterial
- Frotis faríngeo y rectal

Hemodinámicamente:

El paciente ingresa procedente de quirófano de cirugía cardiovascular tras revascularización cardiaca de 4 puentes. Hemodinámicamente se encuentra en ritmo sinusal, con hipertensión arterial controlada con perfusión continua de nitroglicerina y bolos de Urapidilo, con buen Índice cardiaco. Afebril. Se le administra Amiodarona en perfusión continua según protocolo.

Respiratorio:

Eupnéico, con oxigenoterapia en mascarilla facial y manteniendo buenas saturaciones, en torno a 97%. Tras administrarle analgesia para disminuir el dolor, sufre un deterioro respiratorio en el que realiza pausas de apnea, por lo que estimulamos al paciente y lo animamos a “coger aire” para mantener la saturación de oxígeno estable.

Neurológicamente:

Llega bajo los efectos de la sedoanalgesia obnubilado con pupilas isocóricas normoreactivas (PICNR) y apertura de ojos a la llamada. Con una puntuación en la escala de Ramsay de 3.

Diuresis:

Diuresis que tiende a la oliguria por lo que se administran cargas de volumen con buena respuesta.

Digestivo/Nutrición/Eliminación

El paciente se encuentra en dieta absoluta hasta mejorar su estado de alerta, entonces se procederá a iniciar la tolerancia. No realiza deposiciones durante el turno.

Heridas y drenajes.

El paciente porta un tubo mediastínico y 2 pleurales permeables y con escaso débito hemático.

Aspecto psicosocial /sueño/descanso

Nuestro paciente refiere dolor de 7 en la escala numérica del dolor por lo que administramos analgesia según orden médica para que pueda descansar.

Al día siguiente de la intervención:

El día 6.12.2016 se le retiran las perfusiones continuas de Amiodarona y Nitroglicerina, manteniendo buen índice cardiaco (IC) y tensiones arteriales dentro de los límites normales controlado con antihipertensivos orales. Se retira catéter de Swan Ganz por mal funcionamiento. También se le retira la mascarilla facial y se le colocan gafas nasales a 2 lpm manteniendo buenas saturaciones de oxígeno. Se inicia tolerancia y se avanza en la dieta pautada. Por buen estado general se decide su alta de la Unidad y traslado a la planta de Cirugía cardiovascular.

Diagnósticos de enfermería:

NANDA: 00108 Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro de la habilidad para acceder al baño, lavar el cuerpo, secar el cuerpo... manifestado por debilidad

Objetivo: Debido a la delicadeza del servicio en este diagnóstico no se pretende ningún objetivo, salvo que el paciente colabore con su movilización en cama para el baño puesto que éste no puede realizarse de otra manera.

NOC: 0301 Cuidados personales: baño

Indicadores

- 03016 Ayuda con las movilizaciones mientras se le realiza el baño. Escala a. Desde gravemente comprometido hasta No comprometido.
 - o Actual: 3 Moderadamente comprometido

NIC: 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

Actividades

- Colocaremos toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente y proporcionaremos los objetos personales deseados.
- Facilitaremos el cepillado de los dientes utilizando una riñonera
- Controlaremos el estado de la piel del paciente
- Realizaremos lavado de ojos con suero fisiológico
- Cambiaremos las sábanas de la cama después del baño

NANDA: 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con debilidad y

dolor manifestado por deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación

Objetivo: Debido a la delicadeza del servicio en este diagnóstico de enfermería no se pretende ningún objetivo, salvo que el paciente colabore a su movilización para colocar y retirar el chato, puesto que no puede realizarse la defecación de otra manera. En cuanto a la micción el paciente porta un sondaje vesical.

NOC: 0310 Autocuidado: Uso del inodoro

Indicadores:

- 31002 Responde a la urgencia para defecar oportunamente. Escala a. Desde gravemente comprometido hasta No comprometido.
 - o Actual: 5 No comprometido

NIC: 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

Actividades

- Ayudar al paciente con el chato
- Proporcionarle intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene tras defecar.
- Limpiar el utensilio de la eliminación (Chato).

NANDA: 00132 Dolor agudo en tórax relacionado con la intervención quirúrgica y lesión de los tejidos, manifestado por expresión facial de dolor.

Objetivo: Reducir el nivel de dolor en el paciente.

NOC: 2102 Nivel de dolor

Indicadores

- 210201 Dolor referido. Escala n Desde Grave hasta Ninguno
 - o Al ingreso : 1 Grave

- Al alta de la UVI: 3 Moderado
- 210206 Expresiones faciales de dolor. Escala n desde Grave hasta Ninguno
 - Al ingreso: 1 Grave
 - Al alta de la UVI: 3 Moderado

NIC: 1400 Manejo del dolor

Actividades

- Valoraremos la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Nos aseguraremos de que el paciente reciba los cuidados analgésicos necesarios para remitir su dolor.
- Animaremos al paciente a evaluar los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Proporcionar al paciente un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos, en este caso, en un primer momento el dolor se trató con Cloruro Mórfico a demanda y una vez disminuido el dolor inicial se trató con Paracetamol cada 6 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Problemas interdependientes:

CP: Hemorragia

CP: Dolor

CP: Arritmias

CP: PCR

CP: Taponamiento cardiaco

NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales

Actividades

- Controlaremos cada 1 o 2 horas la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio según estado.
- Observaremos la presencia y calidad del pulsos
- Controlaremos periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca
- Observar el color, la temperatura y la humedad de la piel
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales

Informe de continuidad de cuidados, traslado de unidad de Críticos a la planta de Cirugía cardiovascular.

Paciente varón de 73 años de edad, procedente de quirófano de cirugía cardíaca, que ingresa en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) el día 5.12.2016, a las 16:00 horas por diagnóstico médico de revascularización miocárdica de 4 bypass Aorto-coronario.

Antecedentes personales:

- Exfumador desde hace 50 años
- HTA
- Diabetes mellitus tipo II
- Insuficiencia renal crónica

Alergias:

- Alergia medicamentosa no conocidas

Al ingreso el paciente presenta los siguientes problemas:

- Riesgo de infección
- Alto riesgo de desequilibrio hemodinámico
- Alto riesgo de deterioro renal
- Déficit de autocuidado: baño/higiene
- Déficit de autocuidado uso del inodoro
- CP: PCR
- CP: Arritmias
- CP: Hemorragias

Resumen durante su estancia en la unidad:

Paciente ingresa procedente de quirófano de CCV, extubado, con respiración espontánea con VMK, HTA, ritmo sinusal, agitado por dolor, se pone analgesia, con lo cual sufre deterioro respiratorio con episodios de apnea, que hay que estimular al

paciente para que respire. HTA se controla con NTG IV en perfusión más bolos de Urapidilo. Tendencia a oliguria, con láctico alto, se pasa volumen, con lo que responde bien. Hay problemas con el catéter de Swan Ganz por lo que no se puede realizar valoración hemodinámica completa. PVC bajas.

A las 18h despierta más orientado, con PICNR, obedece órdenes verbales. Tiene tres drenajes, uno mediastínico y dos pleurales permeables con escaso débito hemático. Se comienza tolerancia oral.

06.12.16 Paciente hemodinámicamente en RS, afebril y con tendencia a la hipertensión (controlado con antihipertensivos orales), respiratoriamente eupnéico, con aporte de oxígeno a través de gafas nasales a 2ml/h. Buenas saturaciones periféricas. Neurológicamente despierto, consciente y colaborador. Buena movilidad (limitada por dolor). Drenajes mediastínico y pleural permeables con escaso débito serohemático. Comienza a comer sin dificultad y con apetito. Glucemias que han precisado insulina. Dado el estado del paciente se da de alta a planta de CCV.

1. Patrón percepción-Manejo de Salud

- Aislamiento: no
- Alergias: no

2. Patrón nutricional-metabólico

- Peso: 69.200 kg Talla: 1.70 m
- Dieta: Sin sal y sin azúcar
- Sondaje enteral: no
- Control glucemias: Si, con dieta e insulina
- Dentición: buena
- Mucosa oral: bien
- Piel: herida
- Heridas: Si. Esternotomía y safenectomía derecha.
- Edemas: no
- Hematomas: no

- Flebitis: no
- Lesión por presión: no
- Temperatura: 35.7°C
- Catéter Abocath en MSI, implantado en planta, curado el 6/12/16
- Yugular interna derecha, implantada el 5/12/16, curado el 6/12/16

3. Patrón eliminación

- Urinario: normal, tiende a oliguria
- Dispositivo: SV nº 14 Tipo Silicona, implantado el 5/12/16
- Intestinal: normal
- Drenajes:
 - o Torácico, con drenado serohemático, localizado en el mediastino, implantado el 5/12/16, curado el 6/12/16
 - o Torácico, con drenado serohemático, localizado en ambas pleuras, implantados el 5/12/16, curado el 6/12/16

4. Patrón actividad-Ejercicio

Hemodinámico: FC: 63 lpm Ritmo sinusal. TA: 162/45 mmHg. Circulación periférica conservada. Pulso lleno. Temperatura normal. Coloración normal. Sensibilidad normal.

Respiratorio: patrón alterado. Precisando oxigenoterapia con Gafas Nasaes. FiO2 32%. Flujo 2l/m. Con fisioterapia respiratoria. Reflejo tusígeno conservado. Si elimina secreciones.

Movilidad: alterada, con reposo relativo y tratamiento rehabilitador.

5. Patrón sueño descanso

- Problemas de sueño: no

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Conciencia: Alterada, orientado en tiempo, espacio y persona. PICNR

Patrón sensorial: Visión, audición y lenguaje normales. Dolor agudo en el tórax.
Con medidas antiálgicas (paracetamol)

7. Patrón autopercepción-Autoconcepto

- Estado situacional: aceptación

8. Patrón Rol-Relaciones

- Apoyo de 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: Presenta apósito nuevo en la esternotomía que no se debe cambiar.

Problemas no resueltos al alta:

- Riesgo de infección
- Dolor agudo
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de intolerancia a la actividad-ejercicio
- CP: HTA

Fecha del traslado: 06/12/2016

ETAPA POSTOPERATORIA TARDÍA

El paciente vuelve a la planta de Cirugía Cardiovascular (CCV) portando el sondaje vesical, vía central yugular derecha y drenajes pleurales y mediastínico, pero con buen estado general. El día del ingreso se deja reposar al paciente debido a su breve estancia en la unidad de Vigilancia Intensiva. Al día siguiente de su traslado a la planta (7.12.16), por orden médica se retira la vía central, los drenajes de la intervención quirúrgica, se le realiza electrocardiograma de control y se promueve que el paciente se movilice sentándolo en la cama. En este caso se decide no retirar el sondaje vesical debido a la insuficiencia renal crónica que padece el paciente, por lo que gracias al sondaje vesical podremos controlar de manera precisa la diuresis. A partir del día 8.12.16 se pide al paciente que comience a caminar dando paseos por la planta y que con el paso de los días vaya incrementando la actividad física. Conforme pasan los días el dolor del paciente disminuye y se encuentra más animado al poder moverse mejor, y ver que avanza en su recuperación.

Al séptimo día se retiraron la mitad de las grapas de la herida quirúrgica alternas, y al día siguiente se retiraron la otra mitad, a partir de este momento la herida quirúrgica se mantiene al aire y observamos la cicatrización de la misma.

En planta lleva una evolución favorable con recuperación de la función renal con tratamiento médico sin necesidad de hemofiltración, por lo que es dado de alta definitiva el día 13.12.16 afebril, clínica y hemodinámicamente estable, con buena cicatrización de la herida quirúrgica y esternón estable.

Tratamiento farmacológico en planta:

- Glimepirida 2mg/12h
- Litagliptina 5mg/24h
- Olmesartan/amlodipino 40mg/5mg cada 24h
- Omeprazol 20mg/24h

Diagnósticos de Enfermería:

NANDA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con intervención quirúrgica manifestado por esternotomía.

Objetivo: Favorecer la curación de la herida quirúrgica y valorar su evolución.

NOC: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas

Indicadores

- 110115 Lesiones cutáneas. Escala n. Desde Grave hasta Ninguno
 - o Al ingreso en la planta: 2 Sustancial
 - o Al alta: 4 Leve
- 110110 Ausencia de lesión tisular. Escala n. Desde Grave hasta Ninguno
 - o Al ingreso en la planta: 1 Grave
 - o Al alta: 4 Leve

NIC: 3660 Cuidados de las heridas (Esternotomía y drenajes)

Actividades

- Administraremos los cuidados necesarios en el sitio de incisión
- Reforzaremos el apósito, en caso de desprendimiento
- Cambiaremos el apósito según la cantidad de exudado y drenaje
- Registraremos regularmente los cambios que se producen en la herida.
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñaremos tanto al paciente como a la familia los signos y síntomas de infección y como evitarla.

NANDA: 00004 Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel, sondaje vesical, vía central y drenajes pleurales y mediastínico.

Objetivo: Disminuir el riesgo de contraer una infección.

NOC: 1902 Control del riesgo

Indicadores

- 190201 Reconoce los factores de riesgo personales: Escala m desde Nunca hasta Siempre demostrado:
 - o Al ingreso en planta: 3 Ocasionalmente demostrado
 - o Al alta: 4 Frecuentemente demostrado
- 190216 Reconoce cambios en el estado general de salud. Escala m desde Nunca hasta Siempre demostrado:
 - o Al ingreso en planta: 3 Ocasionalmente demostrado
 - o Al alta: 4 Frecuentemente demostrado

NIC: 6550 Protección contra las infecciones

Actividades

- Administraremos antibioterapia pautada por el médico responsable
- Tendremos que observar continuamente los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Realizaremos técnicas asépticas en los procedimientos necesarios.
- Observaremos y valoraremos la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionaremos el estado la herida quirúrgica y de los drenajes.
- Enseñaremos al paciente y a la familia a evitar las infecciones.

NIC: 1876 Cuidados de catéter urinario.

Actividades:

- Registraremos las diuresis del paciente a lo largo del día
- Observaremos el aspecto de la orina y registraremos los cambios en color, claridad, etc.

- Evaluaremos periódicamente la sonda para detectar su permeabilidad, acodamientos, etc.

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA

Motivo del ingreso: Paciente de 73 años trasladado desde el Servicio de Cardiología del HNSC para revascularización quirúrgica.

Historia actual: Paciente varón de 73 años que presenta la mañana del ingreso episodio de dolor epigástrico en reposo no irradiado y sin cortejo vegetativo acompañante, de unos 10 min de duración que cede solo. Durante la tarde a las 17:00h presenta nuevo episodio de otros 10 min de duración acompañado de malestar general y náuseas por el que decide acudir a urgencias del HUNSC. A la valoración se objetiva EKG patológico y elevación de marcadores de daño miocárdico por lo que se decide ingreso. Se traslada al paciente al HUC para ser intervenido.

Diagnóstico principal: Cardiopatía isquémica, Infarto agudo de miocardio sin elevación de la ST (IAM SEST) e insuficiencia renal crónica.

Otros diagnósticos: Diabetes mellitus tipo II e HTA

Procedimiento: Revascularización miocárdica mediante cuádruple Bypass coronario

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

Recomendaciones al paciente:

- Dieta pobre en sal y grasa de origen animal
- Mantener el colesterol por debajo de 200mg/dl
- No fumará y evitará ambientes con humo de tabaco
- Durante el primer mes del alta llevará una vida similar a la del hospital, con actividad física creciente.

- Posteriormente hará una actividad física moderada: paseos 1-2 veces al día, largos (2km aprox) y gimnasia no intensa: flexiones de cuello, tronco y extremidades diarias.
- Adoptará un estilo de vida en el que evite la tensión emocional, enfados, competitividad, etc.
- Conducción de vehículos: podrá conducir al mes de su intervención
- Alcohol y café no suponen riesgo adicional si se toman muy moderadamente
- Sobrepeso: procure no engordar al ser dado de alta.

Tratamiento farmacológico al alta:

- Omeprazol 20mg, un comprimido en el desayuno
- Glimepirida 2mg y Linagliptina 5mg, como tomaba anteriormente
- Amlodipino 10mg, un comprimido en el desayuno
- Doxazosina 4mg, un comprimido en desayuno y almuerzo
- Ácido acetilsalicílico 100mg, un comprimido en el almuerzo
- Clopidogrel 75mg, un comprimido en el almuerzo
- Atorvastatina 40mg, un comprimido en la cena
- Bisoprolol 1.25mg, un comprimido en el almuerzo
- Paracetamol si dolor

Recomendaciones médicas:

- Acudirá a la consulta de cirugía cardiaca aportando analítica, RX de tórax y ECG que se realizará en este hospital.
- Acudirá a la consulta de cardiología que le corresponda, aportando el presente informe. Continuará el seguimiento con su cardiólogo quien le realizará las modificaciones que considere oportunas en su tratamiento.

Recomendaciones para la enfermera de Atención Primaria:

- Curar la herida con suero fisiológico y solución antiséptica cada 48/72 horas según estado.
- Vigilar que la herida quirúrgica siga cicatrizando correctamente
- Vigilar la aparición de signos de infección en la herida quirúrgica
- Vigilar los hábitos dietéticos del paciente y realizar control de peso
- Revisar periódicamente los niveles de colesterol en las analíticas

6. Bibliografía

1. Silva Guisasola J. Revascularización quirúrgica de las arterias coronarias: el baipás. En: López Farré A., Macaya Miguel C. Libro de la Salud Cardiovascular. Bilbao: Editorial Nerea, S.A; 2009. Pág. 315-320
2. Chacón Hernández, G. Cirugía de revascularización coronaria. Fundación española del corazón. [Citado 20 Abril 2017] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirugia-de-revascularizacion-coronaria.html>
3. Canarias7. [Sede Web]El HUC de Tenerife, quinto mejor hospital de España en su categoría. [publicado: 20 mayo 2010; citado 18 mayo 2017]. Disponible en: <https://www.canarias7.es/hemeroteca/el-huc-de-tenerife-quinto-mejor-hospital-de-espana-en-su-categoria-KUCSN187940>
4. NANDA NIC NOC International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017; Herdman T.H. (ED) [Base de datos en internet] [creado 1994-2015, citado 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/accedys2.bbt.ull.es/nanda>

7. Anexos:

Anexo 1

ESCALA DE NORTON

Está indicada para valorar el riesgo que tiene el paciente de desarrollar lesión por presión (LPP).

Interpretación:

- Puntuación de 5 a 9: Riesgo muy alto de LPP
- Puntuación de 10 a 12: Riesgo alto de LPP
- Puntuación de 13 a 14: Riesgo medio de LPP
- Puntuación mayor de 14: Mínimo o no riesgo de LPP

Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno 	4. Alerta 	4. Caminando 	4. Total 	4. Ninguna 
3. Débil	3. Apático	3. Con Ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

Puntuación total: 20 puntos. No existe riesgo de LPP




Anexo 2




ÍNDICE DE KATZ

Interpretación:

- Puntuación de 0-1: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve
- Puntuación de 2-3: Incapacidad moderada
- Puntuación 4-6: Incapacidad severa

Está indicada para valorar la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria (ABVD)

Actividades	0 puntos: Independiente	1 punto: Dependiente
Baño	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (espalda o extremidad con minusvalía 	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo
Vestirse	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse sin ayuda. Se excluye el acto de atarse los zapatos 	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanece parcialmente desvestido.
Uso del W.C.	Va al baño, se asea y se coloca la ropa solo 	Necesita ayuda para ir al baño
Movilizarse	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza

	o andador). Se sienta y se levanta de una silla solo	uno o más desplazamientos
		
Continencia	Controla completamente ambos esfínteres (micción y defecación)	Incontinencia total o parcial de la micción o defecación
		
Alimentación	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente sin ayuda. Se excluye cortar la carne	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por alimentación enteral o parenteral
		





Puntuación total: 0 puntos. Ausencia de Incapacidad.





Anexo 3

ÍNDICE DE LAWTON-BRODY

Interpretación:

- Puntuación 0-1: Dependencia total
- Puntuación 2-3: Dependencia severa
- Puntuación 4-5: Dependencia moderada
- Puntuación 6-7: Dependencia ligera
- Puntuación 8: Independencia

Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1 
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1 
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de hacer compras	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1 
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1 
Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas	1


Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	1 
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otra persona	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1 
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de toma su medicación a la hora y con la dosis correcta	1 
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1 
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos..	1
Incapaz de manejar el dinero	0

Puntuación total: 8 Independiente

Anexo 4

ESCALA DE RAMSAY

Está indicada para valorar el nivel de sedación del paciente.


Nivel de Sedación	Características
1	Paciente ansioso, agitado
2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo
3 	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breves respuestas a la luz y al sonido
5	Dormido con únicamente respuesta al dolor
6	No respuesta

Anexo 5

ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntuación:

- 0 : Ausencia de dolor
- 10: Máximo dolor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin										Máximo
dolor										dolor

Anexo 6

QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS



Fuente: Canarias 7 ³.

Anexo 7

**CUBÍCULO DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA PREPARADO PARA RECEPCIÓN
DEL PACIENTE**





Cubículo y material necesario para realizar las pruebas complementarias del ingreso.

Anexo 8

PLANTA CIRUGÍA CARDIACA (3ª IMPAR) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS



Habitación de la Planta de Cirugía cardíaca.