

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PACIENTE QUE INGRESA PARA ANGIOPLASTIA CORONARIA TRASNLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP) (GRD 112)

Definición:

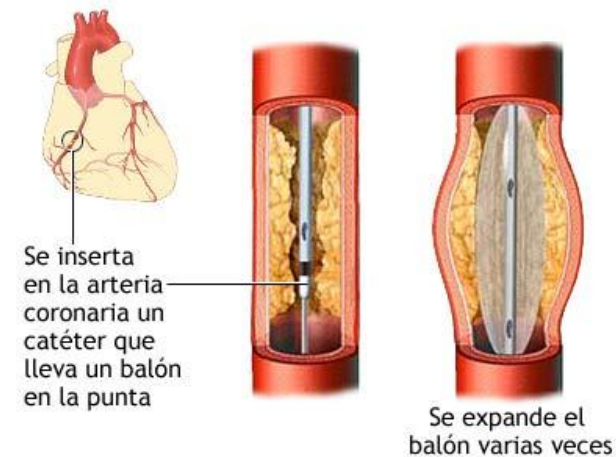
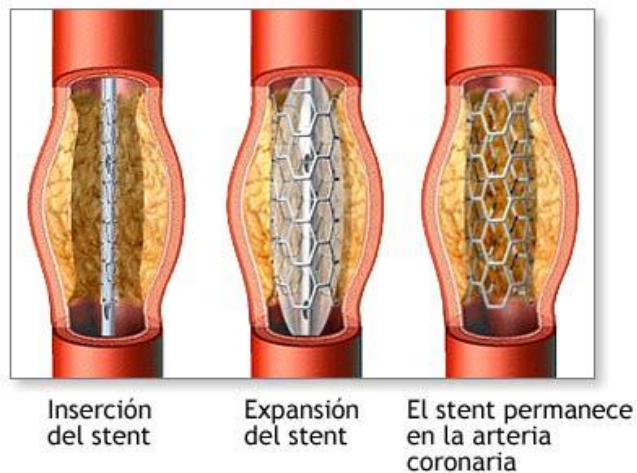
La ACTP es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen lesiones obstructivas en las arterias coronarias y que han sido diagnosticadas previamente mediante un cateterismo cardiaco. Permite reducir o suprimir las oclusiones existentes en las arterias coronarias, dilatándolas desde su interior mediante diversos procedimientos. El procedimiento se realiza estando el paciente en ayunas, consciente y tumbado en decúbito supino. Se le aplica anestesia local en la zona de punción (ingle o brazo), para que la exploración no resulte dolorosa. Ocasionalmente puede ser necesaria una pequeña incisión en la piel. Se introducen los catéteres a través de las arterias y venas de la zona, dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia. Se sonda la arteria lesionada llegando donde está la obstrucción con un alambre que sirve de guía. Allí se coloca un catéter muy fino provisto de un globo en la punta; al inflar éste a presión se dilata la zona estrecha para mejorar el paso de sangre a ese nivel (angioplastia coronaria con balón). Esta maniobra puede repetirse varias veces en la misma lesión. A veces es necesario utilizar otros catéteres diferentes que llevan en su extremo un mecanismo que corta y pule la placa dura que obstruye la arteria (aterectomía). En ocasiones es preciso colocar dentro de la luz arterial un tubo o una malla metálica expandible (prótesis intravascular o stent) que soporte las paredes del vaso y mantenga abierta la arteria. La elección de cada técnica dependerá del tipo de lesión coronaria existente. Las inyecciones de contraste después de los procedimientos permitirán comprobar sus resultados. Después de registrar todos los datos necesarios se retirarán los catéteres utilizados. Se deja un pequeño introductor durante varias horas por seguridad (durante la ACTP se inyecta heparina sódica intravenosa). Pasadas unas horas el introductor se retirará realizando una compresión sobre el sitio de punción para evitar el sangrado. A lo largo de la prueba el paciente puede notar palpitaciones provocadas por los catéteres o tras las inyecciones de contraste; este último produce una sensación pasajera y tolerable de calor en la cara y, raramente y debido a hipersensibilidades, reacciones alérgicas. Pueden aparecer molestias en la zona de punción e incluso aparecer un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Asimismo,

el paciente puede notar dolor en el pecho (angina) en el momento de la dilatación. Más raras son otras complicaciones que pudieran llegar a ser graves (arritmias, hemorragia que precise transfusión, trombosis venosa o arterial, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio), e incluso algunas requerir actuación urgente, como la disección coronaria que precisa cirugía inmediata (2 por 100 casos).

Objetivos:

- Preparar al paciente para la realización de la ACTP.
- Disminuir la ansiedad del paciente.
- Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la ACTP.
- Educar al paciente y familia en los cuidados a seguir en el domicilio.

Estancia: 24 horas.



CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en el servicio de Hospital Polivalente del HGUA con el diagnóstico de Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea

Objetivos Generales del Plan:

- * Realizar un cuidado integral del paciente
- * Registrar todas las actividades de enfermería
- * Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- * Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

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

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

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

PRE ACTP

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Ansiedad relacionada con el procedimiento.	Autocontrol de la ansiedad (1402): <ul style="list-style-type: none"> El paciente refiere control de la ansiedad. 	Enseñanza: prequirúrgica / preprocedimiento (5610)	5610.1 Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado del procedimiento. 5610.2 Informar al paciente y familia de la duración esperada del procedimiento. 5610.3 Conocer el nivel de conocimientos previo del paciente relacionado con el procedimiento. 5610.4 Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con el procedimiento. 5610.5 Permitir al paciente que exprese sus dudas sobre el procedimiento. 5610.6 Describir las actividades pre y post procedimiento. 5610.7 Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento. 5610.8 Discutir las medidas de control del dolor. 5610.9 Describir las rutinas postoperatorias: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas. 5610.10 Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama. 5610.13 Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.
Procedimiento: cateterismo cardiaco.	Cumplir el protocolo de preparación del paciente.	Preparación quirúrgica preprocedimiento (2930)	2930.2. Confirmar la explicación recibida. 2930.3. Asegurarse de que el paciente está en ayunas durante 4-6 horas previas al cateterismo. 2930.4. Verificar que se ha firmado el consentimiento informado. 2930.6. Realizar ECG, el día del ingreso del paciente en la unidad. 2930.9-10. Retirar anillos, pulsera y resto de joyas. Extraer dentadura postiza, gafas, lentillas u otras prótesis, si procede. 2930.11. Quitar esmalte de uñas y maquillaje, si

			<p>procede.</p> <p>2930.13. Administrar medicación preprocedimiento, 5 mg. de diazepam sublingual y otros 5 mg vía oral momentos antes de la ACP.</p> <p>2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera.</p> <p>2930.17. Preparar la habitación para el retorno del paciente.</p>
		Protocolo específico de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria. • Canalizar una vía periférica en brazo derecho. • Rasurado de ambas ingles. • Comprobar medicación habitual, especialmente anticoagulantes y antiagregantes. En caso de tomar Sintrom, avisar al hemodinamista. • Registrar en la documentación de enfermería: las actividades realizadas, fecha y hora en la que el paciente sale de la unidad, incidencias. • INGRESO DE DOMICILIO: extracción analítica urgente (hemograma y bioquímica) y estudio de coagulación.

POST ACTP

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor relacionado con punción arterial y con el reposo.	Control del dolor (1605) <ul style="list-style-type: none"> el paciente refiere control del dolor. 		<ul style="list-style-type: none"> Valoración del dolor. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.
Dolor torácico relacionado con posible nueva angina.			<ul style="list-style-type: none"> Valoración del dolor. Realizar ECG. Avisar cardiólogo/hemodinamista.
Déficit de autocuidados: uso WC, baño e higiene y alimentación	Autocuidados (0300): actividades de la vida diaria. <ul style="list-style-type: none"> Uso inodoro. Higiene. Se viste. Come. 	Ayuda con los autocuidados: alimentación.(1803)	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la cuña/botella, hasta que inicie deambulación. Higiene del paciente en cama, hasta que inicie deambulación. Administración dieta oral, hasta que inicie deambulación. Forzar ingesta de líquidos para eliminar el contraste nefrotóxico. Mantener fluidoterapia pautada hasta la retirada del introductor arterial. <ol style="list-style-type: none"> Poner la bandeja y la mesa de forma adecuada. Arreglar la comida de la bandeja si es necesario. Abrir los alimentos empaquetados. Colocar al paciente en una posición cómoda. Proteger con una servilleta, si procede.
Riesgo de hemorragia relacionado con punción arterial	Coagulación Sanguínea (0409) <ul style="list-style-type: none"> Sangrado Hematoma 	Precauciones con hemorragias	<ul style="list-style-type: none"> Se retirará el introductor arterial a las 4 horas de la ACTP en hemodinámica. Allí se le colocará vendaje compresivo. Mantener reposo en cama durante 6 horas. Retirar entonces vendaje compresivo e iniciar la deambulación. Durante el reposo mantener la cabecera de la cama a 30° como máximo.

			<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado vásculo-nervioso de miembro afectado. • Vigilar al paciente por si se produce hemorragia. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar signos vitales. • En caso de hemorragia activa, reposo en cama e iniciar compresión sobre punto de punción. Avisar al cardiólogo de guardia o hemodinamista.
Conocimientos deficientes en cuidados al alta.	<p>Conocimiento: régimen terapéutico.(1813)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del régimen terapéutico 	Planificación del alta (7370)	<p>7370.1. Ayudar al paciente y familia a preparar el alta.</p> <p>7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados.</p> <p>7370.3. Comprobar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.</p> <p>7370.5. Comprobar si todo está listo para el alta del paciente.</p> <p>7370.6. Comunicar al paciente los planes de alta.</p> <p>7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.</p>
Pruebas protocolizadas			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ECG cuando el paciente llegue a la unidad tras ACTP y otro la mañana siguiente.

Resumen de los cuidados pre y post ACTP

Cuidados de Enfermería	Previos ACTP	Post ACTP
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X	
Preparación quirúrgica (2930).	X	
Canalizar vía venosa brazo izquierdo	X	
INGRESO DE DOMICILIO: analítica urgente (hemograma y bioquímica) y est. Coagulación.	X	
Ayunas 4 horas	X	
Rasurado de las ingles	X	
Tomar constantes: TA y FC	X	X
Realización EKG	X	X
Administración de 5 mg Diacepan en el momento de ir a la prueba	X	
Vigilar complicaciones		X
Vigilar zona inserción catéter: dolor o hematoma		X
Retirar fluidoterapia tras retirada de introductor		X

Retirar compresión a las 6 horas de la retirada introductor femoral y alas 4 horas si ha sido radial		X
Iniciar deambulaci3n		X
Planificaci3n del alta (7370)		X
Registro de enfermería	X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,,Francisco Vicente Blanes Compañ,,Catalina Cases Alarc3n, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier G3mez Robles, Nieves Izquierdo García, Jos3 Luis L3pez Montes, Bel3n Pay3 P3rez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuaci3n de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Aut3n3mica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003
2. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S. Diagn3sticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
3. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificaci3n de Intervenciones de Enfermería. 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
4. Johnson, M. Maas, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby-Year Book. St. Louis. 1997.
5. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentaci3n en enfermería. Diagn3sticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
6. Alfaro, R. Aplicaci3n del proceso de Enfermería. Guía pr3ctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
7. Alfaro, R. Aplicaci3n del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ib3rica. Barcelona. 1999.
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.