

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCASEST).

AUTORÍA

Bernal Pérez Francisca*.

*Enfermera del Hospital de Bellvitge. Instituto catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

El síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) incluye la angina inestable y el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. Ambos tienen su origen en la cardiopatía isquémica producida por la aterosclerosis. Presentamos caso de mujer de 90 años diagnosticada de síndrome coronario agudo sin elevación del ST con el objetivo de realizar un proceso de atención de enfermería individualizado basándonos en las necesidades básicas de Virginia Henderson y la taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC.

PALABRAS CLAVE

Proceso de atención de enfermería, SCASEST, Taxonomía enfermera, intervenciones y resultados.

TITLE

NURSING PROCESS TO A PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ST segment elevation

ABSTRACT

Acute coronary syndrome without ST segment elevation (NSTEMI ACS) including unstable angina and myocardial infarction without ST segment elevation. Both are caused by ischemic heart disease caused by atherosclerosis. Introducing the event of women 90 years diagnosed with acute coronary syndrome without ST elevation in order to undertake a process of individualized nursing care based on the basic needs of Virginia Henderson and taxonomy nurse, NANDA, NIC, and NOC.

KEY WORD

nursing process, NSTEMI ACS, Taxonomy nurse, interventions and outcomes.

MOTIVO DE INGRESO

Paciente de sexo femenino que acude a urgencias por cuadro clínico de aproximadamente 3–4 horas de dolor retroesternal intenso (aumenta con los movimientos de la caja torácica y la digitopresión), aparición súbita después de comer y asociado a acceso de tos y dificultad respiratoria. Sin vegetalismo ni otra clínica acompañante. Refiere sintomatología de vías respiratorias altas en la última semana, con mucosidad y tos productiva hialina sin fiebre ni tiritona. También refiere que el dolor torácico le recuerda a su infarto.

ANTECEDENTES

- No alergias conocidas.
- HTA en tratamiento médico con betabloqueante.
- Dislipemia en tratamiento con estatinas.
- Historia de angor torácico desde hace 10 años.
- IAM hace 9 años.
- ACXFA crónica.
- Portadora de MCP desde el año 2000. Controles correctos, cambio de generador en el año 2008.
- Vértigo posicional paroxístico nocturno (VPPB) en tratamiento con Betahistina.
- Fractura de rodilla izquierda en el año 2010.
- Vitíligo sin tratamiento médico.

SITUACIÓN BASAL

Mujer de 90 años que vive sola y dispone de cuidadora para algunas actividades (limpieza y compra). Baja escaleras y deambula sin ayuda a diario. Índice de Barthel previo 90/100 y Pfeiffer 1 error sin historia conocida de deterioro cognitivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 142/ 68 mmHg.
- FC 100 lpm.
- FR 23 rpm.
- T^a axilar 36,2°C.
- SAT O2 92%.
- Peso 82 Kg.
- Altura referida 1,60cm.

Paciente consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Auscultación respiratoria con crepitantes secos en ambos campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo conservado. Edemas en extremidades inferiores. Presbiopía e hipoacusia bilateral.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

- Rx tórax que evidencian calcificación botón aórtico. Presencia de MCP bicameral.
- ECG con ritmo de MCP.
- Analítica general.
- Marcadores de daño miocárdico elevados a su llegada y posterior analítica a las seis horas.

DIAGNÓSTICO

SCASEST.

TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento vasodilatador y doble antiagregación con leve mejoría clínica, por lo que se decide su ingreso iniciando anticoagulación.

Durante su estancia hospitalaria permanece clínica y hemodinámicamente estable, asintomática para dolor torácico y sin vegetatismo, con controles de marcadores de daño miocárdico en descenso y ECG sin cambios. Durante su estancia en planta, presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a hipotensión y analítica con elevación de transaminasas y discreto empeoramiento de la función renal en contexto de vómitos, orientándose como probable cólico hepático, que mejora con tratamiento sintomático. Ante la mejoría clínica se decide alta a domicilio con recomendaciones:

- Paracetamol 1g/ 8 horas alternado con metamizol si persiste dolor.
- Evitar antiinflamatorios.
- AAS 150mg/ 24 horas.
- Atorvastatina 10mg 0-0-2.
- Ameride 5/50mg/ 24 horas.
- Bisoprolol 5mg ½-0- ½.
- Furosemida 40mg 1c/24 horas.
- Nitroderm 5mg parche.
- Cefinitrina sl si dolor anginoso.
- Orfidal 1mg 0-0-1.
- Serc 16mg 1-0-1.
- Amoxicilina-clavulánico 875/125mg sobres 1/ 8 horas.
- Control con cardiólogo de zona.
- Control de la función renal en un par de meses.
- Eco abdominal para estudio de cólico hepático.

VALORACIÓN POR NECESIDADES BÁSICAS

- **Oxigenación:** Disnea, tos y mucosidad, discretos edemas en ambas extremidades, dolor torácico, portadora de MCP, historia de Angor e IAM.

- **Nutrición:** No realiza correctamente dieta sin sal ni grasas, pérdida de piezas dentales, dentición descuidada. Nauseas y vómitos en el hospital.
- **Eliminación:** Utiliza pañal por pequeñas pérdidas de orina.
- **Movilización:** Autónoma para las actividades diarias, sólo precisa ayuda para la compra y limpieza del hogar. Baja escaleras sin ayuda.
- **Reposo y sueño:** Por lo general descanso correcto.
- **Vestirse y desvestirse:** Autónoma.
- **Termorregulación:** Afebril durante su estancia en el hospital.
- **Higiene:** Aspecto cuidado, normohidratada y normocoloreada. Presencia de manchas blancas alrededor de la boca y los ojos por vitíligo.
- **Seguridad:** Consciente y orientada. Hipoacusia bilateral. VPPB que alguna vez le ha causado problemas de mareos con caída casual en la calle. Vive sola en domicilio, en un segundo piso sin ascensor. Tiene cuidadora dos horas tres días a la semana para la realización de la limpieza y compra.
- **Comunicación:** Hipoacusia bilateral, no refiere aparato de audición externo. No tiene parientes cercanos, sólo las vecinas del inmueble. Refiere sentirse sola en muchas ocasiones.
- **Creencias y valores:** Verbaliza que no podrá aguantar mucho más tiempo sola en casa; con 90 años necesita de unos cuidados básicos. Cree en Dios, pero no va a la Iglesia, porque le queda muy lejos de su casa.
- **Realización personal:** Le gustaría estar acompañada, le desagrada vivir sola.
- **Recreo y actividades lúdicas:** Le gusta jugar al bingo en casa pero no tiene con quien.
- **Aprendizaje:** Conoce el diagnóstico y reconoce sintomatología cardíaca. Debido a la falta de agudeza visual, alguna vez que otra se ha confundido de pastilla. Reconoce que necesita ayuda.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

0204 Disnea r/c con deterioro intercambio gaseoso y m/ p taquipnea y taquicardia.

- NOC: Resultados

0403 Estado respiratorio: ventilación.

0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

0410 Estado respiratorio: permeabilidad vías respiratorias.

Indicadores:

040316 Dificultad respiratoria.

040211 Saturación de Oxígeno.

040206 Cianosis.

- NIC: Intervenciones

3350 Monitorización respiratoria.

3320 Oxigenoterapia.

3140 Manejo de las vías aéreas.

Actividades:

1. Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
2. Anotar la aparición, características y duración de la tos.
3. Administrar oxígeno suplementario.
4. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial si procede, estado de conciencia).
5. Colocar al paciente en posición fowler para disminuir la disnea.
6. Administrar broncodilatadores si procede.
7. Administrar tratamiento con aerosol si está indicado.

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos, complejidad del régimen terapéutico, m/p conductas no apropiadas o adaptivas y verbalizaciones de la propia paciente.

- NOC: Resultados

1061 Conducta de cumplimiento.

Indicadores:

160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.

160103 Comunica seguir la pauta prescrita.

160106 Modifica la pauta descrita por el profesional enfermero.

- NIC: Intervenciones

4360 Modificación de la conducta.

4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.

4350 Manejo de la conducta.

5510 Educación sanitaria.

6610 Identificación de riesgos.

Actividades:

1. Identificar la conducta que ha de cambiarse.
2. Refuerzos positivos en las conductas adecuadas.
3. Ayudar a identificar la fortaleza del paciente.
4. Identificar las estrategias más efectivas para el cambio de conducta con el paciente.
5. Establecer ayuda con otros profesionales sanitarios si procede. (asistente social, trabajador social).
6. Educar al paciente y al cuidador ocasional de las conductas a seguir.

00126 Conocimientos deficientes r/c patología, tratamiento y conductas adaptativas y m/p manifestaciones objetivas de incumplimiento.

- NOC: Resultados

1813 Conocimiento: Régimen terapéutico.

Indicadores:

181305 Descripción de la dieta prescrita.

181306 Descripción de la medicación prescrita.

- NIC: Intervenciones

5602 Enseñanza proceso de enfermedad.

5618 Enseñanza procedimiento o tratamiento.

Actividades:

1. Evaluar nivel de conocimientos.
2. Describir los signos y síntomas de la enfermedad.
3. Informar al cuidador habitual del proceso de enfermedad de la paciente.
4. Describir las posibles complicaciones.
5. Instruir al paciente sobre los signos y síntomas por los que debe acudir al servicio de urgencias.
6. Entregar informe de recomendaciones al alta.

00155 Riesgo de caídas r/c edad avanzada, dificultad auditiva/ visual, VPPB, historias de caídas.

- NOC: Resultados

1909 Conducta de prevención de caídas.

Indicadores:

190917 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.

190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.

- NIC: Intervenciones

6490 Prevención de caídas.

6486 Manejo ambiental: Seguridad.

Actividades:

1. Identificar características del ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas (alfombras, suelos resbaladizos, camas con barandillas).
2. Proporcionar al paciente dispositivos de ayuda (bastón, caminador).
3. Colocar los objetos a su alcance.
4. Ofrecer ayuda en el aseo.
5. Registro de caídas si procede.
6. Proporcionar interconsulta a otorrino y oftalmología para revisión de hipoacusia y déficit de agudeza visual para prótesis auditiva si procede.
7. Revisar medicación que pudiera predisponer a las caídas y retirarlas si procede.

CONCLUSIONES

La utilización de unos planes de cuidados estandarizados de enfermería supone una herramienta muy útil para los profesionales de enfermería. Aportan una comunicación entre el paciente y los profesionales que favorecen una continuidad en los cuidados, ayudan a la formación profesional y establecen un dinamismo en nuestro quehacer diario. Contribuyen además a documentar la contribución enfermera al cuidado del paciente, facilitan la evaluación y mejora de los cuidados.

En la búsqueda de la excelencia enfermera, permiten definir nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2009–2011) Ed Elsevier: Madrid.
 - Carpenito L.J. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica 9ª ed. Madrid: McGraw–Hill Interamericana; 2002.
 - Alfaro–Lefvre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado con colaboración.5ª ed. Barcelona: Masson 2003.
 - Clasificación de Intervenciones de enfermería(NIC), Madrid España, 2006, Ed Elsevier.
 - Clasificación de Resultados de enfermería (NOC), Madrid España, 2006. Ed Elsevier.
 - Bueno H, Bardají A, Fernández–Ortiz, Marrugat J, Martí H, Heras M. Manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en España. Estudio Descartes. Rev Esp Cardiol. 2005; 58:242–50.
 - López Bescós L, Arós Borau F, Lidón Corbi RM, Cequier Fillat A, Bueno H, Alonso JJ, et al. Actualización (2002) de las guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/ infarto sin elevación del segmento ST. Rev Española de Cardiol 2002;55:631–42. Pubmed– Elsevier.
-