



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesina
Proceso de Enfermería en una Persona con Arritmia
“Disminución del Gasto Cardíaco”

Presenta:
LE. Sara Flores de la Merced

Para Obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería Cardiovascular

Junio 2015



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesina
Proceso de Enfermería en una Persona con arritmia
“Disminución del Gasto cardíaco”

Presenta:

LE. Sara Flores de la Merced

Director de Tesina:

MCE. Adriana Rosalía González Hernández

Para Obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería Cardiovascular

Junio 2015

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Presidente

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Secretario

MCE. María Concepción Hernández Cruz
Vocal

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Director de Tesina

MCE. María de la Luz P. Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arriola Morales
Secretaria de Investigación y
Estudios de Posgrado

Tabla de Contenido

	Página
Introducción	1
Proceso de Enfermería	
Historia Clínica de Enfermería	6
Registro de Diagnósticos de Enfermería	12
Plan de Cuidados	13
Ejecución y Evaluación del Enfermería del Cuidado	15
Primera Valoración Continua	22
Segunda Valoración Continua	35
Tercera Valoración Continua	48
Registro de Diagnósticos de Enfermería	51
Conclusión	58
Referencias	59
Apéndices	
A. Instrumento de Valoración	61
B. Consentimiento Informado	65
C. Folleto Descriptivo de DAI	66
D. Toma Correcta de la Presión Arterial	67
E. Rehabilitación Cardíaca	68

Introducción

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio total. Cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular, la mayoría ocurre en cardiopatía isquémica (aproximadamente el 90 %), en especial en pacientes con infarto agudo de miocardio (I.A.M.) y aneurisma que en muchas de la veces desencadenan arritmias ventriculares que contribuyen de manera muy importante en la morbi-mortalidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular de ellas las arritmias ventriculares del tipo de la taquicardia ventricular siendo la causa mayor de las muertes que se producen en la fase aguda de la isquemia según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010).

Se calcula que en el 2008 murieron por esta causa 17.3 millones de personas según la Organización Mundial de la Salud (2013).

La taquicardia ventricular se clasifica en monomorfa sostenida (TVMS) cuando los complejos son iguales en todas las derivaciones y su frecuencia es entre 100 y 250 latidos por minuto (lpm) y polimorfa cuando estos son irregulares y con eje cambiante.

La TVMS es una arritmia que presenta complejos QRS ensanchados (mayor a 0,14 segundos), de más de 30 segundos de duración y que requiere intervención inmediata. Provoca un síndrome de bajo volumen minuto conduciendo a un estado de choque, mal pronóstico que genera a fibrilación ventricular, siendo marcadores de un alto riesgo de muerte súbita, los síntomas dependen de la frecuencia de la arritmia, de su duración de la severidad cardiaca de base (Nava & Corona, 2009). Suele observarse en la zona de infarto formando cicatrices dispersas entre tejido sano que dan lugar a la formación de canales de conducción eléctrica preferenciales, así como a zonas de bloqueo de la conducción y/o conducción lenta en donde se producen circuitos de reentrada.

También puede ocurrir en corazones normales, la mayoría ocurre en cardiopatía isquémica. También se observa en miocardiopatías (dilatadas e hipertróficas) y valvulopatías, cardiopatías congénitas, desórdenes metabólicos y electrolíticos, toxicidad por drogas intoxicación digitalica, simpáticomiméticos, fenotiazinas, anestésicos halogenados, antidepresivos tricíclicos y la mayoría de las drogas antiarrítmicas. (Giniger & Gaston, 2014).

La TVMS, se produce sobre todo en el contexto de un infarto de miocardio (IM) cicatrizado y más extenso con una fracción de eyección (FEVI) más baja y puede aparecer en la fase subaguda o mucho después de que el paciente haya sufrido la lesión isquémica, la extensión de la necrosis miocárdica y el grado de disfunción del ventrículo izquierdo (VI) que son importantes factores que determinan el riesgo de arritmia tras un IM.

La incidencia global de la TVMS tras el IM se ha establecido clásicamente en alrededor de un 3-5%, pero se ha estimado que en los últimos años se ha reducido al 1% como consecuencia de los importantes avances realizados en el tratamiento del IM, que han conducido a unas cicatrices de infarto más pequeñas. Sin embargo, el riesgo en la población general se ha mantenido bastante estable y de hecho, podría estar aumentando como consecuencia de una mejora de la supervivencia tras el IM y de la posibilidad de aparición de TVMS años después del IM inicial, junto con el envejecimiento progresivo de la población (Begoña & Mark, 2012).

Hoy en día, el tratamiento inicial se encamina a la prevención de la muerte súbita, por lo que un número significativo de pacientes tiene o debiera ser portador de un desfibrilador automático implantable (DAI). Sin embargo, hay pacientes en quienes la TVMS puede ser estable o bien la fracción de eyección (FE) está conservada en los cuales pudiera utilizarse un tratamiento alternativo como la ablación con radiofrecuencia. En este rubro, los fármacos antiarrítmicos no son efectivos para la

prevención de muerte súbita y algunos de ellos, como los tipos insuficiencia cardiaca, se han relacionado con mayor mortalidad; su única utilidad radica en la disminución del número de eventos o de la frecuencia cardiaca durante la TVMS lo que la vuelve más tolerable. Por lo tanto, no deben utilizarse como única línea de tratamiento (Nava & Corona, 2009).

Sus manifestaciones electrocardiográficas y su repercusión clínica varía desde síntomas relativamente benignos (como palpitaciones) hasta deterioro hemodinámico, síncope y muerte súbita. El amplio espectro de la taquicardia ventricular la convierte en un cuadro de complejo diagnóstico y tratamiento, por lo que el paciente con esta arritmia requiere ser evaluado con sumo cuidado. (Zalmen, Mohammad & Masood, 2010).

El comportamiento actual de la salud cardiovascular demanda un cuidado especializado de enfermería, para fortalecer desde la promoción a la salud hasta la reinserción social de una persona con riesgo o daño cardiaco. Es por ello que se hace necesaria la intervención del especialista en enfermería cardiovascular a través de la metodología del proceso enfermero para generar beneficios en la práctica clínica, con un cuidado organizado y congruente con la situación de salud de la persona, por lo que es imprescindible que enfermería utilice dicha herramienta en su actuar diario del ejercicio profesional, para desarrollar un pensamiento crítico, a través de un análisis reflexivo en la toma de decisiones para ejecutar un cuidado veraz y oportuno.

El *proceso de enfermería* se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas *diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación*. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes ya que mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto de la situación de salud-enfermedad, lo que lleva a que se

construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

La *valoración* consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona. El *diagnóstico* consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

La *planeación* consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. La *ejecución* es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La última etapa es la *evaluación* entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe notar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente,

verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería, (Reina G, 2010).

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta eficaz para el profesional aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales. Actualmente se desarrollan estrategias de mejora en los cuidados, para establecer modelos de prácticas enfermera – paciente y garantizar la continuidad asistencial. Al implementar una metodología científica de trabajo –proceso enfermero– utilizando las taxonomías de los diagnósticos de enfermería de la asociación norteamericana (NANDA), la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) que oriente nuestra labor a una visión integral del usuario. La enfermería, como otras muchas profesiones tiene la constante necesidad de adaptarse a los nuevos tiempos, creando planes de cuidados integrados a las nuevas situaciones actuales (Puntunet, 2011).

El presente trabajo denota la vital importancia de implementar el proceso enfermero como un instrumento fundamental para el desarrollo de la práctica profesional de la enfermera especialista en cardiología, y así lograr atender la demanda de un contexto individual con enfermedad cardiovascular, así mismo contribuyó en mi crecimiento académico como profesional en enfermería.

Historia Clínica de Enfermería

Fecha: 11 de Febrero de 2014 Servicio: Urgencias Choque de la Unidad
Coronaria

I. Datos de identificación

S.G.M, paciente masculino de 57 años de edad, casado con secundaria concluida, de ocupación albañil, profesa la religión católica.

Casa habitación

Habita en casa de mampostería con todos los servicios públicos, que se ubica en la ciudad de México Distrito Federal

II. Datos ambientales

El paciente se encuentra en el servicio de urgencias, cubículo bien ventilado y alumbrado camilla con barandales y materiales de alta tecnología como monitor, electrocardiograma, desfibrilador tipo bifásico empotrado al carro rojo, tomas de oxígeno y de succión.

III. Datos Heredofamiliares

Madre fallecida por infarto y padre fallecido por complicaciones de cirrosis hepática, primer hermano con colocación de 2 estens en coronaria derecha hace 4 años, segundo hermano padece hipertensión arterial controlada.

VI. Datos Patológicos

Tabaquismo desde los 25 hasta 35 años de edad, consumiendo 2 cigarros al día, alcohol desde los 15 años de edad hasta la actualidad consumiendo cada 3 meses, llegando a la embriaguez. Retiro de quiste a sus 32 años sin especificar localización, hiperuricemia y diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial desde hace 8 años con desapego al tratamiento.

Padecimiento actual

Su padecimiento lo inicio el 7 de febrero de 2014 a las 21hrs; cuando presento disnea de reposo y paroxística nocturna además de ortopnea, palpitaciones rápidas rítmicas, y refirió distensión abdominal y vómito en tres ocasiones, por lo que acude con médico particular quien inicia tratamiento (no especifica), sin mejoría clínica. El día de 11 de febrero, acude al servicio de urgencias de la unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología de la ciudad de México a las 6:30 hrs; durante la valoración se presenta consciente, orientado, se inicia el interrogatorio y posteriormente refiere dificultad respiratoria, inmediatamente se traslada al área de choque, se monitoriza con los siguientes signos vitales: Frecuencia Cardíaca (FC): 189 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria (FR): 26 respiraciones por minuto, Presión arterial (TA): 85/50mmHg, temperatura (T°) 36 °C, y a la monitorización electrocardiográfica se observó ritmo de taquicardia ventricular de QRS ancho, refirió mareo, se observó con diaforesis. Se le diagnostica taquicardia ventricular monomorfa sostenida, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y enfermedad renal crónica.

VII. Valoración por Patrones Funcionales de la Salud (valoración en el momento de la urgencia cardíaca)

Patrón Percepción-Manejo de Salud

El paciente menciona que si cuidaba su salud, pues había estado bien a pesar de padecer diabetes mellitus aunque reconoce que a veces con desapego a su tratamiento.

Patrón Nutricional-Metabólico

Su peso actual es de 92 kg y mide 1.78 cm y un índice de masa corporal (IMC) de 29, por lo tanto presenta sobre peso, se deja en ayuno hasta nueva orden.

Patrón Eliminación

El paciente refirió retención urinaria y dificultad para evacuar.

Patrón Sueño-Descanso

Se observó somnoliento y al interrogatorio refirió que desde hace 3 días no ha conciliado el sueño por lo tanto se siente muy cansado

Patrón Actividad-Ejercicio

Paciente que se encuentra desorientado presentando cambios hemodinámicos, FC:194 lpm, FR:14 rpm TA: 50/35mmHg, T:35.9°C y SatO2 78% mediante oximetría de pulso, se apoya con oxígeno con puntas nasales a 8 litros por minuto y mejora la SatO2 al 89% se mantiene con taquicardia ventricular monomorfa por lo que se indicó cardioversión farmacológica con amiodarona 150 mg en bolo intravenosa (IV) no reversible, por tal motivo se decide continuar con cardioversión eléctrica con 200 julios (j) revierte a ritmo sinusal, posteriormente se inicia infusión de amiodarona 750mg IV en 250 mililitros de solución cloruro de sodio al 0.9% para pasar a dosis respuesta. Mejora su estabilidad hemodinámica con los siguientes signos vitales: FC: 100 latidos por minuto (lpm), FR: 20 por minuto, TA: 100/60 mmHg, T°:36°C, SaO2: 89%. Por indicación médica se trasladó a la unidad coronaria hospitalización para su vigilancia estricta.

Continuación de la Valoración por Patrones Funcionales de la Salud en la Unidad Coronaria.

Patrón Cognitivo-Perceptual

El paciente refirió querer ser positivo pues antes de su padecimiento él se consideraba que sobrellevaba bien su vida. Además argumenta no tener ánimo de platicar pues son tantas cosas que tiene que pensar

Patrón Autopercepción-Auto concepto

Se encontró confundido y temeroso, el paciente expresó no sentirse capaz de comprender lo que le está pasando sin tener idea de cómo le cambiará su vida, comento no tener conocimiento de su enfermedad.

Patrón Rol-Relaciones

El paciente refiere tener una buena relación con su esposa y sus 2 hijas basada en comunicación, comenta contar con amigos y sus hermanos que siempre están al pendiente de su salud.

Patrón Sexualidad-Reproducción

Patrón no valorado.

Patrón Adaptación-Tolerancia al Estrés:

Se observó nervioso y estresado, refiere miedo ante la necesidad de recibir otra cardioversión ya que los médicos le informaron la posibilidad de repetir el procedimiento.

Patrón Valores y Creencias:

Es católico y refiere tratar de tener fe para salir de este estado y que su vida la deja en manos de Dios.

XI. Exploración Física: 40minutos después de la cardioversión eléctrica.

Cabeza: neurológicamente orientado en sus tres esferas, cráneo normo céfalo, con simetría facial, pupilas isométricas y normoreactivas, conductos auditivos externos permeables, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada con ausencia de dos piezas dentales inferiores (canino e incisivo derecho) con adecuada coloración de la piel y tegumentos.

Cuello simétrico al cráneo, a la palpación con presencia de ingurgitación yugular, pulso carotídeos presentes de buena intensidad, no se palpa tiroides ni adenomegalias.

Tórax normolíneo, simétrico con movimientos respiratorios aumentados, observando retracción de arcos costales. Campos pulmonares con estertores apicales crepitantes.

Área precordial sin levantamiento paraesternal, con choque del ápex palpable en el 5to espacio intercostal y línea medio clavicular izquierdo, FC: 100 lpm, se auscultan ruidos cardíacos rítmicos pero disminuidos en tono e intensidad.

Abdomen, globoso por panículo adiposo, con peristalsis presente, no se palpa visceromegalias. Genitales fenotípicamente masculinos, presencia de sonda vesical tipo Foley 14 Frenh (Fr) a derivación con gasto urinario de 2.0 ml/Kg/hr. La orina se observó de características macroscópicas normales de color amarillo ámbar. La eliminación intestinal con sensación de evacuar pero sin deposiciones hasta el momento.

Extremidades simétricas, eutróficas con fuerza muscular no adecuada grado 4/5 Daniels, TA: 130/60mmHg, llenado capilar 3segundos y temperatura 35.6°C, pulsos distales presentes y de adecuada amplitud en las 4 extremidades, se aprecia catéter largo percutáneo 7 Fr miembro superior derecho, vena radial permeable en óptimas condiciones de asepsia.

X. Exámenes de Laboratorio y Gabinete

Química Sanguínea

Glucosa (Gluc):241mg/dl, Nitrógeno ureico sanguíneo (BUN):41mg/dl, Creatinina (Creat): 2.1mg/dl.

Enzimas Cardiacas

Aspartato amino transferasa (AST): 44 U/L, deshidrogenasa láctica (DHL): 677UI/L, Creatin fosfokinasa total (CKT): 116U/L.

Electrolitos Séricos

Sodio (Na):135 mEq/L, Potasio (K):4.7 mEq/L, Cloro (Cl): 100 mEq/L.

Tiempos de Coagulación

International Normalized ratio (INR): 1.17, Tiempo de protrombina (TP): 30segundos, Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa): 32segundos.

Citometría Hemática

Hemoglobina (Hb): 13.6g/dl, Hematocrito (HTO): 40.1%, Volumen corpuscular medio (MVC): 87 L, Leucocitos (Leuc).

Electrocardiograma (EKG) de Ingreso: Ritmo taquicardia ventricular, FC: 194 lpm, onda P no valorable, QRS 160 milisegundos, QT 502 milisegundos, QT complejos con imagen de bloqueo de rama derecha del Haz de Hiz.

EKG pos-aplicación de amiodarona: ritmo sinusal, taquicardia ventricular monomorfa sostenida, FC: 136 lpm, onda P no valorable, QRS 180 milisegundos, QT imagen de bloqueo de rama derecha de haz de Hiz.

EKG pos-cardioversión eléctrica: con 200 J, ritmo: sinusal, onda P .5 milivoltios, 80 milisegundos, morfología en V1, PR 120 milisegundos, QRS 120 milisegundos, onda T isoeletrica en AVF y DII, Negativa en DIII, isoeletrica en V6, QRS en DII, DIII y AVF, Onda Q en V6 y V5.

XI. Tratamiento Farmacológico

Amiodarona 150mg intravenoso en bolo dosis única, Ácido Acetil Salicílico 300mg vía oral dosis única, Propanolol 25mg vía oral dosis única, Furosemida 40mg intravenosa (IV) dosis única, inicia Cloruro de Sodio 0.9% 500cc IV para mantener vena permeable.

Glucosa preprandial con corrección con el siguiente esquema de insulina de acción rápida IV: 180-200mg/dl 2UI, 201- 250mg/dl 4UI, 251-300mg/dl 6UI, 300-350mg/dl 8UI.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 4. Actividad y Ejercicio

Clase: 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar

Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco

Relacionado con: alteración del ritmo cardíaco, alteración de la frecuencia cardíaca, alteración de la precarga y poscarga.

Evidenciado por: Taquicardia, cambios en el ECG, arritmias, fatiga, piel fría y sudorosa, disnea, cambios del color de la piel y variaciones en la lectura de la presión.

Dominio: 4. Actividad y Ejercicio

Clase: 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la ventilación espontanea

Relacionado con: Fatiga de los músculos respiratorios.

Evidenciado por: Disnea, aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la saturación de oxígeno.

Dominio: 4. Actividad y Ejercicio

Clase: 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar

Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad.

Relacionado con: Debilidad generalizada y desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.

Evidenciado Por: Informes verbales de fatiga y debilidad, cambios electrocardiográficos indicadores de arritmia.

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 11-02-14

Servicio/ Contexto: Urgencias Choque Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio:4, Actividad y Ejercicio Clase: 4, Respuesta cardiovascular/Pulmonares	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica Clase: Cardiopulmonar				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Disminución del gasto cardiaco. Relacionado con: Alteración del ritmo cardiaco, alteración de la frecuencia cardiaca. Evidenciado por: Taquicardia, cambios en el EKG, arritmias.	<i>Efectividad de la bomba cardiaca</i>	Presión sanguínea sistólica (2) Frecuencia Cardiaca (1) Tolerancia de la actividad (2) Gasto urinario (3) Disnea (2)	1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido	Sustancialmente comprometido (2)	<i>Mantener a:</i> (2) <i>Aumentar a:</i> (3)

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase N: Control de la perfusión tisular Intervención. Cuidados cardiacos Actividades: • Tomar nota de los signos y síntomas significativos de la disminución del gasto cardiaco. • Observar signos vitales con frecuencia. • Disponer de la terapia antiarrítmica según la política del hospital (cardioversión o desfibrilación). • Promover la disminución del estrés. • Proporcionar comodidad y un ambiente favorable para mantener la comunicación con el paciente • Vigilar signos vitales con horario.	• Monitorizar al paciente. • Colocar sonda vesical para el control de uresis. • Verificar coloración de la piel. • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (control pulsos periféricos, edema, llenado capilar y temperatura). • Monitorizar estado cardiovascular tomando electrocardiogramas, monitor las 24hrs. • Vigilar disritmias si fuese el caso. • Preguntar al paciente si existen otras molestias.

Nombre de la enfermera: L.E. Sara Flores de la Merced

Fecha: 11-02-14

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Disminución del gasto cardiaco. Relacionado con: Alteración del ritmo cardiaco, alteración de la frecuencia cardiaca. Evidenciado por: Taquicardia, cambios en el EKG, arritmias

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Urgencias choqueFecha: 11/02/14 Hora: 10:30 hrs.

Intervenciones Realizadas	Evaluación
1. Intervención. Cuidados cardiacos Actividades: • Se valoró el estado hemodinámico del paciente y se colocó monitorización electrocardiográfica. • De acuerdo con la política de hospital, primero se administró terapia antiarrítmica con cardioversión farmacológica con amiodarona 150 mg IV en bolo. • Se continuó con cardioversión eléctrica con 200 julios, posteriormente se inició infusión de amiodarona 750mg IV en 250mililitros de solución cloruro de sodio al 0.9% para pasar a dosis respuesta. • Se proporcionó un ambiente favorable y comodidad al paciente que favoreció la comunicación. • Se comenta al siguiente turno la continuidad de los cuidados cardiacos.	Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Se observó cambio del trazo eléctrico a ritmo sinusal y el paciente se encontró estable.

Nombre de la Enfermera: L. E. Sara Flores de la MercedFecha: 11/02/14

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 11-02-14

Servicio/ Contexto: Urgencias Choque Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio:4 Actividad y ejercicio Clase: 4 respuesta cardiovasculares/ Pulmonares	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: Salud fisiológica Clase: Cardiopulmonar				
Deterioro de la ventilación espontanea. Relacionado con: Fatiga de los músculos respiratorios. Evidenciado por: Disnea, aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la saturación de oxígeno.	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	Estado respiratorio intercambio gaseoso	Facilidad de respiración(2) Somnolencia (3) Disnea en Reposo (2) Saturación de oxígeno (1) Equilibrio entre ventilación y perfusión (2)	1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: (2) Aumentar a: (3)

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase K: Control respiratorio 1. Intervención. Oxigenoterapia Actividades: • Administrar oxígeno suplementario según órdenes de la institución. • Oxigenoterapia. • Controlar la eficacia (Gasometría arterial). • Proporcionar oxígeno durante los traslados. • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Administrar diuréticos prescritos si procede.	• Vigilar la dosis de oxígeno. • Vigilar constantemente estado general del paciente. • Monitorizar al paciente (oxímetro). • Mantener al paciente en posición que facilite la oxigenación. • Mantener al paciente en reposo verificando que movimientos le provocan fatiga. • Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
Nombre de la enfermera: <u>L.E. Sara Flores de la Merced</u>	Fecha: <u>11-02-14</u>

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Deterioro de la ventilación espontánea. Relacionado con: Fatiga de los músculos respiratorios Evidenciado por: Disnea, fatiga, aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la saturación de oxígeno, expresa dificultad para respirar.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Urgencias choqueFecha: 11/02/14 Hora: 10:00 hrs.

Intervenciones Realizadas
1. Intervención. Oxigenoterapia Intervención de la unidad de urgencias: • Se administró oxígeno suplementario mediante catéter nasal a 8 litros por minuto. • Se monitorizó saturación de oxígeno mediante oximetría de pulso. • Se vigiló la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Se tomó gasometría arterial. • Se administró diurético por vía intravenosa. • Se mantuvo al paciente en reposo y posición semifowler.

Nombre de la Enfermera L.E. Sara Flores de la Merced

Evaluación
Puntuación basal: (2) Puntuación diana: (3) Puntuación final: (3) Comentarios: El paciente manifestó menor dificultad respiratoria mejorando la saturación de oxígeno, con un registro del 87%.

Fecha: 11-02-14

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 11-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Hospitalización Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa sostenida

Dominio: 4, Actividad y Ejercicio Clase: 4, Respuesta Cardiovascular/Pulmonares Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: 4 Salud Fisiológica Clase: 4 Cardiopulmonar				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Intolerancia a la actividad Relacionado con: Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, debilidad generalizada. Evidenciado por: Frecuencia cardiaca anormal, expresa fatiga, arritmias, expresa debilidad.	Tolerancia de la actividad.	Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad, (2) Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad (2) Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad, (3) Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad (1) Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad (1)	1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: (2) Aumentar a: (3)

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento el funcionamiento físico. Clase: A Control de actividad y ejercicio, intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía. 1. Intervención. Manejo de la energía. Actividades: • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (Taquicardia, disnea, presiones hemodinámicas y frecuencias respiratorias). • Favorecer el reposo /limitación de actividades. • Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas.	• Favorecer movimientos solo en la cama si procede. • Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar. • Controlar la presión sanguínea mientras el paciente este sentado, acostado o de pie. • Informar a familiares y paciente sobre los cambios relacionados a la actividad física.

Nombre de la Enfermera: L.E. Sara Flores de la Merced

Fecha: 11-02-14

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Intolerancia a la actividad Relacionado con: Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, debilidad generalizada. Evidenciado por: Frecuencia cardíaca expresa fatiga, arritmias expresa debilidad.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Unidad CoronariaFecha: 11/02/14 Hora: 11:00 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención. Manejo de la energía. Actividades: • Se indicó reposo absoluto. • Se vigiló el estado hemodinámico del paciente a través de la toma y registro de signos vitales horarios. • Se limitó la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Los familiares de mantuvieron informados sobre el estado de salud del paciente.

Nombre de la enfermera: L.E. Sara Flores de la MercedFecha: 11-02-14

Primera Valoración Continua

Fecha: 12 de Febrero de 2014 Servicio/Contexto: Unidad Coronaria

Patrón Percepción de Salud-Manejo de Salud:

El paciente refirió desconocimiento de su padecimiento y de su manejo por lo que el día de hoy a las 2:30 horas presentó nuevamente taquicardia ventricular sostenida la cual corrigieron cardiovirtiendo eléctricamente logrando su estabilidad hemodinámica.

El paciente se observó inquieto, preocupado y con facies de tristeza.

Patrón nutricional-metabólico.

La dieta indicada para el paciente es de 1800 kcal para diabético.

Patrón Adaptación Tolerancia al Estrés

A la toma de los signos vitales, se apreció nervioso, y con ansiedad al pensar la larga estancia en el hospital, se mantiene preocupado por su familia, pero principalmente de su esposa que hasta ahora no abandona el hospital por estar pendiente de él, además de que le preocupa su estado económico ya que es el principal proveedor de su casa.

Patrón Actividad y Ejercicio

Permanece con nebulizador continuo al 21% de oxígeno que corresponde de acuerdo a la institución a la segunda fase de apoyo respiratorio, con indicación estricta de reposo absoluto, signos vitales TA: 101/59mmHg, PAM: 69, SatO₂: 94%, FR: 21 por minuto, FC: 74 lpm, PVC: 13 cmH₂O.

Patrón Sueño Descanso

Se observó con facies de cansancio y manifestó no conciliar el sueño por lo que no ha descansado.

Patrón de Eliminación

La eliminación urinaria es a través de sonda vesical tipo Foley numero 14 Fr, con 600ml durante 5 hrs (diuresis horaria de 1.3 ml/kg/hr), de características macroscópicas de orina concentrada, el paciente refiere que hace 3 días no defeca refiriendo malestar abdominal y dolor.

IX. Exploración Física:

Cabeza: Paciente consciente orientado, con adecuada coloración de piel y tegumentos pupilas isometrías y normoreactivas.

Tórax. Se observó dermoabrasión por quemadura posterior a cardioversión eléctrica en 6to espacio intercostal de la línea media clavicular izquierda, refirió ardor y dolor. Los campos pulmonares bien ventilados, sin agregados. Área precordial sin levantamiento paraesternal, con choque del ápex palpable en el 5to espacio intercostal se auscultan ruidos cardiacos.

Abdomen con peristalsis presente y dolor a la palpación

Genitales con presencia de sonda vesical tipo Foley no. 14Fr.

Extremidades eutróficas con fuerza y tono conservados, simétricos, coloración adecuada, llenado capilar de 3 segundos y temperatura 35.6°C, pulsos distales presentes y de adecuada amplitud en las 4 extremidades, se aprecia en miembro superior derecho catéter largo percutáneo 7 Fr permeable en óptimas condiciones de asepsia.

X. Estudios de Laboratorio y Gabinete:

Gasometría arterial

PH: 7.35, paCO₂: 39.9 mmHg, SatO₂: 89%, Na: 108 mmol/L, K: 4.9 mmol/L, Ca: 0.54 mmol/L, Glucosa: 93 mg/dL, Lactato 1.1 mmol/L, Htco: 40%.

Química Sanguínea

Glucosa: 159 mg/dL, Creatinina 1.9 mg/dL, Nitrógeno ureico: 47 mg/dL.

Electrolíticos séricos K: 3.4meq/L, Na: 1.37meq/L.

EKG de 12 derivaciones en el cual se observa ritmo sinusal y bloqueo de rama derecha.

XI. Tratamiento Farmacológico

Solución cloruro de sodio al 0.9% de 250cc + 40mEq de cloruro de potasio a 20ml/hr.

Solución cloruro de sodio al 0.9% de 250cc + 25.000UI de heparina para pasar a 8ml/hr.

Amiodarona 200mg intravenosa cada 8 horas, Ácido acetil salicílico 100 mg vía oral cada 24 horas, Propranolol 25 mg vía oral cada 8 horas, Furosemide 20 mg intravenosa cada 12 horas, Captopril 12.5 mg vía oral cada 8 horas, Atorvastatina 80mg vía oral cada 24 hrs, Plantago de ovata 3.5 cc vía oral cada 24 horas.

Toma de glucosa capilar preprandial con el siguiente esquema de insulina de acción rápida vía subcutánea:

180 – 200 mg/dl=2UI, 201 – 250 mg/dl=4UI, 251-300mg/dl =6UI, 300- 350mg/dl=8UI

Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 10

Clase: 2 Integridad tisular

Diagnóstico de Enfermería 1: Deterioro de la integridad cutánea

Relacionado con: Factores mecánicos (cardioversión).

Evidencia por: Alteración de superficie de la piel.

Dominio: 4 Actividad y Reposo.

Clase: 4 Sueño/Reposo

Diagnóstico de Enfermería 2: Insomnio.

Relacionado con: Factores del entorno no familiar, temor, estrés, malestar físico y ansiedad.

Evidenciado por: El paciente informa de dificultad para la conciliación del sueño, el paciente informa disminución de su estado de salud, el paciente informa insatisfacción con el sueño

Dominio: 3 eliminación e intercambio.

Clase: 2 Función gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería 3: Estreñimiento.

Relacionado con: Hábitos de defecación irregulares, actividad física insuficiente, cambios ambientales reciente

Evidencia por: Dolor abdominal, disminución de la frecuencia, distensión abdominal.

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 12-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 10 Integridad tisular Clase: 2 Salud fisiológica	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular piel y membranas				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Deterioro de la integridad cutánea. Relacionado con: Factores mecánicos (cardioversión). Evidenciado por: Alteración de la superficie de la piel.	Recuperación de la quemadura	Temperatura de la piel (2)	Gravemente Comprometido (1)	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: (2)
		Sensibilidad (2)	Sustancialmente Comprometido(2)		
		Integridad de la piel (2)	Moderadamente Comprometido(3)	Sustancialmente comprometido (2)	Aumentar a: (3)
		Lesiones cutáneas (2)	Levemente Comprometido(4)		
		Hidratación (3)	No Comprometido(5)		

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: 2 Fisiológico Clase I: Control de la Piel/heridas Intervención: Cuidados de las heridas Actividades: • Lavar la quemadura continuamente si procede. • Evaluar la herida examinando su profundidad, localización, dolor, extensión, agente causal, granulación y signos de infección. • Aplicar agentes tópicos si procede. • Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.	• Colocar un apósito sin comprimir. • Hidratar el área afectada si procede. • Recomendar métodos para proteger la parte afectada. • Proporcionar medidas de confort.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Deterioro de la integridad cutánea. Relacionado con: Factores mecánicos (cardioversión). Evidenciado por: Alteración de la superficie de la piel.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Unidad CoronariaFecha: 12/02/14 Hora: 11:00 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Cuidados de heridas/quemadura Actividades: • Se realizó curación de la quemadura con técnica de asepsia y antisepsia. • Se protegió la piel con gasa vaselinada. • Se administraron analgésicos para el control del dolor. • Se evaluó la herida examinando su profundidad, localización, dolor, extensión, agente causal. • Se proporcionaron medidas de confort al paciente evitando roce del sitio de la quemadura con la ropa hospitalaria.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: El paciente manifestó disminución del dolor manteniéndolo en vigilancia constante.

Nombre de la enfermera: LE. Sara Flores de la MercedFecha: 12-02-2014

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 12-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase: 4 Sueño/Reposo Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud Percibida (V) Clase: Salud y calidad de vida (U)				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Insomnio. Relacionado con: El paciente informa dificultad para la conciliación del sueño. Evidenciado por: Factores del entorno no familiar, temor, estrés malestar físico	Estado de salud personal	Nivel de movilidad (3)	Gravemente Comprometido (1)	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: (2)
		Nivel de confort (2)	Sustancialmente Comprometido(2)		
		Capacidad para expresar emociones (2)	Moderadamente Comprometido(3)		Aumentar a: (3)
		Función gastrointestinal (1)	Levemente Comprometido(4)		
		Función cardiaca (2)	No Comprometido(5)		

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: 3 conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles 2. Intervención: Distracción Actividades: • Animar al paciente a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación etc. • Fomentar la participación de la familia y los seres queridos, enseñarles si resulta oportuno • Buscar actividades con los familiares para que ellos tuvieran ideas de como relajar al paciente al a pasar a visitarlo	Campo: 3 conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles 2. Intervención: Terapia de relajación simple Actividades: • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles musicoterapia meditación, respiración rítmica • Detectar el nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas ocurrentes que afecten a la relajación. • Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación • Invitar al paciente exprese sus temores o dudas

Nombre de la Enfermera: LE. Sara Flores de la Merced

Fecha: 12-02-14

Ejecución y Evaluación de Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Insomnio. Relacionado con: Factores del entorno no familiar, temor estrés, malestar físico y ansiedad. Evidenciado por: El paciente informa de dificultad para la conciliación del sueño.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Unidad CoronariaFecha: 12/02/14 Hora: 11:00 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Mejorar el sueño Actividades: • Se facilitó y se explicó a su familia que en cada visita procuraran conversaciones agradables y distractoras. • Se administró analgésicos. • Se le explicó al paciente la importancia de relajación sin comprometer esfuerzo físico exagerado. • Se recomendaron las actividades de lectura.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Facilitar actividades y mejorar los diagnósticos antes mencionados ayudo a mejorar la calidad de sueño del paciente

Nombre de la enfermera: LE. Sara Flores de la MercedFecha: 12-02-2014

Intervenciones (NIC)
Campo: 1 Fisiológico Básico Clase: B control de la eliminación 1. Intervención. Manejo intestinal. Actividades: • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contra indicado. • Consultar con el medico acerca del aumento del peristaltismo. • Instruir al paciente/ familia sobre la ingesta de Fibra si procede.

Nombre de la Enfermera: LE. Sara Flores de la Merced

Intervenciones (NIC)
• Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede. • Consultar al departamento de nutrición para instruir al paciente y familia sobre los cambios en la dieta. • Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes. • Enseñar al paciente o a la familia los procesos digestivos normales.

Fecha: 12-02-14

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Estreñimiento. Relacionado con: Hábitos de defecación irregulares, actividad física insuficiente, cambios ambientales recientes. Evidenciado por: Dolor abdominal, disminución de la frecuencia, distensión abdominal

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Unidad CoronariaFecha: 12/02/14 Hora: 11:00 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Actividades: • Se vigiló durante el turno signos y síntomas • Se administró laxante vía oral. • Se indicó dieta para diabético rica en líquidos y fibra. • Se midió perímetro abdominal para vigilar distensión abdominal. • Se indicó reposo relativo con cambios frecuentes de posición.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Se logró facilitar sus evacuaciones.

Nombre de la enfermera: LE. Sara Flores de la MercedFecha: 12-02-14

Segunda Valoración Continua

Fecha: 14 de Febrero de 2014 Servicio/Contexto: Unidad Coronaria

Patrón Percepción de Salud-Manejo de Salud

El día de hoy a las 8:00 hrs se programó pasar al servicio de hemodinámica para realizar coronariografía diagnóstica y así evaluar el estado del paciente, manifestó sentirse preocupado por el costo del estudio ya que no cuenta con dinero además de que su esposa tendrá que tomar el papel de proveedor.

Patrón Nutricional Metabólico

La dieta indicada para el paciente es de 1800kcal para diabético. Glicemia capilar de 202mg/dl

Patrón de Eliminación

La uresis es a través de sonda vesical tipo Foley no. 18 Fr y la orina se observó de coloración concentrada.

Patrón Actividad y Ejercicio

Al regreso de hemodinámica el paciente se encontró en reposo absoluto y refirió sentirse incomodo por la inmovilización del miembro inferior derecho además de presentar dolor en el mismo. Se encuentra en segunda fase de apoyo respiratorio con nebulizador continuo al 21% y a la toma de signos vitales se encontró con las siguientes cifras: TA: 95/59 mmHg, con una media de: 69 mmHg, SatO₂: 90 %, FR: 24, FC: 70, PVC: 9.10.

Patrón Sueño Descanso

Manifiesta cansancio e incomodidad y refirió que no puede descansar.

Patrón Adaptación Tolerancia al Estrés

Al Sr. S.M.G le estresó el tiempo que tardará la inmovilización y manifestó desesperación de enfrentar el hecho de que su esposa será la jefa de familia argumentando no tener la mínima idea de cómo enfrentarse a todo este cambio.

IX. Exploración Física:

Cabeza: Paciente consciente orientado, con adecuada coloración de tegumentos, cráneo normo céfalo, simetría facial pupilas isometrías y normoreactivas, conductos auditivos externos permeables, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada; cuello simétrico a la palpación el pulso carotideo: 99 lpm de buena intensidad, no se palpa tiroides ni adenomegalias,

Tórax normolíneo. FC: 101lpm; campos pulmonares bien ventilados, sin agregados. Área precordial sin levantamiento paraesternal, con choque del ápex palpable en el 5to espacio intercostal se auscultan ruidos cardiacos los cuales se aprecian sin presencia de posible soplo.

Abdomen globoso por panículo adiposo, sin dolor a la palpación, peristalsis presente y no se palpa visceromegalias.

Genitales fenotípicamente masculinos, presencia de sonda vesical tipo Foley no. 14Fr, orina de características macroscópicas normales.

Extremidades eutróficas, dolor en miembro inferior derecho, presenta introductor de catéter 18 Fr a nivel inguinal en arteria femoral, coloración adecuada, llenado capilar 2 segundos y temperatura 35.6°C, pulsos distales presentes y de adecuada amplitud en las 4 extremidades. Se aprecia en miembro superior derecho catéter largo percutáneo 7 Fr permeable en óptimas condiciones de asepsia.

X. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Electrolitos Séricos

K: 3.4meq/L, Na: 1.37meq/L.

Química Sanguínea

Glucosa: 159 mg, Creatinina: 1.9mg/dL, Nitrógeno ureico: 47mg/dl.

Tiempo de coagulación (TCA)

INR: 231. Tiempo de protrombina: 15.1, hemoglobina: 15.0.

Resultado de Coronariografía

La nota médica de hemodinámica describe lo siguiente: arteria circunfleja segmento proximal con lesión de aneurisma de 20mm, la circunfleja posterior se encuentra lesión difusa, concéntrica. Coronaria derecha con segmento proximal con oclusión total crónica, que recanaliza por microcanales. Demostraron enfermedad coronaria trivascular al parecer no susceptible de intervención así como disfunción ventricular izquierda FEVI 20%.

Dosis de radiación: 1218.87 mgy

Administración de medio de contraste no iónico 70ml, heparina 25,000 unidades internacionales (UI).

XI. Tratamiento Farmacológico

Infusión de cloruro de sodio 0.9% de 250cc + 40mEq de cloruro de potasio.

Cloruro de sodio 0.9% de 250cc + 25,000UI de heparina.

Amiodarona 200 mg por vía IV c/8hrs, Ácido acetil Salicílico 100mg por VO c/24hrs, Propranolol 25mg por VO c/8 hrs, Furosemida 20mg por IV c/8hrs, Captopril 12.5mg VO c/8hrs, Atorvastatina 80mg VO c/24hrs, Senósidos AB 3.5cc VO c/24hrs, Ketorolaco 30mg IV por razón necesaria (PRN).

Se administraron 4UI de insulina de acción rápida vía subcutánea de acuerdo al esquema de glucosa capilar preprandial: 180-200mg/dl=2UI, 201-250mg/dl=4UI, 251-300mg/dl=6UI, 300-350mg/dl=8UI.

EKG

Se observó ritmo sinusal, complejos QRS con imagen de bloqueo de rama derecha.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 12 Confort.

Clase: 1 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería 3: Dolor agudo

Relacionado con: Agentes lesivos físicos.

Evidenciado por: Informe verbal de dolor, conducta expresiva (inquietud, irritabilidad), observación de evidencias de dolor.

Dominio: 4 Actividad/ Reposo

Clase: 4 Respuesta cardiovascular /pulmonar

Diagnóstico de Enfermería 1: Riesgo de sangrado

Relacionado con: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (retiro de introductor arterial y administración de heparina), conocimientos deficientes.

Dominio: 7 Rol/ Relaciones.

Clase: 2 Relaciones Familiares.

Diagnóstico de Enfermería 2: Interrupción de los procesos familiares

Relacionado con: Cambios en los patrones.

Evidenciado por: Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, cambio de los roles de la familia, modificación de las finanzas familiares, crisis situacional, cambio de poder de los miembros de la familia.

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 14-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 11:Salud Fisiológica Clase: Conducta	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Dolor agudo Relacionado con: Agentes lesivos físicos. Evidenciado por: Informe verbal de dolor, conducta expresiva (inquietud, irritabilidad), observación de evidencias de dolor.	Control del dolor	Reconoce el comienzo del dolor(3)	Nunca demostrado (1)	Raramente demostrado (2)	Mantener a: (2)
		Refiere cambios en los síntomas incontrolables(2)	Raramente demostrado(2)		
		Reconoce factores causales(1)	A veces demostrado (3)		
		Reconoce síntomas al personal asociados del dolor(3)	Frecuentemente demostrado (4)		
		Refiere dolor controlado(3)	Siempre demostrado (5)		Aumentar a: (4)

Intervenciones (NIC)
Campo: 1 Fisiológico / Básico Clase E: Fomento de la comodidad física Actividades: Control del dolor. • Vigilar la aparición de signos y síntomas del dolor. • Consultar con el medico sobre el aumento del dolor. • Evitar colocar al paciente en una posición que aumente el dolor. • Fomentar el uso de analgésicos. • Instruir al paciente/ familia sobre lo que a su paciente le está pasando. • Enseñar al paciente a identificar el nivel de dolor de acuerdo a la Escala de Valoración Análoga (EVA). • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Explorar con el paciente los factores que alivian y empeoran el dolor, utilizando compresas frías si aplica.

Nombre de la Enfermera: LE. Sara Flores de la Merced

Fecha: 14-02-14

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Dolor agudo Relacionado con: Informe verbal de dolor, conducta expresiva (inquietud, irritabilidad) Evidenciado por: Agentes lesivos físicos.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Unidad CoronariaFecha: 14-02-14 Hora: 13:30 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención : Control del dolor • Se retiró introductor en el área de Unidad Coronaria • Se vigilaron signos del dolor. • Se administró analgésico por vía intravenosa. • Se le informó al médico tratante sobre el estado físico paciente. • Se brindaron cambios de posición para mejorar el malestar no comprometiendo la inmovilidad del miembro pélvico derecho.

Evaluación
Puntuación Basal: (2)
Puntuación Diana: (4)
Puntuación Final: (4)
Comentario: Refirió mejoría con las intervenciones mencionadas.

Nombre de la Enfermera: LE. Sara Flores de la MercedFecha: 14-02-2014

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 14-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 4 Actividad/ Reposo Clase: 4 Respuesta cardiovascular /pulmonar Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica (11) Clase: Cardiopulmonar (E)				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de sangrado Relacionado con: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (retiro de introductor arterial y administración de heparina) conocimientos deficientes.	Coagulación sanguínea	Tiempo de coagulación activada (2)	Desviación del rango normal (1)	Desviación moderadamente del rango normal (3)	Mantener a: (3)
		Sangrado (2)	Desviación sustancial del rango normal (2)		
		Formación de coagulo (3)	Desviación moderadamente del rango normal (3)		Aumentar a: (4)
		Hemoglobina (5)	Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)		

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: 1 Fisiológico / Básico Clase C: Control de la movilidad Intervención: Cambio de posición Actividades: • Proporcionar un colchón firme. • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si está indicado. • Evitar colocar al paciente en una posición que aumente el dolor. • Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión si resulta apropiado.	• Vigilar tiempos de coagulación por laboratorios si procede. • Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente. • Colocar en la posición terapéutica específica. • Vigilar drenajes o posibles sangrados. • Colocar la luz de llamada al alcance del paciente.

Nombre: L.E. Sara Flores de la Merced

Fecha: 14/02/2014

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: <u>S.G.M</u>
Riesgo de sangrado Relacionado con: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (retiro de introductor arterial y administración de heparina) conocimientos deficientes.	Edad: <u>57 años</u> Servicio/Contexto: <u>Unidad Coronaria</u>
	Fecha: <u>14/02/14</u> Hora: <u>12:30 hrs</u>

Intervenciones Realizadas	Evaluación
Intervención: Cambios de posición Actividades: - Se proporcionó un colchón firme. - Se inmovilizo y se apoyó la parte corporal afectada, - Se tomaron tiempos de coagulación. - Se evitó colocar al paciente en una posición que aumente el dolor. - Se le invito a externar dudas y miedos para explicarle la inmovilización. - Se explicó que el mantener inmóvil el miembro pélvico derecho evitaría el riesgo de sangrado.	Puntuación basal: (3) Puntuación diana: (4) Puntuación final: (4) Comentario: Se evitó el sangrado de la parte afectada y el paciente logro un autocuidado.

Nombre de la enfermera: <u>L.E. Sara Flores de Merced</u>	Fecha: <u>14-02-2014</u>
---	--------------------------

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la persona: S.G.M Edad: 57 años Fecha de ingreso: 14-02-14

Servicio/ Contexto: Unidad Coronaria Diagnóstico médico: Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 4 Rol/ Relaciones Clase: 2 Relaciones Familiares	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Creencias sobre la salud (8)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Interrupción de los procesos familiares Relacionado con: Cambios en los patrones. Evidenciado por: Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, cambio de los roles de la familia, modificación de las finanzas familiares, crisis situacional, cambio de poder de los miembros de la familia.	Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	Percepción de que la conducta sobre la salud no es demasiada compleja (2) Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable(2) Confianza en la experiencia pasada con la conducta sobre la salud(1) Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud(1) Confianza relacionada con experiencias observadas (2)	Inadecuada (1) Ligeramente inadecuado (2) Moderadamente adecuado (3) Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado (5)	Ligeramente inadecuado (2)	Mantener a: (2) Aumentar a: (4)

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Nivel: 1 Familia Clase: X Cuidados de la vida Intervención: Mantenimiento en procesos familiares. Actividades • Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación. • Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente. • Incluir pláticas donde externen dudas sobre la enfermedad del paciente o tratamiento. • Determinar los procesos familiares típicos.	• Identificar las necesidades de cuidado que serán en casa al momento de alta. • Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes en la institución para la familia. • Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación o terapia psicológica familiar.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Interrupción de los procesos familiares Relacionado con: Cambios en los patrones. Evidenciado por: Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, cambio de los roles de la familia, modificación de las finanzas familiares, crisis situacional, cambio de poder de los miembros de la familia.

Nombre: S.G.M

Edad: 57 años Servicio/Contexto: 2° Piso Unidad Coronaria

Fecha: 14/02/14 Hora: 12:30 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Mantenimiento en procesos familiares. Actividades: • Se explicó a la familia la situación por la que el paciente está pasando de la importancia de estar más unidos. • Se buscaron estrategias de normalización de su situación. Como invitar a más familiares a integrarse para apoyo emocional y cuidados en el hospital. • Se enseñó la familia técnica de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente. • Se buscó apoyo Psicológico en la institución.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Se logró reunir a nuevos miembros de la familia y con la organización por parte de psicología se les invitó a pláticas generales de pacientes con cuidados cardiacos en la institución y los familiares argumentaron un apoyo satisfactorio.

Nombre de la Enfermera: L.E. Sara Flores de la Merced

Fecha: 14-02-2014

Tercera Valoración Continua

Fecha: 17 de Febrero de 2014 Servicio/Contexto: Cardiología adulto

Patrón Percepción de Salud-Manejo de Salud

El Sr. S.G.M se encuentra en hospitalización y comenta que ya se siente más tranquilo y más cómodo aunque le preocupa su situación manifestando que hasta hace unos días su familia dependía de él y ahora su cuidado depende más que nunca de ellos, se siente una carga para su esposa y refiere no saber cómo conseguir el dispositivo que le proporcionara mejorar o por lo menos aumentar el periodo de su vida. Actualmente con tratamiento anti isquémico y anti arrítmicos, hasta ahora no presentado taquicardia ventricular sostenida.

Patrón Nutricional Metabólico

Se mantiene con dieta para diabético, abundantes líquidos.

Patrón Actividad y Ejercicio

Se indicó deambulación, sin embargo refiere tener miedo y cansancio al esfuerzo que realiza; además el personal de enfermería le ha informado que en casa tendrá que ser asistido por sus familiares, solo verbaliza no saber cómo planear sus actividades.

Patrón Adaptación Tolerancia al Estrés

Demuestra preocupación por la situación en que se encuentra y trata de asimilarlo, poniéndose de acuerdo con sus familiares en cómo no afectar las actividades de todos y a si no preocuparse demasiado.

Sus familiares refieren que lo ven muy preocupado que a partir del informe médico en el que explicaron sobre los riesgos de su padecimiento y restricción de sus actividades diarias, demostró preocupación, no sabe cuánto le afectara de aquí en adelante pues además le han informado del alta hospitalaria y refieren sus familiares que

en cuanto obtenga el hospital un donante de DAI se comunicaran con él y le calculan que aproximadamente será por el mes de Julio de 2014, dicho anterior no saben muy bien cómo funciona ni cómo serán los cuidados en casa.

IX. Exploración Física:

Cabeza: El paciente se encontró neurológicamente íntegro, en sus tres esferas cognitivas, es cooperador al interrogatorio, con adecuada coloración de piel y tegumentos cráneo normo céfalo, simetría facial pupilas isometrías y normoreactivas, conductos auditivos externos permeables, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada.

Cuello simétrico presencia a la palpación de pulsos carotídeos de buena intensidad 85 latidos por minuto, no se palpa tiroides ni adenomegalias.

Tórax normolíneo. Campos pulmonares bien ventilados, sin agregados, FR: 23 por minuto, SaO₂: 91% con puntas nasales a 2 lpm. Ruidos cardíacos sin soplos.

Abdomen globoso por panículo adiposo, peristalsis presente y no se palpa visceromegalias.

Extremidades eutróficas sin edema con tono y fuerza muscular disminuida, coloración adecuada, llenado capilar 2 segundos, pulsos distales presentes y de adecuada amplitud en las 4 extremidades, TA: 110/70mg/dl temperatura 36.7°C. Se observa canalización en dorsal de la mano izquierda con catéter tipo Insyte número 18. Permeable y con ausencia de datos de infección.

Valoración por electrofisiología:

Refieren que estudios complementarios demostraron enfermedad coronaria trivascular al parecer no susceptible de intervención así como disfunción ventricular izquierda FEVI 20%. Se considera candidato para desfibrilador automático implantable (DAI).

X. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Se toma EKG de 12 derivaciones en el cual se observa Ritmo sinusal, onda P: 8 segundos, QRS ancho, T isoeleétrica en AVF, DII y negativa en DIII.

Indicaciones para la Prealta Hospitalaria:

Oxigeno por razón necesaria en casa

Amiodarona 200 mg vía oral cada 8 horas, Ácido acetyl salicílico 100 mg vía oral cada 24 horas, Furosemide 20 mg vía oral cada 8 horas, Captopril 12.5 mg vía oral cada 8 horas, Atorvastatina 80 mg vía oral cada 24 horas, Senósidos AB 3.5mg vía oral cada 24 horas, Carvedidol 3.125 mg vía oral cada 24 horas, Espirolactona 25 mg vía oral cada 24 horas.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Diagnóstico de Enfermería 2: Riesgo de intolerancia a la actividad.

Relacionado con: Antecedentes de la intolerancia previa, presencia de problemas cardiacos, deterioro del estado físico, presencia de problemas de circulación.

Dominio: 5 Percepción/ Cognición.

Clase: 4 Cognición

Diagnóstico de Enfermería 3: Conocimientos deficientes

Relacionado con: Verbalización del problema.

Evidenciado por: Falta de exposición, mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener información.

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la
persona:

S.G.M

Edad: 57 años

Fecha:

17-02-14

Servicio/
Contexto:

Cardiología adulto

Diagnóstico
médico:

Taquicardia Ventricular Monomorfa Sostenida

Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 4 cardiovascular/pulmonar Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud Clase: Q Conducta de salud				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de intolerancia a la actividad. Relacionado con: Antecedentes de la intolerancia previa, presencia de problemas cardiacos, deterioro del estado físico, presencia de problemas de circulación.	Autocontrol de la enfermedad cardiaca	Acepta el diagnóstico del proveedor de cuidados de salud (3)	Nunca demostrado (1)	A veces demostrado (3)	Mantener a: (3)
		Observa el inicio de los síntomas (2)	Raramente demostrado(2)		
		Controla la presión arterial (4)	A veces demostrado (3)		
		Busca información sobre métodos para mantener la salud (2)	Frecuentemente demostrado (4)		
		Observa la gravedad de los síntomas (5)	Siempre demostrado (5)		Aumentar a: (4)

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo:2 Fisiológico Clase N: Control de la perfusión tisular 1. Intervención: Cuidados cardiacos, rehabilitación Actividades: • Comprobar la intolerancia del paciente a la actividad. • Mantener el programa de la deambulación, según tolere. • Instruir al paciente y familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre adquisición. • Instruir al paciente y familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardiacos dieta y ejercicios si procede. • Instruir al paciente y familia acerca del acceso a los servicios de urgencias disponibles en la comunidad. • Instruir al paciente acerca de la importancia del seguimiento de los cuidados en el hogar.	• Instruir al paciente para que evite los cambios bruscos de posición sobre todo la posición supina. • Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (aislar las actividades y permitir periodos de reposo) si procede. • Investigar en la unidad de rehabilitación cardiaca de la institución si se puede inscribir para su rehabilitación.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de intolerancia a la actividad Relacionado con: Antecedentes de la intolerancia previa, presencia de problemas cardíacos, deterioro del estado físico, presencia de problemas de circulación.

Nombre: S.G.M

Edad: 57 años Servicio/Contexto: Cardiología adulto

Fecha: 17/02/14 Hora: 14:30 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Cuidados cardíacos, rehabilitación
Actividades:
• Se les informó a los familiares sobre las recomendaciones de la restricción de actividades de alto impacto. • Se recomendó el reposo y la asistencia por los familiares en casa. • Se enseñó a los familiares la técnica correcta para la toma de la presión arterial y el manejo de la oxigenoterapia en casa. • Se dio énfasis en la continuidad y apego del tratamiento farmacológico así como evitar su abandono.

Evaluación
Puntuación basal: (3)
Puntuación diana: (4)
Puntuación final: (4)
Comentario: Con orientación educativa y la ayuda de trípticos tanto familia como el paciente lograron un cambio notorio en la organización de asistir al paciente y se comprobó la técnica correcta de toma de presión arterial por 2 familiares esposa y su hija, también se consiguió alquilar un tanque de oxígeno para tener de reserva en casa y se orientó la forma de utilizarlo.

Nombre de la Enfermera: LE. Sara Flores de la Merced

Fecha: 17-02-14

Intervenciones (NIC)	Intervenciones (NIC)
Campo: Sistema sanitario Clase B: Control de la información 2. Intervención: Intercambio de la información de cuidados de la salud Actividades: • Identificar al cuidador con el que se intercambia la información y el lugar donde se encuentra. • Informar de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales. • Describir el historial de salud del paciente pertinente. • Determinar los diagnósticos médico y de cuidados resueltos si procede. • Describir el plan de cuidados, incluyendo la dieta, las mediciones y el ejercicio. • Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.	• Identificar el equipo y el material necesario para los cuidados. • Planificar sesiones educativas que proporciona la institución a familiares de pacientes cardiacos. • Resumir los progresos del paciente en las metas fijadas. • Determinar la fecha de alta o traslado por anticipado. • Otorgar información sobre que es el DAI.

Nombre de la enfermera: L.E. Sara Flores de la Merced

Fecha: 17-02-2014

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Conocimientos deficientes Relacionado con: Falta de exposición, mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener información. Evidenciado por: Verbalización del problema.

Nombre: S.G.MEdad: 57 años Servicio/Contexto: Cardiología adultoFecha: 17/02/14 Hora: 15:30 hrs.

Intervenciones Realizadas
Intervención: Intercambio de la información de cuidado de la salud Actividades: • Se identificó al cuidador principal y se le explico al resto de la familia la información que tenía por parte del personal sanitario y de buscar apoyo con otros profesionales, como nutrición, psicología, endocrinología. • Se le informó al paciente y familia del diagnóstico médico y cuidados actuales. • Se determinaron los diagnósticos y los cuidados resueltos y actividades en casa. • Se describió el plan de cuidados dando a conocer la importancia del porqué todos los habitantes de casa deben participar y así aumentar los conocimientos • Se proporcionó información sobre el DAI.

Evaluación
Puntuación Basal: (2) Puntuación Diana: (3) Puntuación Final: (3) Comentario: Se logró un conocimiento más extenso sobre el estado de salud del paciente tanto para el paciente como los familiares, se logró antes del alta visitar a los diferentes grupos de apoyo para el paciente cardiaco. Egresó el paciente con información sobre el DAI.

Nombre de la Enfermera: L.E. Sara Flores de la MercedFecha: 17-02-2014

Conclusión

La construcción del conocimiento científico del cuidado enfermero demanda un compromiso importante para mejorar la calidad de vida de la sociedad, es relevante que el profesional de enfermería fundamente el quehacer diario de su práctica, a través del proceso de enfermería.

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares denotan un importante riesgo para generar una alteración holística en la persona y su familia, por tal motivo el talento del especialista en enfermería cardiovascular se hace necesario para aplicar cuidado enfermero específico que trascienda en los servicios de salud.

El presente proceso de enfermería a través de la valoración por patrones funcionales de Gordon y en cada una de sus etapas favoreció el cuidado especializado en el señor SMG con HAS y con DMT2 no controladas, debido a la aplicación de un cuidado enfermero con pensamiento crítico y reflexivo, permite al especialista en enfermería cardiovascular ser el punto medular de referencia para el paciente cardiópata y su familia, si bien se lograron mantener indicadores de salud también se logró que identificarán la misión del profesional de enfermería en la sociedad.

El profesional de enfermería debe continuar con la aplicación del proceso enfermero significado de las acciones que le permitan evaluar e innovar los patrones del conocimiento para enriquecer su práctica del cuidado científico.

Referencias

- Begoña, B., & Mark, J. (2012). Taquicardia ventricular en la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*. Vol. 65, 39-55.
- Bulechek, G., & Butcher, H., & Mcloskey, J. (Barcelona 2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. España. ELSIEVER.
- Corona, A. (2009) Arritmias. *Revista Española de Cardiología*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=12&script=sci_artte
- Giniger, A. & Gastón, A, A. (2014) Taquicardia ventricular. Edit. Masson Manual de Cardiología y cirugía cardiovascular. pp 126-128.. Madrid España 3ª Ed.
- Herman, H., & Heath, C., & Lunney, M., & Scroggins, L., & Vassallo, B. (Barcelona, 2010). NANDA Intrnational DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. España. ELSEVIER.
- Instituto Nacional de estadística, Geografía e informática (INEGI), 2010, pp 29-39. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/contenidos/estadísticas/20corazon09.asp0>
- Moorhead, S., & Johnson, M., & Mass, M., & Swanson, E. (2009) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. Barcelona España. ELSIEVER.
- Nava, S. & Corona, A, (2009). Tratamiento intervencionista de las taquicardias ventriculares monomorfas sostenidas. *Revista Archivos de Cardiología de México*. Vol. 79 P. p 3-9

Organización Mundial de la Salud (OMS),2013, pp 19-22 Recuperado de

2013.[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/Organización Mundial.
/\(2013\).](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/Organización%20Mundial.%(2013).)

Puntunet, M.L. (2011). Necesidades más comunes en pacientes cardiovasculares. Enfermería cardiológica. Circulación Boletín Cardiología. 12-15

Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico, (17) 18-23. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oaid=30421294003>

Zalmen, M. & Masood, A. (2010) Taquicardia Ventricular. Congreso de cardiología científico, Buenos Aires- Argentina, pp 1-9. Recuperado de

<http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/aresp/cursoesp/clase9/clase91.htm>

Apéndice A

Instrumento de valoración



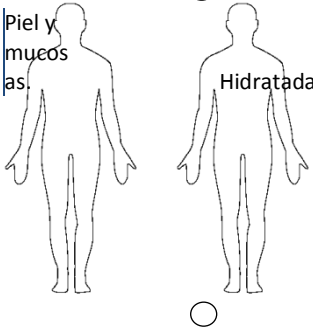
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Fecha de valoración: _____		Lugar de valoración: _____	
Nombre: _____		Ocupación: _____	Residencia: _____
Edad: _____	Estado Civil: _____	Escolaridad: _____	Religión: _____
I. PERCEPCIÓN DE SALUD MANEJO DE SALUD			
Diagnóstico médico actual: _____		Diagnóstico de ingreso: _____	
Tratamiento actual. _____			
MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORARIO
Tranfusiones anteriores: ☐ Sí ☐ No Hace cuánto tiempo: _____			
Presencia de factores de riesgo cardiovascular: ☐ Sí ☐ No Cuáles. _____			
Alergias ☐ Sí ☐ No Cuáles. _____			
Accesos vasculares. ☐ Sí ☐ No Especificar. _____			
Toxicomanías. _____			
HÁBITOS	ANTECEDENTES PATOLOGICOS	ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS	
TABAQUISMO			
ALCOHOLISMO			
CAFEÍNA			
OTROS			

II. NUTRICIONAL METABÓLICO																							
Talla actual.		Peso actual.		Peso al ingreso.		IMC																	
Dieta actual.		Suplementos alimenticios.		☒ Sí ☐ No		Cuál.																	
Problemas de deglución		☐ Sí ☐ No		Ingesta de líquidos en 24 horas.																			
Protesis y/o sondas.		☐ Sí ☐ No		Especificar.																			
		Escamas ☐ Secas ☐ a ☐ Pálida <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%;"> <tr><td>HM</td><td>Hematoma</td></tr> <tr><td>HX</td><td>Herida Quirúrgica</td></tr> <tr><td>U</td><td>Úlcera especificar grado</td></tr> <tr><td>FX</td><td>Fractura</td></tr> <tr><td>QM</td><td>Quemadura</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								HM	Hematoma	HX	Herida Quirúrgica	U	Úlcera especificar grado	FX	Fractura	QM	Quemadura				
HM	Hematoma																						
HX	Herida Quirúrgica																						
U	Úlcera especificar grado																						
FX	Fractura																						
QM	Quemadura																						
Temperatura.		Eutermia		☐ Hipertermia		☒ Hipotermia																	
III. ELIMINACIÓN																							
Uresis.		☒ Anuria ☐ Oliguria ☐ Disuria ☐ Poliuria		Características.																			
Incontinencia.		☐ Sí ☐ No		Diuréticos.		☒ Sí ☐ No		Hemodiálisis															
Tipo de eliminación urinaria.		☐ Espontánea ☒ Sonda ☒ Diálisis		☒ Sí																			
Eliminación intestinal.		☐ Normal ☐ Diarrea ☒ Estreñimiento		Características.																			
Incontinencia.		☒ Sí ☐ No		Uso de laxantes.		☐ Sí ☐ No		Hemodiálisis															
IV. ACTIVIDAD Y EJERCICIO																							
FR.		SO ₂		Gasometría		☐ Sí ☐ No		Especificar.															
Respiración.		☐ Eupnea.		☐ Disnea.		☒ Polipnea		☒ Bradipnea.															
Fases de ventilación.		☐ 1ra ☐ 2da ☒ 3ra		Ventilación mecánica.		☒ Sí ☐ No		Flujo															
Parametros.		VC		FiO ₂		PEEP		Presión															
Ruidos pulmonares.		Ejercicios respiratorios.																					
Secreciones.		☐ Sí ☐ No		Tipo y características.		☐ No																	
Ejercicios respiratorios.		☐ No		Tipo.		☐ No																	

FC.	Presión arterial.	Sí	Características del pulso.
Llenado capilar.	Norm ☐ al ☐ Tardío		Localización.

IV. ACTIVIDAD Y EJERCICIO			
Cianosis.	No ☐ Periférica ☐ Central ☐ Ingurgitación yugular.	☒ Sí ☐ No	
Hepatomegalia.	☐ Sí ☐ No	Edema ☒ No	Godete.

Dolor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Precordia l.	☒ Sí ☐ No
Marcapaso.	☐ Sí ☐ No											
Tiempo y motivo de uso.												
EKG Dx. _____ Ritmo _____												
Deambulació n.	Independient e. ☐ Asistid a. ☒ Inmovil. ☐											
Uso de dispositivos, _____												

V. COGNITIVO PERCEPTUAL											
Escala de Glasgow.											
APERTURA OCULAR				RESPUESTA MOTORA				RESPUESTA VERBAL			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Total											
Escala de Ramsey.											
1	Ansioso y/o agitado				4	Dormido, responde orden enérgica					
2	Colaborador, orientado.				5	Dormido, responde al dolor					
3	Dormido, responde orden verbal				6	Sin respuesta alguna					

VI. SUEÑO DESCANSO	
Horas de sueño.	Calidad de sueño.
Apoyo farmacológico.	☐ Sí ☐ No Especificar.

VII. AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO.	
Se siente capaz de manejar su enfermedad?	☐ Sí ☐ No Por qué?
Como se siente con respecto a la situación actual?	

VIII. ROL RELACIONES	
Parentesco del cuidador	

principal.			
Número de cuidadores del paciente.			
Cuenta con apoyo familiar.		☐ Sí ☐ No	Especifica r.
Impacto su economía la situación actual.		☐ Sí ☐ No	Por qué?
IX. SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN.			
Repercutió el padecimiento actual en su vida sexual		☒ Sí ☐ No	Por qué?
X. ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS			
Cómo maneja las situaciones difíciles en su vida?			
Cree que el estrés tuvo algo que ver con su padecimiento actual?		☐ Sí ☐ No	Por qué?
Apoyo farmacológico.		☐ Sí ☐ No	Especificar.
XI. VALORES Y CREENCIAS.			
Con base en sus creencias rechazaría algún procedimiento médico?		☐ Sí ☐ No	Por qué?
Que planes tiene al salir del hospital?			
OBSEVACIONES		LABORATORIOS	
RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN			

Apéndice B

Consentimiento Informado



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Puebla, Pué. A 11 de febrero del 2014

Yo _____ en pleno estado de conciencia y sin presión alguna autorizo a la LE. Sara Flores de la Merced, recabar información durante mi estancia hospitalaria en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” la cual podrá reunirla en el servicio de urgencias choque de la Unidad Coronaria y demás, unidades en las cuales me encontrare por mi enfermedad cardiaca, reconozco que la ya mencionada se presentó como estudiante del curso de Especialidad en Enfermería Cardiovascular de la Facultad de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Con la finalidad de la elaboración de un Proceso de Enfermería basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, para el cumplimiento de su productividad de la Práctica Hospitalaria.

Declaro que se me explicó de forma clara los requerimientos para la realización de dicho trabajo y acepto ofrecer la información necesaria, respetando mi identidad así como la de mis familiares.

Por ello ofrezco mi firma de autorización.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y firma del testigo

Apéndice C

Folleto descriptivo DAI



2013-2014

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

CARDIOVASCULAR

S. M. G

POTADOR DE DAI

18 DE FEBRERO 2014

DAI

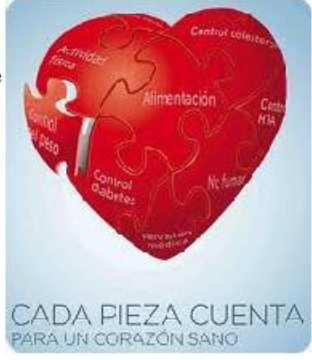
RESULTADOS

PRESIÓN ARTERIAL	120/60 MMHG
GLICEMIA CAPILAR	128 MG/DL
PESO	90 KG
TALLA	1.78 CM
IMC	29
ICC	.95
TEMPERATURA	36 °C

DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO

El desfibrilador Automático Implantable (DAI) es un dispositivo parecido al marcapasos que controla continuamente el ritmo cardíaco, si detecta un problema de ritmo, libera una serie de impulsos eléctricos indoloros para corregir el ritmo cardíaco.

Sea demostrado que estos dispositivos prolongan la supervivencia en quienes tienen riesgo de muerte súbita por un bajo gasto cardíaco.



CADA PIEZA CUENTA PARA UN CORAZÓN SANO

WWW.heartfailumatters.org/es_español

LA BATERÍA ¿CUÁNTO DURA?

LA BATERÍA SUELE DURAR ENTRE 5 Y 7 AÑOS ES IMPORTANTE QUE ESTA FICHA LA CONSERVE Y CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO MÉDICO O BI VA A VIAJAR.

¿DONDE SE PONE Y COMO SE COLOCA?

DAI se suele implantar con anestesia local, justo por debajo de la clavícula, con cable de electrodo que van al corazón. El procedimiento suele durar de 1 a dos horas.

La mayoría de las personas ya se levantan el mismo día y reanudan sus actividades normales en un plazo de 2 a cuatro semanas.

LIC. ENF. SARA FLORES DE LA MERCED

Nombre del estudiante responsable de la valoración

Apéndice D

Información educativa técnica correcta en la toma de la presión arterial



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería



Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tema: técnica de una correcta toma de presión

Hora	Servicio	Tema	Objetivo	Material didáctico
10:30	Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Presión Arterial(TA) Parámetros normales	• Aprender la toma correcta de la presión arterial. • Conocerán los diferentes brazaletes tamaños para la correcta toma de presión en casa.	Baumanómetro calibrado manual pediátrico, adulto Baumanómetro digital Estetoscopio pediátrico, adulto
11:00	Unidad coronaria	Evaluación de la toma correcta de la presión arterial.	• Practicar la técnica correcta de la presión arterial. • Revisar la información aclarando las dudas existentes.	Información Impresa Mesa redonda

Elaboró:

LE. Sara Flores de la Merced

Apéndice E

Información educativa rehabilitación cardiaca



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tema: Técnica de una correcta toma de presión

Hora	Servicio	Tema	Objetivo	Material didáctico
14:30	Unidad Cardiológica adulto	Rehabilitación cardiaca Parámetros normales	• Identificara datos de alarma dificultad respiratoria, palpitaciones, mareos	Información impresa Lluvia de ideas
15:00	Unidad Cardiológica adulto	Identificación de fármacos	• Se lograra un apego total en las indicaciones del tratamiento del paciente.	Información Impresa Mesa redonda

Elaboró:

LE. Sara Flores de la Merced