



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

Caso Clínico:

*Proceso Enfermero en un Paciente Postoperado de
Revascularización Miocárdica por Enfermedad Trivascular*

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:

LE. María Elizabet García Pérez

Noviembre, 2023.



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

Caso Clínico:

***Proceso Enfermero en un Paciente Postoperado de
Revascularización Miocárdica por Enfermedad Trivascular***

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:

LE. María Elizabet García Pérez

Director de Tesina:

ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Noviembre, 2023.

Tesina: Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente Postoperado de Revascularización
Miocárdica por Enfermedad Trivascular

Número de registro: SIEP/EECI/005

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Presidente

ME. Alejandro Torres Reyes
Secretario

MCE. María Luz de Ávila Arroyo
Vocal

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Contenido Temático

Contenido	Página
Capítulo I	7
1.2 Introducción	7
1.2 Marco de Referencia	11
1.3 Objetivo del Caso Clínico	15
Capitulo II	
2.1 Proceso de Enfermería	16
2.1.1 Valoración inicial	16
2.1.2 Entrevista por patrones funcionales	19
2.1.3 Valoración Céfalo-caudal	29
2.1.4 Resultados Auxiliares de Diagnostico	24
2.1.5 Identificación de patrones funcionales	29
2.1.6 Registro de diagnósticos de enfermería	30
3. Plan de Cuidados de Enfermería 1	34
3.1. Plan de Cuidados de Enfermería 2	36
3.2. Plan de Cuidados de Enfermería 3	38
4. Recomendaciones del Plan de Alta	40
5. Discusión	41
6. Conclusión	43
7. Referencias	44
8. Apéndices	48

A. Consentimiento Informado	43
B. Instrumento de Valoración	44
C. Índice de masa corporal	45
D. Escala de bristol	45
E. Escala de Daniels	46
F. escala de braden	46
G. Escala de eva	47
H. Escala newman	47

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres quienes siempre me han apoyado incondicionalmente para lograr todas mis metas personales y académicas. Ellos son quienes siempre me han animado con amor a perseguir mis objetivos y nunca rendirme ante la adversidad, también son quienes me brindaron apoyo material y económico para que nunca pudiera rendirme y concentrarme en mis estudios, sin ellos no habría podido llegar a la etapa que deseaba. gracias por su orientación y consejos.

Me gustaría agradecer a todos mis compañeros y docentes, muchos de ellos se convirtieron en mis amigos. Gracias por el tiempo que pasamos juntos, el trabajo que hicimos juntos y las historias que vivimos."

Dedicatoria

Dedico con todo cariño y amor mi tesina a mis padres A mis padres, por su amor incondicional y por creer en mí desde el primer día. Por sus sacrificios y su apoyo constante que han sido la clave de mi éxito.

A mi persona favorita que con su ayuda y consejos fueron de vital importancia para poder terminar una meta más.

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista intensivista
Fecha de Graduación	Noviembre 2023
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente Postoperado de Revascularización Miocárdica por Enfermedad Trivascular
Número de páginas	55
Área de Estudio	Enfermería Intensivista

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en todo el mundo y en México. La cirugía cardiovascular es una alternativa quirúrgica que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, en este proceso, el profesional de enfermería es de vital importancia para brindar una atención integral, que a través de sus intervenciones busca lograr una adecuada recuperación, para evitar e identificar posibles complicaciones. **Objetivo:** Aplicar un plan de cuidado por proceso de enfermería para un paciente post operado de revascularización miocárdica por enfermedad trivascular en una unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** Se utilizó como herramienta metodológica el Proceso Enfermero utilizando la Valoración en Enfermería de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon y las taxonomías de la NANDA, NIC y NOC. **Resultados:** En el caso clínico se identifican los s diagnósticos de enfermería Patrón respiratorio ineficaz, Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca y ansiedad. **Conclusión:** El rol que debe tener la enfermera especialista en cuidados intensivos es en otorgar un cuidado de calidad fundamentado en la evidencia científica de manera eficaz durante la detección, el tratamiento y en la recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria, para disminuir posibles complicaciones y/o daños irreversibles, aumentando la supervivencia y la calidad de vida posterior al egreso hospitalario.

Palabras Clave: Proceso de enfermería, revascularización, enfermedad trivascular, Cuidados de enfermería.

Firma del Director de Tesina: ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Capítulo I

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares representan hoy la primera causa de defunciones, entre ellas la cardiopatía isquémica y el infarto agudo de miocardio. A nivel mundial, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte con un porcentaje del 16%, subsecuente las enfermedades cerebrovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En América Latina y el Caribe representan el 31% del total de las defunciones. Estas enfermedades constituyen un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) reportó que existieron 116,002 defunciones por dicho padecimiento de tipo aterotrombótico además, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chaves (2021) declaró que en el periodo de enero a marzo 2021 las enfermedades isquémicas ocuparon el primer lugar en morbilidad y en segundo lugar en mortalidad.

En México, cerca de 220 mil personas fallecieron por enfermedades cardiovasculares en 2021, de las cuales 177 mil fueron por infarto al miocardio, que puede ser prevenible al evitar o controlar los factores de riesgo como el tabaquismo, presión arterial alta, colesterol elevado y diabetes no controlada (Secretaría de Salud, 2021).

En 2021 existieron cerca de un millón 100 mil defunciones por diferentes causas, de las cuales 220 mil fueron por enfermedades del corazón; de éstas, 78% correspondió a infartos del corazón o cardiopatía isquémica. Además, fallecieron alrededor de 30 mil

personas por hipertensión arterial; Otros como el infarto al miocardio y las enfermedades isquémicas aparecen después de los 65 años y afectan a tres cuartas partes del total de personas adultas mayores, aunque también se han encontrado casos entre los 30 y 35 años (Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2021).

Durante 2021 las enfermedades del corazón son la principal causa de defunciones en México, ya que de 1 millón 117 mil 167 fallecimientos de más de 45 años, 226 mil 703 fueron por causa de padecimientos como bloqueo parcial o total de las arterias, hipertensión, circulación pulmonar, y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas. El sector más vulnerable a las muertes por enfermedades del corazón son los adultos mayores (65 años y más), con un 75.75%. De estos, 54.73% son hombres y 45.26% mujeres. Veracruz, Puebla, Morelos, Guanajuato y la Ciudad de México son las entidades que ocupan los primeros lugares con un mayor índice de defunciones (INEGI, 2021).

El síndrome coronario agudo incluye un grupo de síntomas y signos atribuibles a una isquemia aguda del miocardio que obedece, generalmente, a la ruptura o la erosión de una placa de ateroma y a la consecuente formación de un trombo que obstruye, total o parcialmente, la arteria coronaria implicada (Kivimäk y Steptoe, 2018).

El síndrome coronario agudo es una consecuencia de múltiples factores, siendo uno de los de mayor prevalencia la aterosclerosis (placas de grasa en arterias) y se encuentra subclasificada dentro de las enfermedades cardiovasculares, entre los factores de riesgo para su desarrollo se encuentra el sedentarismo, alimentación inadecuada, diabetes, estrés, tabaquismo, hipertensión arterial (Martinez, Lastre y Cassiani, 2019).

El síndrome coronario agudo es la manifestación más severa de la cardiopatía isquémica, el cual incluye angina inestable, infarto agudo al miocardio sin elevación del

ST, y con elevación del segmento ST y a la enfermedad trivascular que este corresponde a una estenosis de más del 50% en tres o más arterias epicárdicas principales (Alfaro y Rodríguez; 2020).

Asimismo, se definió como enfermedad trivascular la presencia de lesiones coronarias con estenosis angiográfica de $\geq 70\%$ o \geq al 50%, en presencia de isquemia demostrada por algún método funcional (FFR, perfusión miocárdica o ecocardiograma con reto farmacológico) en las tres arterias coronarias principales (López et al., 2018).

Cuando existe alteraciones en las arterias del corazón, es necesario realizar un cateterismo para determinar los lugares exactos de dichas estrecheces u obstrucciones, es un procedimiento que consiste en pasar una guía metálica desde la arteria femoral hasta el corazón, e inyectar un contraste que permite ver la circulación de la sangre, algunas veces se puede restablecer el paso de sangre a través de las coronarias mediante la dilatación y colocación de stents durante el mismo cateterismo. Pero cuando no es posible se considera la cirugía de revascularización coronaria. El objetivo es llevar sangre con oxígeno a los territorios en riesgo saltando las obstrucciones. “Bypass” o “puente coronario”, significa que los nuevos conductos se unen a las coronarias dañadas más lejos del lugar de la obstrucción (Vidal et al., 2021).

La revascularización miocárdica quirúrgica ha sido estudiada en el tratamiento de la angina inestable como alternativa al tratamiento médico o como un medio terapéutico complementario al tratamiento médico. Sólo un estudio (el Veterans Administration Cooperative Study of Cardíaca Angina) ha comparado los resultados del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con angina inestable. El resultado mostró que a los dos años de seguimiento no se detectaban diferencias entre los dos grupos en términos de mortalidad o desarrollo de infarto.

El tratamiento consiste en antiagregantes plaquetarios, fármacos hipolipemiantes (p. ej., estatinas) y beta-bloqueantes, intervención coronaria por vía percutánea; en la trombosis aguda se usan fibrinolíticos y cirugía de revascularización miocárdica con el objetivo de reducir la carga de trabajo que soporta el miocardio disminuyendo la demanda de oxígeno y mejorando el flujo sanguíneo que circula por la arteria coronaria y, a largo plazo, a detener y revertir el proceso aterosclerótico (Sweis, 2022)

Marco de Referencia

El principal sustrato fisiopatológico de los SCA lo constituye la demanda de oxígeno miocárdico es decir, la disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio que desde un punto de vista estructural y funcional se ve afectado el libre flujo de sangre de una o más arterias coronarias epicardicas o de la microcirculación coronaria generalmente resultando aterosclerosis, que normalmente se precipita por una trombosis aguda inducida, rotura o erosión de una placa coronaria aterosclerótica, con o sin vasoconstricción concomitante, provocando una reducción brusca y critica del flujo sanguíneo (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

El síndrome coronario agudo (SCA) es una condición que abarca un espectro de trastornos cardíacos, desde la angina inestable hasta el infarto agudo de miocardio. La fisiopatología del SCA implica cambios en la circulación coronaria y el flujo sanguíneo al músculo cardíaco, generalmente está relacionado con la aterosclerosis coronaria, donde las arterias coronarias se estrechan debido al depósito de placas ateroscleróticas. - Las placas ateroscleróticas pueden ser vulnerables y propensas a la ruptura o erosión, desencadenando eventos trombóticos. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

La ruptura de placa y formación de trombo puede exponer el tejido subyacente al torrente sanguíneo, activando las plaquetas y el sistema de coagulación. - Se forma un trombo en respuesta a la activación plaquetaria ya la cascada de coagulación, lo que puede obstruir parcial o totalmente el flujo sanguíneo en la arteria coronaria.

En la isquemia miocárdica: la obstrucción del flujo sanguíneo resulta en isquemia, una disminución del suministro de oxígeno al músculo cardíaco. la isquemia inicial puede causar angina de pecho, pero si la obstrucción persiste, puede evolucionar hacia un infarto agudo de miocardio. La lesión y necrosis miocárdica: La isquemia prolongada

lleva a la lesión celular y, eventualmente, a la necrosis del tejido cardíaco, los marcadores cardíacos, como la troponina, se liberan al torrente sanguíneo debido a la necrosis, y su detección en pruebas de laboratorio confirma la presencia de un infarto agudo al miocardio y así se ve afectada una respuesta Inflamatoria en donde la ruptura de la placa aterosclerótica y la formación de trombos desencadenan una respuesta inflamatoria local. (Revista Española de Cardiología 2017)

La fisiopatología de la aterosclerosis es bien conocida; Las anomalías del metabolismo de los lípidos o el consumo excesivo de colesterol y grasas saturadas son importantes en las primeras etapas del proceso de aterosclerosis (especialmente si está asociado a una predisposición genética). (Thomas, 2022).

El primer paso es la formación monocitos ricos en lípidos (macrófagos) o acumulación subendotelial de lipoproteínas de baja densidad (LDL), especialmente LDL pequeñas y densas, que constituyen la mayor parte de los lípidos aterogénicos. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) tienen un efecto protector porque participan en la reversión del transporte de colesterol y en la eliminación del colesterol de las paredes de los vasos sanguíneos. Se desconoce el papel causal de otros lípidos, incluidos los triglicéridos. La LDL se oxida in situ, lo que dificulta la movilización y la citotoxicidad local. (Thomas, 2022).

Cabrales (2022) en su artículo menciona cuales son los de factores de mal pronóstico que se asocian en pacientes con cardiopatía isquémica intervenidos por revascularización percutánea, los cuales fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo e insuficiencia cardiaca asociados con significancia estadística de mayor mortalidad cardiaca y no cardiaca, así como eventos cardiovasculares al egreso hospitalario y en el seguimiento a 12 meses.

Jiménez (2022) realizó un estudio descriptivo objetivo de determinar prevalencia de cardiopatía isquémica en menores de 50 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, el cuál concluyo lo siguiente: el 14.2 por ciento de los pacientes ingresados, el 30.3 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 60 a 69 años, el 55.5 por ciento de los pacientes eran de sexo masculino, el 41.7 por ciento de los pacientes fueron diagnosticado con infarto agudo de Miocarditis, el 18.9 por ciento de los pacientes padecen entre 1 a 2 factores de riesgo, el 40.7 por ciento de los pacientes tuvieron una estadía entre 1 a 3 días, el 61.4 por ciento de los pacientes tuvieron una ventilación mecánica invasiva.

Hernández et al. (2022) determino los factores de riesgo más frecuentes del infarto del miocardio, en pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intermedia e Intensiva. Se constató una mayor incidencia en el sexo masculino en pacientes de 50-59 años de edad. La hipertensión fue el factor de riesgo que con mayor frecuencia se presentó, seguido por el tabaquismo. Hubo un alto porcentaje de casos que desconocían adecuadamente la enfermedad. Se debe hacer hincapié en la prevención de los factores de riesgo, sobre todo en el sexo masculino, con especial atención en aquellos de mayor asociación como el tabaquismo y la obesidad. Debe existir un mayor conocimiento acerca de la enfermedad desde la Atención Primaria de Salud.

Aguilar Ortiz, U. E. (2020). Realizo una investigación para determinar los factores de riesgo asociados a enfermedad coronaria triarterial o tronco de coronaria izquierda angiograficamente evaluable en el servicio de diagnóstico y terapia endovascular de la clínica Angloamericana, en el periodo 2012-2019 concluyendo que existe asociación estadísticamente significativa e independiente entre diabetes, antecedente familiar, obesidad y dislipidemia frente a enfermedad coronaria triarterial o tronco de coronaria

izquierda, en el servicio de diagnóstico y terapia endovascular de la clínica Angloamericana, el factor de riesgo no modificable es el antecedente familiar,

En un paciente postoperado de revascularización miocárdica es de vital importancia imprescindible realizar una monitorización avanzada, que se llevará a cabo en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aquí, se prestará especial atención a las complicaciones inmediatas más comunes como son: el sangrado de mediastino, disfunción pulmonar aguda, síndrome de bajo gasto, arritmias e insuficiencia renal aguda, para un abordaje terapéutico de acuerdo a las condiciones del paciente crítico.

Después de la cirugía cardíaca es de vital importancia iniciar rehabilitación. Para pacientes quirúrgicos, la rehabilitación se inicia inmediatamente después de la cirugía con el objetivo de facilitar el incremento de su estado funcional y psicológico. Una vez que llegan a la Unidad de Cuidados Intensivos se inicia la fisioterapia con movilización temprana para luego comenzar una rehabilitación tendiente a facilitar el incremento del estado funcional y psicológico del paciente que le permita la realización de las actividades básicas diarias. La rehabilitación cardíaca integral disminuye la mortalidad cardiovascular, los ingresos hospitalarios e incrementa la calidad de vida. Todas estas actividades se realizaran mediante un plan de cuidados para pacientes postoperados de revascularización miocárdica

Objetivo

Aplicar un plan de cuidado en enfermería para un paciente post operado de revascularización miocárdica por enfermedad trivascular en una unidad de cuidados intensivos.

Capítulo II

Proceso de Enfermería

I. Valoración Inicial

a. Datos Generales

Masculino de 64 años de edad, originario de Puebla, estado civil casado, nivel de escolaridad Licenciatura de profesión arquitecto, religión católica, grupo sanguíneo O+.

b. Observación del Entorno

Paciente que se encuentra en el servicio de terapia intensiva, cama 4, con barandales arriba, con equipo y mobiliario de la unidad, con adecuada iluminación, a temperatura ambiente, apoyo de oxígeno mediante mascarilla bolsa reservorio a 5 litros por minuto, con cardiomonitoreo continuo.

c. Datos Históricos

Antecedentes heredofamiliares carga genética para diabetes mellitus II de rama materna. Hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, tratado con losartan 50mg cada 24 horas, tabaquismo dos cigarrillos al día durante 10 años, sin antecedentes quirúrgicos previos, esquema de vacunación para COVID 2 dosis de AstraZeneca y anualmente vacunación contra influenza.

d. Datos Actuales

Inicia su padecimiento el día 10 de noviembre de 2022 al presentar dolor precordial, disnea, diaforesis, mareo y náuseas sin llegar al vómito, acude al área de urgencias. Con los exámenes auxiliares que le realizaron se diagnosticó con SICA tipo angina inestable de bajo riesgo GRACE 76 puntos/hipertensión arterial sistémica/ sobrepeso/ enfermedad trivascular. En el área de hospitalización se encontraba con indicaciones de: solución

salina 0.9% de 500 mililitros para 12 horas, Acidoacetilsalicilico 300 mg, media tableta VO cada 24 horas de por vida, Clopidogrel 75 mg vo cada 24 de por vida, atorvastatina 80mg vo cada 24 horas, enoxaparina 60mg subcutánea hasta egreso a domicilio. Egresada por mejoría clínica con diagnóstico de SICA tipo angina inestable de bajo riesgo GRACE 76 puntos/hipertensión arterial sistémica/ sobrepeso/ enfermedad trivascular.

El día 07 de diciembre pasa al servicio de quirófano para procedimiento de cirugía de revascularización miocárdica: AMII a DA, lecho bueno con placas, vsr a dp, lecho bueno con placas, primera y segunda om, no revascularizable por lecho muy delgado, hallazgos: cardiomegalia grado I, relación aortopulmonar 1.5:1 sin datos de infarto macroscópico, lecho bueno de la DA y DP. Marginales dos no revascularizables, arteria mamaria interna izquierda de buena calidad y vena safena interna izquierda de buena calidad, sangrado 1000 mililitros. Tiempo de circulación extracorpórea 85 minutos, tiempo de pinzamiento aórtico 60 minutos, saliendo de bomba al primer intento requiriendo de transfusión de tres concentrados eritrocitarios, con apoyo de vasopresor norepinefrina. 0.08 mcg/kg/min, se refiere supradesnivel en DII por lo cual se inicia manejo de nitroglicerina 5 mcg/min, ingresa a unidad de cuidados intensivos.

Paciente de edad similar a la cronológica, en decúbito dorsal, posición forzada con presencia de múltiples catéteres, catéter periférico no 16 en miembro torácico derecho, catéter venoso central tres lumen, línea arterial no. 20, bien conformado, complejidad endomórfica, sin movimientos anormales, marcha no valorable, sedado. Se inicia analgesia con buprenorfina a 15 mcg/kg/hr, manteniendo RAAS -3, CPOT 0, pupilas isométricas, normoreactivas. Ritmo sinusal, biomarcadores CK 274, CK-MB 35, por tendencia a la hipertensión se suspende infusión de norepinefrina, mantiene PAM de

80mmHg, con presencia de drenaje mediastinal con sangrado escaso, se indica bolos de fluidos y se continua con soporte de hemoderivados.

Paciente con ventilación mecánica asistiva VMI modo asistido por presión, con volumen de 250, PEEP 10cmH₂O, frecuencia respiratoria 12, FIO₂ 25%, SaO₂ 98%, ruidos respiratorios con adecuado murmullo vesicular, uresis 50 ml a su ingreso, en ayuno abdomen con peristalsis, sin irritación peritoneal. Sangrado de sonda mediastinal 150 ml las primeras dos horas. El día 08 de diciembre se encuentra con dieta blanda a progresiva de 2200kcal con líquidos a libre demanda, soluciones parenterales solución Hartmann 1000 ml para pasar a 40ml/hr, buprenorfina 600mcg en 100 ml de solución salina 0.9% a 4.1 ml/hr, levosimendán 12.5 mg en 250 ml de solución salina al 0.9% pasar a 8ml/hr (dosis respuesta).

Medicamentos: paracetamol 1gr cada 8 horas intravenoso, gluconato de calcio 1gr cada 8 horas intravenoso, ceftriaxona 1gr cada 8 horas intravenoso, enoxaparina 60mg cada 24 horas subcutánea, atorvastatina 80mg cada 24 horas via oral, acidoacetilsalicilico 150mg cada 24 horas via oral, clopidrogel 75mg cada 24 horas via oral.

Cuidados de enfermería: semifowler 30 grados con barandales arriba, cardiomonitorizacion, presión arterial media, electrocardiograma continuo, oximetría, línea arterial. Glucometría capilar cada 8 horas preprandrial con esquema de insulina de acción rápida intravenoso: control 80-150mg/dl, 151-180 mg/dl=4UI, 181-240 mg/dl=6UI, 241-300 mg/dl =8UI, mayor a 301 mg/dl o menor a 80 mg/dl reportar.

Riesgo moderado de caídas, aislamiento estándar, control térmico entre 36 grados y 37.9 grados centígrados, marcapasos epicardico: modo VVI, frecuencia cardiaca 60, sensibilidad 0.5, salida 6. Vigilancia de sonda mediastinal verificar permeabilidad, evitar

coágulos, succión continua a 20 mmHg. Mascarilla facial o canulas nasales en caso de saturación menos de 92%, sonda urinaria a derivación, cuantificación de gasto horario.

II. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón percepción-manejo de salud.

El paciente ARO refiere que el motivo por el cual ingreso o acudió al hospital fue porque en la mañana del día 10-11-22 al estar manejando comenzó a sentir dolor y opresión en el pecho, nauseas sin llegar al vomito, el paciente nunca había presentado episodios o síntomas anteriormente. Menciona antecedentes heredofamiliares carga genética para diabetes mellitus II de rama materna. hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, tratado con losartan 50mg cada 24 horas, el cual lleva cita mensualmente con su medico familiar, tabaquismo dos cigarros al día, el medico tratante le menciona su diagnostico Diagnostico SICA tipo angina inestable /hipertensión arterial sistémica/ sobrepeso/ enfermedad trivascular el cual es candidato para cirugía de revascularización miocárdica que ya le informo y le explico como llevaron acabo el procedimiento.

En cuanto a hábitos personales se baña y se cambio de ropa diario, aseo dental dos veces al día. Habita en casa propia con todos los servicios de urbanización, construida de materiales perdurables donde convive con 5 personas. Tiene un perro y dos gatos con vacunas y desparasitados. Ingesta de productos naturistas y/o herbolaria, acupuntura negados.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente ARO con somatometría de un peso de 95kg y talla 1.82 cm obteniendo un índice de masa corporal de 28.7 (**apéndice**) lo que indica que su peso está en la categoría de sobrepeso para adultos de su estatura. Hábitos dietéticos carnes rojas 3/7, pollo 3/7, pescado 1/7, frutas y verduras 3/7, realizando tres comidas al día; describe que su apetito es normal y no tiene ningún problema al comer sus alimentos. Cada visita con medina familiar le indican disminuir el consumo de sal y azúcares y procurar una dieta balanceada con consumo abundante de agua el refiere tomar un litro de agua al día, por que se le olvida tomar líquidos a menos que tenga sed.

3. Patrón eliminación.

Paciente portador de sonda vesical del número 16 French con fijación en cara externa del muslo izquierdo, globo insuflado a 5 cmH₂O con dos días de instalación con características color amarillo claro, gasto urinario de 24 horas de .5ml/kg/día. El día 08/12/22 presento oliguria en el turno matutino se le ministro furosemide 20mg intravenoso dosis única. Paciente que no evacua durante la estancia hospitalaria, menciona que en su hogar presenta evacuaciones 1 a 2 veces por día, mostrando escala de Bristol indicando en la imagen con consistencia entre número 3 y 4.

4. Patrón actividad- ejercicio.

El paciente ARO solo comenta que por momentos si el realiza pequeños esfuerzos tiene ligero dificultad para respirar, durante la estancia hospitalaria si realiza algún esfuerzo de más inicia con ligero dolor de pecho, disnea y taquicardia. En su vida cotidiana, solo sale a caminar con su perro al parque media hora a una hora al día, las

actividades que realiza en su tiempo libre es ver televisión, documentales, tomar siestas, prefiere descansar ya que su trabajo no le permite realizar más ejercicios o actividades.

Durante su estancia hospitalaria se encuentra con reposos absoluto en posición semifowler el cual necesita apoyo para realizar las actividades en su higiene personal, comer, vestir y movilización en cama. Actualmente con apoyo de oxígeno suplementario por mascarilla facial a 4 litros por minuto manteniendo saturación de oxígeno entre 91%-94%, se observa adinamia, con ligera presencia de dificultad respiratoria, se realiza la valoración y al retirar la mascarilla facial para ministrarle medicamentos vía oral disminuye la saturación hasta en 85% y aumenta su frecuencia respiratoria.

La valoración motora con la escala de Daniels (**apéndice J**) obteniendo resultados en ambos lados de 5/5, en la escala de Braden de riesgo de presentar úlceras por presión de 12 puntos (apéndice E), Escala de eva 4/10, en la escala de Newman de 2 puntos, clasificando en moderado riesgo (**apéndice --**). Presencia de pulso periféricos de intensidad baja.

Signos vitales: frecuencia respiratoria 13-26, Temperatura de 36.9°C, frecuencia cardíaca oscilando entre 99 a 113 lpm, presión arterial sistólica de 125 – 140 mmHg y diastólica de 80- 100mmHg, Con un PAM de 86-90 mmHg, llenado capilar de 4 segundos, una PVC de 6-15 mmH₂O, glicemia capilar 173mg/dl.

5. Patrón sueño-descanso.

El paciente ARO refiere que su sueño fisiológico consta de 5 a 6 horas de sueño y realiza siesta de aproximadamente una hora. Presenta dificultad en algunas noches para conciliar el sueño por causa de las preocupaciones personales o del trabajo, pero

generalmente duerme bien y tiene adecuado descanso para sus actividades diarias, no toma ningún medicamento para conciliar el sueño.

Durante su estancia hospitalaria menciona no poder descansar bien por ruidos de su entorno como el monitor, luces, quejas de pacientes o risas del personal, al realizarle alguna intervención o procedimiento a mitad de la noche de igual manera interrumpen su sueño fisiológico.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente sin alteración neurológica, orientado en sus tres esferas neurológicas, pupilas isocóricas normoreflexicas, con dolor en zona de herida quirúrgica, sin alteraciones visuales no requiere uso de lentes, sin alteraciones en la memoria, concentración o razonamiento.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Paciente que durante su vida a trabajado bajo estrés, pero lo remedia respirando profundo y escuchando música que le es para el tranquilizante. Se considera una persona alegre, optimista, con temperamento fuerte. ARO a estado con emociones encontrados ya que a aumentado su preocupación, nerviosismo sobre su enfermedad y como afrontarlo, pero menciona que se siente acompañado por su familia que siempre se han apoyado entre ellos.

8. Patrón rol-relaciones.

El total de los integrantes de la familia son 5, pero vive con su esposa y solo dos hijos, uno de ellos ya es independiente, es sostén económico de su esposa, sus hijos aportan económicamente en el hogar, Considera que se lleva bien con su familia existe

convivencia, armonía y apoyo entre ellos, aunque como toda familia no faltan los problemas, sabemos como solucionarlos y afrontarlos, somos una familia funcional “refiere”. En el ámbito laboral, social o familiar no existieron problemas hasta el momento durante su hospitalización, laboralmente solo hablo con su cliente y le dejo el trabajo a un socio ya que el trabaja ya por su cuenta, pues ya es pensionado, social y familiarmente ha sentido apoyo de familiares cercanos.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Inicio de vida sexual activa a los 18 años, actualmente con una sola pareja sexual, no utiliza algún método anticonceptivo, refiere que su deseo sexual a disminuido, pero eso no a afectado en su vida de pareja, no sé a realizado ningún examen de mama o testicular actualmente.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

El estado de salud del paciente ARO y la preocupación que ocasiona a su familia a causa de estar hospitalizado son los factores que provocan que el paciente desencadene ansiedad y/o estrés; el menciona que para poder disminuir su estrés es cerrar los ojos y pensar en recuerdos que para él le hacen feliz.

11. Patrón valores-creencias.

El paciente profesa la religión católica y cada domingo asiste a misa con su esposa y su mayor preocupación es dejar sola a su esposa por si existe alguna complicación después de su cirugía.

III. Valoración Céfalo-Caudal

Cabeza sin lesiones, pupilas isocóricas isométricas normoreflexivas, simetría facial y craneal.

Cuello simétrico y móvil sin ingurgitación yugular, sin reflejo hepatoyugular, sin adenomegalias, con pulso carotídeo, simétrico y sincrónico sin soplos irradiados

Tórax; simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación normales, con ligera dificultad respiratoria, con adecuada transmisión bilateral de ruido respiratorio, sin estertores, sin integrar síndrome pleuropulmonar. Precordio sin impulsos ectópicos con choque de la punta apreciado en quinto espacio intercostal

Abdomen: blando y depresibles sin signos de irritación peritoneal, sin dolor a la palpación

Miembros: extremidades íntegras, con fuerza conservada, eutróficas, pulsos periféricos (radiales, braquiales, poplíteos, y tibiales) rítmicos, simétricos y sincrónicos, con ligero edema sin cambios de coloración, con llenado capilar de 4 segundos.

IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

10 de Noviembre

<i>Constantes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Valoración de referencia</i>
<i>Glucosa capilar</i>	129 mg/dl	hiperglicemia	60-95
<i>Glucosa venosa</i>	148 mg/dl	hiperglicemia	70 - 110
<i>Na+</i>	140 mg/dl	Normal	135 - 148
<i>K+</i>	4.1 mg/dl	Normal	3.5 – 5.3

<i>Cl+</i>	108 mg/dl	Normal	98 - 107
<i>Calcio</i>	6.7 mg/dl	Hipocalcemia	8.5 – 10.2
<i>Fosforo</i>	2.47 mg/dl	Normal	2.7 – 4.5
<i>Magnesio</i>	2.09 mg/dl	Normal	1.4 – 2.1
<i>TFG</i>	94 ml/min	Normal	90 - 120
<i>Hemoglobina</i>	13.1 g/dl	Normal	13 - 18
<i>hematocrito</i>	55.14%	Alto	42 - 52
<i>plaquetas</i>	248 10 ³ /ul	Normal	130 - 450
<i>Dimero D</i>	61 ng/ml	Normal	100 - 500
<i>TP</i>	10.6 seg	Bajo	11.5 – 15.1
<i>TTPa</i>	33.9 seg	Normal	25.3- 38
<i>Fibrinógeno</i>	567 mg/dl	Hiperfibrinogenemia	169 - 515
<i>INR</i>	.92	Normal	0.9 – 1.4

Enzimas cardiacas

<i>DHL</i>	174 UI/L	Normal	240 - 480 UI/L
<i>CPK</i>	98 UI/L	Normal	38 -174 UI/L
<i>CK -MB</i>	20 UI/L	Normal	0 – 25 UI/L
<i>troponina</i>	6.07 ng/ml	Alto	0 – 0.4 ng/ml
<i>TGO</i>	90 U/L	Alto	0 – 40 U/L
<i>mioglobina</i>	49.4 ng/ml	Alto	0 – 4.3 ng/ml

<i>Constante</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Referencias</i>
<i>Urea</i>	28 mg/dl	Normal	0 – 50
<i>BUN</i>	17	Normal	9 - 23
<i>Creatinina</i>	1.04 mg/dl	Normal	0.7 – 1.2

18 de Noviembre

<i>Constantes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Valoración de referencia</i>
<i>Glucosa capilar</i>	99 mg/dl	normal	60-95 mg/dl
<i>Na+</i>	143 mg/dl	normal	135 - 148 mg/dl
<i>K+</i>	4.7 mg/dl	normal	3.5 – 5.3 mg/dl
<i>Calcio</i>	9.1 mg/dl	normal	8.5 – 10.2 mg/dl
<i>Lactato</i>	2 mmo/ L	Acidosis lactica	1 – 1.5 mmo/ L
<i>Enzimas cardiacas</i>			
<i>DHL</i>	200 UI/L	Normal	240 - 480 UI/L
<i>CPK</i>	70.6 UI/L	Alto	38 -174 UI/L
<i>CK -MB</i>	83.4 UI/L	Alto	0 – 25 UI/L
<i>troponina</i>	7.05 ng/ml	Alto	0 – 0.4 ng/ml
<i>TGO</i>	83.2 U/L	Alto	0 – 40 U/L
<i>mioglobina</i>	40.6 ng/ml	Alto	0 – 4.3 ng/ml

<i>Constante</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Referencias</i>
<i>Urea</i>	29.9 mg/dl	Normal	0 – 50
<i>BUN</i>	14	Normal	9 - 23
<i>Creatinina</i>	1.04 mg/dl	Normal	0.7 – 1.2

08 de Diciembre

<i>Constantes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Valoración de referencia</i>
<i>Glucosa capilar</i>	197 mg/dl	hiperglicemia	60-95 mg/dl
<i>Na+</i>	144 mg/dl	normal	135 - 148 mg/dl
<i>K+</i>	4.2 mg/dl	normal	3.5 – 5.3 mg/dl
<i>Calcio</i>	5.8 mg/dl	bajo	8.5 – 10.2 mg/dl

<i>Lactato</i>	2.13 mmo/ L	Acidosis lactica	1 – 1.5 mmo/ L
<i>Enzimas cardiacas</i>			
<i>DHL</i>	452 UI/L	Normal	240 - 480 UI/L
<i>CPK</i>	931 UI/L	Alto	38 - 174 UI/L
<i>CK -MB</i>	94 UI/L	Alto	0 – 25 UI/L
<i>troponina</i>	5.4 ng/ml	Alto	0 – 0.4 ng/ml
<i>TGO</i>	56 U/L	Alto	0 – 40 U/L
<i>mioglobina</i>	39 ng/ml	Alto	0 – 4.3 ng/ml

<i>Constante</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Referencias</i>
<i>Urea</i>	53.5 mg/dl	Normal	0 – 50
<i>BUN</i>	25	Normal	9 - 23
<i>Creatinina</i>	1.19 mg/dl	Normal	0.7 – 1.2

<i>Indicador</i>	<i>pH</i>	<i>PO2</i>	<i>PCO2</i>	<i>HCO3</i>	<i>SATO2</i>
<i>Resultados</i>	7.38	76 mmHg	38 mmHg	22.5 mmol/L	91%
<i>interpretación</i>	EQUILIBRIO ACIDO - BASE				

Le realizan un electrocardiograma el día 10 de noviembre de 12 derivaciones 25mm/seg 10mm/mv ritmo sinusal eje a -30 grados frecuencia cardiaca 78 onda P 0.1mv 60ms PR160 QRS con morfología rsR en V2-V3 con fragmentación del QRS en DII. ST isoelectrico, ondas T positivas simétricas precordiales. Extrasístoles ventriculares monomórficas frecuentes, bloqueo de rama derecha. Diagnosticado con angina inestable VS infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST anteroseptal/

extrasístoles ventriculares monomórficas/hipertensión arterial sistémica, ingresa a hospitalización cama 452, servicio de cardiología

Se le realiza prueba de esfuerzo el día 14 de noviembre de 2022 esta prueba siendo positiva, con patron de alto riesgo con elevacion del punto J en AVR cambios en v4 a v6 infradesnivel horizontal asi como cara inferior. Posteriormente pasa a cateterismo el día 16 de noviembre diagnosticado con enfermedad coronaria trivascular. Sesionado por los servicios de cardiología y cardiorax quienes refieren ser candidato para puente de descendente anterior a segunda marginal obtusa y descendente posterior con fecha programada el dia 07 de diciembre.

Pasa al servicio de hemodinamia para un caterterismo cardiaco el 16 de noviembre en donde se concluye enfermedad coronaria ateromatosa trivascular y del tronco coronario, vasos afectados tronco coronario izquierdo, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha, con tronco coronario corto bifurcado, con lesión ostial con flujo TIMI 3, DA tipo 3 de Gensinni segmento ostial con lesión tipo B de máxima estreches del 50% en la unión del segmento proximal con el medio cuenta con lesión muy larga tipo C con máxima estreches del 90%, segmento distales en vaso delgado con puente muscular mayor a 20mm con fenómeno de milking con flujo distal TIMI 2. Cx no dominante segmentoproximal con irregularidades parietales no significativas, segmento distal con enfermedad difusa y lesiones con máxima estreches del 90% TIMI 2, CD dominante segmento proxiamal con lesión tipo B2 con máxima estreches del 90% resto del vaso con irregularidades parietales TIMI 2.

El 19 de noviembre se le realiza un ecocardiograma que reporta cardiopatía isquémica: acinesia inferior e inferolateral (adecuado grosor), resto con movilidad conservada. Ventrículo izquierdo diámetros internos normales ajustados a SC. Función

sistólica FEVI 53% por Simpson. Función diastólica normal, ventrículo derecho con función sistólica normal, aurículas derechas dilatadas, probabilidad baja por HP psap 32mmHg, pericardio sin derrame.

Septum 10mm, PPDVI 0.9 mm, DDVI 46mm, DSVI 32mm, FEVI 53%, FAVI 30%, VSFVI 41ml, VDFVI 88ml. Pared anterior Vd 5mm, aurícula izquierda 36x33x48mm, aurícula derecha 31x44mm. Válvula mitral sin alteraciones TAC 157 mseg, válvula aortica trivalva, tricúspide sin alteraciones. El día 18 de noviembre le realizazan otro electrocardiograma velocidad 25mm/seg, voltaje 10mm/mv, eje a la izquierda frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, onda p .08 seg * 1mv, pr .14 seg, qrs fragmentado en inferiores con conclusión electrocardiograma sinusal.

V. Identificación de Patrones Funcionales.

En el caso clínico del paciente Postoperado de Revascularización Miocardica por Enfermedad Trivascular se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud en el Sr. ARO, patrón percepción-manejo de salud, nutricional-metabólico, patrón eliminación, actividad- ejercicio, sueño-descanso y adaptación-tolerancia al estrés, patrón autopercepción-autoconcepto. Obteniendo los siguientes diagnósticos de enfermería.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 1: Concienciación sobre la salud

Diagnóstico de Enfermería 1: **Estilo de vida sedentario** *relacionado con* interés inadecuado por la actividad física, conocimiento inadecuado de las consecuencias del sedentarismo, conocimiento inadecuado de los beneficios para la salud asociados con la actividad física, *manifestado por* la actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo, elige una rutina diaria sin ejercicio físico, no hace ejercicio durante el tiempo libre

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Diagnóstico de Enfermería 2: **Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud** *manifestado por* expresa el deseo de mejorar la aceptación de la condición, expresa el deseo de mejorar las opciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud, expresa el deseo de mejorar el compromiso con la atención de seguimiento, expresa el deseo de mejorar la toma de decisiones, expresa el deseo de mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Diagnóstico de Enfermería 3: **Exceso de peso** relacionado con patrones de comportamiento alimentario anormales, patrones anormales de percepción de la

alimentación, consumo de bebidas azucaradas, tamaños de las porciones más grandes de lo recomendado *manifestado por* Índice de masa corporal $>25 \text{ kg / m}^2$

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería 4: **Estreñimiento** *relacionado con* movilidad física

deteriorada, equilibrio postural alterado, estresores, enfermedades cardíacas *manifestado por* pasar menos de tres deposiciones a la semana, sensación de incompleto, esfuerzo con la defecación.

Dominio 4: Actividad / descanso

Clase 1: Sueño /descanso

Diagnóstico de Enfermería 5: **Insomnio** *relacionado con* ansiedad, perturbaciones ambientales, siestas frecuentes durante el día *manifestado por* expresa insatisfacción con el sueño, expresa la necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día, estado de salud deteriorado, resistencia física insuficiente, ciclo de sueño-vigilia no reparador

Dominio 4: Actividad / descanso

Clase 2: Actividad / ejercicio

Diagnóstico de Enfermería 6: **Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad**

relacionado con desacondicionamiento físico, estilo de vida sedentario, dolor *manifestado por* disnea de esfuerzo, expresa fatiga, debilidad generalizada

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 7: **Riesgo de disminución del gasto cardíaco** *relacionado con* frecuencia cardíaca alterada, ritmo cardíaco alterado

Dominio 4: Actividad / descanso

Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 8: **Riesgo de deterioro de la función cardiovascular** *relacionado por* actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo, hábitos dietéticos inadecuados, hipertensión, Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 4: Respuesta cardiovasculares/pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 9: **Riesgo de trombosis** relacionado con conocimiento inadecuado de los factores modificables, estilo de vida sedentario *condición asociada a* procedimientos endovasculares, procedimientos quirúrgicos, enfermedades cardíacas

Dominio 4: Actividad / descanso

Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 10: **Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco** *relacionado con* conocimiento inadecuado de modificaciones condición asociada a cirugía cardiovascular, hipertensión.

Dominio 4: Actividad / descanso

Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 11: **Perfusión ineficaz de tejido periférico** *relacionado*

coconocimiento inadecuado de la enfermedad proceso, estilo de vida sedentario

manifestado por tiempo de recarga capilar > 3 segundos, el color de la piel palidece con

la elevación de las

Extremidades condición asociada a procedimientos endovasculares, hipertensión.

Dominio 11: Seguridad / protección

Clase 1. Infección

Diagnóstico de Enfermería 12: **Riesgo de infección del sitio quirúrgico** *condición*

asociada a hipertensión, procedimiento invasivo

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Diagnóstico de Enfermería 13: **Ansiedad** *relacionado con factores estresantes,*

manifestado por expresa angustia, aumento de la sudoración, reporta ciclo vigilia

alterado.

Plan de Cuidados de Enfermería 1

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería NANDA *</p>	<p>Dominio 4: Actividad/ Reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz <i>relacionado con</i> ansiedad, dolor, fatiga de los músculos respiratorios, fatiga, <i>manifestado por</i> disnea, taquipnea,</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</p>	<p>Campo 2: Fisiológico: Complejo Clase K: Control respiratorio Intervención: Monitorización respiratoria. <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el movimiento torácico observando la simetría, utilización de músculos de accesos y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Observar si se produce respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos • Monitorizar los patrones de respiración bradipnea, taquipnea hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyenne stocks y patrones atáxicos • Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno • Realizar percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral • Monitorizar si aumenta la inquietud ansiedad o disnea • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente • Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran • Colocar al paciente en decúbito lateral para evitar la aspiración • Instaurar tratamientos de terapia respiratoria nebulizador

Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> ● Frecuencia respiratoria (3) ● Ritmo respiratorio (3) ● Profundidad de la respiración (4) ● Ruidos respiratorios auscultados (4) ● Saturación de oxígeno (3) 	1. Desviación grave del rango normal.	Puntuación Basal: Desviación moderada del rango normal. (3)
			2. Desviación sustancial del rango normal.	
			3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.	Puntuación Cambio: +1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p>				

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa María Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrián Morales Castillo, ME. Adriana Rosalía González Hernández; ME. Miguel Ángel Zenteno López (2022, Coordino: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Cuidados de Enfermería 2

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	<p>Dominio 4: Actividad / Reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares</p> <p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca <i>relacionado con</i> cirugía cardiovascular, hipertensión, hipoxemia, hipoxia</p>
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	<p>Campo: 2 Fisiológico completo.</p> <p>Clase: N Control de la perfusión tisular.</p> <p>Intervención: Manejo del riesgo cardiaco.</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardiacas (por ejemplo tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial) ● Identificar si el paciente está preparado para aprender la modificación del estilo de vida ● Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento ● Instruir el paciente y la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos ● Instruir al paciente y la familia para qué se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio ● Instruir al paciente y la familia sobre las estrategias para llevar una dieta cardiosaludable ● aliviar la ansiedad del paciente proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier malentendido ● Drenajes torácicos. Los pacientes sometidos a toracotomía tienen drenajes pleurales o mediastínicos, según sea el caso, y deben estar permeables y conectados a sistemas cerrados de aspiración. ● Electrolitos deben mantenerse en límites normales y su aporte se determina de acuerdo con las pérdidas y necesidades del paciente, en particular potasio y magnesio. ● Las soluciones cristaloides deben contener potasio, de tal forma que se conserven concentraciones séricas de 3.7 a 5.5 mEq/L para prevenir arritmias ventriculares. La adición de dosis bajas de magnesio a las soluciones cristaloides es útil para impedir las arritmias supraventriculares y ventriculares (dosis de 2-6 g/día). ● Fármacos: Antiagregantes plaquetarios: Ácido acetilsalicílico y Clopidogrel. Analgésicos, antibióticos ●

Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	<ul style="list-style-type: none"> ● Control glucémico: El control glucémico en los sujetos sometidos a una operación cardiaca es parte integral de los cuidados posoperatorios; su finalidad es disminuir la incidencia de infecciones en tejidos blandos, mediastinitis y mortalidad. ● Profilaxis de arritmias: Las taquiarritmias en las primeras 24 h del posoperatorio son poco comunes en relación con el posoperatorio tardío, ya que pueden presentarse a las 48 h, sobre todo en personas sometidas a intervenciones valvulares. La arritmia auricular más frecuente es la es la fibrilación auricular FA, (motoprolol, amiodarona) ● Alta de la UCI: Ventilación mecánica. Por lo general se exige un mínimo de 4 h de asistencia respiratoria mecánica para garantizar una adecuada oxigenación y ventilación en aquellos sujetos que salen de quirófano aún con ventilación mecánica; la desconexión se logra en la mayor parte de los casos en las 8 a 12 h del posoperatorio. Accesos. El acceso arterial puede retirarse en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica y, en condiciones ideales, se retira en las primeras 12 a 24 h una vez que el paciente no depende ya de los vasopresores. Los drenajes mediastínicos los extrae el cirujano y deben obtenerse menos de 100 ml en 8 h, o 50 ml en 5 h, además de que las características de los líquidos deben ser serosas. Se solicita una radiografía de tórax en los pleurales. Los cables de los marcapasos epicárdicos se pueden retirar en cuanto se encuentre en ritmo estable y estabilidad hemodinámica, sin perder de vista que la falla en el sentido y la captura ocurren aproximadamente al cuarto o quinto días del posoperatorio 			
Evaluación NOC****	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
Perfusión tisular: cardiaca		<ul style="list-style-type: none"> ● Angi ● ● ● na (3) ● Diaforesis (3) ● Nauseas (4) ● Vomito (5) ● Arritmia (3) ● Taquicardia (3) 	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.-Ninguno	Puntuación Basal: moderado (3) Puntuación Diana: leve (4) Puntuación Cambio: +1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>*Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST</p>				

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010), Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalía González Hernández; ME. Miguel Ángel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Plan de Cuidados de Enfermería 3

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería NANDA *</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad <i>relacionado con</i> factores estresantes, <i>manifestado por</i> expresa angustia, aumento de la sudoración, reporta ciclo vigilia alterado</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</p>	<p>Campo: Conductual. Clase: Fomento de la comodidad psicológica. Intervención: Disminución de la ansiedad. <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma clara y entendible para el paciente • Crear un ambiente que facilite la confianza, presentándonos con el paciente, refiriéndonos con respecto, identificarlo por su nombre y realiza un contacto físico (tocar el hombro o la mano). • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, si es posible cuando se encuentre solo el paciente o realizar una conversación de confianza trato profesional de la salud y paciente. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación, mediante las respiraciones, musicoterapia, lecturas narrativas o plantear situaciones de la vida favorables, realizar una lista que le gustaba realizar y los dejos de hacer. • Disponer un ambiente no amenazador, disminuir los ruidos durante el turno nocturno. • Evitar producir situaciones emocionales, refiriendo a los familiares que no le comenté pláticas desagradables que le provoque enojo, llanto, inquietud, ansiedad. • Escuchar los miedos del paciente de manera atenta y respetuosa • Explicar al paciente todas las pruebas y procedimientos que el paciente tenga duda y aclarar si refiere alguna molestia que nos la exprese.

Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Autocontrol de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ● Elimina precursores de la ansiedad. (2) ● Obtiene información para reducir la ansiedad. (1) 	6. Nunca demostrado.	Puntuación Basal: Raramente demostrado. (2)
		<ul style="list-style-type: none"> ● Planea estrategias para superar situaciones estresantes. (2) ● Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (2) 	7. Raramente demostrado. 8. A veces demostrado.	Puntuación Diana: Siempre demostrado. (3)
		<ul style="list-style-type: none"> ● Refiere dormir de forma adecuada. (3) ● Controla la respuesta de ansiedad. (2) 	9. Frecuentemente demostrado. 10. Siempre demostrado.	Puntuación Cambio: +1
<p>*Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.</p> <p>**Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.</p> <p>***** Guía de Práctica Clínica:</p>				

Tomado de: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor y Morales-Espinoza (2010) ,Actualización: Villegas-Velázquez, Morales-Castillo y Torres-Reyes (2020), Galicia y Ramos (2014)

Actualizo y Adecuación: MCE. Rosa Maria Galicia Aguilar; ME. Alejandro Torres Reyes; ME. Francisco Adrian Morales Castillo, ME. Adrian Rosalia González Hernández; ME. Miguel Angel Zenteno López (2022, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Recomendaciones de Alta

Nombre de la Persona: ARO

Edad: 54 años

Fecha de ingreso: 07 de Diciembre de 2022

Servicio/Contexto: Cardiología

Diagnóstico médico: Proceso Enfermero en un Paciente Postoperado de Revascularización Miocárdica por Enfermedad Trivascular

Intervenciones de Enfermería

- Se recomienda que los pacientes postoperados de una cirugía cardíaca participen en un programa de rehabilitación cardíaca a los dos meses posteriores del alta hospitalario.
- Ejercicios de tipo aeróbico, con ejercicios de estiramientos y flexibilidad, la intensidad dependerá de los resultados obtenidos en la prueba de esfuerzo y se irá aumentando según la respuesta y tolerancia del paciente al ejercicio. Se recomiendan actividades de bajo impacto por su menor riesgo de lesiones físicas, además el tipo de ejercicio debe ser atractivo, agradable y fácil de realizar por el individuo, con esto, el apego al entrenamiento físico es mayor. El ejercicio se llevará a cabo 4-5 días por semana, con una duración de 45-60 minutos.
- Enseñanza de técnica y de relajación para la disminución del estrés. El programa de rehabilitación cardíaca debe incluir intervenciones psicológicas y educativas en el marco de la rehabilitación integral. Todos los pacientes cardíacos en los que se diagnostique ansiedad o depresión deben recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico
- Se recomienda una dieta similar a la mediterránea, conforme a las necesidades de cada individuo), se caracteriza por la abundancia de productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, papa, frutos secos, etc.), la escasez de productos ricos en azúcares refinados y carnes rojas, la presencia de aceite de oliva como la principal fuente de grasa y la ingesta de queso, yogurt, pollo y pescado en cantidades moderadas constituye un patrón de alimentación saludable. Minimizar ingesta de grasas saturadas, disminución de sal, ingesta de 30 a 45 g de fibra al día, 200 g de fruta y 200g de vegetales al día, consumo de pescado de 1 o 2 veces por semana (pescado graso), 30 gr de frutos secos sin sal, ingesta de alcohol dos copas al día.
- Se debe instruir a una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico indicado en casa

Discusión

El presente Proceso Enfermero tuvo como objetivo implementar y aplicar un plan de cuidados en enfermería en un paciente postoperado de revascularización miocárdica por enfermedad trivascular para proporcionar intervenciones especializadas en el paciente en estado crítico, basándose en la utilización de la mejor evidencia científica.

Dentro de los diagnósticos de enfermería identificados más significativo fueron los siguientes: Patrón respiratorio ineficaz *relacionado con* ansiedad, dolor, fatiga de los músculos respiratorios, fatiga, *manifestado por* disnea, taquipnea, Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca *relacionado con* cirugía cardiovascular, hipertensión, hipoxemia, hipoxia; Ansiedad *relacionado con* factores estresantes, *manifestado por* expresa angustia, aumento de la sudoración, reporta ciclo vigilia alterado. Dichos diagnósticos tienen similitud con estudios previos de procesos enfermeros

Es por ello que promover y mejorar el autocuidado con un enfoque global del riesgo cardiovascular y con una visión holística (esferas biológica, social y psicológica), deben ser los objetivos prioritarios de la enfermería, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y el pronóstico de la enfermedad. El actuar de enfermería debe proveer de suficientes conocimientos, reforzar habilidades y afianzar la motivación, para que los pacientes sufren alguna cardiopatía participen de forma activa en su autocuidado.

La importancia de aplicar el Proceso Enfermero es un componente esencial en la prestación de atención de salud de calidad. Desde la recopilación inicial de datos hasta la evaluación final de los resultados, cada etapa del proceso aporta un valor significativo a la atención personalizada y efectiva. Al adoptar este enfoque sistemático, los

profesionales de enfermería no solo mejoran la calidad de la atención, sino que también fortalecen la comunicación interprofesional y contribuyen al logro de resultados positivos para los pacientes. La implementación diligente del proceso enfermero refleja el compromiso de los profesionales de enfermería con la excelencia en la atención de salud.

Conclusión

Las unidades de cuidados críticos son una de las áreas más complejas y específicas que podemos encontrar en los hospitales en donde la enfermera o el enfermero que se enfrenta día a día a estas unidades, son profesionales que deben tener amplios conocimientos y habilidades poder ofrecer unos cuidados enfermeros óptimos.

El rol que debe tener la enfermera especialista en cuidados intensivos es en otorgar un cuidado de calidad fundamentado en la evidencia científica de manera eficaz durante la detección, el tratamiento y en la recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria, para disminuir posibles complicaciones y/o daños irreversibles, aumentando la supervivencia y la calidad de vida posterior al egreso hospitalario.

Referencias

Salinas, C. A., Quintanilla, G. J., Jiménez, F. V. A., Joya, H. J. A., Martínez, I. A.,

Jerjes, S. C. (2022).. Cardiopatías congénitas.

file:///C:/Users/1047462/Downloads/cmss224d%20(1).pdf

Aguilar, O. (2020). Factores de riesgo asociados a enfermedad coronaria triarterial o tronco de coronaria izquierda angiográficamente evaluable en el servicio de diagnóstico y terapia endovascular de la Clínica Angloamericana en el periodo 2012-2019.

Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [6ª Ed.]. Elsevier: España.

Cabrales, G. R. (2022). Factores de mal pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica intervenidos por revascularización percutánea en la UMAE HE no. 14. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52190/CabralesGarciaRafael.pdf?sequence=1>

Cortez, Z. C. R., Palma, Z. G. A., Steinzappir, N. M. A., Salazar, A. C. D., Delgado, C. D. P., y Mendoza, L. J. I. (2020). Cuidados de los pacientes sometidos a una cirugía de revascularización miocárdica. RECIAMUC, 4(4 (esp), 149-157. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).diciembre.2020.149-157](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).diciembre.2020.149-157)

Castro, G. N., Rivero, T., F., Galindo, P.E., Rodríguez, S. J., y Casares, A. F. (2005). Cardiopatía isquémica: Formas clínicas y complicaciones. 9(1), 21-3. Revista Archivo Médico de Camagüey.

Guía de Práctica Clínica. (2018)CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y

Recomendaciones: [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-046-18/ER.pdf>

Erazo, A. M. B., y Rodríguez, P. M. A. (2020). Elevación del segmento ST en derivación AVR como predictor de enfermedad trivascular en síndrome coronario agudo sin elevación del ST, ISSS, 2018.

Gobierno de México.(2021). Estadísticas Instituto de cardiología Ignacio Chaves.

Recuperado de

https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/

Heather, H. y Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos Enfermeros (2018-2020): Definiciones y Clasificación. NANDA Internacional Edición Hispanoamericana. 11ª Ed. Elsevier: España.

Hall, J.E.(2016) Músculo cardíaco: el corazón como una bomba y la función de las válvulas cardíacas. En: Tratado de Fisiología Médica. 13era edic. Barcelona: Elsevier España;. p. 109-11.

Hernández, C. A. M., Castro, A. R., Castro, A. R., Brito, B. M. Z., y Solis, J. M. R. (2022). Factores de Riesgo de la Cardiopatía Isquémica. Estudio de un bienio. *Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas de Matanzas*, 2(1).

Hernández, L. M. R., Morales, A. M. C., Pérez, Y. T., Bonilla, N. A., Gómez, J. I. R., y Guerra, O. G. (2019). Enfoque clínico y epidemiológico del síndrome coronario agudo, una experiencia. *Acta Médica del Centro*, 13(1), 3-11.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Abordaje de la rehabilitación cardiaca en cardiopatía isquémica, valvulopatías y grupos especiales.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>

Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2020). Medicina Interna de Harrison-2 Volumes-20. Mcgraw Hill Brasil.

Jiménez, Reyes. F. A. (2022). Prevalencia de cardiopatía isquémica en menores de 50 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, 2018-2021. Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henrique Ureña.

López, A.C., Abundes, V. A., Eid, L.G., Piña, R. Y., y Gaspar, H. J. (2018). Intervención coronaria percutánea del tronco no protegido de la coronaria izquierda comparada con cirugía de revascularización coronaria; experiencia de 3 años en el Instituto Nacional de Cardiología. *Archivos de cardiología de México*, 88(2), 83-92.

Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [5ª Ed.]. Elsevier: España.

Martinez Merlo, J., Lastre Amell, G., Y Cassiani, C. (2019). Cuidados de enfermería en paciente con síndrome coronario agudo (SCA). *Revista ENE de Enfermería*, 13(2).

Moguel,A. R., Arce,P. L., Lozoya,M. J. J., Ramos,C. E., Cuevas,C. D., Lozoya,Rosal. J.

J y Sánchez,Pérez. R. (2021). Consenso Mexicano sobre la Cardiopatía Isquémica Crónica. Diagnóstico, clasificación y estratificación no invasivos. Colegio Mexicano de Cardiología Intervencionista y Terapia Endovascular (COMECITE). *Cardiovascular and Metabolic Science*, 32(S4), s317-346.
<https://dx.doi.org/10.35366/101973>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Las 10 principales causas de defunción*

Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Sweis, R.(2022).MD, MS, Northwestern University Feinberg School of Medicine;

Generalidades sobre la enfermedad coronaria. Recuperado de:

<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/generalidades-sobre-la-enfermedad-coronaria>

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2010). *Principios de anatomía y fisiología* (11a. ed., 4a. reimp.). BUENOS AIRES: MEDICA PANAMERICANA

Thomas, M. B., Granger C. B., Jackson K.P.,y Patel M.R. (2022) *Cardiopatía coronaria (arteriopatía coronaria aterosclerótica, cardiopatía isquémica). Diagnóstico clínico y tratamiento*, McGraw-Hill Education.

Vázquez,M. (2018). Estudio descriptivo y comparativo de factores de riesgo cardiovascular y actividad física en pacientes con síndrome coronario agudo. *Atención Primaria*, 50(10), 576-58

Vidal, A.B., Sánchez, A.T., Arteaga, C.A., y Silva, C.M. (2018). Cardiopatía isquémica, enfermedad prevenible. Recimundo: *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(3), 550-563.

Apéndice A
Carta de consentimiento informado

Puebla Pue. Diciembre 2022

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio “*proceso de enfermería*” que lleva como título “*cuidados de enfermería en un paciente postoperado de revascularización miocárdica por enfermedad trivascular*” el cual es llevado a cabo por el/la Licenciada/o en enfermería María Elizabet Garcia Perez estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados críticos con matrícula 222650097.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo del estudio, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de desertar del estudio si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que el estudio es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.


En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director del proyecto Maestro Francisco Adrián Morales Castillo al número de celular 2226551249



Nombre y firma del participante



Nombre y firma del testigo 1



Nombre y firma del testigo

Se utilizaron dos tipos de valoración: Valoración cardiovascular y la valoración por patrones funcionales

Guía de valoración cardiovascular de enfermería para el adulto

Valoración física	Patrones funcionales de salud
<p>Cabeza: estado de conciencia, signo de musset.</p> <p>Cara: expresión facial, color de la piel, edema, diaforesis,</p> <p>Ojos: presencia de mirada fija, color, hemorragias, edema, tamaño de las pupilas</p> <p>Oídos: presencia de secreciones</p> <p>Nariz: presencia de sonda nsg (cantidad y características del gasto), dispositivos respiratorios, aleteo nasal, esfuerzo respiratorio</p> <p>Boca: coloración de labios y mucosas, hidratación de membranas mucosas, lesiones, infección, soporte nutricional, presencia de tubo orotraqueal (no. De cánula, fijación del tubo, parámetros ventilatorios y reporte gasométrico)</p> <p>Cuello: presencia de plétora yugular (presión venosa), palpación y auscultación de arterias carótidas, catéter central (estado del sitio de punción, fármacos y soluciones infundiendo, dosis), presencia de traqueostomía.</p> <p>Tórax anterior y posterior: observar la postura ante la presencia de dolor, tamaño, forma, expansión, frecuencia, profundidad y ritmo de la respiración (normal, taquipnea, hiperventilación, bradipnea, respiración de kussmaul, respiración de cheyene stones, suspiros), auscultación de la ventilación y sonidos respiratorios (crepitaciones, estertores, sibilancias). Auscultación de ruidos cardíacos (aórtico, pulmonar, mitral, tricuspídeo). Presencia y estado de herida quirúrgica, presencia de marcapasos y parámetros del mismo, drenaje cerrado de tórax, cantidad y características del drenaje, monitorización cardíaca y ritmo del paciente, presencia de úlceras por presión</p> <p>Extremidades superiores: tamaño, integridad del vello axilar, presencia de nódulos subcutáneos, presencia de línea arterial , catéter largo o (permeable a qué solución, fármacos, dosis y flujo), presencia de pulsos, llenado capilar, color, temperatura, diaforesis.</p> <p>Abdomen: tamaño y forma, presencia de hepatomegalia, obesidad, peristalsis, en epigastrio palpar aorta abdominal</p> <p>Genitales: presencia de sonda vesical, cantidad y características del volumen urinario, higiene, integridad del vello púbico</p> <p>Extremidades inferiores: tamaño, color, presencia de heridas, edema, temperatura, pulso, coloración, nivel de movimiento</p> <p>Signos vitales, peso, talla, asc, imc, balance hídrico por turno, pvc, perfil hemodinámico, gasto cardíaco por método de fick.</p> <p>Fármacos prescritos, estudios de apoyo al diagnóstico: electrocardiograma, holter, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, medicina nuclear, cateterismo cardíaco, enzimas cardíacas, bh, qs, es, ego, tp, tpt, placa de tórax.</p>	<p>Percepción de salud-manejo de salud: motivo de ingreso? Inicio y evolución de su enfermedad?, qué medidas llevó a cabo cuando comenzó a notar los síntomas? Cuál fue la causa que le desencadenó la enfermedad? Qué diagnóstico le han dado? Qué tratamiento le han ofrecido? Cumple con el tratamiento indicado? Qué medicamentos toma actualmente?, fuma? Alcohol? , antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión, colesterol alto?. Familiares que padezcan o hayan fallecido de enfermedad cardiovascular (hipertensión, infarto)</p> <p>Cognitivo perceptual: presencia de dolor torácico (características, intensidad, duración, irradiación, desencadenantes), cefalea, problemas sensoriales (vista, oído, olfato), síncope, ipotimia sabe en qué consiste su enfermedad y tratamiento</p> <p>Sueño descanso: dificultad para conciliar el sueño? Factores que interrumpen el sueño? Auxiliares del sueño?</p> <p>Nutricional metabólico: ingesta diaria de alimentos (cantidad y calidad), lleva una dieta especial? Cantidad de ingesta de sal? Problemas que le impidan comer normalmente? Cambios en su apetito y/o peso? Ingesta diaria de líquidos? (cantidad y tipo de bebidas) se le hinchan los pies? (causa) calambres en los pies?</p> <p>Actividad ejercicio: problemas para respirar (diseña de grandes, medianos y pequeños esfuerzos, ortopnea, paroxística) dolor al respirar? Presencia de tos? Frecuencia expulsa sangre al toser? Nivel de energía para realizar sus actividades diarias? Qué actividades diarias realiza? (laboral y deportiva, si es actividad física intensa, leve o moderada). Movimientos fuera y dentro de la cama? Nivel de dependencia? Causas que limitan la actividad física ? Describir presencia de fatiga, debilidad, palpitaciones?</p> <p>Eliminación: problemas para evacuar? Problemas para orinar? Diaforesis?</p> <p>Sexualidad reproducción cambios en su sexualidad? Limitaciones en la actividad sexual? Uso de anticonceptivos, inicio de la menopausia</p> <p>Rol relaciones: no. De integrantes de la familia? Con quién vive actualmente? Quién depende económicamente de usted? Limitaciones para expresarse verbalmente? Recibe visitas de sus seres queridos? Qué problemas familiares, laborales y sociales ha originado la hospitalización?</p> <p>Autopercepción autoconcepto: cómo le ha afectado emocionalmente? Actitud personal frente a la enfermedad? (enojo, negación, aceptación, ...). Describa su carácter y/o personalidad.</p> <p>Adaptación tolerancia al estrés: frecuentemente se estresa? Causas que desencadenan el estrés, cómo elimina el estrés?</p> <p>Valores creencias: qué es lo más importante para usted? Algo que le haga sentir tristeza, miedo, y/o preocupación?</p>

Elaboró: EECV. Erika Pérez Noriega/2003

Apéndice C: IMC: índice de masa corporal

<i>IMC</i>	<i>CONDICION</i>
<i>Menos de 18.49</i>	Peso bajo
<i>18.2 a 24.99</i>	Peso normal
<i>25 a 29.99</i>	Sobrepeso
<i>30 a 39.99</i>	Obesidad
<i>40 o más</i>	Obesidad extrema

Apéndice D: Escala de Bristol

<i>Tipo 1</i>	<i>Trozos duros, como nueces</i>
<i>Tipo 2</i>	Con forma de salchicha, pero grumosa
<i>Tipo 3</i>	Con forma de salchicha, pero con grietas
<i>Tipo 4</i>	Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
<i>Tipo 5</i>	Bolas suaves con bordes desiguales
<i>Tipo 6</i>	Trozos suaves con los bordes desiguales
<i>Tipo 7</i>	Acuosa, sin trozos solidos, totalmente liquida

Apéndice E: Escala de Daniels

<i>Grado</i>	<i>Descripción</i>
0	Ninguna respuesta muscular
1	Musculo realiza contracción visible/palpable sin movimiento
2	musculo realiza todo el movimiento sin gravedad/sin resistencia
3	Musculo realiza todo el movimiento contra gravedad/sin resistencia
4	Movimiento en toda amplitud contra gravedad más resistencia moderada
5	Musculo soporta resistencia manual máxima, movimiento completo, contra gravedad

Apéndice F: Escala de Braden

	<i>1 punto</i>	<i>2 puntos</i>	<i>3 puntos</i>	<i>4 puntos</i>
<i>Percepción sensorial</i>	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<i>Exposición a la humedad</i>	Constantemente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
<i>Actividad</i>	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
<i>Movilidad</i>	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<i>Nutrición</i>	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
<i>Riesgo de lesiones</i>	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	

Apéndice G: Escala de Eva

<i>Grado</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Sindolor</i>		Dolor leve		Dolor moderado		Dolor severo		Dolor muy severo		Máximo dolor

Apéndice H: Escala de Newman

<i>Valoración</i>	<i>Puntos</i>
<i>Limitación física</i>	2
<i>Estado mental alterado</i>	3
<i>Tratamiento farmacológico que implica riesgo</i>	2
<i>Problema de idioma o socioculturales</i>	2
<i>Pacientes sin factor de riesgo evidente</i>	1
<i>Total de puntos</i>	10

Clasificación: Alto riesgo 4-10, Mediano riesgo 2-3, Bajo riesgo 0-1