



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 con Infarto Agudo al*  
*Miocardio con elevación del Segmento ST*

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

Presenta:  
LE. Laura Lizette Marcos Analco

Septiembre, 2022.



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 con Infarto Agudo al*  
*Miocardio con elevación del Segmento ST*

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

Presenta:  
LE. Laura Lizette Marcos Analco

Director de Tesina:  
ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Septiembre, 2022.

**Tesina:** Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente con Infarto Agudo al Miocardio con elevación del Segmento ST.

**Número de registro:** SIEP/CU/007/22.

### **Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

ME. Francisco Adrián Morales Castillo  
Presidente

---

MCE. Adriana Rosalía González Hernández  
Secretario

---

ME. Alejandro Torres Reyes  
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



## Apéndices

A. Consentimiento Informado	47
B. Instrumento de Valoración	48
C. Escala de Glasgow	59
D. Escala del Dolor	60
E. Escala de Braden	61
F. Clasificación Killip – Kimball	62
G. Escala de Grace Score	63
H. Escala de TIMI	64
I. Escala de índice de masa corporal	65
J. Escala de Daniels	66
K. Escala de Godet	67

## Resumen

Candidata para el Grado de:	Enfermera Especialista intensivista
Fecha de Graduación:	Agosto 2022
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina:	Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente con Infarto Agudo al Miocardio con elevación del Segmento ST
Número de páginas:	58
Área de Estudio:	Enfermería Intensivista

**Introducción:** Las enfermedades isquémicas cardíacas como el infarto agudo al miocardio con elevación de ST de tipo agudo, se encuentra en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a nivel mundial de tipo no transmisible. Además, los principales factores que lo desencadena son de tipo no modificable como: la edad, sexo y genética; así como los modificables como la alimentación y el estilo de vida, el cual si no se atiende a tiempo puede tener graves complicaciones e incluso la muerte. Por lo que es importante que el personal de enfermería identifique los signos y síntomas para brindar un cuidado de forma oportuna al paciente con la mejor evidencia científica. **Objetivo:** Diseñar un plan de cuidados en enfermería en un Paciente con Infarto Agudo al Miocardio con elevación del Segmento ST más Intervención Coronaria Percutánea vía radial y colocación de Stent. **Metodología:** Se utilizó como herramienta metodológica del Proceso de Enfermería utilizando la Valoración en Enfermería de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon; utilizan las herramientas taxonómicas de la NANDA para los Diagnósticos en Enfermería y en el caso del NIC para las intervenciones de enfermería; además de la consulta de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST. **Resultados:** Se mostraron algunos patrones disfuncionales como el Patrón Percepción-manejo de salud, Patrón Nutricional-metabólico, Patrón Actividad-ejercicio, Patrón Sueño-descanso y Patrón Adaptación-tolerancia al estrés. Los Diagnósticos de Enfermería presentes fueron: Disminución del gasto cardíaco, Patrón respiratorio ineficaz, Ansiedad, Conducta de mantenimiento ineficaz de la salud. **Conclusión:** Se obtuvo resultados favorables en relación con el conocimiento de su enfermedad, la disminución de factores estresantes, así como su manejo. Además, es importante tener apego terapéutico para la disminución de complicaciones. Por ello, el Proceso Enfermero de es mayor relevancia el cual que nos permite identificar los cuidados mediante evidencia científica, que permitirá otorga de forma oportuna al paciente desde su instancia hospitalaria hasta su egreso.

**Palabras Clave:** Proceso de Enfermería, Infarto del Miocardio, Corazón, Electrocardiografía, Isquemia.

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

## Capítulo I

### Introducción

El infarto agudo al miocardio (IAM) es un trastorno de salud de evento agudo cardiovascular derivado del estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos provocando una disminución del flujo sanguíneo coronario que conlleva un aporte insuficiente de sangre, nutriente y oxígeno induciendo una necrosis y colocando en riesgo la vida del paciente. Dicha enfermedad entra en las enfermedades no transmisibles (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018; Coll, Muñoz, Valladares y González, 2016).

El corazón es un órgano muscular hueco ubicado sobre el diafragma, cerca de la línea media de la cavidad torácica, yace en el mediastino. Se encuentra envuelto por el pericardio; tiene cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos; así como cuatro válvulas: la tricúspide, pulmonar, mitral y aortica. La sangre de la circulación sistémica bombea la sangre de esta hasta la circulación pulmonar mediante la cavidad derecha, y la sangre que llega a la circulación pulmonar hasta a la circulación sistémica es bombeada por la cavidad izquierda. Además, la circulación coronaria tiene una propia red de vasos sanguíneos (De los Nietos, 2007).

La circulación coronaria sale desde la aorta ascendente y se fracciona en arteria coronaria derecha e izquierda, esta última se bifurcan en dos ramas principales: la arteria descendente anterior que irriga a las paredes de ambos ventrículos y la rama circunfleja canaliza sangre oxigenada al ventrículo y aurícula izquierda. La arteria coronaria derecha da pequeñas ramas a la aurícula derecha llamados ramos auriculares; la arteria coronaria derecha se ramifica el termino en ramas marginales irriga sangre oxigenada al ventrículo derecho y rama descendente posterior que irriga a ambos ventrículos. El

miocardio tiene muchas anastomosis que favorece la irrigación de alguna parte del corazón si alguna de las arterias grandes se obstruye (Tortora & Derrickson. 2010).

La circulación coronaria presenta tres características: lo primero es que manifiesta un metabolismo aeróbico por lo que el aporte de O<sub>2</sub> debe ser constante; lo segundo es que las arterias coronarias inyectan al miocardio, responsable de la presión arterial y determina el flujo sanguíneo de los demás tejidos; y la tercera es la obstrucción de estas a causa de una placa de ateroma, un trombo o un vasoespasmio que puede provocar un inestabilidad entre el aporte coronario y las demandas miocárdicas de O<sub>2</sub> llamadas enfermedades isquémicas de corazón (Tamargo y Delpón, 2016).

A nivel mundial, la cardiopatía isquémica es la primera causa de fallecimiento con un porcentaje del 16%, subsecuente las enfermedades cerebrovasculares, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). Por otro aspecto, en México para el 2030 se estima un incremento de esta patología en un 36%. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) informo que existieron 116,002 defunciones por dicho padecimiento de tipo aterotrombótico (como se citó 2016 Gómez Fröde et al., 2021); 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.

Así mismo, el 19% de la población de una edad de 30 a 69 años cesan de enfermedades cardiovasculares y en la población adulta viven con al menos un factor de riesgo con un porcentaje del 70.3 % por mencionar algunos como la obesidad y sobrepeso (35 millones) la hipertensión (17 millones), tabaquismo (15 millones) y/o diabetes (6 millones), (Asociaciones ALE, 2018).

En el estado de Puebla los padecimientos del corazón se colocan como la principal causa de muerte entre la población y que tiende a aumentar a causa de los problemas cardiovasculares, el estrés, la falta de ejercicio y el consumo de alimentos de bajo contenido nutricional. Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) revelan que al año en la entidad poblana se registran más de siete mil 800 muertes relacionadas al corazón y la diabetes mellitus en segunda causa de muerte con más de seis mil 500 defunciones (MILENIO , 2020).

Es por ello que en un estudio “Plan de cuidado de enfermería para pacientes que presenta síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST” se realizó la metodología de Virginia Henderson obteniendo las etiquetas diagnosticas de dolor agudo, náuseas, patrón respiratorio ineficaz así como temor con las siguientes intervenciones: administración de oxígeno, administración de vasodilatadores, antiplaquetario, antiinflamatorios no esteroides (AINES), obtener una vía venosa periférica de preferencia de lado izquierdo y mayor calibre, tele monitorización, vigilancia del dolor. A su alta del servicio se le elabora un plan de cuidados que se realizara a cabo en su hogar, orientado por un personal de enfermería. Obteniendo como resultado una nueva condición de vida saludable en relación a su alimentación, el ejercicio y un régimen terapéutico muy apegado conlleva a evitar posibles complicaciones a corto y largo plazo (Meseguer, 2020).

Por lo que describe en su trabajo Martinez, Lastre y Cassiani (2019) caso clínico de cuidados de enfermería en pacientes con síndrome coronario agudo; en su valoración utilizaron el modelo de Betty Neuman, considerando los siguientes diagnósticos: disminución del gasto cardiaco y dolor agudo, por otra parte, también se encontraba

comprometido la esfera psicosocial, obteniendo la etiqueta diagnóstica de ansiedad e interrupción de los procesos familiares. En ella se realizaron intervenciones de colaboración, así como de enfermería en relación con su estado de salud actual, pero también en el ámbito psicosocial que le permitió mejorar su estado de salud, disminuyendo su estado de ansiedad, inquietud y estrés obtenido un buen funcionamiento de la familia.

Dimas et al. (2016) en su trabajo de intervención de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal realizaron la valoración de enfermería mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, obteniendo las siguientes etiquetas diagnósticas: disminución del gasto cardiaco, limpieza ineficaz de las vías aéreas, teniendo las siguientes intervenciones de oxigenoterapia, telemonitorización respiratoria, manejo hídrico, terapia intravenosa, manejo de la vía aérea. Obteniendo como conclusión que el proceso de enfermería es una herramienta eficaz que concede fundamentar las intervenciones que se le brinda al paciente con la mayor calidad.

López (2016) en su artículo relacionado con el plan de cuidado en paciente sometido a cateterismo cardiaco por vía radial utilizó la valoración de los patrones funcionales de M. Gordon y se hallaron las siguientes etiquetas diagnósticas: temor, conocimientos deficientes, riesgo de disfunción neurovascular periférica; obteniendo como conclusión la trascendencia que tiene el profesional de enfermería en la actualización de temas para brindar un adecuado cuidado antes, durante y después del procedimiento hemodinámico para disminuir posibles complicaciones y, al mismo tiempo, identificar signos y síntomas que pone en riesgo la vida del paciente mediante el plan de cuidado de enfermería.

Según Linares et al (2019) en su estudio las personas que predomina más a tener IAM son las personas de sexo masculino de la tercera edad, teniendo como factor de riesgo principal la hipertensión arterial, así como la diabetes mellitus. La principal rama arteriales que se obstruye es la rama izquierda obteniendo una lesión isquémica en la parte inferior. Su tratamiento para este padecimiento el mayor porcentaje fue trombolítico.

En el artículo de Mora, Duarte y Ortiz (2019) mencionan cuáles son los factores de riesgo que predispone a los IAM, los cuales son: personas longevas y varones pues tienen una mayor incidencia a padecerla, antecedentes de hipertensión arterial, el sedentarismo y el tabaquismo.

Es primordial que el profesional de enfermería que esté en el servicio de cuidados intensivos tenga conocimiento en el manejo oportuno en pacientes con patologías cardiacas, como es el caso del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST con el objetivo de salvaguardar la vida del paciente mediante la vigilancia estrecha y la observación de los datos objetivos y subjetivos que pueda desarrollar una posible complicación durante su estancia hospitalaria, con la adquisición de los conocimientos científicos basados en evidencia para brindar un cuidado y un trato humanizado que vayan acorde a la resolución de la salud del paciente.

## **Marco de Referencia**

Las causas principales por la que se presenta el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST son: la aterosclerosis que consiste en la acumulación de grasa, colesterol (aterosis), en la pared de las arterias coronarias induciendo la obstrucción de la irrigación sanguínea, en algún caso se puede desprender causando una oclusión aguda de una arteria mediante un coagulo; o esclerosis que es el endurecimiento de la pared arterial a causa de una cicatriz previa (Martínez, 2014).

Existe una lesión endotelial, aumentando el traslado de monocitos al espacio subendotelial facilitado por citoquinas y quimiotácticos, acompañado de moléculas de adhesión intracelular y vascular causados por la inflamación sistémica. En el endotelio los monocitos se convierten en macrófagos e inician el proceso de la fagocitosis de las LDL formando células espumosas y el crecimiento de la placa de ateroma que se infiltra en las capas musculares del endotelio causando incremento de la placa y a su vez una estenosis de la luz vascular. En fase avanzada existe una apoptosis de las células musculares lisas y secreción de metaloproteinasas a causa de un estímulo inflamatorio que degradan el colágeno y proteínas de la matriz extracelular favoreciendo el rompimiento de la placa y se inicia con el mecanismo de coagulación formando un trombo y provocando obstrucción. (Braunwald et al., 1996).

Los factores que desencadena la cardiopatía isquémica se relacionan principalmente con el estilo de vida como el tabaquismo que debilita las paredes de las arterias, los hábitos alimenticios poco saludables que favorece el desarrollo de aterosclerosis, la inactividad física que disminuye una adecuada circulación, así como la perfusión y el estrés psicosocial que favorece el incremento de la presión arterial. Algunos grupos especiales como personas con patologías agregadas como diabetes mellitus (DM2),

personas mayores de 75 años, descontrol hipertensivo, infartos previos, revascularización coronaria previa, infartos sin elevación del ST, reanimación cardiopulmonar y choque cardiogénico (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2017).

El IAM se divide en 5 tipos clínicamente: el tipo I, que es infarto agudo espontáneo causada por isquemia debido a un evento coronario primario (rotura de placa, erosión, o fisura); en tipo II por isquemia, debido al incremento de la demanda de oxígeno (hipertensión) o disminución de la oferta (espasmo de las arterias coronarias o embolia, arritmia, hipotensión); el tipo III, enlazado con muerte súbita inesperada de causa cardíaca; el tipo IV relacionado con la intervención coronaria percutánea; y el tipo V asociado con la cirugía de revascularización miocárdica (Chanchal, Debarata y Soumitra, 2017).

Con relación a la clasificación mediante el electrocardiograma se divide en dos grupos: a) el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), que existe un trombo, ocluyendo la arteria coronaria originando una alteración de tipo angina inestable, y b) el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) el cual existe un trombo coronario oclusivo dando indicio alto de un infarto (Coll-Muñoz, Valladares-Carvajal y González-Rodríguez, 2016).

El IAM se diagnostica principalmente con el cuadro clínico de signos y síntomas que consta de dolor precordial (refiriendo como un dolor a nivel epigástrico o interescapular) con una duración aproximadamente de 20 min, aun con reposo, sin mejorar con ninguna postura; puede radiar a zonas como el cuello, mandíbula, hombros, brazo, muñeca o la espalda, acompañado de disnea, sudoración, frialdad, náuseas y vómito (Esteva, 2009).

En otro punto, el electrocardiograma ayuda también en el diagnóstico de IAM en el cual se da una interpretación de los cambios electrocardiográficos y cambios

estructurales del miocardio; se interpreta a través de las 12 derivaciones las cuáles se pueden encontrar lo siguiente: elevación del segmento ST en las derivaciones, precordiales derechas ( $V_1$ ,  $V_{3R}$ - $V_{6R}$ ) el cual muestra un infarto ventricular derecho. Por tanto, si hay elevación del segmento en las derivaciones  $V_2$  y  $V_3$  se debe a un infarto derecho agudo; por otro lado, existe un supra desnivel del segmento ST mayor de 1 mm (0-1 mV) en dos a más derivaciones si  $V_2 - V_3 > 2\text{mm}$ ; infra desnivel del segmento ST de  $V_1 - V_4$ . Cuando es en fase temprano encontramos la onda T gigante (hiperagudas) aun sin el supra desnivel del segmento ST dando una interpretación como trombólis. (Borrayo, 2017).

La obtención de muestras sanguíneas es otra pieza fundamental para el diagnóstico de IAM, pues uno de los biomarcadores séricos de necrosis de miocardio es la mioglobina, troponina T e I con un valor por encima de 99 percentil del nivel normal, creatina fosfocinasa (CPK) y lactato deshidrogenasa (LDH), el cual se obtendrán a su ingreso al servicio de urgencias para conocer que táctica de perfusión se puede realizar y se repetirá a las 12 horas y 3 días posteriores al infarto. También se recomienda realizar estudios de citometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación perfil de lípidos y examen general de orina. (Borrayo, 2018).

La guía de práctica clínica intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, las primeras intervenciones que se le realiza a los pacientes es la administración de oxígeno suplementario de 2 a 4 litros/minuto por catéter nasal o máscara, con presencia de hipoxia ( $\text{SAO}_2 < 90\%$ ), acceso venoso periférico, preferente del brazo izquierdo y monitorización electrocardiográfica continuo con capacidad de desfibrilar tan pronto sea posible, obtener un electrocardiograma de 12 derivaciones con un retaso mínimo de 10 minutos,

reposo absoluto en cada durante las primeras 24 horas, evitar las maniobras de Valsalva, administración de morfina intravenosa en bolo de 2 a 4 mg con repeticiones de 2 mg cada 15 min hasta controlar el dolor pero con una vigilancia continua de estado hemodinámico y respiratorio, uso de ansiolíticos como medida inicial, así como considerar los 10 correctos en la administración de farmacos con su registro posteriormente (IMSS, 2018).

Las complicaciones que puede sufrir el paciente con IAM derivaciones de disfunción ventricular y el remodelado anatómico, por ejemplo insuficiencia cardiaca, infarto de ventrículo derecho, aneurisma del ventrículo izquierdo, shock cardiogénico; de tipo mecánico como la insuficiencia mitral aguda, rotura de septo interventricular o de la pared libre del ventrículo izquierdo, de tipo eléctrico como las arritmias ventriculares, fibrilación auricular, arritmias de tipo supraventricular, bradiarritmias y trastornos de conducción; pericarditis periinfarto, derrame pericárdico, trombos en ventrículo izquierdo y complicaciones hemorrágicas ( Baquero, Sabatel y Rodríguez, 2017).

Los pacientes tratados en las primeras horas tienen muchos beneficios en la disminución de la mortalidad, considerando los 60 min. como la “hora dorada”. Posterior a su valoración en la sala de urgencias, se tendrá que pasar a la sala de hemodinamia con una adecuada preparación que consiste en tricotomía en ambas inglesas, acceso venoso periférico corto de mayor calibre del lado izquierdo, muestras sanguíneas para enzimas cardíacas, obtención del grupo y RH, verificación de consentimiento informado (Borrayo, 2017).

El tratamiento del IAMCEST es mediante la abertura de la arteria relacionada con el infarto mediante fármacos fibrinolíticos o con intervención coronaria percutánea permitiendo la disminución del infarto y favoreciendo el pronóstico. La administración

de los fibrinolíticos solo en las primeras treinta minutos al inicio de la sintomatología es muy favorecedor para la supervivencia, por lo que se opta la intervención coronaria percutánea teniendo como ventajas la disminución de los infartos recurrentes, los accidentes cerebrovasculares y mejora la supervivencia; se recomienda su realización en menos de los 120 minutos desde el diagnóstico médico (Martos, 2021).

Al finalizar el procedimiento de hemodinamia se procede a trasladar al paciente al servicio de Unidad de Cuidados Coronarios o la Unidad de Cuidado intensivos. Los cuidados post intervención es la monitorización electrocardiográfica continua mínimo por 24 hrs; al retiro del dispositivo radial (introduccion) se realizara presión arterial mínimo por 10 minutos y se coloca apósito compresivo, el cual se debe estar examinando cada 30 min en las dos primeras horas y posteriormente cada 6 hrs hasta su retiro, valorando sangrado, hematoma, aspecto y termoregulacion del miembro, controlar las constantes vitales, los pulsos distales, la diuresis, la aparición de dolor agudo en el sitio de punción y mantener una hidratación adecuada. Si el paciente no sufrió alguna complicación después de las 24 hrs en UCI, se puede reubicar a una cama con monitorización otras 24 a 48 hrs y su alta precoz entre las 48 a 72 hrs (Galimany, Díaz y Pernas, 2009).

Para el tratamiento extrahospitalaria para los pacientes post intervenidos y dados de alta del nosocomio se tiene que identificar a los pacientes con factores de riesgo propensos a recaer y por tanto se tiene que realizar un plan de alta adecuado para conducir a un estilo de vida saludable a cómo ingresaron por primera vez al instituto, por lo que se busca grupos de apoyo para la disminucion de nicotina, que participen en un programa de rehabilitación cardiaca en ejercicio anaeróbicos, intervenciones con los

especialistas de psicología para darles herramientas con el objetivo de tener técnicas de relajación, cita con la nutrióloga para darle una dieta adecuada a sus necesidades y el seguimiento farmacológico con su medio general (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

### **Objetivo**

Diseñar un plan de cuidado en enfermería en pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST más intervención coronaria percutánea vía radial, colocación de STENT para ofrecer atención oportuna, de calidad y eficiente a pacientes con padecimiento de infarto agudo al miocardio durante su estancia y egreso hospitalario.

## **Capítulo II**

### **Proceso de Enfermería.**

#### **I. Valoración Inicial.**

##### **a. Datos Generales.**

Masculino NDGE, de 53 años, originario de Ixtacamaxtitlan, estado civil unión libre, nivel de estudios secundaria, jefe de mantenimiento de un hospital comunitario desde hace 19 años laborando de lunes a viernes de 7:00 a 14 hora, religión católica.

##### **b. Observación del Entorno.**

Usuario que se localiza en el servicio de cardiología 8 piso, cama 802, encamado, con presencia de barandales arriba, apoyo de oxígeno mediante mascarilla tienda fácil a 10 litro por minuto, tele monitorización continua.

##### **c. Datos Históricos.**

Antecedente de cardiopatía isquémica diagnosticado desde hace 20 años, secundario a infarto agudo al miocardio, acompañado de hipertensión actualmente con tratamiento a base de telmisartán cada 12 horas, nifedipina cada 24 horas. Refiere que tiene gastritis desde hace 30 años sin tratamiento, reducción abierta y fijación interna (RAFI) de muñeca derecha en el 2019, lesión de rodilla y pulgar izquierdo a causa de una caída de motocicleta, esquema de vacunación para COVID 2 dosis de AstraZeneca tipo de sangre O+, carga genética para hipertensión arterial sistémica por parte de la rama materna.

Ingresa al servicio de urgencias el día 10 de enero de 2022 a las 21:08 hrs. Traído en ambulancia por presentar a las 15:30 hrs dolor precordial súbito con escala de EVA de

10/10, diaforesis, disnea, y nauseas, por lo que marcó al 911 para su traslado a un hospital más cercano donde le dieron tratamiento a base de analgésico, antiagregantes plaquetarios y estatina; así como laboratorio sin encontrar ningún hallazgo anormal por lo que se traslada a un nosocomio de tercer nivel.

En urgencias llega con signos vitales de presión arterial de 101/64 mmHg, frecuencia cardiaca de 109 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 latidos por minuto y temperatura de 36.4 °C; se toma gasometría en urgencias con valores de 7.35, PCO<sub>2</sub> 39, PO<sub>2</sub> 57, lactato de 2, potasio de 3.5, sodio de 140, calcio de 95, HCO<sub>3</sub> 21.7. Se le toma enzimas cardiacas presentando elevación DHL 285, CPK 1228, CKMB 83, troponina 7. Se le toma un electrocardiograma con ritmo sinusal regular, elevación del segmento ST en V3, V4, V5, Frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, eje positivo a 60 grados, Grace Score 133 puntos (Apéndice G), Killip Kimball 1 (Apéndice F), Time Stemi 3 puntos (Apéndice H).

Se traslada al servicio de hemodiálisis para la realización de un cateterismo donde se encontró descendente anterior ocluida proximal, circunfleja con lesión critica distal, obtusa marginal con lesión significativa proximal, segunda marginal ocluida proximal, coronaria derecha con enfermedad difusa significativa. Realizando angioplastia con stent medicado en las dos primeras arterias mencionadas dejando para el segundo tiempo las arterias restantes.

Su estado de salud es delicado por lo que se ingresa al servicio de UCI el día 11-01-2022 a las 3:00 am. Estuvo internado en la uci por 2 días, se da de alta por máximo alcance terapéutico a nivel hospitalario para darle seguimiento el servicio de cardiología con un diagnóstico médico de choque séptico de foco urinario, síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio con elevación de ST en cara anteroseptal, no trombolizado KILLIP Y KIMBALL II

**d. Datos Actuales.**

Se encuentra internado en el servicio de 8 piso de cardiología. Con diagnóstico médico de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST en cara anteroseptal no trombolizado de acuerdo con las escalas KILLIP y KIMBALL II (Apéndice X).

**II. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud***1. Patrón percepción-manejo de salud.*

El paciente NDGE refiere que su salud es “enfermizo” a causa de su enfermedad, no ha podido llevar su vida como le gustaría que fuera, debe tener mucho cuidado en el manejo de su salud y refiere que es “muy dejado” con el tratamiento debido a que lo cumple cuando se siente mal y lo deja de hacer cuando se siente bien. Refiere solo ir con el médico cuando se siente muy mal. Consumidor de alcohol en eventos sociales de 2 a 3 copas de vino, no refiere alergias. En su hogar realiza higiene bucal 3 veces al día, cambio de ropa diario, baño cada tercer día. En su hogar hay 2 gatos y 3 perros.

*2. Patrón nutricional-metabólico.*

Paciente NDGE con somatometría de un peso de 86 kilos y con una estatura de 168 cm obteniendo un índice de masa corporal de 30.47 refiriendo así una obesidad grado 1. Menciona que realiza dos comidas al día sin un horario establecido a causa de sus actividades: por la mañana su alimentación es el consumo de alimentos de la calle de jugos embotellado durante el día y por la tarde su alimentación es de la fonda o en casa.

No le agrada las verduras cocidas, consume semillas de girasol o pepita cuando ve la televisión; describe que su apetito es normal. Durante estos 6 meses refiere que aumentó peso aproximadamente 6 kilos y lo atribuye a la contingencia. En el servicio de

cardiología se le ofreció una dieta para nefrópata y cardiópata de 1800 kcal y a las 22:00 inicia con ayuno por probable intervención del día 14 de enero de 2022.

### *3. Patrón eliminación.*

Paciente que cuenta con sonda vesical del número 18 con fijación en cara externa del muslo izquierdo, insuflación del globo a 5 cmH<sub>2</sub>O sin presencia de secreción y con días de instalación del día 11 de color amarillo claro, gasto urinario en el turno matutino de 250, turno vespertino 440 y turno nocturno de 2000 ml en el turno nocturno. Paciente que no evacua por estar 2 días por lo que no se puede evaluar con la escala de Bristol. Presencia de sudoración nocturna.

### *4. Patrón actividad- ejercicio.*

El paciente NDGE no realiza alguna actividad física a causa de su padecimiento, si realiza algún esfuerzo de más inicia con dolor de pecho, cefalea, disnea y taquicardia. Sin embargo, su única actividad es caminar en horas laborales, en ocasiones toma las escaleras, pero se agita, así como presencia acufenos. Las actividades que realiza en tiempos libres es ver televisión, dormir y manejar la motocicleta, así como nadar y a patinar en vacaciones.

Durante su estancia hospitalaria se encuentra con reposos absoluto en posición semifowler de 45°, por el momento en la valoración necesita apoyo para realizar las actividades (escala 2 de capacidades funcionales) a causa del reposo absoluto en relación con higiene, comer, vestir, movilización en cama.

Apoyo de oxígeno con dispositivo de alto flujo de tipo mascarilla fácil humidificador con FIO<sub>2</sub> al 100%, manteniendo saturación del 91%, se observa cansancio, presencia de dificultad respiratoria al interrogatorio y al retiro de la mascarilla en la administración de

medicamentos vía oral obteniendo una saturación de 87%, taquipnea, ligera diaforesis, cianosis a nivel de extremidades superiores e inferiores.

La valoración motora con la escala de Daniels (apéndice J) obteniendo resultados en ambos lados de 5/5, a excepción del brazo derecho que no se debe de movilizar por la punción del cateterismo, escala de Braden de riesgo de presentar úlceras por presión de 14 puntos (apéndice E), en la escala de Newman de 2 puntos, clasificando en moderado riesgo (apéndice --). Presencia de pulso periféricos de intensidad baja.

Temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca oscilando entre 112 a 120 lpm, presión arterial sistólica de 107 – 91 mmHg y diastólica de 78- 55mmHg, Con un PAM de 87 mmHg, llenado capilar de 3 segundos, una PVC de 9 mmH<sub>2</sub>O.

#### *5. Patrón sueño-descanso.*

Su sueño fisiológico consta de 5 horas de sueño de va desde la 1:00 am hasta las 6:00 am, pero realiza siesta de 1 hora. En ocasiones se le dificultad conciliar el sueño a causa de las preocupaciones personales, pero regularmente duerme muy bien cuando está muy cansado teniendo al otro día energía necesaria para realizar sus actividades.

Durante su estancia en el hospital refiere no poder descansar bien por los ruidos del monitor cuando se le realizan alguna intervención a mitad de la noche o cuando prenden la luz para ir con otro paciente esto a causa de que comparte la habitación con otros pacientes.

#### *6. Patrón cognitivo-perceptual.*

Paciente sin alteración neurológica, sin presencia de dolor, refiere presencia de miopía y astigmatismo desde hace 8 años; refiere que ha notado pérdida de memoria porque “se le olvida donde deja las cosas”. Su manera para aprender las cosas es realizándolas y repitiéndolas una y otra vez.

*7. Patrón autopercepción-autoconcepto.*

Paciente que por el momento se siente bien, a comparación de cómo se sentía en urgencias y después del procedimiento hemodinámico, refiere estar un poco ansioso. Se considera una persona alegre, positiva y un poco irritable. Su mayor temor es la pérdida de algún familiar más (4 familiares que fallecieron por infarto). Lo que le ayuda para seguir adelante es disfrutar aun de la vida que le falta.

*8. Patrón rol-relaciones.*

Es padre de familia, cuidado principal y sostén económico de la familia, en unión libre, convive con su concubina que se dedica a ama de casa y sus dos hijas: una de 23 años con nivel de estudios universidad concluida y trabajadora, y la otra hija de 17 años con ocupación de estudiante de preparatoria. Considera a su familia muy unida y alegre; convivencia con vecinos escasa.

*9. Patrón sexualidad-reproducción.*

Comienzo de vida sexual activa después de los 20 años, actualmente con una sola pareja sexual, sin uso método anticonceptivo, refiere que su deseo sexual a disminuido, no sé a realizado ningún examen de mama o testicular.

*10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.*

El estado de salud del paciente, así como la situación económica familiar son los factores que provocan que el paciente desencadene la ansiedad y/o estrés; su estrategia para disminuirlos estas emociones procura caminar de un lado a otro de alguna habitación, pero sin la presencia de la expresión oral, así como dormir. Refiere “que el estrés está presente, porque quiere solucionar el problema lo más pronto posible”.

### *11. Patrón valores-creencias.*

Paciente de religión católica pero no devoto, su mayor preocupación es morir y dejar las cosas inconclusas.

### **III. Valoración Céfalo-Caudal**

**Cabeza:** Normoencefálico, falta de cuero cabelludo en regio frontal, simetría facial y craneal, pupilas isocóricas, isométricas con adecuada respuesta a estímulos luminosos, reflejo de tallos presentes, sin alteración en los pares craneales

**Cuello:** Cilindro, simétrico, presencia de pulsos carotídeos simétricos, palpación de la glándula tiroides, sin presencia de nódulos.

**Tórax:** Simétrico, dificultad respiratoria, apoyo de músculos accesorios respiratorios, a la inspección buena permeabilidad aérea, sin auscultación de soplos o estertores, ruidos cardíacos rítmicos en buena intensidad y tono. En el reporte de ecocardiograma transtorácica, cardiopatía isquémica (infarto agudo inferior, infarto reciente anteroseptal, ventrículo izquierdo, con función sistólica deprimida, FEVI 26%, gasto cardíaco de 1.6 L/M/M2SC, disfunción diastólica moderada), insuficiencia mitral leve, ventrículo derecho de tamaño normal con función sistólica disminuida.

**Abdomen:** Blando, depresible, sin presencia de dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis de 18 por minuto, valoración de Giordano negativa

**Extremidades:** Integras, simétricas, con buen tono muscular edema de con signo de Godet (+), llenado capilar de 3 seg, frialdad al tacto, presencia de cianosis a nivel periférico.

#### IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

Actuales 13 de enero del 2022

<i>Constantes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Valoración de referencia</i>
<i>Glucosa capilar</i>	119 mg/dl	hiperglicemia	60-95 mg/dl
<i>Glucosa venosa</i>	128 mg/dl	hiperglicemia	70 - 110 mg/dl
<i>Na+</i>	136 mg/dl	Normal	135 - 148 mg/dl
<i>K+</i>	3.73 mg/dl	Normal	3.5 – 5.3 mg/dl
<i>Cl+</i>	102 mg/dl	Normal	98 - 107 mg/dl
<i>Calcio</i>	8.05 mg/dl	Hipocalcemia	8,5 – 10.2 mg/dl
<i>Fosforo</i>	2.47 mg/dl	Normal	2.7 – 4.5 mg/dl
<i>Magnesio</i>	2.06 mg/dl	Normal	1.4 – 2.1 mg/dl
<i>TFG</i>	93 ml/min	Normal	90 – 120 ml/min
<i>Hemoglobina</i>	13.5 g/dl	Normal	13 – 18 g/dl
<i>hematocrito</i>	40.1%	Normal	42 – 52 %
<i>plaquetas</i>	202 10 <sup>3</sup> /ul	Normal	130 – 450 10 <sup>3</sup> /ul
<i>Dinero D</i>	313 ng/ml	Normal	100 – 500 ng/ml
<i>TP</i>	12.5 seg	Normal	11.5 – 15.1 seg
<i>TTPa</i>	35.4 seg	Normal	25.3- 38 seg
<i>Fibrinógeno</i>	569 mg/dl	Hiperfibrinogenemia	169 - 515 mg/dl
<i>INR</i>	1.09	Normal	0.9 – 1.4

<i>Constante</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Referencias</i>
<i>Urea</i>	44 mg/dl	Normal	0 – 50 mg/dl
<i>BUM</i>	20.6 mg/dl	Normal	9 – 23 mg/dl
<i>Creatinina</i>	1.1 mg/dl	Normal	0.7 – 1.2 mg/dl

<i>Indicador</i>	<i>pH</i>	<i>PO2</i>	<i>PCO2</i>	<i>HCO3</i>	<i>SATO2</i>
<i>Resultados</i>	7.40	64mmHg	35 mmHg	21.3mmol/L	91%
<i>Interpretación</i>	EQUILIBRIO ACIDO - BASE				

#### V. Identificación de Patrones Funcionales.

En el caso clínico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud en el Sr. NDGE, patrón percepción-manejo de salud, nutricional-metabólico, actividad- ejercicio, sueño-descanso y adaptación-tolerancia al estrés. Obteniendo los siguientes diagnósticos de enfermería.

## Listado de Diagnósticos de Enfermería

Actividad/reposo.

Respuesta cardiovascular /pulmonar.

Diagnóstico de Enfermería 1: **Disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* alteración de la frecuencia cardiaca *evidencia por* taquicardia, cambios en el electrocardiograma, palpitaciones cardiacas, fatiga, presión arterial alterada, disnea llenado capilar prolongado.

Actividad/reposo.

Respuesta cardiovascular /pulmonar.

Diagnóstico de Enfermería 2: **Patrón respiratorio ineficaz** *relacionado con* fatiga *evidenciado por* aleteo nasal, hiperventilación, alteración de los movimientos torácicos y taquipnea

Afrontamiento /Tolerancia al estrés.

Respuesta de afrontamiento.

Diagnóstico de Enfermería 3: **Ansiedad** *relacionada con* estresores *evidenciado por*, insomnio, contacto visual reducido, expresa ansiedad por los cambios en los eventos de vida, expresa dolor abdominal, nacional atención, expresa preocupación.

Patrón percepción-manejo de salud.

Promoción a la salud.

Diagnóstico de Enfermería 4 **Conducta de mantenimiento ineficaz de la salud**

*relacionado con* conflictos entre creencias culturales y prácticas de salud *evidenciado* por fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud, fracaso para emprender acciones para reducir los factores de riesgo, compromiso inadecuado con un plan de acción, en su vida diaria a selección ineficaz para alcanzar objetivos de salud.

Promoción a la salud.

Toma de conciencia de la salud.

Diagnóstico de Enfermería 5 **Estilo de vida sedentaria** *relacionado con* disminución de la tolerancia a la actividad *evidenciado por* no se ejercita durante el tiempo libre, expresa preferencia por poca actividad física, mala condición física, realiza la mayoría de las tareas en posición sentada.

Nutrición.

Ingestión.

Diagnóstico de Enfermería 6: **Obesidad** *relacionada con* patrones anormales de conducta alimentaria frecuencia alta de ingesta de comida de restaurante o frita *evidenciado por* adulto: índice de masa corporal mayor a 30 kg sobre metro cuadrado.

Actividad/reposo.

Sueño/ reposo.

Diagnóstico de Enfermería 7 **Patrón de sueño alterado** *relacionado con* perturbaciones ambientales, privacidad insuficiente *evidenciado por* dificultad para permanecer dormido, expresa insatisfacción con el sueño, la expresión cansancio.

Actividad/reposo.

Actividad/ ejercicio.

Diagnóstico de Enfermería 8 **Disminución de la tolerancia a la actividad** *relacionado con* desequilibrio en transporte y demanda de oxígeno *evidenciado por* frecuencia cardíaca normal en respuesta a la actividad, disnea por esfuerzo, expresa fatiga, cambios en el electrocardiograma.

Actividad/reposo.

Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 9 **Riesgo de disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* la alteración de la frecuencia y ritmo cardiacos.

Seguridad/protección.

Infección.

Diagnóstico de Enfermería 10 **Riesgo de infección** *relacionado con* obesidad retención de los líquidos corporales.

Seguridad/protección.

Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 11 **Riesgo de caídas en adultos** *relacionado con* Obesidad, trastornos del sueño, superficie de la cama elevada.

Seguridad/protección.

Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 12 **Riesgo de lesión por presión en adultos** *relacionado con* humedad excesiva, presión sobre las ponencias óseas, disminución de la movilidad física.

Seguridad/protección.

Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 13 **Riesgo de shock** *relacionado con* presión arterial inestable

### Plan de Cuidados de Enfermería 1

<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 4 Actividad/reposo.  <b>Clase:</b> 4 Respuesta cardiovascular /pulmonar.  <b>Disminución del gasto cardiaco</b> <i>relaciona con</i> alteración de la frecuencia cardiaca <i>evidenciado por</i> taquicardia, cambios en el electrocardiograma, palpitations cardiacas, fatiga, presión arterial alterada, disnea llenado capilar prolongado, edema periférico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b></p>	<p>Campo: 2 Fisiológico completo. Clase: N Control de la perfusión tisular.  <b>Intervención: Cuidados cardiacos: agudos.</b>  <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Instruir al usuario sobre la relevancia de comunicar de inmediato cualquier malestar torácico. Presión en el pecho, punzadas, aceleración del corazón, ardor y/o dolor.</li> <li>● Tele monitorizar el electrocardiograma para descubrir cambios del segmento ST. Llevar un registro de hora, duración del cambio y reportar.</li> <li>● Realizar una evaluación exhaustiva de estatus cardiacos, incluida la circulación periférica; mediante la coloración de la piel “cianótica”, temperatura “frialdad”, verificación de los pulsos como la presencia y la fuerza de estas (poplítea, dorsal, plantar).</li> <li>● Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos, con ayuda del monitor valorar la distancia de una onda R a otra onda R, verificar la presencia de las ondas correspondientes del electrocardiograma, así como alguna alteración (arritmias, extrasístoles); la frecuencia dentro de parámetros normales de 60 a 100 latidos por minuto y verificar presencia de pulsos distales, así como la intensidad.</li> <li>● Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia, mediante el oxímetro de pulso, dando interpretación de las ondas que nos ayudara a identificar alguna alteración respiratoria.</li> <li>● Vigilar el estado neurológico mediante escala de Glasgow.</li> <li>● Conseguir un electrocardiograma de 12 derivaciones mediante el electrocardiograma, verificando si existe alguna alteración en V<sub>3</sub>,V<sub>4</sub>,V<sub>5</sub>.</li> <li>● Extraer muestras sanguíneas de manera adecuada, para verificar los niveles de troponina CPK, LDH, el cual nos indicaran como va evolucionado el IAM, como el análisis de los Electrolitos (potasio y el magnesio) que puede provocar un aumento significativo de arritmias.</li> </ul>

**Intervenciones de Enfermería  
NIC\*\*  
Guía de Práctica Clínica\*\*\***

- Inspeccionar las tendencias de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, mediante la monitorización, pero de preferencia de manera manual (Bau manómetro); en qué momento existe dicha alteración, en qué momento del día, alguna actividad del paciente (movilización, comer o eliminación), familiar (alguna noticia impactante o la presencia de algún familiar) o del cuidado en enfermería (administración de fármacos o de algún procedimiento).
- Proporcionar una dieta adecuada para pacientes cardiacos, disminución de sodio, grasas, aumento de proteínas, en especial las carnes blancas., verificando las indicaciones, solicitando una dieta hiposódica o para paciente cardiaco
- Limitar los estímulos ambientales o estresantes que es perjudicial al paciente, (luz, sonido del monitor, bombas, radio a alto volumen).
- Prevenir la inducción de situaciones de gran intensidad emocional por ejemplo noticias desfavorables o desagradables.
- Realizar una terapia de relajación, respiraciones profundas, musicoterapia, lecturas narrativas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura al paciente, esto porque es factor estresante para el organismo.
- Enseñar al paciente a que evite actividades que produzca la vane obra de Valsaba, pujar o realizar retención urinaria voluntaria.
- Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Valsalva como los Senósidos.
- Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor isquemia como la isosorbida, clonixinato de lisina o paracetamol.
- Vigilar la eficacia de la medicación, conocer la farmacodinamia y la farmacocinética del medicamento, para identificar su vida de acción y vida media. Así como preguntar directamente en el caso de los analgésicos y en el monitor.
- Educar al paciente y al cuidador sobre el objetivo del tratamiento y el modo en el que se medirá harán los progresos.

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
<b>Evaluación NOC***</b>	<b>Efectividad de la bomba cardiaca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presión sanguínea sistólica (3)</li> <li>● Presión sanguínea diastólica (3)</li> <li>● Frecuencia cardiaca (3)</li> <li>● Pulsos periféricos (3)</li> <li>● Presión venosa central (4)</li> <li>● Equilibrio de la ingesta y excreción en 24 hora (3)</li> </ul>	1.-Desviación grave del rango normal 2.-Desviación sustancial del rango normal 3.-Desviación moderadamente del rango normal	<b>Puntuación Basal:</b> Desviación moderadamente del rango normal (3)
			4.-Desviación leve del rango normal 5.-Sin Desviación grave del rango normal	<b>Puntuación Diana:</b> Siempre demostrado (5)
				<b>Puntuación Cambio:</b> +2

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 2

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b>	<p><b>Domino:</b> 4 Actividad/reposo.  <b>Clase:</b> 4 Respuesta cardiovascular/pulmonares.  <b>Patrón respiratorio ineficaz</b> <i>relacionado con fatiga evidenciado por hiperventilación aleteo nasal taquipnea alteración de los movimientos torácicos.</i></p>
<b>Intervenciones de Enfermería NIC**          Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: 2 Fisiológico completo.          Clase: K Control respiratorio.          Intervención: Monitorización respiratoria.  <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; mediante la monitorización continua, la observación de las gráficas, y su interpretación de rangos, que se encuentran fuera de lo normal.</li> <li>● Evaluar el dinamismo torácico, observar la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>● Auscultar los sonidos respiratorios, con apoyo del estetoscopio, e identificar ruidos anormales y/o extraños.</li> <li>● Instaurar tratamiento de terapia respiratoria, mediante cambiar el dispositivo de puntas nasales a mascarilla o mascarilla con bolsa reservorio; avisar de forma inmediata al médico para su valoración.</li> <li>● Estar alerta los patrones de respiración; bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul.</li> <li>● Observar los niveles de saturación de oxígeno continuamente con apoyo de un oxímetro de pulso</li> <li>● Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, verificando una posición adecuada y cómoda para el paciente, sin } presencia de secreciones.</li> <li>● Administrar oxígeno suplementario, mediante cánulas de oxígeno que administra solo 5 litros por minuto con un porcentaje del 40%; mascarillas de oxígeno que corresponde de 5 a 8 litros por minuto dando un porcentaje de oxígeno de 40 – 60%, mascarilla de oxígeno con reservorio Re inhalatoria que da un porcentaje de oxígeno del 60- 80% con una cantidad de litros de 8 a 12 litros por minuto; o mascarilla de oxígeno con reservorio no reinhalatoria dando un porcentaje de 90 a 99% con litros de oxígeno de 8 a 12 litros.</li> <li>● Probar la tolerancia del paciente para la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.</li> </ul>

	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
<b>Evaluación NOC***</b>	<b>Estado cardiopulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presión. arterial sistólica (3)</li> <li>● Presión arterial diastólica. (3)</li> <li>● Frecuencia cardiaca apical. (2)</li> <li>● Frecuencia respiratoria. (3)</li> <li>● Ritmo respiratorio (3)</li> <li>● Profundidad de la inspiración (3)</li> <li>● Palidez (3)</li> <li>● Cianosis (4)</li> <li>● Edema periférico (3)</li> <li>● Fatiga (2)</li> <li>● Diaforesis (3)</li> <li>● Saturación (4)</li> </ul>	1.- Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguna	<b>Puntuación Basal: 3.- Moderado</b>
				<b>Puntuación Diana: Leve (4)</b>
				<b>Puntuación cambio +1</b>

*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, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández*

### Plan de Cuidados de Enfermería 3

<p style="text-align: center;"><b>Diagnóstico de Enfermería NANDA *</b></p>	<p><b>Dominio:</b> Afrontamiento/tolerancia al estrés.  <b>Clase:</b> Respuestas de afrontamiento.  <b>Ansiedad relacionada</b> con estresores <i>evidenciado</i> por expresa ansiedad por los cambios en los eventos de vida, insomnio, contacto visual reducido, expresa dolor abdominal, alteración de la atención, expresa preocupación.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica***</b></p>	<p>Campo: Conductual.  Clase: Fomento de la comodidad psicológica.  Intervención: <b>Disminución de la ansiedad.</b>  <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma clara y entendible para el paciente.</li> <li>• 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).</li> <li>• Confortar la expresión 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.</li> <li>• Educar 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 dejes de hacer.</li> <li>• Observar si hay signos verbales o no de ansiedad, al momento de la interrogación o la comunicación asertiva.</li> </ul> <p>Campo: Conductual.  Clase: Ayuda para el afrontamiento.  Intervención NIC: <b>potenciación de la seguridad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer un ambiente no amenazador, disminuir los ruidos durante el turno nocturno.</li> <li>• Evitar producir situaciones emocionales, refiriendo a los familiares que no le comenté pláticas desagradables que le provoqué enojo, llanto, inquietud, ansiedad.</li> <li>• Percibir los miedos del paciente de manera atenta y respetuosa.</li> <li>• Aclarar al paciente todas las pruebas y procedimientos que el paciente tenga duda y aclarar si refiere alguna molestia que nos la exprese.</li> <li>• Responder a las preguntas sobre su estado de salud de una manera sincera.</li> </ul>

Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Autocontrol de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Elimina precursores de la ansiedad. (2)</li> <li>● Obtiene información para reducir la ansiedad. (1)</li> <li>● Planea estrategias para superar situaciones estresantes. (2)</li> <li>● Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (2)</li> <li>● Refiere dormir de forma adecuada. (3)</li> <li>● Controla la respuesta de ansiedad. (2)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p><b>Puntuación Basal:</b> Raramente demostrado. (2)</p> <hr/> <p><b>Puntuación Diana:</b> Siempre demostrado. (3)</p> <hr/> <p><b>Puntuación Cambio:</b> +1</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, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

### Plan de Cuidados de Enfermería 4

<b>Diagnóstico de Enfermería</b> <b>NANDA *</b>	<p><b>Dominio:</b> 1 Promoción a la salud.      <b>Clase:</b> 1 Promoción a la salud.</p> <p><b>Conducta de mantenimiento</b> ineficaz de la salud <i>relacionado con</i> conflictos entre creencias culturales y prácticas de salud <i>evidenciado por</i> fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud, fracaso para emprender acciones para reducir los factores de riesgo, compromiso inadecuado con un plan de acción, en su vida diaria a selección ineficaz para alcanzar objetivos de salud.</p>
<b>Intervenciones de Enfermería</b> <b>NIC**</b> <b>Guía de Práctica Clínica***</b>	<p>Campo: Conductual.  Clase: Educación de los pacientes.</p> <p><b>Intervención: Enseñanza: proceso de la enfermedad.</b></p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se valorar el nivel actual de conocimiento del enfermo en relacionado con el proceso de su patología mediante una retroalimentación de sus propias dudas, así como aclarar dudas.</li> <li>● Puntualizar los signos y síntomas comunes de la enfermedad mediante un lenguaje coloquial y entendible para el paciente y el familiar.</li> <li>● Mencionar cuales son los factores que le desencadenó la enfermedad, así como sus complicaciones si aún las realiza.</li> <li>● Enseñar al paciente que identifique los signos y síntomas relacionado a su enfermedad. Anotarlas en una libreta, fecha y hora; notificar al profesional sanitario en el servicio de urgencias, hospitalización y/o en consulta.</li> <li>● Explicar los cambios en el estilo de vida que debe de cambiar para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad, mediante folletos y de modo audiovisual.</li> <li>● Determinar el funcionamiento de las recomendaciones de control, terapia, tratamiento.</li> <li>● Formar al paciente sobre las medidas para prevenir minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> </ul> <p><b>Intervención NIC: Enseñanza: dieta preinscrita.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informar de forma coloquial o entendible de paciente sobre la dieta actual que debe de llevar, los grupos alimenticios, y posterior se le informara en la cita con la nutrióloga con relación a porciones y horarios.</li> <li>● Determinadas perspectivas, referencias culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente para seguir la dieta prescrita.</li> <li>● Informar al paciente sobre los suministros alimenticios permitidos y prohibidos.</li> <li>● Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas con apoyo de la nutrióloga, que le cuestionara sus gustos en relación con su alimentación y como balancearla conforme su actividad de día a día.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Remitir al paciente a un dietista mediante la consulta externa.</li> <li>● Animar al paciente a que realice sus propias comidas, para que identifique alimentos saludables, porciones y horarios.</li> </ul>			
<b>Evaluación NOC***</b>	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	<b>Conocimiento o estilo de vida saludable.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso personal óptimo. (1)</li> <li>● Estrategias para mantener una dieta saludable. (2)</li> <li>● Importancia de agua para la adecuada hidratación. (2)</li> <li>● Estrategias para limitar el consumo de grasa saturada y colesterol. (2)</li> <li>● Estrategias para prevenir enfermedades. (2)</li> <li>● Importancia de los exámenes preventivos. (2)</li> <li>● Efectos adversos para salud de tener sobrepeso. (2)</li> </ul>	1. Ningún conocimiento. 2. conocimiento escaso. 3. conocimiento moderado. 4. conocimiento sustancial. 5. conocimiento extenso.	<b>Puntuación Basal:</b> Conocimiento escaso. (2) <b>Puntuación Diana:</b> Conocimiento moderado. (3) <b>Puntuación Cambio:</b> (+1)

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, Coordinado: DCE. Francisco Javier Báez Hernández

**Recomendaciones de Alta**

Nombre de la Persona: NDGE

Edad: 53 años

Fecha de ingreso: 13 de enero de 2022

Servicio/Contexto: cardiología

Diagnóstico médico: IAMCEST

**Intervenciones de Enfermería**

- Se exhorta que los pacientes con IAMCEST se incluyan en un programa de rehabilitación cardiaca a los dos meses posteriores del alta hospitalario 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 del paciente al ejercicio.
- El ejercicio se llevará a cabo 4-5 días por semana, con un periodo de 45-60 minutos.
- Enseñanza de técnica y de relajación para la disminución del estrés.
- Proporcionar información orientada a pacientes y familiares sobre la patología, factores de riesgo y prevención, es decir medicina preventiva.
- Una dieta similar a la mediterránea, (realizada por el nutriólogo conforme a sus necesidades).
- 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 0 2 veces por semana (pescado graso), 30 gr de frutos secos sin sal, ingesta de alcohol dos copas al día.
- Tratamiento continuo y estrecho en su medicación en casa.

## Discusión

En el estudio de Meseguer (2020) se encuentra similitud sobre la importancia que tiene enfermería en la elaboración de un plan de cuidado a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST , para su autocuidado una vez egresado del nosocomio a su domicilio, obtenido en común la etiqueta diagnóstica de patrón respiratorio ineficaz; así como la importancia de llevar un estilo de vida saludable es la pieza clave para la disminución de complicaciones de corto y largo plazo.

En el artículo de Martínez, Lastre y Cassiani (2019) se hallaron dos diagnósticos de enfermería con el trabajo actual, de los cuales fueron disminución del gasto cardíaco y ansiedad, enfocándose más a los factores estresantes internos y externos, una vez identificados se puede dar solución a dicha problemática y conlleva a una pronta recuperación a los pacientes que padecen alguna enfermedad cardíaca, favoreciendo una vida más prolongada y de calidad, el cual se realizó en el plan de alta.

Dimas et al., (2016) en su trabajo manejo la misma metodología que el presente trabajo, obteniendo los dos principales diagnósticos de enfermería reales que fueron disminución del gasto cardíaco, limpieza ineficaz de las vías aéreas, a realizar la comparativa tiene mucha similitud en relación con las intervenciones conforme a prioridad para el paciente y así disminuir complicaciones.

López (2016) y el trabajo realizado se utilizó la misma metodología que en ella se encontró el cuarto diagnóstico de enfermería que semejanza que es conocimientos deficientes, por lo que la función de enfermería aparte de brindar cuidados intensivos también es de educadora y promotora de la salud, es por ello la importancia en la actualización de temas para brindar un adecuado cuidado y de calidad en todas las áreas y observar un panorama que pudiera suscitar para disminuir complicaciones.

## Conclusión

Como sabemos el servicio de cuidados intensivos tiene como objetivo atender a pacientes en estado delicado o grave, donde su funcionalidad vital esta potencialmente deteriorado a causa de algunas patologías, siendo uno de ellos las enfermedades coronarias isquémicas, teniendo el mayor impacto los de infarto agudo al miocardio, ya que conlleva a tener múltiples complicaciones por ejemplo insuficiencia cardiaca aguda descompensada , shock cardiogénico, valvulopatías y/o arritmias prolongadas que pone en riesgo la vida del paciente; por lo que conlleva a realizar un cuidado específico del equipo multidisciplinario de salud, en especial enfermería.

El personal de enfermería intensivista debe de tener un amplio nivel de conocimiento, habilidades y actitudes específicas que permitirá brindar un cuidado de calidad, así como la resolución inmediata y asertiva en diversas situaciones o eventos, en este caso en pacientes cardiológicos; este tipo de pacientes requieren de una de una gran monitorización continua , cuidados muy complejos y sofisticados , que solo lo puede proporcionar personal de la salud altamente calificado, en este caso las enfermeras con estudios de cuidados intensivos ya que tiene conocimientos no solo en el cuidado cardiológico, si del cuidado hablando de aparatos y sistemas, actualización en el manejo de equipo biomédicos y lo principal cuidado humanizado, mediante la evidencia científica en todos los servicios de cuidados críticos.

## Referencias

- Adaptado de: Killip T 3er d. Treatment of myocardial infraction in a coronary care unit . A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol.* 1967, 20 (4); 457 – 464. Recuperado de <https://twitter.com/AHCTMX/status/1295752322769801216/photo/1>
- Asociaciones ALE. (2018). *Asociacion ALE*. Recuperado de [https://asociacionale.org.mx/enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-muerte-entre-los-mexicanos/#:~:text=A.C.%20\(PACO\).-En%20M%C3%A9xico%2C%20el%2019%25%20de%20mujeres%20y%20hombres%20de%2030,o%20dislipidemia%20\(14%20millones\)%2C](https://asociacionale.org.mx/enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-muerte-entre-los-mexicanos/#:~:text=A.C.%20(PACO).-En%20M%C3%A9xico%2C%20el%2019%25%20de%20mujeres%20y%20hombres%20de%2030,o%20dislipidemia%20(14%20millones)%2C)
- Baquero, M A; Sabatel, P.F y Rodríguez P.L (2017). Complicaciones del Infarto de Miocardio. *Revista Medicine* 12 (37); 2224 – 2231. Recuperado de <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/113%20Complicaciones%20del%20infarto%20de%20miocardio%20MEDICINE%2006-17.pdf>.
- Blümel, M.J.E., Tirado, G.K., Schiele, M.C., Schönffeldt, F.G., y Sarrá, C. S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista médica de Chile*, 132(5), 595-600. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000500009>
- Borrayo, S. G Get al. (2017). Protocolo para atención de Infarto Agudo de Miocardio en urgencias: código infarto. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 55 (2): 233 -246. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172q.pdf>.
- Borrayo, S. G., Rosas, P. M., Pérez, R. G., Ramírez, A. E., Almeida, G. E., y Arriaga, D. J. Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST: Código I. *Revista*

*médica del Instituto mexicano del Seguro Social*. 2018;56(1):26-37. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im181e.pdf>.

Braunwald, E. (1996). Acute myocardial infarction, the value of being prepared. *N Engl J Med*, 334, 51 – 2. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607100/pdf/20081200s00009p413.pdf>.

Carrillo, M.P., y Barajas, M.K.G. (2016). Exploración neurológica básica para el médico general. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(5), 42-56. Recuperado en 16 de julio de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000500042&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500042&lng=es&tlng=e)

Chanchal, S., Debarata, R., y Soumitra K. (2017). Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. BK Rao Shirish Prayag. *ICU manual for nurses* (1-31). ISCCM

Coll, M. Y., Valladares, C.F., y González, R. C., Infarto Agudo de Miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Revista Finlay*. 2016; 6(2): Recuperado de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/403>.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2017). *Mortalidad intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio en las principales instituciones públicas de salud de México. Boletín*. Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin11/mortalidad.pdf>.

de los Nietos, M. C. (2007). Nociones básicas de anatomía, fisiología y patología cardíaca: bradiarritmias y taquiarritmias. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en*

*Cardiología*, (40), 7-20. Recuperado de

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4001.pdf>.

Dimas, A. B., Gómez, O. M., Sánchez, A.M.G., González, G. G., Bobadilla, S, E., y Santana, G. C.C. (2016) Intervención de Enfermería a paciente con Síndrome Coronario Agudo y Síndrome Compartimental Abdominal. *Revista Mexicana de Cardiología.*, 24., 17 – 23. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161d.pdf>.

Esteva, E. E., (2009) Infarto Agudo de Miocardio. Clínica y tratamiento. *ELVESIER*, 28 (3). Recuperado de [https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infarto-](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infarto-agudo-miocardio-clinica-tratamiento-13133617)

[agudo-miocardio-clinica-tratamiento-13133617](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infarto-agudo-miocardio-clinica-tratamiento-13133617)

Fernández, T. J.A., Ariznavarreta,R. C., Cachofeiro, V., Cardinali, D.P., Escrich,E. E., Pablo, E. y Delpón, E. (2016). *Capítulo 45: Circulación coronaria. Fisiología humana (4ª ed)*. McGraw Hill: México. Recuperado de

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1858&sectionid=134367049>

Galimany, M.J., Díaz, R. S y Pernas, C.I J.C (2010) Cuidados de Enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. *Enfermería en*

*cardiología*, 49. Recuperado de [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/49\\_11.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/49_11.pdf)

Gobierno de México. (23 de julio del 2021). *Estadísticas Instituto de cardiología*

*Ignacio Chaves*. Recuperado de

[https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/estadisticas/](https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/)

- Gómez Fröde, C.X., Díaz Echevarría, A., Lara Moctezuma, L., Maldonado Aparicio, J., Rangel Paredes, F.V., & Vázquez Ortiz, L.M. (2021). Infarto agudo del miocardio como causa de muerte. Análisis crítico de casos clínicos. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 49-59. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.08>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018). Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: *Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC*. Recuperado de [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=5223](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSSD, 2018). Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST. Guía de Evidencias y Recomendaciones: *Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC*. Recuperado de [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=5223](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223).
- Linares, C. L.P., Vilaú, J. M., Vitón, C. A.A., y Linares, C L.B., Caracterización de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2019; 44(2). Recuperado de <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1511>.
- Lopez, Z. I (2016) Caso clínico: Plan de Cuidados Enfermeros en el cateterismo cardiaco vía radial. *Rev. Enfermería en cardiología*, 23 (69). Recuperado de [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69\\_06.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_06.pdf).
- Martinez, M.J., Lastra, A.G., y Cassiani, C. (2019). Cuidado de enfermería en paciente con síndrome coronario agudo (SCA). *Revista ENE de enfermería*. 13 (2).

Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200009)

Martínez, R. M.A. (2014). Infarto Agudo al Miocardio. *Academia Nacional de Medicina* /México <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L12-Infarto-agudo-al-miocardio.pdf>.

Martos, S.J (2021) Manejo del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST mediante estrategia fármaco invasiva. *Rev. norte medico*; 1 (1). Recuerdo de <https://revistas.unc.edu.pe/index.php/nortemedico/article/view/95>.

Messeguer, F. M.R., (2020) Plan de Cuidados de Enfermería para paciente que presenta síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). A propósito de un caso. *Revista Enfermería en Cardiología.*, 24I (81), 54 – 59. Recuperado de [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2020-27-81-54-59\\_7.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2020-27-81-54-59_7.pdf).

*MILENIO* . (24 de septiembre de 2020). Recuperado de <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/enfermedades-corazon-principal-causa-muerte-puebla>.

Moran, S. A.J., Duarte, F.R.F y Ortiz, G.I. (2019). Frecuencia de factores de riesgo coronarios en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en el Servicio de Cardiología del Hospital de Clínica. *Rev. virtual Soc. Paraguair. Med. Int*; 6 (2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7065842>.

Muñana, R.J.E., Y Ramirez, E. A (2013) Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Revista enfermería universitaria* 11(1), 24 – 35, Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>

- Nieves, Maybell. (12 de septiembre de 2019). Signo de Godet: qué es, diagnóstico, enfermedades. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/signo-de-godet/>.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de diciembre 2020). *Las 10 principales causas de defunción* Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Santos, M. M., Valera, S. A., Ojeda, R. Y., y Pardo, P. L. (2015). Validación del Score Grace como predictor de riesgo tras un infarto agudo de miocardio. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 21(2), 78-84. Recuperado de <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/578>
- Tortora, G. J., y Derrickson, B. (2010). El aparato circulatorio: corazón *Principios de anatomía y fisiología*. (700- 712) buenos aires: medica panamericana
- Ugalde, H., Yubini, M.C., Rozas, Sebastián, R., Sanhueza, M.I., & Hernán, J., (2017). Validación del puntaje de riesgo TIMI como predictor de mortalidad en pacientes chilenos con infarto agudo al miocardio con supradesnivel de ST. *Revista médica de Chile*, 145(5), 572-578. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500003>
- Vicente H, M.T., Delgado, B. S., Bandrés, M. F., Ramírez-Iñiguez, T.M.V., Y Capdevilla G. L.. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

## Apéndice A

### Carta de consentimiento informado

Puebla Pue. a 13 de enero del 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 paciente con infarto agudo al miocardio con elevación de ST*” el cual es llevado a cabo por el/la Licenciada/o en enfermería Laura Lizette Marcos Analco estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados críticos con matrícula 221650053.

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 \_\_\_\_\_ al número de celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2

## Apéndice B

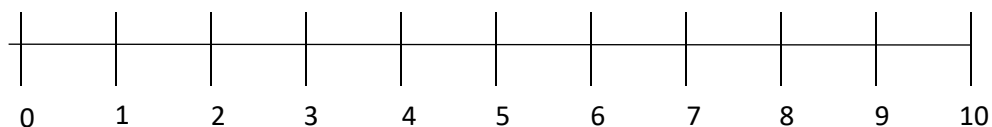
### Escala de Coma de Glasgow.

<b>Respuesta ocular.</b>					
<b>Espontanea</b> (4)	Orden verbal (3)		Al dolor (2)	Sin respuesta (1)	
<b>Respuesta verbal.</b>					
<b>Orientado</b> (5)	Desorientado (4)		Palabras inapropiadas (3)	Sonidos incomprensibles (2)	Sin respuesta (1)
<b>Respuesta motora.</b>					
<b>Orden verbal</b> (6)	Localiza el dolor (5)	Flexión/ retirada (4)	Flexión anormal Decorticación (3)	Extensión Descerebración (2)	Sin respuesta (1)

*Nota:* Muñana y Ramírez. (2013).

## Apéndice C

### Escala del dolor



Tipo escala	Características	Interpretación
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor

*Nota:* Vicente, Delgado, Bandrés, Ramírez, Capdevila (2018)

## Apéndice D

### Escala de Braden

<i>Percepcion sensorial</i>	<i>Completamente limitada (1)</i>	<i>Muy limitada (2)</i>	<i>Ligeramente limitada (3)</i>	<i>Sin limitaciones (4)</i>
<i>Exposición a la humedad</i>	Constante humedad (1)	A menudo Humedad (2)	Ocasionalmente húmedo (3)	Raramente humedad (4)
<i>Actividad</i>	Encamado (1)	En silla (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)
<i>Movilidad</i>	Completamente inmóvil (1)	Muy limitada (2)	Ligeramente limitada	Sin limitaciones (4)
<i>Nutrición</i>	Muy pobre (1)	Probablemente inadecuada (2)	Adecuada	Excelente (4)
<i>Roce y peligroso de lesiones</i>	Problema (1) requiere moderada y máxima asistencia	Problema potencial (2) Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia		No existe problema aparentemente (3)

*Nota:* Blümel, Tirado, Schiele , Schönfeldt y Sarrá (2004).

## Apéndice E

### Clasificación Killip – Kimball

<i>Clase.</i>	<i>Características.</i>	<i>Mortalidad.</i>
<i>I</i>	Sin fallas cardíacas. *No hay signos de congestión pulmonar o venosa. *No hay S3.	5%
<i>II</i>	Falla cardíaca. *Paciente que presenta insuficiencia cardíaca moderada que se manifiesta por estertores en ambas bases pulmonares. *Presencia de tercer ruido, taquipnea o insuficiencia cardíaca derecha.	10%
<i>III</i>	Edema pulmonar *Presencia de insuficiencia cardíaca intensa + edema pulmonar	40%
<i>IV</i>	Choque cardiogénico *Aparición de choque cardiogénico con una presión sistólica < 90 mmHg y signos de vasoconstricción y cianosis, confusión mental y oliguria	90%

*Nota:* Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit (1967)

## Apéndice F

### Escala de Grace score

<i>Rango</i>	<i>Edad (años)</i>		<i>Frecuencia cardiaca</i>		<i>TA Sistólica (mmHg)</i>		<i>Creatinina</i>		<i>Clase de Killip</i>	
	<i>Puntos</i>	<i>Rango</i>	<i>Puntos</i>	<i>Rango</i>	<i>Puntos</i>	<i>Rango</i>	<i>Puntos</i>	<i>Rango</i>	<i>Puntos</i>	
40 -49	18	<70	0	<80	63	<0.39	2	Clase 1	0	
50 - 59	36	70-89	7	80 - 99	58	0.4 - 0.79	5	Clase 2	21	
60 -69	55	90- 109	13	100 - 119	47	0.80 - 1.19	8	Clase 3	43	
70 - 79	73	110 - 149	23	120 - 139	37	1.2 - 1.59	11	Clase 4	64	
>80	91	150 - 199	36	140 - 159	26	1.6 - 1.99	14			
		>200	46	160 - 199	11	2- 3.99	23			
				>200	0	>4	31			

Paro cardiorrespiratorio 43 puntos

Elevación de las enzimas cardiacas 15 puntos

Desviación del segmento ST 30 puntos

*Nota:* Santos, Valera, Ojeda y Pardo (2015)

### Mortalidad a 6 meses.

<i>1 - 69 PUNTOS</i>	<i>&lt;1%</i>
<i>70 - 90 PUNTOS</i>	<i>1- 2.9%</i>
<i>91 - 110 PUNTOS</i>	<i>3 - 3.9 %</i>
<i>111 - 130 PUNTOS</i>	<i>4 - 5.9 %</i>
<i>131 - 150 PUNTOS</i>	<i>6 - 11%</i>
<i>151 - 170 PUNTOS</i>	<i>12 - 19%</i>
<i>171 - 190 PUNTOS</i>	<i>20 - 33%</i>
<i>191 - 210 PUNTOS</i>	<i>34 - 54 %</i>

*Nota:* Santos, Valera, Ojeda y Pardo (2015)

## Apéndice G

### Escala TIMI o ZWOLLE

Puntaje de riesgo TIMI para IAM con SDST		Puntaje de riesgo	Probabilidad de muerte a los 30 días
<b>Historia</b>		0	0.1 – 0.2
<b>EDAD</b>		1	0.2 – 0.3
<b>65– 74 Años</b>	2 puntos	2	0.4 – 0.5
<b>&gt;75 Años</b>	3 puntos	3	0.6 – 0.9
<b>DM/HTA/angina</b>	1 punto	4	1.0 – 1.5
<b>Examen físico</b>		5	1.9 – 2.6
<b>PAS &lt; 100 mmHg</b>	3 puntos	6	2.5 – 3.6
<b>FC &gt; 100 lpm</b>	2 puntos	7	3.8 – 6.1
<b>Killip II - IV</b>	2 puntos	8	4.2 – 7.8
<b>Peso &lt; 67 kg</b>	1 punto	>8	6.3 - 12
<b>Presentación</b>			
<b>SCST anterior o BCRI</b>	1 punto		
<b>Tiempo pre – reperfusión &gt; 4 hrs</b>	1 punto		
<b>Puntaje de riesgo = total</b>	(0 – 14 puntos)		

*Nota:* Ugalde et al. (2017).

## Apéndice H

### Escala de índice de masa corporal

<i>Clasificación</i>	<i>IMC (Kg/m<sup>3</sup>)</i>	<i>Riesgo</i>
<i>Bajo peso</i>	Menor de 18.5	
<i>Normal</i>	18.5 – 24.9	Promedio
<i>Sobrepeso</i>	25 – 29.9	Aumentado
<i>Obesidad I</i>	30 – 34.9	Moderado
<i>Obesidad II</i>	35 – 39.9	Severo
<i>Obesidad III</i>	Mas de 40	Muy severo

*Nota: OMS (2022)*

## Apéndice I

### *Escala de Daniels*

<i>Grado</i>	Descripción
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 + resistencia moderada
5	Musculo soporta resistencia manual máxima, movimientos completos, contra gravedad

*Nota:* Carrillo y Barajas (2016).

## Apéndice J

### Escala de godet

<i>Grado</i>	<i>Símbolo</i>	<i>Magnitud</i>	<i>Extensión</i>
<i>Grado I</i>	+ /++++	Leve depresión, sin distorsión visible del contorno	Desaparición casi instantánea
<i>Grado II</i>	++ /++++	Depresión de hasta 4 mm	Desaparición en 15 segundos
<i>Grado III</i>	+++ /++++	Depresión de hasta 6 mm	Recuperación en 1 minuto
<i>Grado IV</i>	++++ /++++	Depresión profunda de hasta 1 cm	Persistencia de 2 a 5 minutos

*Nota:* Larry, Fuaci, Lascalzo. Harrison. Principios de medicina interna. 18 edición.