



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

Caso Clínico:
Proceso de Enfermería en un Paciente con
Choque Cardiogénico

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

Presenta:
LE. Aricen Merino Hernández

Noviembre, 2023.



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

Caso Clínico:
Proceso de Enfermería en un Paciente con
Choque Cardiogénico

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

Presenta:
LE. Aricen Merino Hernández

Director de Tesina:
ME. Francisco Adrián Morales Castillo

Noviembre, 2023.

Agradecimiento

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi director de tesis, ME. Francisco Adrián Morales Castillo, su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron a mi experiencia en el complejo y gratificante camino de la investigación, no tengo palabras para expresar mi gratitud por su inmenso apoyo durante este viaje.

Gracias infinitas a mi mamá, por su amor incondicional y su apoyo moral que ha sido el pilar de este logro, de igual manera mi gratitud a mis hermanos, quienes supieron brindarme su tiempo para escucharme y apoyarme, han sido la luz que guio mi camino a través de este viaje académico.

Un sincero agradecimiento a todos mis amigos (Eli, Fer) por su compañía en los momentos de estrés y alegría durante este largo y retador camino, su apoyo, confianza, soporte y cariño han sido invaluable, gracias por ser mi punto de apoyo y mi equipo de aliento.

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón mi tesina a mi madre, tu bendición a lo largo de mi vida me protege, a mi padre porque, aunque físicamente ya no esta conmigo, toda mi vida lo llevo en mi mente y en mi corazón, sin sus enseñanzas y ejemplo no sería la profesional y persona que soy ahora.

Tesina: Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente con Choque Cardiogénico

Número de registro: SIEP/CI/007/23.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Presidente

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Secretario

D.E. Inés Tenahua Quitl
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
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Objetivo	9
Proceso de Enfermería	10
Registro de Diagnósticos de Enfermería	20
Plan de Cuidados de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco	23
Plan de Cuidados de Enfermería : Patrón de respiración ineficaz	25
Plan de Cuidados de Enfermería : Temor	27
Recomendaciones de Alta	29
Discusión	31
Conclusión	33
Referencias	34
Apéndices	
A.Consentimiento Informado	40
B. Guía de Entrevista Corta por Patrones Funcionales de Salud	42
C. Apéndice C	44

D. Escala Visual Análoga EVA	48
E. Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI)	48
F. Índice de Masa Corporal	49
G. Escala de Daniel's	49
H. Escala de Karnofsky	50
I. Escala de Braden	50
J. Escala de Newman	51
K. Nemotecnia de Alicia	51
L. Escala de Coma de Glasgow	52
M. Escala de FOUR	53
N. Plan de Alimentación	54

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista Intensivista
Fecha de Graduación	Agosto 2023
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico: Proceso Enfermero en un Paciente con Choque Cardiogénico
Número de páginas	54
Área de Estudio	Enfermería Clínica

Introducción: Dentro de las enfermedades cardiovasculares que se pueden presentar en el paciente en estado crítico son los bloqueos de rama tanto derecha e izquierda según la arteria ocluida; esto debido a un infarto agudo al miocardio que complica en la generación de bradicardias tipo bloqueo y genera un bajo gasto cardíaco que no es suficiente para la vida, provocando un estatus de choque cardiogénico que representa la condición cardíaca en la que no es posible mantener un gasto cardíaco suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos en base a una hipoperfusión cardíaca grave. **Objetivo:** Implementar un plan de cuidados en enfermería en un paciente con choque cardiogénico para proporcionar intervenciones especializadas de manera oportuna y eficiente en el paciente en estado crítico, basándose en la utilización de la mejor evidencia científica. **Metodología:** se desarrolló un caso clínico con la metodología del Proceso Enfermero, tomando como marco de valoración los Patrones Funcionales de Salud por prioridades; para el plan de cuidado se hizo uso de las Taxonomías NANDA-NOC y NIC, además de la consulta de las Guías de Práctica Clínica en pacientes con choque cardiogénico. **Resultados:** los diagnósticos de enfermería prioritarios fueron: disminución del gasto cardíaco, patrón de respiración ineficaz y riesgo de disminución de la perfusión del tejido. **Conclusión:** es indispensable la implementación de cuidados especializados basados en la mejor evidencia científica para el tratamiento y manejo del paciente crítico con choque cardiogénico, de acuerdo a la literatura consultada, la triada que se recomienda es el manejo de líquidos, vaso activos y oxigenoterapia, favoreciendo así la pronta recuperación con tratamiento oportuno al paciente con atención de alta calidad hasta el egreso hospitalario.

Palabras Clave: Choque Cardiogénico, Enfermería de Cuidados Críticos, Infarto del Miocardio, Enfermedades Cardiovasculares, Gasto Cardíaco, Vasoconstrictores.

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

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo y se cobran aproximadamente 17.9 millones de vidas cada año, estas enfermedades forman un grupo de alteraciones del corazón y de los vasos sanguíneos entre las que se incluyen la enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, hipertensión, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía reumática (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

De acuerdo con Barba (2018), Los factores de riesgo cardiovascular son diversos: se estima que el 70.3% de la población adulta tiene al menos uno de estos factores, entre ellos hipertensión (17 millones de personas en total), diabetes (6 millones de personas), obesidad y sobrepeso, que padecen 35 millones de personas. 14 millones de personas padecen dislipidemia y 15 millones son fumadores.

Su incidencia va en aumento, principalmente en los países industrializados, se asocia con el envejecimiento y el crecimiento de la población, y en la actualidad se considera una de las principales causas de muerte en el mundo, con más de 17 millones de muertes cada año y se proyecta que aumente a más de 23.6 millones para 2030, entre las manifestaciones clínicas más importantes se encuentra el infarto agudo de miocardio, que es la principal causa de muerte en la población adulta de los países desarrollados (Izquierdo, 2022).

Definimos entonces como infarto agudo de miocardio (IAM) a la enfermedad coronaria aguda caracterizada por un cuadro inmediato de sufrimiento isquémico, que

representa una aguda y extensa falta de riego sanguíneo a parte del miocardio bloqueando alguna de una de las arterias coronarias que lo alimentan (Gavira, 2022).

Su incidencia y mortalidad son elevadas porque ya que se puede considerar una enfermedad emergente, con una incidencia estimada de 200-300 casos por 100.000 habitantes al año, con un incremento anual del 8%, correspondiente a cerca del 2% de los pacientes hospitalizados y hasta 75% en pacientes ubicados en unidades de cuidados intensivos que la desarrollan, provocando más de 600.000 muertes anuales en América Latina (Rivero-Morey et al., 2019).

Acorde a McNulty (2017) independientemente de la causa del daño miocárdico, se produce una profunda disminución de la contractilidad miocárdica, lo que lleva a una serie de fenómenos en espiral, como disminución del gasto cardíaco, disminución de la presión arterial y disfunción de la perfusión coronaria, lo que reduce aún más tanto la contractilidad como el gasto cardíaco concluyendo que el IAM causa principalmente shock cardiogénico.

Es así como Garnica (2019) define el choque cardiogénico como el desastre más evidente del infarto agudo de miocardio y de las cardiopatías en general y se define como la insuficiencia del corazón para perfundir y oxigenar los tejidos, manifestado por síntomas de hipoperfusión tisular y sobrecarga capilar, y es la principal causa de la muerte en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Por lo que de acuerdo con Harrison (2018) “la identificación y manejo del Choque Cardiogénico es una emergencia cardiovascular vital, en el manejo inicial se sugiere la estabilización del paciente con infusión de líquidos parenterales para corregir hipovolemia e hipotensión, en caso de presentar datos de congestión pulmonar, se deberá iniciar con agentes vasoactivos para compensar tensión arterial y gasto cardíaco y

así mantener una oxigenación adecuada protegiendo la vía aérea con intubación orotraqueal en situaciones de inestabilidad hemodinámica”(pp. 1774) y así garantizar un mejor pronóstico a paciente.

El manejo de soporte debe proporcionarse en las unidades de cuidados intensivos, pero no hasta que se logre el manejo óptimo del choque cardiogénico mediante la restauración del flujo coronario en el manejo temprano y definitivo del infarto agudo de miocardio y por consecuencia, del choque cardiogénico, porque el uso adecuado de agentes vasoactivos como inotrópicos y vasopresores es una parte importante del puente hacia la terapia definitiva y un apoyo esencial en la recuperación (Levin et al., 2020).

De acuerdo con Andaluz- Ojeda et al. (2022) desafortunadamente, tanto los inotrópicos como los vasopresores pueden aumentar la demanda de oxígeno del miocardio, por lo que la dosis más baja necesaria sería ideal para evitar efectos secundarios adicionales, ya que la noradrenalina (principalmente agonista alfa y agonista β -1 limitado) se considera el primer vasopresor. en comparación con la dopamina (efecto dependiente de la dosis: dopa, β , alfa), que mostró un aumento general de las arritmias y una mayor mortalidad en pacientes con choque cardiogénico.

Los agentes inotrópicos con o sin vasopresores son el tratamiento de primera línea para los pacientes con infarto agudo de miocardio y choque cardiogénico, siendo los más utilizados la milrinona, la dobutamina y el levosimendán, que requieren una monitorización continua del estado de perfusión, tanto de forma invasiva como no invasiva, durante administración y así titular a las dosis mínimas y máximas óptimas necesarias para la estabilización y evaluar la suspensión de este tratamiento lo antes posible (Garnica et al., 2019).

En la práctica diaria como enfermera especialista en cuidados intensivos resulta interesante poder estratificar el riesgo del choque cardiogénico y así averiguar los predictores pronósticos de los pacientes mediante un método científico como el Proceso Enfermero; debido a ello se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos que sustenten el presente trabajo, casos clínicos en pacientes con choque cardiogénico; pues varios autores han implementado el uso de metodología basada en la taxonomía NANDA, NOC y NIC y el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades.

De acuerdo con Estrada Estrella (2020) quien realizó un Proceso Enfermero de “shock cardiogénico” donde realizó una valoración física cefalocaudal, registrando el siguiente diagnóstico en enfermería: patrón respiratorio ineficaz *relacionado con* ansiedad, fatiga de los músculos respiratorios *manifestado por* disnea, patrón respiratorio ineficaz y señala las intervenciones NIC como son control continuo de signos vitales, monitorizar niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes siguiendo las normas el centro y según lo indicado, auscultar sonidos respiratorios observando las áreas de disminución, o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.

Cabe mencionar que Marín Manzano (2021) en el proceso de enfermería shock cardiogénico indica como diagnóstico principal: disminución del gasto cardíaco *relacionado con* alteración de la poscarga *manifestado por* piel fría, oliguria y prolongación del tiempo de llenado capilar, designando como intervenciones NIC: identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos, vigilar ingreso y egresos, vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración y observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.

Ante esto, se identificó que el proceso enfermero Infarto Agudo al Miocardio con elevación segmento ST, por Alberca Woolcott (2019) se designó como diagnóstico primordial reanudación del shock cardiogénico implementando las siguientes intervenciones NIC de manera eficaz: manejo del shock cardíaco, cuidados cardíacos agudos, monitorización hemodinámica invasiva, cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico (BIAC), administración de medicación, manejo de la arritmia, manejo de la vía aérea y manejo de la PCR.

Por lo que en el presente proceso enfermero se priorizan los diagnósticos de enfermería principales para la recuperación progresiva del paciente, implementando intervenciones especializadas en la unidad de cuidados intensivos para así lograr la recuperación total del paciente en estado crítico.

Marco de Referencia

El choque cardiogénico se caracteriza por una alteración de la contractilidad cardíaca que conduce a una disminución del gasto cardíaco, hipotensión arterial e isquemia miocárdica, y se caracteriza por un estado de hipoperfusión celular secundario a una fisiología hemodinámica alterada, esta hipoperfusión provoca diversos grados de trastornos orgánicos, aumentando la fragilidad del paciente, que a menudo conduce a la muerte (Ojeda & Sosa, 2020).

De acuerdo con Portilla (2023), representa una complicación importante y a menudo fatal enfermedades agudas y crónicas que debilitan la capacidad del corazón para mantener la perfusión tisular correcta, en la insuficiencia cardiaca el shock cardiogénico aún se considera un problema médico de cuidados críticos; el seguimiento de esta condición requiere un enfoque rápido y sistemático.

Ya que, a nivel mundial, se estima que la incidencia de shock cardiogénico en el infarto de miocardio del segmento ST es del 5-10% y del 2-4% en el infarto de miocardio no segmentario, a pesar de los avances en la reperfusión temprana y su tratamiento. en general, la mortalidad hospitalaria se mantuvo entre 55 y 60% (Borrayo et. al., 2018).

En México, el INEGI reporta una muerte por cardiopatía isquémica cada 4.3 minutos y la califica como motivo de consulta médica posterior (más de 16.6 millones) y sigue siendo la principal causa de años de vida saludable perdidos por prematuridad, muerte e invalidez, al día de hoy, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),

que cubre las dos terceras partes de la población total de México (>70 millones), 138 beneficiarios mueren cada día por infarto de miocardio (Gómez et al., 2021).

Conforme a Berman, 2013 (como se cita en Alberca, 2019) la principal causa del shock cardiogénico es el infarto agudo de miocardio, que reduce la fuerza contráctil del corazón, lo que provoca una disminución del gasto cardíaco, hipotensión arterial e isquemia miocárdica, se produce vasoconstricción sistémica compensatoria, lo que provoca lesión cardíaca aguda y disminución de la contractilidad lo que resulta ineficaz provocando así vasoconstricción periférica.

Por lo general, la disfunción miocárdica tanto sistólica como diastólica está presente en pacientes con choque cardiogénico, y la isquemia miocárdica produce una disminución de la distensibilidad miocárdica y de la presión de llenado del ventrículo izquierdo a un volumen telediastólico determinado (diástole final), lo que deteriora aún más la función ventricular sistólica debido a las alteraciones metabólicas, condiciones que alteran la contractilidad del miocardio (disfunción diastólica), lo que lleva a congestión pulmonar e insuficiencia cardíaca (Portilla, 2022).

Por lo que Sosa et al. (2022) remarca que representa la forma más grave de insuficiencia cardíaca aguda y la principal causa de muerte en pacientes con infarto agudo de miocardio, constituyendo así un reto importante a pesar de los avances en el tratamiento médico, manifestado por un descenso en cuanto a gasto cardíaco, hipotensión e hipoperfusión sistémica, repercutiendo en la disfunción orgánica, definido como un estado de desequilibrio entre el suministro de oxígeno y el oxígeno demandado provocado por hipoperfusión tisular crítica.

Por tanto, podemos dividir el choque cardiogénico en cinco estadios: A o estadio de riesgo, que incluye a los pacientes que no presentan signos ni síntomas de choque cardiogénico, pero tienen riesgo de desarrollarlo, como los pacientes con infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca, y Etapa B o prechoque generando hipotensión relativa o taquicardia con características sin hipoperfusión (Zamarrón, 2021).

Por lo que Guzmán et al. (2020) menciona que en estadio Choque cardiogénico clásico, que presenta hipoperfusión que requiere inotrópico, vasopresor o soporte mecánico a pesar de la reanimación hídrica, estadio D o deterioro, que no responde a las intervenciones iniciales y estadio E o extremo, con colapso circulatorio, paro cardíaco refractario con reanimación cardiopulmonar en curso o apoyado con múltiples intervenciones por lo que la identificación del estadio del paciente es clave para brindar el mejor manejo.

De acuerdo con un estudio realizado por Piqueras et al. (2021), la mayoría de los pacientes con choque cardiogénico que ingresan en la unidad de cuidados intensivos a pesar de la terapia prescrita tienen insuficiencia orgánica multisistémica, una enfermedad secundaria con una tasa de mortalidad de aproximadamente el 50% dentro de los primeros 30 días después de la presentación del cuadro clínico.

Así mismo, Marín (2021) sugiere que la hospitalización de pacientes en una unidad de cuidados intensivos es esencial para la atención integral, lo que significa que todo el personal de enfermería especializada en cuidados intensivos requiere conocimientos y habilidades para gestionar la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos en el contexto de la atención cardíaca multidisciplinaria.

Por lo que resulta interesante poder estratificar el riesgo de choque cardiogénico e investigar predictores mediante un proceso enfermero, de acuerdo con un análisis de caso por Gómez et al. (2021) señalan que la tasa de mortalidad durante una estancia hospitalaria de 7 días sigue siendo alta con un 70%, y la correcta evaluación por parte del personal de enfermería especializado es fundamental, ya que los factores de mortalidad más elevados incluyen el ácido láctico y la reperfusión inadecuada, esto respaldado por el historial médico y escalas de calificación utilizadas en este estudio, intervendrán de manera óptima reduciendo así el riesgo de muerte del paciente.

Objetivo

Implementar un plan de cuidados en enfermería en un paciente con choque cardiogénico para proporcionar intervenciones especializadas de manera oportuna y eficiente en el paciente en estado crítico, basándose en la utilización de la mejor evidencia científica.

Capítulo II

Proceso de Enfermería

I. Valoración Inicial

a. Datos Generales

Masculino AHA, de 53 años de edad, oriundo de Tepexi de Rodríguez, estado civil casado, escolaridad primaria, de ocupación Albañil desde hace 20 años, religión católica, niega alergias y enfermedades crónico degenerativas.

b. Observación del Entorno

Paciente que se encuentra hospitalizado en Unidad de cuidados Intensivos del piso 5, Cama número 6, bajo cardio motorización continua, con apoyo suplementario de oxígeno mediante puntas de alto flujo con FiO₂ de 40%, a 15 litros por minuto y Balón Intra aórtico de Contrapulsación en miembro pélvico izquierdo.

c. Datos Históricos

Paciente sin antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónico degenerativas, ni enfermedades diagnosticadas al momento, sin embargo, refiere que como antecedente familiar su madre tuvo un preinfarto tratado con farmacoterapia en clínica familiar.

d. Datos Actuales

Se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del piso 5, con diagnóstico médico actual de Choque Cardiogénico + Bloqueo de Rama izquierda, post operado de angioplastia + colocación de 2 stent y colocación de balón intraaórtico de contrapulsación.

Se interroga a las 24hrs posteriores a su ingreso a la unidad de cuidados intensivos y se obtienen los siguientes datos:

Inicia su padecimiento actual el día 23 de noviembre de 2022 con dolor torácico tipo opresivo 8/10 en EVA (apéndice D) con irradiación cuello y brazo izquierdo, además de disnea y hemoptisis, motivo por el cual acude a su hospital regional en Tepexi de Rodríguez donde se toma electrocardiograma con reporte de bloqueo de rama izquierda y elevación de biomarcadores cardíacos, así como inestabilidad hemodinámica e hipotensión por lo que en dicho hospital se inicia reanimación hídrica, y se traslada a un hospital de tercer nivel en ambulancia para valoración por hemodinamia.

A su ingreso se valora por hemodinamia con presencia de choque cardiogénico y bloqueo de rama izquierda, a su valoración se encuentra somnoliento, orientado en las tres esferas neurológicas, cooperador, presencia de palidez generalizada, con disnea, estertores bilaterales basales, ritmos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, llenado capilar retardado, con los siguientes signos vitales; presión arterial de 70/40 mmHg, frecuencia cardíaca de 107 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 SPO2 de 80% y temperatura de 36.8°C.

En urgencias se reporta gasometría con valores de Ph7.28, PCO₂33, PO₂37, Lactato de 6, Potasio de 4.0, Sodio de 138, Calcio de 1.06, HCO₃ 15.5. Se encuentra elevación de enzimas cardíacas con los siguientes valores DHL 285, CPK3091, CKMB372 y

troponina de 30 y en la toma de electrocardiograma se identifica bloqueo de rama izquierda presente.

Se traslada al servicio de hemodinamia para la realización de un cateterismo cardiaco, donde se reporta que el tronco coronario izquierdo con placa suboclusiva en toda su extensión, flujo Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI)1 (apéndice E), con placa ostial del 99%, segmento medio con ateromatosis no significativa, la cirugía termina en oclusión total crónica al final del segmento proximal, presenta placa del 80% en segmento medio, se realiza angioplastia más colocación de 2 stents medicados al tronco coronario izquierdo y colocación de angioplastia con balón antigua simple (POBA) a la arteria coronaria, recuperando flujo TIMI 3.

Su estado de salud es delicado por lo que se ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 24-11- 2022, para cuidados de paciente cardio crítico, permanece hospitalizado por 2 días y egresa del servicio por máximo alcance terapéutico a nivel intensivo para darle seguimiento en el servicio de hospitalización por cardiología con el diagnóstico actual de Choque cardiogénico.

II. Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón percepción-manejo de salud.

Al interrogatorio el paciente considera que su salud es delicada por el momento, debido a la enfermedad actual que padece, refiere no dar prioridad a su salud ya que no acude a consultas preventivas ni chequeos de ningún tipo, y acude al médico solo cuando se siente mal, consumidor de alcohol ocasional en evento sociales, consumo de 6 cigarros al día y niega alergias. su hogar cuenta con servicios básicos de vivienda como agua potable y luz, realiza higiene bucal 3 veces al día, baño diario al igual que el cambio de ropa y en su hogar no habitan mascotas.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente con la siguiente somatometría; Peso de 64 kg. y estatura de 1.70 cm., obteniendo un índice de masa corporal (apéndice F) de 22.1, indicando un peso normal, glicemia capilar de 93mg/dl, ligera palidez generalizada, implantación capilar adecuada, mucosa semihidratada, encías sin presencia de sangrado, presencia de irritación en laringe con presencia de secreciones en escasa cantidad, tolera vía oral sin problema, llenado capilar de 4 segundos, lechos ungueales sucios, descuidados, abdomen blando, depresible a la palpación no doloroso, peristalsis presente, sonidos peristálticos hipoactivos de 3 por minuto.

En cuanto a gustos alimenticios refiere no agradarle las verduras cocidas, su consumo de líquidos la mayoría de las veces son refresco y jugos, y consumo de agua de litro al día, describe su apetito como normal, en la unidad de cuidados intensivos se encuentra indicada dieta hiposódica blanda de 1800 kcal.

3. Patrón eliminación.

Paciente con sonda vesical foley número 16 a derivación, instalada a su ingreso hospitalario, fijada en cara interna del muslo izquierdo, con insuflación del globo a 5 cmH₂O sin datos de infección, gasto urinario normal en coloración amarillo claro, paciente que no evacua desde su ingreso, peristalsis normal y presencia de gases de forma intermitente.

4. Patrón actividad- ejercicio.

Durante su estancia hospitalaria se encuentra con indicación de reposo absoluto en posición semifowler a 45°, a la valoración motora no presenta paresias y se obtiene puntaje de miembros pélvicos 4/5 y miembros torácicos 4/5 puntos en escala de Daniels

(apéndice G), mantiene 30 puntos en escala de karnofsky (apéndice H) con apoyo dependiente para realizar las actividades como higiene, vestimenta y movilización en cama.

Con apoyo de oxígeno con dispositivo de alto flujo de tipo puntas nasales con FIO₂ al 30%, manteniendo saturación del 92%, se observa cansancio al interrogatorio, al retiro de las puntas de alto flujo en la administración de medicamentos vía oral presenta saturación de 86%.

Respecto a la Escala de Braden (apéndice I) sobre el riesgo de presentar úlceras por presión 14 puntos, escala de Newman de 2 puntos (apéndice J), clasificando en moderado riesgo y presencia de pulso periféricos de intensidad baja.

A la exploración mantiene los siguientes signos vitales; Presión arterial de 80/50 mmHg, TAM 60mmHg, frecuencia cardiaca de 103 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 30 SPO₂ de 92% y temperatura de 36.8 °C, PVC de 9 mmH₂O.

5. Patrón sueño-descanso.

Durante su estancia hospitalaria su sueño fisiológico consta de 4 horas de sueño en un intervalo de 2:00 am hasta las 6:00 am, pero realiza siesta de 2 horas durante la tarde provocado por cansancio, refiere la imposibilidad de descansar adecuadamente por el sonido del monitor, cuando se le realizan alguna intervención durante la madrugada o cuando encienden la luz en la unidad vecina.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente consciente, orientado en las tres esferas neurológicas, alerta, pupilas isocóricas normoflexicas a estímulo luminoso, sin presencia de dolor, tiene conocimiento total de su enfermedad, su preocupación consiste en el estado de su

enfermedad y recuperación, su método de aprendizaje consiste en aprender las cosas es realizándolas.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

El paciente refiere sentirse bien por el momento, en comparación de su estado inicial a su ingreso y posterior a la intervención quirúrgica del procedimiento hemodinámico, refiere estar un poco preocupado de su estado actual, regularmente se considera una persona alegre, positiva y un poco ansiosa y su mayor temor es la estabilidad de su familia, refiere que lo que le ayuda para seguir adelante, es disfrutar aun de la vida que le falta.

8. Patrón rol-relaciones.

Es padre de familia, cuidador principal y sostén económico de la familia, casado, convive con su esposa la cual es ama de casa y 2 hijos adolescentes, 1 hijo en preparatoria de 18 años y uno más en secundaria de 14 años, considera a su familia muy unida y alegre, convivencia con vecinos es muy poca.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Inicio de vida sexual activa después de los 16 años, actualmente con una sola pareja sexual, sin manejo de método anticonceptivo, refiere nunca haberse realizado ningún examen de próstata o testicular.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

El paciente refiere que los factores que le desencadena el estrés y/o la ansiedad es relacionado a la enfermedad y la economía familiar, refiere sentir preocupación durante su hospitalización y trata de descansar lo más que puede durante la noche para aliviar

preocupación de su estado de salud actual que no le permite descansar, temiendo por su vida, así como la poca visita de su familia a su unidad de cuidado y el hecho de no saber si su recuperación será satisfactoria.

11. Patrón valores-creencias.

Paciente de religión católica, refiere que la preocupación constante es el deterioro de su estado de salud y dejar a su familia sola.

III. Valoración Céfalo-Caudal

Paciente masculino que a la valoración se encuentra presencia de adinamia, al interrogatorio se muestra cooperador y nervioso, se valora dolor de acuerdo a la nemotecnia A. L. I. C. I. A (apéndice K), con presencia de dolor generalizado desde su ingreso, que incrementa a la movilización, adecuada implantación de cabello, bien hidratado sin signos aparentes de resequedad o descamación, a la exploración neurológica se encontró consciente, orientado en las tres esferas neurológicas somnoliento, con puntaje de 15 en escala de Glasgow (apéndice L) y 16 puntos en escala de FOUR (apéndice M), se valora escala visual análoga del dolor en 4 en presencia malestar generalizado, se valora el estado cognitivo, el cual se identifica integro, no presenta memoria a corto plazo y dificultad para mantener la concentración en una actividad específica.

Pupilas isocóricas, normoflexicas a estímulo luminoso, no presenta datos de papiledema, movimientos oculares presentes, normales, gesticulación funcional en su totalidad de acuerdo a lo indicado, lenguaje fluido sin manifestaciones de afasia lo que denota la conservación y funcionalidad de pares craneales, se valoran reflejos del tallo

(reflejo, oculocefálico, oculo vestibular, corneal, nauseoso, tusígeno y de la deglución) presentes y funcionales.

Mucosas de regular estado hídrico con tegumentos de adecuada coloración, nariz de acuerdo a edad y sexo con mucosas ligeramente reseca, boca de acuerdo a sexo y edad sin edema, órganos dentarios presentes, lengua con coloración adecuada, cuello cilíndrico, tráquea central móvil, sin datos de ingurgitación, yugular sin adenomegalias.

Patrón respiratorio eficaz con respiración espontánea, frecuencia respiratoria de 30rpm, amplexión y amplexación de buen tono y ritmo, movimientos torácicos simétricos, campos pulmonares ventilados con apoyo de puntas de alto flujo con Fio2 al 30% manteniendo SPO2 de 92%, abdomen blando, depresible a la palpación, no doloroso, peristalsis audible, sin datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a sexo y edad.

Se valora la motricidad de acuerdo a la escala de Daniel's, de miembros pélvicos y torácicos, extremidades íntegras sin edema, llenado capilar normal, fuerza y sensibilidad conservadas con manifestación de movimiento activo en toda su amplitud, vence la gravedad y una resistencia moderada ubicando una puntuación 4/5, no presenta datos de plejias ni paresias, no se identifican datos de parestesias, hipoestusias u hormigueo, presenta Balón Intra aórtico de Contrapulsación en miembro pélvico izquierdo.

IV. Resultados Auxiliares de Diagnóstico

<i>Constantes</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Valoración De Referencia</i>
Glucosa Capilar	93mg/Dl	Normoglicemia	60-95 Mg/Dl
Na+	137 Mg/Dl	Normal	135 - 148 Mg/Dl
K+	4.70 Mg/Dl	Normal	3.5 – 5.3 Mg/Dl
Cl+	105 Mg/Dl	Normal	98 - 107 Mg/Dl
Calcio	9.3 Mg/Dl	Normocalcemia	8,5 – 10.2 Mg/Dl
Fosforo	2.47 Mg/Dl	Normal	2.7 – 4.5 Mg/Dl
Magnesio	1.06 Mg/Dl	Normal	1.4 – 2.1 Mg/Dl
Hemoglobina	10.8 G/Dl	Normal	13 – 18 G/Dl
Hematocrito	41.1%	Normal	42 – 52 %
Plaquetas	202 10 ³ /Ul	Normal	130 – 450 10 ³ /Ul
Dimero D	312 Ng/MI	Normal	100 – 500 Ng/MI
Tp	13.3 Seg	Normal	11.5 – 15.1 Seg
Ttpa	27.4 Seg	Normal	25.3- 38 Seg
Fibrinógeno	459 Mg/Dl	Normofibrinogenemia	169 - 515 Mg/Dl
INR	1.0	Normal	0.9 – 1.4

<i>Constante</i>	<i>Resultados</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Referencias</i>
Urea	41 Mg/Dl	Normal	0 – 50 Mg/Dl
Bum	20.2 Mg/Dl	Normal	9 – 23 Mg/Dl
Creatinina	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>	7.30	64mmHg	35 mmHg	22.3mmol/L	91%
<i>Interpretación</i>	EQUILIBRIO ACIDO - BASE				

V. Identificación de Patrones Funcionales.

En el caso clínico de Choque Cardiogénico se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud en el Sr. AHA, nutricional-metabólico, actividad- ejercicio, adaptación-tolerancia al estrés y sueño-descanso, obteniendo los siguientes diagnósticos de enfermería.

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 4: Actividad/Descanso.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 1: **Disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* frecuencia cardiaca alterada, alteración de la precarga y poscarga *evidenciado por* taquicardia, disminución de la fracción de eyección, fatiga, disnea, ansiedad.

Dominio 4: Actividad/Descanso.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 2: **Patrón de respiración ineficaz** *relacionado con* mayor resistencia de las vías respiratorias *evidenciado por* aleteo nasal, taquipnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, hipoxia.

Dominio 9: Afrontamiento /Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Diagnóstico de Enfermería 3: **Temor** *relacionado con* situación desconocida *evidenciado por* expresa miedo, aumento de la frecuencia respiratoria, mayor estado de alerta y nerviosismo.

Dominio 4: Actividad/Descanso.

Clase 4: Respuesta cardiovascular /pulmonar.

Diagnóstico de Enfermería 4: **Riesgo de disminución de la perfusión del tejido Cardiac** *relacionado con* cirugía cardiovascular, taponamiento cardiaco, hipoxia.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación.

Diagnóstico de Enfermería 5: **Déficit de volumen de líquidos** *relacionado con* compromiso de los mecanismos reguladores *evidenciado por* debilidad, disminución de la presión del pulso, disminución de la presión arterial, disminución del llenado venoso, disminución del volumen del pulso.

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/ Reposo.

Diagnóstico de Enfermería 6: **Patrón de sueño alterado** *relacionado con* barreras ambientales *evidenciado por* dificultad para iniciar el sueño, dificultad para permanecer dormido, despertar sin habérselo propuesto, insatisfacción con el sueño.

Dominio 11: Seguridad/ Protección

Clase 2: Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 7: **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** *relacionado con* deterioro de la circulación, presión sobre las prominencias óseas, alteración en el volumen de líquidos.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 2: 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 anormal en respuesta a la actividad, disnea por esfuerzo, expresa fatiga, cambios en el electrocardiograma.

Plan de Cuidados de Enfermería 1

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería NANDA *</p>	<p>Dominio: 4 Actividad/Descanso Clase: 4 Respuestas cardiovasculares /pulmonares Diagnóstico de Enfermería 1: Disminución del gasto cardiaco <i>relacionado con</i> frecuencia cardiaca alterada, alteración de la precarga y poscarga <i>evidenciado por</i> taquicardia, disminución de la fracción de eyección, fatiga, disnea, ansiedad.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica ****</p>	<p>Campo: Fisiológico: Complejo Clase: N. Control de la perfusión tisular Intervención: Manejo del Shock: Cardiaco <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco. • Auscultación de sonidos pulmonares. • Observación de síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada como cambios del segmento ST en el electrocardiograma, vigilancia de enzimas cardiacas elevadas. • Vigilancia de los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinógeno y recuento de plaquetas. • Control y evaluación constante de los indicadores de hipoxia tisular (saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato, capnometría). • Administración de apoyo suplementario de oxígeno por puntas nasales de alto flujo. • Mantenimiento la precarga óptima por administración de líquidos intravenosos. • Apoyo en la reducción de la precarga con apoyo de balón intraaórtico de contrapulsación. • Administración de medicamentos inotrópicos de contractilidad. • Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos mediante la ministración de líquidos y/o vasopresores para mantener la presión arterial media ≤ 60mmhg.
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos principales en el manejo del choque cardiogénico están encaminados al control de las causas que lo provocan y a la restauración del volumen intravascular para garantizar la perfusión tisular y el transporte de oxígeno a los órganos vitales con el fin de cubrir los requerimientos metabólicos. • Mantenimiento de la ventilación y oxigenación (PaO₂ > 70 mm Hg). • Corrección de alteraciones ácido-básicas y electrolíticas con la ministración farmacológica indicada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje venoso para poder monitorizar la PVC y tener un acceso de gran calibre para el aporte del volumen. • Monitorización de signos vitales incluyendo tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, estado de conciencia, volumen de orina y la PVC. • Vigilancia horaria del volumen de la diuresis mediante el catéter vesical que debe mantenerse en 1-2 ml/Kg/hora. • Es importante el uso de agentes inotrópicos y vasopresores (dobutamina, dopamina, milrinona, epinefrina, norepinefrina y fenilefrina). • Analgésicos (Con meperidina, la morfina no está indicada). • Soporte mecánico (balón de contrapulsación, dispositivos percutáneos de asistencia al ventrículo izquierdo, oxigenador de membrana extracorpórea). • Estrategias de repercusión (angioplastia o cirugía). • Marcapasos externos de ser necesario. • Diuréticos endovenosos si existe edema pulmonar y presión capilar en cuña de la arteria pulmonar (PCAP) elevada. • Restauración del flujo coronario (reperusión- revascularización) (Rivero-Morey, 2019) 			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Severidad del Shock: Cardiogénico	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de llenado Capilar Prolongado (2+1). 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Puntuación Basal
		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la Frecuencia Cardíaca (3+1). 		3. Moderado
		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la Frecuencia Respiratoria (2+1) • Crepitantes Pulmonares (4+1) • Palidez (3+1) • Ansiedad (3+1) 		Puntuación Diana Mantener a: 3. Moderado Aumentar a: 4. Leve

Plan de Cuidados de Enfermería 2

Diagnóstico de Enfermería NANDA *	<p>Dominio: 4 Actividad/Descanso. Clase: 4 Respuestas cardiovasculares /pulmonares. Diagnóstico de Enfermería 2: Patrón de respiración ineficaz relacionado con mayor resistencia de las vías respiratorias <i>evidenciado por</i> aleteo nasal, taquipnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, hipoxia.</p>
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****	<p>Campo: 2 Fisiológico completo. Clase: K Control respiratorio. Intervención: Oxigenoterapia <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas por medio de puntas nasales de alto flujo. ● Comprobación continua del dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar la ministración correcta de acuerdo a la concentración prescrita. ● Vigilancia del flujo de litros de oxígeno. ● Control de la eficacia de la oxigenoterapia por medio del pulsioxímetro y gasometría arterial. ● Comprobación de la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come. ● Observación de la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia. ● Vigilancia del surgimiento de lesiones en la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. ● Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.
Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes con congestión pulmonar y SaO₂ baja; 90% o presión de oxígeno parcial (PaO₂) <60 mmHg requiere oxigenoterapia y monitorización de la SaO₂ para corregir la hipoxemia, con el objetivo de alcanzar el 95 %, y puede ser necesaria una evaluación periódica de los gases en sangre. ● Debe aclararse la utilidad de la oxigenoterapia en pacientes con enfermedad coronaria y enfermedad pulmonar concomitante (EPOC, fibrosis pulmonar, asma, cáncer de pulmón, neumonía, etc.), aunque la estimación teórica del aumento del aporte de O₂ en la isquemia miocárdica, lo que limita el tamaño del infarto y las complicaciones posteriores, hizo que dicho tratamiento se utilizara a voluntad. ● Las últimas recomendaciones del American College of Cardiology y la American Heart Association incluyen como recomendación clase I la oxigenoterapia (evidencia y acuerdo general sobre su

	uso) en sobrecarga y desaturación pulmonar saturación arterial de oxígeno 90% y como recomendación clase IIa su administración habitual durante las primeras 2-3 horas o cuando el dolor persiste (Sandoval, 2020).			
Evaluación NOC****	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Estado cardiopulmonar	<ul style="list-style-type: none"> ● Intolerancia a la actividad (2+1) ● Palidez (3+1) ● Disnea en reposo (3+1) ● Fatiga (2+1) ● Inquietud (3+1) ● Somnolencia (3+1) 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna	Puntuación Basal
				3. Moderado
				Puntuación Diana
Mantener a: 3. Moderado	Aumentar a: 4. Leve			

Plan de Cuidados de Enfermería 3

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería NANDA *</p>	<p>Domino: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase: 2 Respuestas de Afrontamiento Diagnóstico de Enfermería 3: Temor <i>relacionado con</i> situación desconocida <i>evidenciado por</i> expresa miedo, aumento de la frecuencia respiratoria, mayor estado de alerta y nerviosismo.</p>
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica Clínica****</p>	<p>Clase: R. Ayuda para el afrontamiento. Campo: 3. Conductual Intervención: Apoyo Emocional</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se comentar la experiencia emocional con el paciente. ● Se anima al paciente a expresar sentimientos de ansiedad y tristeza. ● Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias ● Favorecer la conversación para disminuir la respuesta emocional. ● Asesoramiento a la familia en el afrontamiento de la situación de salud actual del paciente.
<p style="text-align: center;">Intervenciones de Enfermería NIC** Guía de Práctica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Es esencial el apoyo emocional en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que unas intervenciones adecuadas y efectivas permiten prevenir, eliminar o disminuir todas las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes, como pueden ser ansiedad, depresión, alteración de la imagen corporal, temor a la desconocido y dolor. ● Invitar a los familiares a formar parte de la atención del paciente, debe ser una práctica habitual en la UCI, ya que los miembros de la familia son el recurso para el cuidado de estos pacientes durante una trayectoria de recuperación ● El personal de enfermería debe establecer una relación de confianza, motivación y solidaridad con la familia la cual debe estar

	<p>encaminada a que el familiar pueda sobrellevar la situación de estrés y angustia que está pasando en ese momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación con los familiares de las pacientes críticas debería ser evaluada con regularidad con la intención de mejorarla, ya que es muy importante para que en un momento dado se puedan tomar decisiones en conjunto en relación con el tratamiento a llevar a cabo todo ello evitaría en cierta medida los síntomas de estrés postraumático que desarrollan muchos de los familiares de los pacientes críticos. <p>(Zamora, Meza, Juárez & Salazar, 2019)</p>			
Evaluación NOC***	Resultado Esperado	Indicadores	Escala de medición	Evaluación
	Nivel de Miedo	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud (3+1) • Preocupación por sucesos vitales (3+1) • Aumento de la frecuencia respiratoria (3+1) • Temor verbalizado (2+1) • Incapacidad para dormir (3+1) 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	<p>Puntuación Basal</p> <p>3.</p> <p>Moderado</p> <hr/> <p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener a:</p> <p>3.</p> <p>Moderado</p> <p>Aumentar a:</p> <p>4. Leve</p>

Recomendaciones de Alta

Nombre de la Persona: AHA

Edad: 53 años

Fecha de ingreso: 24-11-2022

Servicio/Contexto: Cardiología

Diagnóstico médico: Choque Cardiogénico + Bloqueo de Rama izquierda, post operado de angioplastia + colocación de 2 stent y colocación de balón intraaórtico de contrapulsación.

Intervenciones de Enfermería

- Durante la hospitalización se debe hablar con el paciente y sus allegados de las posibles causas de la enfermedad coronaria y se darán consejos individualizados sobre una dieta saludable, el control del peso, el abandono del tabaco y la práctica de ejercicio.
- Es importante dejar de fumar ya que el uso del tabaco aumenta el riesgo de enfermedad en las arterias coronarias, así como en la aparición de enfermedades trombóticas, cáncer.
- Ajustar la dieta a un estilo saludable consumiendo alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, que ayudan a disminuir el riesgo de infección y mejoran la cicatrización (Apéndice N).
- Fomentar la actividad física moderada e ir aumentando paulatinamente.
- Determinar el número de calorías y nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades del paciente para mantenerse en un peso saludable.
- Reducir el estrés en la vida diaria mediante la aplicación de técnicas como musicoterapia, aromaterapia, respiraciones profundas.
- Registrar cada toma de sus medicamentos, recordando no olvidar la toma de sus medicamentos para prevenir los coágulos sanguíneos (anticoagulantes).

- Llevar un control y registro de la presión arterial para identificar posibles datos de alarma.
- Inspeccionar las incisiones a diario después del baño.
- Toma de medicamentos, llevar un registro de los medicamentos y horarios de cada toma.
- Llevar un control de peso registrando la toma a la misma hora todas las mañanas
- Consultar al médico si hay un aumento de 1.4 kg o más en 2 o 3 días
- No levantar objetos que pesen más de 2.3 kg, debido a que toda la fuerza que ejerza repercutirá en la cicatrización de los huesos del esternón prolongando así su cicatrización.
- No hacer uso de bicicletas ni conducir para evitar complicaciones en la correcta cicatrización.
- Se puede realizar caminatas inicialmente de 15 minutos de duración, e ir aumentando ésta progresivamente hasta llegar a una hora.
- Realizar ejercicios respiratorios los cuales le ayudarán a mantener una buena ventilación pulmonar y para evitar posibles complicaciones derivadas de la intervención para ella se hará si del inspirómetro, para conseguir movilizar las secreciones respiratorias, durante al menos dos semanas.

(Navarro et al., 2021).

Discusión

El presente Proceso Enfermero tuvo como objetivo general el implementar un plan de cuidados en enfermería en un paciente con choque cardiogénico 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: **Disminución del gasto cardiaco** *relacionado con* frecuencia cardiaca alterada, alteración de la precarga y poscarga *evidenciado por* taquicardia, disminución de la fracción de eyección, fatiga, disnea, ansiedad; **Patrón de respiración ineficaz** *relacionado con* mayor resistencia de las vías respiratorias *evidenciado por* aleteo nasal, taquipnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, hipoxia; **Temor** *relacionado con* situación desconocida *evidenciado por* expresa miedo, aumento de la frecuencia respiratoria, mayor estado de alerta y nerviosismo..

Dichos diagnósticos tienen similitud con estudios previos de procesos enfermeros, como Estrada Estrella (2020) quien realizó un Proceso Enfermero de “shock cardiogénico” donde realizó una valoración física cefalocaudal, registrando el siguiente diagnóstico en enfermería: patrón respiratorio ineficaz *relacionado con* ansiedad, fatiga de los músculos respiratorios *manifestado por* disnea, patrón respiratorio ineficaz.

Cabe mencionar que Marín Manzano (2021) en el proceso de enfermería shock cardiogénico indica como diagnóstico principal: disminución del gasto cardiaco *relacionado con* alteración de la poscarga *manifestado por* piel fría, oliguria y prolongación del tiempo de llenado capilar.

Ante esto, se identificó que el proceso enfermero Infarto Agudo al Miocardio con elevación segmento ST, por Alberca Woolcott (2019) se designó como diagnóstico primordial reagudización del shock cardiogénico, desde luego estos casos clínicos reportados dan una oportunidad para mejorar el cuidado enfermero con la mejor evidencia científica; asimismo de comparar dichas intervenciones si tienen efectividad o no.

La importancia de implementar el Proceso Enfermero durante el cuidado del paciente en estado crítico desde su ingreso hasta su egreso hospitalario representa un pilar importante en la recuperación del mismo, mencionando el choque cardiogénico como una patología de alto riesgo que puede llevar a la muerte si el personal de enfermería no ejecuta los cuidados de manera oportuna las intervenciones basadas en la mejor evidencia científica escenifican un papel vital que inicia desde la identificación de las demandas que requiere el paciente y así individualizar los cuidados de enfermería que serán aplicados en el mismo.

Conclusión

Se sabe que el servicio de cuidados intensivos tiene como finalidad atender a pacientes en estado frágil o crítico, cuya capacidad vital puede disminuir por alguna patología, una de las cuales son las enfermedades coronarias isquémicas, cuya mayor afectación se produce de forma aguda. enfermedades infarto de miocardio en el miocardio, porque provoca diversas complicaciones, como insuficiencia cardiaca aguda descompensada, shock cardiogénico, enfermedad valvular y/o arritmias prolongadas, que amenazan la vida del paciente; Por lo tanto, requiere el cuidado especial de un equipo de salud multidisciplinario, especialmente de enfermería (Marcos, 2022).

Por lo que la implementación del Proceso Enfermero con la Valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud es efectiva para valorar al paciente en estado crítico de forma holística, la valoración se puede realizar de forma focalizada en los Patrones que están disfuncionales, esto permite focalizar e individualizar las intervenciones de Enfermería.

Los estudios relacionados nos permitirán identificar que intervenciones serán las adecuadas ya que existe un antecedente previo de que los mismos han sido efectivos en pacientes con la misma patología complementando así la serie de cuidados que el paciente requiere e implementarlos en el momento oportuno.

Referencias

- Alberca, W.A.G. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en el Servicio de Emergencia de un hospital del Callao* [Tesis de posgrado, Universidad Peruana Unión]. <http://200.121.226.32:8080/handle/20.500.12840/2036>
- Andaluz-Ojeda, D., Cantón-Bulnes, M. L., Richter, C. P., & Garnacho-Montero, J. (2022). Fármacos vasoactivos en el tratamiento del shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46, 26-37.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569122000584>
- Barba, E.J.R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista latinoamericana de patología clínica y medicina de laboratorio*, 65(1), 4-17.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/patol/2018/pt181.pdf#page=6>
- Borrayo-Sánchez, G., Rosas-Peralta, M., Pérez-Rodríguez, G., Ramírez-Árias, E., Almeida-Gutiérrez, E., & Arriaga-Dávila, J.J. (2018). Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Código I. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 26-37.
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457754052008/457754052008.pdf>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Calero Rivas, K. J. (2022). *Guía clínica sobre manejo del paciente portador de marcapasos* (Bachelor's thesis, Enfermería).

https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/2910/Guia_Clinica_Paciente_Portador_Marcapasos.pdf?sequence=1

- Estrada, E. J. Y. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente de sexo masculino de 48 años de edad con shock cardiogenico* [Tesis de Maestría, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio institucional de la Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8452/E-UTB-FCS-ENF-000315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garnica, C. C. E., Rivero S. E., & Domínguez C. G. (2019). Choque cardiogénico: de la definición al abordaje. *Medicina crítica colegio mexicano de medicina crítica*, 33(5), 251-258. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092019000500251&script=sci_arttext
- Gavira Gómez, J.J. (2023). *Infarto Agudo de Miocardio*. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio#:~:text=El%20infarto%20agudo%20de%20miocardio,arterias%20coronarias%20que%20lo%20alimentan.>
- Gómez, F. CX., Díaz, E. A., Lara, M. L., Maldonado, A. J., Rangel, P. V., & Vázquez, O. LM. (2021). Infarto agudo del miocardio como causa de muerte. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 64(1), 49-59. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2021/un211h.pdf>
- Gutiérrez, M. A. G., & Moya, S. U. (2021). Abordaje contemporáneo del choque cardiogénico. <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv5001101033.pdf>
- Guzmán-Rodríguez, R., Polo-Lecca, G., Aráoz-Tarco, O., Alayo-Lizana, C., & Chacón-Díaz, M. (2020). Características actuales y factores de riesgo de mortalidad en

choque cardiogénico por infarto de miocardio en un hospital latinoamericano.

Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 1(4), 234-

242. <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1918>

Harrison (2018). *Principios de medicina interna*. (20° ed., pp. 1773-1786). Mc Graw-Hill Interamericana.

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2021). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2021-2023. Elsevier.

Izquierdo, R. C. (2022). *Programa de detección temprana de riesgo cardiovascular utilizando la Prueba de Peso Sostenido (PPS) en jóvenes de la ciudad de Santa Clara, Cuba* [Tesis de Maestría, Universidad Pública de Navarra]. Repositorio institucional de la Universidad Pública de Navarra. <https://academica-e.unavarr.a.es/handle/2454/43263>

Levin, L. R., Ruano, C., Ríos, I., Degrange, M., Perna, E., Vaca, I., Bertolotti A., Cohen, A. H., Blanchet, J., Arbucci, R., Pía, M. M., Galimberti, G., Botbol, A., Coronel, M. L., Pacheco J., Smith, C., Levin, D, M., Blanco, N., Cimbaro, C. JP...

Perrone, S. (2020). Consenso de Inotrópicos y Asistencia Circulatoria Mecánica. *Revista argentina de cardiología*, 88(4), 382-400.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482020000400382&lng=es&tlng=es.

Marín, M., G. (2021). *Proceso de atención de enfermería a paciente con shock cardiogénico* [Tesis de grado de especialidad, Universidad Autónoma de Guerrero: México]

http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2437/TE_09180133_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Marcos Analco, L. (2022). *Proceso Enfermero en un Paciente con Infarto Agudo al Miocardio con elevación del Segmento ST* [Tesis de grado de especialidad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: México] Repositorio de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
<https://ecosistema.buap.mx/ecoBUAP/bitstream/handle/ecobuap/1487/20220926142251-4415-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- McNulty E. (2017). Choque cardiogénico. H. Crawford M(Ed.), *Diagnóstico y tratamiento en cardiología, 4e.* McGraw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1736§ionid=121114785>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud.* Elsevier.
- Navarro, A. H., Alda, C. M., Benito R. M., Merida, D. A., Bielsa, O. E., & Tomás, G. M. (2021). Plan de cuidados de enfermería a paciente con infarto agudo de miocardio. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10), 139.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163640>
- Ojeda-R. Y., & Sosa-Diéguez, G., (2020). Choque cardiogénico en los síndromes coronarios agudos. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 45 (3). <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2168>
- Organización Mundial de la Salud, 2023. Enfermedades cardiovasculares.
https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- Piqueras, G. M., Atarés, P. A., Mairal, B. M., Miñes, F. T., Palomares, G. V., & Del barrio, A. N. (2021). Infarto agudo de miocardio complicado con shock cardiogénico, caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(3), 36.

- Portilla, E. (2023). Identificación y manejo del choque cardiogénico en la sala de emergencia. *Revista Científica INSPILIP*, 7(21), 2-3.
<file:///C:/Users/HP/Downloads/Identificaci%C3%B3n+y+manejo+del+choque+cardiog%C3%A9nico+en+la+sala+de+emergencia3.pdf>
- Portilla, O. ET. (2022). *Identificación y manejo del choque cardiogénico en la sala de emergencia Revisión Bibliográfica* [tesis de especialidad, Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Central Del Ecuador Instituto Superior De Postgrados].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/27430/1/FCM-CPO-PORTILLA%20EDGAR.pdf>
- Rivero-Morey, R.J., Rivero-Morey, J., & Falcón-Hernández, A. (2019). Actualización en el diagnóstico y manejo del paciente en choque. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3), 418-428. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7194847>
- Sandoval, G. J. L (2018). Oxigenoterapia en el manejo del infarto agudo al miocardio ¿una práctica a desaparecer?. *Archivos de cardiología de México*, 88(4), 326-326. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402018000400326#B7
- Sosa-Diéguéz, G., Lara-Pérez, E. M., Monzón-Tamargo, M. DJ., Pérez-Mijares, EI., Madiedo-Oropesa, A., & Vives-Medina, T. (2022). Choque cardiogénico por síndrome coronario agudo en el servicio de cardiología de Las Tunas. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(4).
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000400013&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000400013&lng=es&tlng=es)

Zamarrón, L. EI., Ramírez, G. AE., Pérez, N. OR., Villa, C. P., Guerrero, G. MA., Uribe M. S., (2021). Abordaje contemporáneo del choque cardiogénico.

<http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv5001101033.pdf>

Zamora-Córdova, M., Meza-Curo, O., Juárez-Ramos, E., & Salazar-Cárdenas, M.

(2019). Efecto de un programa educativo en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes en unidad de cuidados intensivos materna. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 8(3), 21–26.

<https://doi.org/10.33421/inmp.2019161>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Apéndice A

Consentimiento Informado

Puebla Pue. a 25 de Noviembre del 2022

Estamos interesados en realizar una valoración integral de su salud (entrevista) y de aspectos que cursa de su enfermedad en dicha institución, así mismo tenemos el objeto de realizar una valoración céfalo-caudal (cabeza a pies). Antes de decidir si desea o no participar, le informamos en este consentimiento informado sobre el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Si usted decide participar, le pediremos que firme este consentimiento informado.

Propósito del Estudio

El trabajo pretende realizar una entrevista sobre patrones funcionales de salud que como persona se identifican de la siguiente manera: manejo-percepción de la salud, nutrición-metabolismo, eliminación, sueño descanso, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptual, percepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés y por último sus valores-creencias que se ven afectado durante su hospitalización. La información que nos proporcione puede ser de mucha utilidad en un futuro para organizar los cuidados de enfermería de calidad y tenga una satisfacción en la atención que recibe en esta institución de salud. Por favor, lea este formato y realice todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento informado.

Descripción del estudio/procedimiento

Si acepta participar en el estudio le pediremos que firme este consentimiento informado. El cuestionario será aplicado dentro de la Institución de Salud, sin afectar las actividades personales, familiares y de los profesionales de salud que están a su cuidado. Su participación en el estudio es confidencial, por lo que se cuidará en todo momento su privacidad, no identificándolo con su nombre, ni dirección.

Además se le informa que la información que Usted proporcione no se dará a conocer a sus cuidadores y profesionales de la salud, por lo que su participación en el estudio no tendrá ninguna repercusión en su persona. Tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida y en caso de que no desee de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades académicas.

Riesgos

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de los temas puede retirar su participación en el momento en que usted lo desee.

Beneficios esperados

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, sin embargo es importante que Usted conozca que con los resultados de este estudio se podrán implementar estrategias en el cuidado de enfermería, así como desarrollar intervenciones de enfermería para mejorar la práctica enfermera.

Costo

Su participación en el estudio no implica costo alguno para usted. Autorización para el uso de la información: Las únicas personas que conocerán que usted participa en el estudio, son Usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre de Usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Recuerda que la información que tu conteste es anónima y confidencial.

Derecho a retractar

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta tu relación actual con la institución de salud en donde se encuentra hospitalizado. Si usted decide participar está en libertad de retractarte en cualquier momento sin afectar en nada tus derechos.

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y mis preguntas han sido contestadas. Acepto la participación en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.



A. H. A.



Nombre y firma del testigo 1



Nombre y firma del testigo 2



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería Academia de Pensamiento Enfermero

Apéndice B

Guía de Entrevista Corta por Patrones Funcionales de Salud

Datos de Identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Dx. Médico:

Fecha de ingreso: _____ Edo. civil _____ Escolaridad:

Ocupación: _____ Religión: _____

Lugar de residencia: _____

Patrón percepción-manejo de salud.

¿Cuál fue el motivo de su ingreso al hospital? ¿Cómo ha afectado su vida, el hecho de estar hospitalizado?

Patrón nutricional-metabólico.

¿Tiene algún malestar que le impida comer o tomar líquidos?

Si tiene dieta prescrita preguntar: ¿Le agrada la comida del hospital?, ¿Ha dejado comida en la charola?

Si tiene ayuno preguntar: ¿Ha pasado hambre? ¿Ha tenido sed intensa? ¿Ha notado pérdida de peso?

Patrón eliminación.

¿Considera que está orinando de manera adecuada? (En caso de tener sonda vesical observar color, cantidad y características de la orina). ¿Cree que está evacuando de manera adecuada?

¿Qué dificultades ha tenido para poder orinar o evacuar? ¿Está tomando algún medicamento para poder evacuar u orinar?

Patrón sueño-descanso.

¿Considera que está durmiendo de manera adecuada? ¿Qué dificultades ha tenido para descansar dentro del hospital?

Patrón actividad- ejercicio.

¿Puede moverse dentro y fuera de la cama sin dificultad? ¿Qué actividades puede realizar por sí mismo? ¿Qué actividades requieren de ayuda? ¿Siente algún malestar al moverse, ponerse de pie o caminar?

Patrón cognitivo-perceptual.

¿Ha sentido algún dolor desde que ha estado hospitalizado? ¿Qué información le han dado acerca de su diagnóstico, tratamiento y cuidados a seguir? ¿Qué información necesita recibir para su bienestar?

Patrón autopercepción-autoconcepto.

¿Cuáles han sido sus sentimientos desde que llegó al hospital? ¿Cómo piensa que le ha afectado emocionalmente el hecho de estar hospitalizado?

Patrón rol-relaciones.

¿Cómo piensa usted que ha afectado su vida familiar y laboral el hecho de estar hospitalizado?

Patrón sexualidad-reproducción.

¿Quisiera usted expresar algo de su sexualidad que le preocupe?

Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

¿Cómo está afrontando su situación de estar hospitalizado?

¿Cuáles son los apoyos con los que cuenta para afrontar la situación de estar hospitalizado?

Patrón valores-creencias.

¿Cómo piensa Usted que sus creencias religiosas pueden ayudarlo para sobrellevar es



Valoración

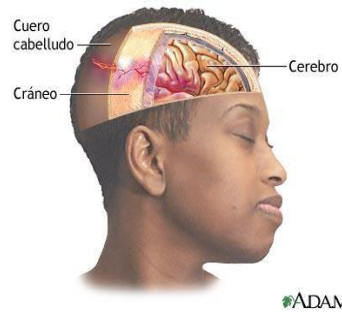
Apéndice C Céfalo- Caudal

Saludar y presentarse con la persona.

Apariencia general (observar):

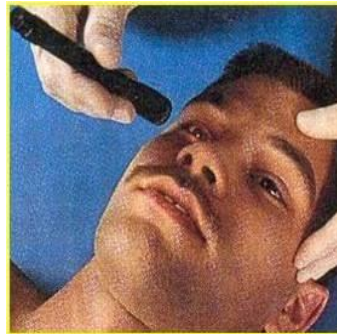
Edad aparente, complexión, postura, higiene, arreglo personal, patrón de comunicación.

1. Cabeza (inspección, palpación):



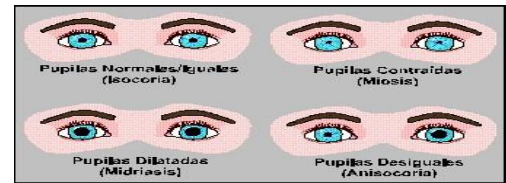
Estado de conciencia (alerta, somnoliento, confusión, delirio, estupor, coma, bajo sedación). Orientación (tiempo, lugar y persona). Características del cabello (color, distribución, textura, brillante/seco/graso, fragilidad, bien implantado/caída/alopecia, higiene, pediculosis). Presencia de heridas, vendajes, drenajes u otro dispositivo.

2. Cara (inspección, palpación):



► **Facies:** color de la piel (pálida, ceniza, enrojecida, icterica, violácea (cianosis). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Presencia de diaforesis. Expresión (tranquilidad, de dolor, parálisis); Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas, somnolencia). Presencia de traumatismo facial por arma de fuego, quemaduras, fracturas.

► **Ojos:** Edema palpebral. Infección en el borde del párpado. Estado de los ojos (cerrados, muy abiertos, desorbitados, con desviación). Secreciones (lagrimeo, pus, sangre). Color de la esclerótica (blanca, pálida, icterica, enrojecida). Estado de la conjuntiva (irritada, hemorragia), lesión tisular de las córneas. Pupilas (tamaño normal 3mm en adultos, 5mm o más en niños y reflejo fotomotor -reacción de las pupilas a la luz-). Presencia de heridas y dispositivos visuales.



► **Oídos:** integridad lobular, integridad de la piel o traumatismo de los tejidos, color (pálidas, cianóticas, hiperémicas), temperatura al tacto (eutérmicas, frías o calientes), presencia de otorrea (secreción por el conducto auditivo, describir si es purulento o sanguinolento), higiene del conducto auditivo, presencia de otitis (rictus de dolor al mover la oreja o presionar sobre el mastoideo), presencia de dispositivos para escuchar.



► **Nariz:** integridad de la piel, traumatismo o heridas, Rinorrea (secreciones por las fosas nasales, describir color, consistencia, cantidad), epistaxis. Higiene. Presencia de sondas (tipo _nasogástrica, nasoyunal, Black-More, utilidad _alimentación u otra-permeabilidad, cantidad y características del gasto o tipo de alimentación y velocidad a la que se administra). Observar si respira normalmente o con dificultad, si existe presencia de aleteo nasal. Presencia de dispositivos para suministrar oxígeno (catéter nasal, humidificador, tubo en T, otro).



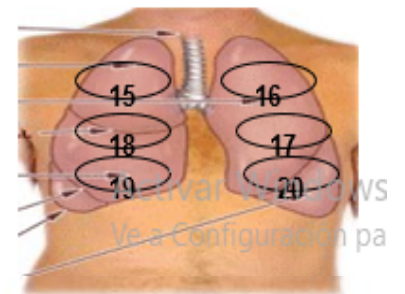
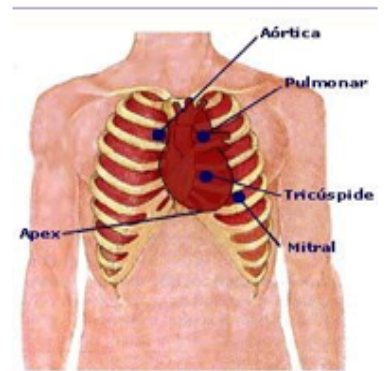
Boca y garganta: En labios, integridad, coloración (cianóticos o pálidos), inflamación (queilitis), respiración con los labios fruncidos. Presencia de sondas, de cánula endotraqueal (No. de cánula, fijación del tubo, parámetros ventilatorios y último reporte gasométrico). En membranas mucosas: coloración (rosada, pálida), xerostomía (sequedad), hidratadas, inflamación, lesiones, estomatitis, sangrado, nódulos, hiperplasia, hiperemia). En Dientes: caries en la corona o en las raíces, exceso de placa, decoloración del esmalte dental, erosión del esmalte, desgastados, alineación dental, dientes que se mueven, fractura dental, falta total o parcial de piezas dentarias, prótesis y dispositivos dentarios, hiperplasia, palidez gingival, gingivitis, gingivorragia, periodontitis, presencia de bruxismo (apretar y rechinar los dientes). En Lengua: coloración (rosada, pálida, cianótica), geográfica, saburril, leucoplasia, eritroplasia, estomatitis, blanda, rictus de dolor a la palpación, herida quirúrgica o traumatismo oral.



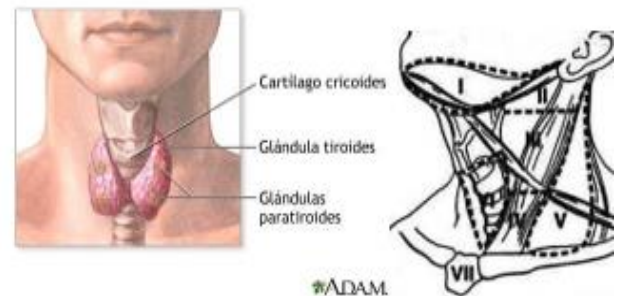
3. Cuello (inspección, palpación, auscultación):

Observar traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización) y collarín. Presencia de traqueostomía. Presencia de catéter venoso central (localización, estado del sitio de punción, fármacos, soluciones y/o nutrición parenteral total infundiendo, dosis y

velocidad de la infusión). Presencia de plétora yugular. Palpación y auscultación de arterias carótidas. Palpación de nódulos linfáticos cervicales. Rictus de dolor a la palpación.



Segmentos pulmonares Anteriores



©ADAM.

8. Extremidades superiores (inspección, palpación):

Tamaño, simetría, defectos óseos, ausencia de extremidad, presencia de prótesis o yeso, presencia de catéteres -línea arterial, catéter largo o corto-(permeable a qué solución, fármacos, dosis y flujo). Integridad del vello, axilar, color. Presencia de nódulos subcutáneos, Presencia de pulsos. Temperatura, edema, diaforesis, inflamación, rigidez. Coloración ungueal, Llenado capilar, onicomiosis, adactilia, sindactilia, higiene.



Se aplica presión al lecho ungueal hasta que se vuelva blanco

La sangre regresa al tejido



#ADAM

Valoración neurovascular rápida para las extremidades superiores e inferiores es usando una nemotecnia como: **Margarita Comia Sabrosas Ensaladas En Cuanto Podia**

M = Movimiento (presente [+] ausente [-])
C = Color (pálido, rubicundo)
S = Sensibilidad (presente [+] ausente [-])
E = Entumecimiento (presente [+] ausente [-])
E = Edema (fóvea [++][+++][++++])
C = Calor (frio, caliente o tibio)
P = Pulsos periféricos: radial,

Elaboro:

Erika Pérez Noriega & María Magdalena Soriano y Sotomayor

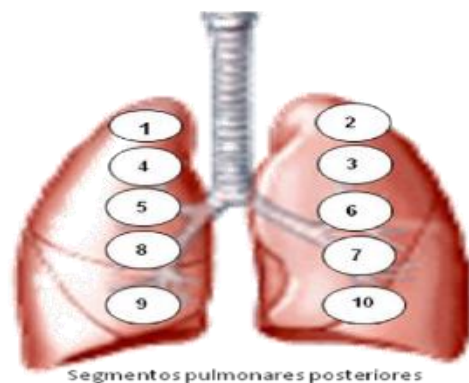
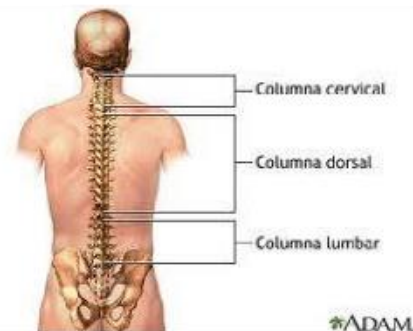
Academia de Pensamiento Enfermero/2013

9. Tórax posterior (inspección, palpación, auscultación):

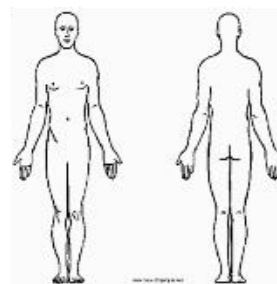
Inspección: Integridad cutánea: prominencias óseas (escapulas, columna, sacro), alteración de la superficie de la piel (epidermis), destrucción de las capas de la piel (dermis), úlceras por presión. Catéteres. Heridas. Malformaciones óseas (lordosis, cifosis, escoliosis).

Palpación: Sensibilidad y dolor al tacto.

Auscultación: Auscultación de sonidos respiratorios posterior y laterales.



10. Piel:



Hidratación, turgencia, edema, temperatura, coloración, sensibilidad, hematomas, erupciones.

Localización de catéteres, sondas, heridas quirúrgicas, estomas, úlceras por presión.

11. Signos vitales:

Temperatura, Pulso, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca.

12. Antropometría:

Peso, Estatura, Área de Superficie Corporal (ASC), IMC, ICC

13. Expediente clínico:

Registros médicos.

Diagnóstico médico, Tratamiento médico, Resultados anormales de estudios de laboratorio (CH, QS, ES, TP, TPT, EGO, otros). Hallazgos anormales de estudios de gabinete (Placa de tórax, electrocardiograma, otros).

Registros de enfermería.

Balance hídrico por turno, fluctuaciones en los signos vitales, otros,

Escala Visual Análoga EVA
Apéndice D

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin	Poco	Poco	Poco	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor
Dolor	Dolor	Dolor	Dolor	Moderado	Moderado	Fuerte	Fuerte	Muy Fuerte	Muy Fuerte	Insoportable

Nota: Calderón et al. (2022).

Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI)
Apéndice E

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

Tiempo pre – reperfusión > 4 hrs	1 punto	
Puntaje de riesgo = total	(0 – 14 puntos)	

Nota: Mejía-Zuluaga et al. (2022).

Índice de Masa Corporal Apéndice F

Clasificación de IMC

Menor a 18.5	Bajo Peso
18.5 – 24.9	Peso Normal
25 – 29.9	Sobrepeso
30 – 34.9	Obesidad Grado I
35 – 39.9	Obesidad Grado II
Mayor a 40	Obesidad Grado III, Obesidad mórbida

Nota: OMS (2022).

Escala de Daniel's Apéndice G

<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).

Escala de Karnofsky
Apéndice H

Escala Funcional de Karnofsky-Índice de Karnofsky	
Asintomático Sin evidencia de enfermedad	100
Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por sí mismo	70
Asistencia ocasional Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia Frecuentes cuidados médicos	50
Imposibilitado Requiere cuidados especiales y asistencia	40
Gravemente imposibilitado La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente	30
Muy enfermo. Precisa hospitalización Requiere tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Exitus	0

Nota: Rodríguez et. al (2022)

Escala de Braden
Apéndice I

<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).

Escala de Newman
Apéndice J

<i>Valoración</i>	<i>Puntos</i>
Limitación Física	2
Estado Mental Alterado	3
Tratamiento Farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Paciente sin factor de riesgo evidente	1
<i>Total de puntos</i>	10

<i>Clasificación</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Tarjeta</i>
<i>Alto Riesgo</i>	4-10	Rojo
<i>Mediano Riesgo</i>	2-3	Amarillo
<i>Bajo Riesgo</i>	0-1	Verde

Nota: IMSS (2010).

Nemotecnia de Alicia
Apéndice K

A	Aparición	¿Cuándo Inicio el dolor?
L	Localización	¿Dónde duele?
I	Irradiación	¿Se propaga a algún otro lugar?
C	Carácter	¿De qué tipo es? Quemante, punzante, opresivo
I	Intensidad	¿Cuánto duele?
A	Atenuación	¿Qué provoca que el dolor incremente o disminuya?

Nota: Santos, M. D., Gutiérrez, A. Z., & Santiz, A. S. (2021).

Escala de Coma de Glasgow
Apéndice L

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

Nota: Muñana y Ramírez. (2013).

Escala de FOUR
Apéndice M

ESCALA FOUR	
PUNTAJE	
RESPUESTA OCULAR	
4	Dirige la mirada horizontal o verticalmente o parpadea dos veces cuando se le solicita
3	Abre los ojos espontáneamente, pero no dirige la mirada
2	Abre los ojos a estímulos sonoros intensos
1	Abre los ojos estímulos nociceptivos
0	Ojos cerrados, no los abre al dolor
RESPUESTA MOTORA	
4	Eleva los pulgares, cierra el puño o hace el signo de la victoria cuando se le pide
3	Localiza al dolor (aplicando un estímulo supraorbitario o temporomandibular)
2	Respuesta flexora al dolor (incluye respuestas en decorticación y retirada) en extremidad superior
1	Respuesta extensora al dolor
0	No respuesta al dolor, o estado mioclónico generalizado
REFLEJOS DE TRONCO	
4	Ambos reflejos corneales y fotomotores presentes
3	Reflejo fotomotor ausente unilateral
2	Reflejos corneales o fotomotores ausentes
1	Reflejos corneales y fotomotores ausentes
0	Reflejos corneales, fotomotores y tusígeno ausentes
RESPIRACIÓN	
4	No intubado, respiración rítmica
3	No intubado, respiración de Cheyne-Stokes
2	No intubado, respiración irregular
1	Intubado, respira por encima de la frecuencia del respirador
0	Intubado, respira a la frecuencia del respirador o apnea

PUNTAJE:

0-7 LESION CEREBRAL SEVERA

8-12 LESION CEREBRAL MODERADA

>12 LESION CEREBRAL LEVE

Nota: Carpio Valencia, G., & Tintaya Lovón, A. M. (2018).

Pautas Dietético- Alimentarias en Enfermedades Cardiovasculares

Plan de Alimentación

Apéndice N

Alimentos	Consumo recomendado (Todos los días)	Consumo moderado (2-3 veces/semana)	Consumo no recomendado (excepcionalmente)
Frutas y verduras	Todas	*Aceitunas, *aguacates	Verduras fritas en aceites inadecuados. Coco
Cereales y derivados, patatas	*Harinas, pan, cereales (mejor integrales), patatas, *maiz, *pastas, *galletas integrales	*Cereales con azucar, *pasta con huevo y *galletas, *patatas fritas en aceite de oliva o de semilla	Bollería industrial, croissants, ensaimadas, magdalenas, donuts. Patatas chips
Legumbres	Todas		
Frutos secos	*Nueces, *ciruela pasa, *datil, pipas de girasol sin sal	Almendras, castañas, avellanas, cacahuets	Cacahuets salados, coco y pipas de girasol saladas
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada, yogur y productos elaborados con leche desnatada o soja, clara de huevo	Huevo entero, queso fresco o bajo en grasa, requesón, leche y yogur	Leche entera, nata, crema, flan de huevo, quesos duros y cremosos
Pescados y mariscos	Pescado blanco y *azul, mariscos bivalvos (mejillones, almejas, berberechos)	Bacalao, *sardinas y caballa en lata (en aceite de oliva), calamares, gambas	Huevos de pescado, mojama pescado frito en aceite o grasas no recomendadas.
Carnes rojas		Ternera, buey, cerdo, cordero (partes magras), jamon serrano	Embutidos, beicon, hamburguesas, salchichas, pates, visceras, sesos
Aves y caza	Pollo y pavo (sin piel), conejo	Avestruz	Ganso, pato
Aceites y grasas	Aceite de oliva, preferentemente virgen	Aceites de semillas (girasol, maiz) y margarina vegetal (sin grasa trans)	Mantequilla, margarinas solidas, manteca de cerdo, tocino, aceites de palma y coco
Postres	*Mermeladas, *miel, *azucar	Caramelos, flan sin huevo, frutas en almibar, repostería casera	Postres con leche entera, huevo y nata o mantequilla. Tartas y pasteles comerciales
Bebidas	Agua mineral, *zumos de fruta naturales, infusiones: 3 al día, vino tinto: 2 al día	Bebidas y refrescos sin azucar, Cerveza	Bebidas azucaradas y alcohólicas de alta graduación
Espicias y salsas	Pimienta, mostaza, hierbas, vinagre, *ali-oli, limon, caldos vegetales	Mayonesa y bechamel	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas

Nota: Jordán Jaramillo, J. J. (2021).