



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

***“Caso Clínico Proceso de Atención de Enfermería al
Paciente con Síndrome Coronario Agudo en la Unidad
de Cuidados Intensivos”***

Tesina presentada para obtener el Diploma de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos.

Presenta:
L.E. Amairani Heredia Rodríguez

Noviembre, 2020.



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

***“Caso Clínico Proceso de Atención de Enfermería al
Paciente con Síndrome Coronario Agudo en la Unidad
de Cuidados Intensivos”***

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

Presenta:

L.E. Amairani Heredia Rodríguez

Director de Tesina:

MASE. Israel Rojas Balbuena

Noviembre, 2020.

Tesina: Caso Clínico Proceso de Enfermería en el Paciente con Síndrome Coronario Agudo
en la Unidad de Cuidados Intensivos

Número de registro académico: SIEP/EECI/022/21

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MASE. Israel Rojas Balbuena
Presidente

ME. Adriana Rosalía González Hernández
Secretario

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Vocal

MASE. Israel Rojas Balbuena
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

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

Agradecimientos

Gracias a mi madre por ser el principal motor de mis sueños, la fuente de mi inspiración, gracias a ella por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas; gracias por tu compañía y la llegada de un desayuno, comida y cena a mi guarida de estudio, era como el refuerzo esperado para continuar; sin contar el café por las mañanas en época de cuarentena.

Gracias a mi abuelita Alicia y mi Tía Lupita; por sus sabios consejos, por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

A mis hermanos, gracias por su compañía, por dejarme dormir todo el día después de una agotadora jornada de trabajo y posterior de estudio, a ellos gracias por impulsarme siempre a dar lo mejor de mí.

Agradezco a Natalio, José Enrique, Mariel, Lupita y Luz María por esas llamadas de aliento, por provocar en mí esa risa, por levantarme de la silla y salir a tomar el sol para no colapsar en los días agotadores y llenos de estrés, gracias por hacerme compañía estando lejos de casa, acogerme en sus hogares y hacerme sentir que no estaba sola, gracias queridos amigos.

Agradezco a las personas que me aman y que estuvieron siempre al pendiente de mí, apoyándome incondicionalmente; siempre tendrán un lugar especial en mi corazón.

A mis docentes de posgrado por brindarme las bases para ejercer mi profesión con eficiencia y eficacia, especialmente a la MCE. Rosa María Galicia Aguilar y el MCE. Francisco Adrián Morales Castillo.

A mi director de tesina MASE. Israel Rojas Balbuena, por aportar sus conocimientos a este trabajo.

Agradezco especialmente a mis compañeros y amigos que hice en la especialidad, se volvieron pieza clave para esta meta, en especial mi amiga Ana Rosa Hernández Hernández, muchas gracias.

Gracias a dios por la vida de mis seres queridos, por bendecirme cada día y brindarme un nuevo amanecer y disfrutar de las personas que más amo en este mundo, por permitirme culminar la especialidad.

Gracias a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por ser mi alma mater en mi preparación profesional.

Dedicatorias

De manera muy, muy especial quiero dedicar este trabajo a mi abuelita Ma. De Los
Ángeles Castillo Almazo. Todo esto es por ti; aunque al día de hoy ya no estés conmigo.
Te amo demasiado.

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Cuidados Intensivos
Fecha de Graduación	Febrero 2021
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico Proceso de Atención de Enfermería al Paciente con Síndrome Coronario Agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos
Número de páginas	75

Introducción: El SICA es una enfermedad cardiovascular en la que el paciente presenta obstrucción del flujo sanguíneo del corazón que genera un grupo de síntomas y signos atribuibles a la isquemia aguda del miocardio que obedece en general, a la ruptura o la erosión de una placa de ateroma y a la consecuente formación de un trombo que obstruye total o parcialmente la arteria coronaria implicada, este problema puede presentarse como isquemia miocárdica aguda, infarto agudo al miocardio con elevación o sin elevación en el segmento ST, hasta una angina inestable. En México se demostró que las enfermedades isquémicas y cerebrovasculares son unas de las principales causas de muerte en este país, con un 32% de las defunciones.

Objetivo general: Diseñar un plan de cuidados de enfermería en pacientes con SICA en la unidad de cuidados intensivos mediante la aplicación de intervenciones especializadas y con evidencia científica para contribuir en la recuperación de la salud

Metodología: Caso clínico descriptivo, prospectivo y transversal.

Resultados: Los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Patrón Percepción-Manejo de la salud, Patrón Nutricional-Metabólico, Patrón Actividad-Ejercicio y Patrón Cognitivo-Perceptual, de los cuales, se jerarquizaron las etiquetas diagnósticas de Disminución del gasto cardíaco y Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca.

Conclusión: Con respecto a las intervenciones en este caso clínico y proceso de enfermería se priorizaron con base a las manifestaciones clínicas presentadas del paciente en la etapa de valoración, lo que permitió realizar las inferencias diagnósticas y priorizarlas de acuerdo a la patología presentada. Sin embargo, los factores de riesgo complicaron el pronóstico y por ende llevo al deceso del paciente.

Palabras Clave: Proceso Enfermero, Paciente, Síndrome Coronario Agudo, Patrones Funcionales de Salud, Cuidados Intensivos.

Firma del Director de Tesina: MASE. Israel Rojas Balbuena.

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	
I. Introducción	11
1.1. Planteamiento del Problema	11
1.2. Marco de Referencia	16
1.3. Objetivos	22
1.3.1. Objetivo general	22
1.3.2. Objetivos específicos	22
Capítulo II	
II. Procedimientos	23
2. 1. Diseño del Proceso Atención de Enfermería	23
3. Valoración Inicial	23
3.1.1. Datos de identificación	23
3.1.2. Observación del entorno	23
3.1.3. Datos históricos	23
3.1.4. Datos actuales	24
3.2. Identificación de Patrones Funcionales de Salud	24
3.3. Registro de Diagnóstico de Enfermería	30
4. Plan de Cuidados de Enfermería	32
5. Plan de Cuidados de Enfermería	44
Capitulo III	
Discusión	51
Conclusión	53
Referencias	54

Tablas

	Página
Tabla 1. Tratamiento farmacológico	25
Tabla 2. Resultados de auxiliares diagnósticos	26

Apéndices

	Página
A. Consentimiento Informado	60
B. Valoración por Patrones Funcionales de Salud M. Gordon	62
C. Guía de Valoración Cefalocaudal	64
D. Escala de GRACE	70
E. Escala de Braden	72
F. Escala de Bristol	73
G. Escala de Dowton	74
H. Escala de Godet	75

Capítulo I

I. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, son los problemas cardiovasculares en los cuales se encuentran los síndromes coronarios agudos (SICA) y los accidentes cerebrovasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Las ENT se presentan en todos los grupos de edad y afectan desmedidamente a los países y regiones de ingresos bajos y medios, donde se reconocen a nivel mundial más del 75% (32 millones) de las muertes por enfermedades crónicas, estas provocan 41 millones de muertes anualmente, lo que equivale al 71% de índice de mortalidad que se producen. Cada año mueren 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad en el mundo, este problema de salud está asociado a factores de riesgo derivados del estilo de vida; como los malos hábitos alimenticios, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco y el uso nocivo del alcohol. Otros factores vinculados son los metabólicos como la hiperglicemia e hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo a las estadísticas que se presentan en México, las enfermedades isquémicas y cerebrovasculares son unas de las principales causas de muerte en este país, con un 32% de las defunciones, ante este panorama se demuestra la importancia de atender y priorizar este problema de salud pública (OMS, 2018, Gaviria, et al., 2020, y Soto, Moreno y Pahua, 2016).

Durante el 2015 se reportaron 19,140 egresos hospitalarios por infarto agudo al miocardio (IAM), la mortalidad de los pacientes en los hospitales de las tres principales

instituciones públicas de salud en México, ubica alrededor de 24 defunciones por cada 100 egresos en 30 días de estancia hospitalaria. El valor más alto corresponde al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 25.7%, continuando la Secretaría de Salud (SS) con 25.3% y en menor medida las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 23.2%. La tasa de mortalidad dentro de los 30 días posteriores a la hospitalización por IAM fue de 24.9 muertes por cada 100 admisiones en México, más de tres veces mayor que el promedio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) que reflejó un 7.9%. Este resultado ha sido consistente desde 2009, por lo que al interior de las entidades se registran valores altos del indicador de mortalidad intrahospitalaria. En este sentido, las entidades varían con respecto a las cifras; Yucatán, registrando 143 defunciones entre sus 308 pacientes de 45 años o más lo que la posiciona en la entidad con mayor mortalidad. En el extremo opuesto, San Luis Potosí tuvo una tasa de 14.5, ubicando al estado de Puebla con el 20.5 de defunciones por cada 100 egresos aproximadamente (Rodríguez, M. 2017).

El SICA es una enfermedad cardiovascular en la que el paciente presenta obstrucción del flujo sanguíneo del corazón que genera un grupo de síntomas y signos atribuibles a la isquemia aguda del miocardio que obedece en general, a la ruptura o la erosión de una placa de ateroma y a la consecuente formación de un trombo que obstruye total o parcialmente la arteria coronaria implicada, este problema puede presentarse como isquemia miocárdica aguda, infarto agudo al miocardio con elevación o sin elevación en el segmento ST, hasta una angina inestable (Reyes, et al., 2019, Gaviria, et al., 2020 y Martínez, Lastre y Cassiani, 2019).

Este síndrome debe diferenciarse de otras causas de dolor torácico a partir de una correcta evaluación e historia clínica, principalmente en la parte física, la sintomatología clínica que se presenta incluye disminución de la respiración, fatiga, dolor muscular y en el pecho, disminución a la tolerancia del ejercicio lo que conlleva a una percepción de discapacidad mayor, en la parte emocional hay presencia de ansiedad e incluso depresión, toda esta valoración se complementa con los hallazgos de laboratorio y del electrocardiograma (EKG), que alertan sobre la probabilidad de que una persona con dolor torácico sufra este evento. Su tratamiento se establece una vez diagnosticado el SICA y varía según el tipo de síndrome que presente, dando prioridad al manejo del dolor, valoración hemodinámica, estimación del riesgo de eventos adversos cardiacos a corto plazo, mediante escalas diferentes en la cual destaca la Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) por sus siglas en inglés, la elección de la estrategia de manejo (invasiva o conservadora), iniciación de terapia antitrombótica y terapia con beta bloqueadores (Reyes, et al., 2019, Gaviria, et al., 2020, Ortega, Piedra y Tito, 2018 y Martínez, Lastre y Cassiani, 2019).

De acuerdo a la bibliografía encontrada, Martínez, Lastre y Cassiani en el 2019, implementaron un plan de cuidados de enfermería a un paciente con síndrome coronario agudo, basados en las taxonomías estandarizadas *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA), *Nusing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) además de la aplicación del modelo de los sistemas de Betty Neuman, centrándose en el diagnóstico principal disminución del gasto cardiaco, por lo que se destacó las intervenciones de cuidados cardiacos: agudos y manejo de los signos vitales, consiguiendo una gran mejoría en el paciente.

Por otro lado, Dimas, et al., en el 2016; realizaron un estudio con el objetivo de aplicar las intervenciones de enfermería a un paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal, en el cual se llevaron a cabo las cinco etapas del proceso de enfermería, ocupando para la valoración un instrumento basado en los patrones funcionales según Marjory Gordon y con los métodos de exploración física, definiendo los diagnósticos con base en la taxonomía NANDA, priorizando los cuidados de enfermería fundamentados en el NIC y la clasificación de resultados en el NOC; en el cual destaco la perfusión tisular: cardiaca; sin embargo pese a las intervenciones realizadas los factores de riesgo complicaron el pronóstico.

Rubio, en su estudio realizado, papel de enfermería en el tratamiento de las principales alteraciones electrocardiográficas: síndrome coronario agudo; en el 2018. Menciona que ante el posible diagnóstico de SICA se debe iniciar con la valoración del paciente y finalizar con el tratamiento crónico y los cuidados del alta; comenzando con la monitorización electrocardiográfica, acceso a un desfibrilador y medidas de soporte vital avanzado, monitorización de los signos vitales, oxigenoterapia, canalización de vía venosa periférica, administración de nitratos, control del dolor, técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, evaluación de riesgos, toma de laboratorios, administración de medicamentos acordes al SICA, determinar el juicio diagnóstico y planificar las decisiones terapéuticas, así como valorar la necesidad de traslado del cliente.

Los pacientes que sobrevivieron a un episodio inicial de alguna enfermedad crítica crónica permanecen dependientes de los servicios especializados, como la unidad de cuidados intensivos (UCI), que es el área de hospitalización con una capacidad limitada, en la que un equipo interdisciplinario con capacidades específicas proporciona atención hasta la evolución satisfactoria del paciente, en el cual destaca el gremio de enfermería

en cuidados intensivos, puesto que brindan cuidados de calidad y específicos a los pacientes que lo requieren; dando una atención continua en el estado agudo que se presenta (Vásquez, Rodríguez, Raymundo, Gaytán y Terrazas, 2017, Morales, Rugerio, Ramírez y Maza de la Torre, 2019).

Para dar respuesta en el cuidado específico se realiza un plan de cuidados de enfermería aplicando las taxonomías estandarizadas de la NANDA-NOC-NIC en los pacientes con SICA en la UCI, basado en el conocimiento científico y la enfermería basada en la evidencia con el fin de contribuir a la disciplina de enfermería e implementar un plan de cuidados en el servicio de la UCI en los pacientes con SICA.

1.2. Marco Referencial

La presentación y evolución del SICA está determinado por tres factores clave, siendo el primero las placas ateromatosas vulnerables, que se caracterizan por una elevación de lípidos en el torrente sanguíneo, factor tisular y actividad inflamatoria local, lo que predispone a una ruptura que limita en forma parcial o total el flujo coronario. El segundo factor es la sangre vulnerable, considerada como uno de los elementos que puede explicar los diferentes comportamientos evolutivos de pacientes con placas inicialmente de iguales características. Por último, el miocardio vulnerable es aquel que es eléctricamente inestable o arritmogénico y está predispuesto a sufrir una complicación isquémica. Los pacientes ingresados en la UCI pueden presentar un nuevo evento isquémico agudo que tendrá peor evolución con mayor mortalidad y probabilidad de complicaciones, en dependencia de la severidad y repercusión del proceso aterosclerótico de base. Ante esta situación de salud el personal de enfermería especializado en cuidados intensivos debe efectuar intervenciones específicas que favorezcan a disminuir las complicaciones que desencadenen al aumento de la mortalidad por SICA (Valdés, et al., 2015).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es de gran utilidad para la aplicación de los cuidados del SICA; caracterizado por tener una base teórica y es concebido a partir de conocimientos sólidos que permiten al personal de enfermería plantear y organizar sus intervenciones, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo en la fase aguda del SICA cuando se presentan en la UCI, para mantenerlo bajo monitorización continua y prevenir complicaciones por medio de elementos interactivos del proceso de enfermería, valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación, y con ello respondan a las necesidades actuales del paciente. La base del proceso de atención de

enfermería es el informe de continuidad de cuidado, ya que es el documento de comunicación escrita, en el cual se recoge información acerca del estado del paciente y por ende los lleva a la elaboración de los planes de cuidado que inician desde el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria hasta su egreso, permitiendo así la elaboración de los planes de alta (García, et al., 2019 y Naranjo, Gonzales, y Sánchez, 2018).

En el paciente con alteraciones electrocardiográficas como por ejemplo el SICA, se tiene como objetivo prevenir, controlar y vigilar el estado hemodinámico para detectar de forma precoz si aparece el problema de salud, para avisar al profesional competente de una hemorragia, shock, arritmia entre otros. Un paciente que presenta un problema de salud cardiovascular es responsabilidad del profesional de salud, como sería un SCACEST, puede llevar al médico a formular un diagnóstico presuntivo o un diagnóstico definitivo. Tanto si se trata de un diagnóstico definitivo, como para profundizar en el diagnóstico, se puede necesitar realizar unas intervenciones enfermeras diagnósticas como lo son la toma de un EKG de 12 derivaciones, toma de la Presión Venosa Central (PVC), monitorización de signos vitales, cuidados cardiacos, manejo del riesgo cardiaco, oxigenoterapia, administración de medicamentos, cambios posturales entre otros (Rubio, 2017).

El marco referencial que guiará la valoración del paciente con SICA serán los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, mediante la adaptación de Soriano-Sotomayor y Pérez-Noriega (2013); entrevista corta por patrones funcionales de salud (Apéndice B) adaptándolo a la terapia intensiva con respaldo de otros artículos de investigación, que permitirá estructurar y ordenar la obtención de los datos objetivos y subjetivos, e identificar los patrones afectados, para obtener una importante cantidad de datos relevantes de la persona, como físicos, psíquicos, sociales y del entorno. Lo

constituyen 11 patrones de salud, y las pautas para su valoración sugieren en el patrón de percepción- manejo de la salud; apreciar la percepción individual del paciente referente a su estado de salud. Para el patrón nutricional- metabólico, describir los hábitos de consumo de alimentos y líquidos relativos a las necesidades metabólicas. El patrón de eliminación puntualiza los tipos de función excretora fecal, urinaria y cutánea en la regularidad o alteración. Continuando con la valoración se describe el patrón de actividad-ejercicio incluyendo el ocio y diversión. El patrón sueño reposo comprende los patrones y periodos de reposo y relajación durante las 24 horas del día. La adecuación de los órganos de los sentidos y la compensación utilizada para hacer frente a los trastornos, la valoración del dolor y las habilidades cognitivas funcionales pertenece al patrón cognitivo-perceptivo. El patrón autopercepción-autoconcepto, describe el estado emocional, actitudes y percepción acerca de uno mismo. De acuerdo al patrón rol-relaciones refiere la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual. Para el patrón sexualidad-reproducción se evalúa la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad y en las relaciones sexuales. El penúltimo patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés describe la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones. Por último, el patrón valores y creencias describe los valores, resultados o creencias que guían las elecciones o decisiones. Así mismo se realizará la valoración céfalo-caudal, con el apoyo de la guía de exploración física de cabeza a pies (Apéndice C) de Pérez-Noriega y Soriano-Sotomayor (2010) en la cual se debe buscar intencionadamente manifestaciones de dolor en mandíbula, epigastrio, torácico y de miembros superiores ya sea en esfuerzo físico o en reposo, disnea, fatiga, síntomas neurovegetativos tales como náuseas, vómitos, diaforesis o síncope. Todo esto con el fin

de recabar datos objetivos, además se hará uso de las escalas que complementen la valoración para evitar las complicaciones, como la escala de Braden (Apéndice E) que mide el riesgo a desarrollar úlceras por presión (UPP), está estructurada por seis criterios, percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesión. Con puntuaciones de 1-4. La puntuación total va de 6 a 23 puntos. La graduación del riesgo de UPP es riesgo leve, moderado y alto. El uso de la escala de predicción de mortalidad en la UCI escala de GRACE (Apéndice D), es un modelo aplicado a todos los síndromes coronarios, estimando el riesgo de infarto y muerte hospitalaria al momento del ingreso y a seis meses. Utiliza las siguientes variables, edad, creatinina, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presencia de falla cardíaca, cambios en el segmento ST, troponina positiva y paro cardíaco al ingreso. Nos muestra el riesgo de muerte, por lo que se da un puntaje a cada variable, una puntuación más alta coincide con un mayor riesgo de muerte. Teniendo en cuenta estas tablas de riesgo, la gran mayoría de los ancianos mayores de 75 años y, sobre todo, los mayores de 85 años presentarán un alto riesgo de mortalidad o evento cardiovascular. Para complementar la valoración se hará uso de estudios de laboratorio como enzimas cardíacas y aquellos que incluyan marcadores de daño miocárdico. Dentro de los estudios de gabinete se encuentra el EKG y la TAC (Tomografía Axial Computarizada). Dando continuidad se hará uso de la escala de Riesgo de Caídas de Downton (Apéndice G), que permite valorar el riesgo de caídas, se agrupa en 5 dimensiones: caídas previas, administración de medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulación, puntuando un riesgo alto con un total igual o superior a los 3 puntos. También se empleará la escala de Godet, que valora el nivel de edema; consiste en ejercer presión sobre el tejido afectado y al retirarla permanece la impronta, se clasifica en unilateral o

bilateral (Apéndice H). Por último, se empleará la Escala de Bristol (Apéndice F), para la valoración visual de las heces según su consistencia y forma; clasificándolo en 7 tipos y así identificar el tipo de heces que presenta el paciente (Martínez, et al., 2015, Llancaqueo, 2017, Mangariello y Gitelman, 2019, Rangel, 2016, Ortega, Piedra y Tito, 2018, IMSS, 2015, Bueno, et al., 2017, Pérez, et al., 2017, Rodrigues, Freitas, Barros y Lima, 2015 y Reyes y Gutiérrez, 2017).

Los datos de la valoración son el marco que guía la construcción de los diagnósticos de enfermería, que son los problemas de salud o necesidades detectados en la valoración. Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales y de riesgo para los pacientes con SICA, clasificándolos en 13 dominios según la taxonomía NANDA, que abarcan todos los campos del funcionamiento de la enfermería y patrones funcionales de salud, sumando a esto los reportes de artículos científicos que demuestran las principales etiquetas diagnósticas, disminución del gasto cardiaco, riesgo de perfusión tisular cardiaca ineficaz, riesgo de perfusión cerebral ineficaz y dolor agudo. Para darle continuidad al PLACE se implementa la taxonomía NOC que brinda los resultados esperados de los indicadores seleccionados. Las intervenciones de enfermería se diseñaran mediante la taxonomía NIC para dar respuesta a los diagnósticos de salud, priorizando los cuidados y las necesidades humanas, así mismo se revisaran las intervenciones propuestas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y artículos de investigación enfocados al SICA, las intervenciones que se encontraron en publicaciones recientes destacan la administración de medicamentos para el alivio del dolor, monitorización continua de la hemodinámica del paciente, oxigenoterapia, toma de laboratorios, estimación del riesgo de eventos adversos cardíacos a corto plazo, entre otros. Se evaluarán los resultados esperados y los

obtenidos mediante la puntuación alcanzada (Martínez, Lastre y Cassiani, 2019, Rangel, 2016, Ortega, Piedra y Tito, 2018).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diseñar un plan de cuidados de enfermería individualizado a pacientes con SICA en la unidad de cuidados intensivos mediante la aplicación de un Proceso Enfermero mediante intervenciones especializadas y con evidencia científica para contribuir en la recuperación de la salud

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los datos objetivos y subjetivos del paciente con SICA mediante la valoración

Identificar los patrones funcionales de salud más alterados en el paciente con SICA

Elaborar las inferencias diagnósticas con base en el caso clínico y la revisión de la literatura

Planificar los cuidados de enfermería al paciente con SICA que den respuesta a los diagnósticos de enfermería

Capítulo II

II. Procedimientos

2. 1. Diseño del Caso Clínico

Caso clínico descriptivo, prospectivo y transversal

3. Diseño del Proceso de Enfermería

3.1. Valoración inicial

3.1.1. Datos de identificación

M.A.C.A., es una paciente de sexo femenino, de 77 años de edad, viuda, con carrera técnica concluida, actualmente jubilada de la secretaria de salud, practica la religión católica, lugar de residencia Huamuxtitlán, Guerreño, ingresa a la UCI con diagnóstico médico SICA con elevación del segmento ST (SCACEST), angina de pecho inestable, cardiomegalia, evento cerebrovascular (EVC) transitorio, hipertensión arterial sistémica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipercolesterolemia y neumonía.

3.1.2. Observación del entorno (unidad del paciente)

La paciente se encuentra hospitalizada en la UCI, en una habitación compartida con los demás pacientes, entre cada camilla se encuentra instalada una cortina corrediza que la separa, el área es especial para pacientes con indicación de aislamiento por sospecha de SARS-CoV-2. La habitación se encuentra con buena iluminación y ventilación, la temperatura es adecuada y la unidad está equipada con aparatos electromédicos indispensables para la atención.

3.1.3. Datos históricos

La paciente padece de hipercolesterolemia, DM2, HAS de 30 años de evolución, cardiomegalia grado tres, angina de pecho inestable recientemente diagnosticada. Presento una crisis hipertensiva en el mes de febrero de 2020, posterior a ello en el mes

de junio, el familiar refiere haber presentado un EVC transitorio, dejando secuelas neurológicas. Inicia su padecimiento al presentar vértigo, cefalea, disnea de esfuerzo, dolor precordial de tipo opresivo que irradiaba a mandíbula y brazo derecho, además de pérdida del conocimiento. A la valoración en urgencias en la escala de Glasgow persiste de 8/15, con una saturación de 68%, por lo que se decide intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica y su ingreso a la UCI.

3.1.4. Datos actuales

La paciente M.A.C.A al momento de la valoración y exploración física por patrones funcionales de salud de M. Gordon se encontraron los siguientes hallazgos:

1. Patrón Percepción-Manejo de la Salud. Se obtuvo mediante una fuente secundaria (hijo) quien refiere que la paciente padece HAS de 30 años de evolución. Con tratamiento farmacológico a base de clopidogrel vía oral 75 mg cada 24 hr, etericoxib (arcoxia) vía oral 90 mg cada 24 hr, citicolina vía oral 500 mg cada 12 hr, furosemida vía oral 40 mg cada 24 hr, nifedipino vía oral 30 mg cada 24 hr, bisoprostol vía oral 2.5 mg (1/2 tableta) cada 24 hr, atorvastatina vía oral 20 mg cada 24 hr y edarbi (azilsartán) (80/12.5 mg) cada 24 hr. Hace 24 años se realizó una cirugía de traumatología por fractura de tibia y peroné. Además de someterse a histerectomía hace 40 años. Niega toxicomanías y alérgicos. El familiar refiere que en general su estado de salud había sido bueno.

En el área de UCI, se estableció sedación, tratamiento farmacológico y es preparada para trombólisis (Tabla1).

Tabla 1

Tratamiento farmacológico

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
Terapia anti-plaquetaria			
AAS*	100 mg**	SNG***	24 hr****
Clopidogrel	75 mg	SNG	24 hr
Terapia anticoagulante			
Nitroglicerina	5 mg	Trascutaneo	24 hr
Betabloqueantes			
Metoprolol	50 mg	SNG	12 hr
Trombólisis			
Tenecteplasa	40 mg	***IV	10% bolo 90 % infusión 1hr
Antibiótico			
Ceftriaxona	1 **gr	IV	12 hr
Amikacina	250 mg	IV	12 hr
Analgésico			
Buprenorfina	300 mg	IV	8 *ml hora
Aminas			
Dobutamina	5 gamas	IV	11.5 ml hora
Sedación			
Midazolam	150 mg	IV	15 ml hora

Nota: AAS*: Ácido Acetil Salicílico, mg**: Miligramos, SNG***: Sonda nasogástrica, hr****: Horas,

***IV: Intravenoso, **gr: Gramos, *ml: Mililitro

2. *Patrón Nutricional-Metabólico.* Se encuentra con un peso de 77 kg, talla de 163 cm, IMC de 29.61. Cabello bien implantado, mucosa oral semihidratada, labios secos, sialorrea, cierre incompleto de la boca. Con sonda nasogástrica, actualmente en ayuno. Piel con disminución de la turgencia, catéter venoso central 7 Fr (CVC) de dos lúmenes ubicado en el subclavio derecho con solución base Hartman de 1000 ml a 41.6 ml/hr mediante equipo de bomba a infusión continua, Extremidades valoradas con escala de Godet, puntuando edema leve de 10 a 15 seg de recuperación, con presencia de medias compresivas. Llenado capilar de 4 seg.

Tabla 2

Resultados de auxiliares diagnósticos

Examen	Elemento	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Biometría hemática				
	Leucocitos	16.87	10	4.00-12.00
	Neutrófilos	93	%°	40.00-85.00
	Hb*	9	g/dL°°	12.50-16.60
	HCT**	34.8	%	39.00-50.00
Plaquetas				
	Plaquetas	417.000	10	4.10-5.70
Perfil de coagulación				
	TP***	13.3	seg°°°	12.0-16.60
	TPT****	30.6	Seg	25-35
Química sanguínea				
	Glucosa	120	°mg/dL	70-110
	Urea	30	mg/dL	10.0-50.0

Continúa tabla 2. Resultados de auxiliares diagnósticos

Creatinina	1.1	mg/dL	0.7-1.2
Colesterol	111	mg/dL	<200
Triglicéridos	76	mg/dL	<150
Electrolitos séricos			
Na*****	142	°°mMol/L	137-145
K*****	4.1	mMol/L	3.5-5.1
Cl*****	109.1	mMol/L	98-107
Biomarcadores			
*CK	332	°°°U/l	40.0-200.0
**CKMB	31	U/l	0.0-25.0
***TnT	6007	°°°°ng/ml	0-0.1
****cTnI	9-70	ng/ml	0-0.1
*****ProBNP	1302	°°°°°pg/ml	35-125

Nota: Hb*: Hemoglobina, %°: Porcentaje, HCT**: Hematocrito, g/dL°°: Gramo por decilitro, TP***:

Tiempo de protrombina, seg°°: Segundo, TPT****: Tiempo de tromboplastina parcial, °mg/dL:

Miligramo por decilitro, Na*****: Sodio, K*****: Potasio, Cl*****: Cloro, °°mMol/L: Milimoles por

litro, *CK: Creatina quinasa, **CKMB: Isoforma cardiaca de enzima CK, ***TnT: Troponina T cardiaca,

****cTnI: Troponina I cardiaca, *****ProBNP: Proteína cardiaca, °°°U/l: Unidades por litro, °°°°ng/ml:

Nanogramos por litro, °°°°°pg/ml: Picogramos por litro.

3. Patrón Eliminación. Presencia de ruidos peristálticos, abdomen blando, depresible, sin distensión. Presenta sonda vesical tipo foley #16 Fr a derivación, con volumen urinario de 1320ml en 8h., turno matutino, con densidad de 1010, uresis con características amarillo ámbar y macroscópicas normales. Control estricto de líquidos. Evacuaciones valorables con escala de Bristol tipo 5, color café.

4. *Patrón Actividad-Ejercicio.* La paciente se encuentra en posición semifowler, con cambios posturales cada dos horas, evaluada mediante la escala de Braden puntuando riesgo alto de UPP, valorada con índice de Downton en riesgo alto de caídas. Tensión arterial (T.A.): 130/90 mmHg, frecuencia cardíaca (FC): 80 pulsaciones/min, temperatura corporal 37°C. Radiografía de tórax (RXT) sin signos de insuficiencia cardíaca (IC), EKG presenta ritmo sinusal (RS) 80 latidos por minuto, hemibloqueo anterior, con presencia de onda Q en V1-V3/V4, con supra desnivel del ST. Con apoyo ventilatorio fase III, en modo asisto control (A/C), fio2 del 60%, VC 500 ml, 18 respiraciones por minuto, PEEP 6, Ti 1:2 seg, presión en vía aérea 20 cmH2O, cánula endotraqueal # 7.5 cm, fijo en 22 de comisura labial, manteniendo saturación de oxígeno entre 90-94%. La exploración física revela tórax simétrico, expandible a la inspiración, campos pulmonares con estertores en bases, sin masas palpables, ruidos cardiacos rítmicos, fuertes y audibles, sin soplos significativos. Resto sin compromiso. No se cuenta con gasometría arterial del día.

5. *Patrón Sueño-Descanso.* Paciente se encuentra bajo los efectos de sedación.

6. *Patrón Cognitivo-Perceptual.* No responde a reflejos dolorosos y estímulos verbales.

7. *Patrón Autopercepción-Autoconcepto.* No valorable.

8. *Patrón Rol-Relaciones.* Vive con su hijo, es viuda, jubilada de la secretaria de salud, ama de casa, nivel técnico concluido.

9. *Patrón Sexualidad-Reproducción.* No valorable

10. *Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés.* No valorable.

11. *Patrón Valores-Creencias.* Religión católica

3.2. Identificación de Patrones Funcionales de Salud

En el caso clínico de SCACEST se identifican los siguientes patrones disfuncionales de salud en la señora M.A.C.A.: Patrón Percepción-Manejo de la salud, Patrón Nutricional-Metabólico, Patrón Actividad-Ejercicio y Patrón Cognitivo-Perceptual

3.3. Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 04 Actividad/Reposo

Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 1: Disminución del gasto cardiaco R/C SCACEST M/P cambios en el EKG, disnea, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema.

Dominio: 04 Actividad/Reposo

Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 2: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca R/C taponamiento cardiaco (SICA)

Dominio: 04 Actividad/Reposo

Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 3: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C SCACEST

Dominio: 04 Actividad/Reposo

Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 4: Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C procedimientos endovasculares

Dominio: 04 Actividad/Reposo

Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 5: Patrón respiratorio ineficaz R/C SCACEST M/P ventilación mecánica y estertores en bases pulmonares

Dominio: 12 Confort

Clase: 01 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería 6: Dolor agudo R/C agentes lesivos M/P cambios en la TA, cambios en la FC, cambios en la FR, expresa dolor.

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 02 Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería 7: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C cambios en la turgencia de la piel, estado de desequilibrio nutricional, inmovilización física

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 02 Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería 8: Riesgo de Caídas R/C medicación y cambios fisiológicos

4. Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: M. A. C. A Edad: 77 años Fecha de ingreso: 07-08-20

Servicio/ Contexto: UCIA Diagnóstico médico: SCACEST

Dominio: 04 Actividad/Reposo Clase:04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: 02 Salud Fisiológica Clase: E Cardiopulmonar				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Disminución del gasto cardiaco R/C SCACEST M/P cambios en el EKG, disnea, prolongación del tiempo de llenado capilar, edema.	<i>Estado</i> <i>Circulatorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica (3) • Presión arterial diastólica (3) • Edema periférico (3) • Relleno capilar (2) • Ruidos respiratorios extraños (3) 	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal	3 Moderadamente comprometido	<i>Mantener en:</i> <i>Aumentar a:</i> 4 Levemente comprometido

		<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno (5) • Gasto urinario (2) 	<p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p> <p>1. Grave comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. Ninguno</p>		
--	--	---	--	--	--

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010
Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo /2019

Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2019)

Campo: 02 Fisiológico: Complejo

Clase: N Control de la perfusión tisular

1. Intervención de Enfermería: Cuidados Cardiacos Agudos

Actividades

- Evaluar el dolor torácico
- Monitorizar ritmo y frecuencia cardíaca
- Auscultar los ruidos cardíacos
- Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios
- Monitorizar el estado neurológico
- Monitorizar las entradas y salidas de diuresis y el peso diario
- Obtener un electrocardiograma de 12 derivaciones y monitorizar cambios en el segmento ST

Recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) o Revisión Sistemática

GPC: Guía de Práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo

Recomendaciones:

- Evaluar inmediatamente al paciente (Px) por un profesional de la salud y debe realizar un EKG de 12 derivaciones
- La toma del EKG se debe realizar e interpretar dentro de los primeros 10 minutos de haber llegado al hospital
- Repetir EKG de 12 derivaciones si el diagnóstico es incierto o se produce un cambio en el estado del Px
- Las concentraciones de troponina deberán medirse al ingreso y 12 horas después del inicio de los síntomas para establecer el pronóstico de IAM

- Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST
- Monitorizar la función renal
- Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias
- Realizar una radiografía de tórax
- Vigilar las tendencias de presión arterial y parámetros hemodinámicos
- Monitorizar la eficiencia de la oxigenoterapia
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno como el PaO₂, Hb y gasto cardiaco
- Administrar medicamentos que alivien o eviten el dolor y la isquemia
- Evitar formación de trombos
- Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del tratamiento y el modo en el que se medirán los progresos

- Pacientes con SICA deben ser manejados en un hospital que cuente con capacidad de reperfusión: Intervención Coronaria Percutánea (ICP) o fibrinólisis
- Tener monitoreo continuo del ritmo cardiaco y proximidad a un desfibrilador.
- En presencia de cambios isquémicos electrocardiográficos, los pacientes con SICA deben ser tratados inmediatamente con: aspirina (300 mg dosis carga) y clopidogrel (300 mg dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años), o ticagrelor (180 mg dosis carga) en quienes se someterán a intervención coronaria percutánea primaria dentro de los 120 minutos desde el diagnóstico electrocardiográfico
- Los pacientes con SICA con ST elevado que reciben terapia de reperfusión o no, deben ser tratados inmediatamente con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular

--

- Los pacientes con SICA confirmado y diabetes mellitus o hiperglicemia marcada (>11.0 mmol/L= 200 mg/dl) deben tener un control inmediato de la glucosa con el valor objetivo de 7.0 a 10.9 mmol/L (126 a 196 mg/dl)

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo /2019

Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2019)

Campo: 02 Fisiológico: Complejo

Clase: I Control Neurológico

2. Intervención de Enfermería: Mejora de la Perfusión Cerebral

Actividades

- Determinar y consultar los parámetros hemodinámicos y mantenerlos dentro del rango
- Administrar y ajustar dosis de los fármacos vasoactivos para mantener parámetros hemodinámicos
- Monitorizar el tiempo de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (TTP)
- Mantener el hematocrito en 33% para terapia de hemodilución hipovolémica
- Mantener la glucemia dentro del rango normal
- Mantener la posición óptima del paciente

Recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) o Revisión Sistemática

Revisión sistemática: Cuidados de enfermería en las alteraciones electrocardiográficas

Recomendaciones:

- Analítica que incluya troponina, biomarcadores (dímeros D, BNP o NT-proBNP), glucemia, función renal, estudio de coagulación o hemograma. Esta información será de gran utilidad en el diagnóstico diferencial junto al EKG
- Uso de betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II), los inhibidores de los receptores mineralocorticoides (IRM) y/o las estatinas
- Todos los tipos de SICA es importante evaluar el riesgo de trombosis y de hemorragia

- Administrar analgésicos
- Administrar fármacos trombolíticos
- Monitorizar la PIC
- Monitorizar la PVC

- Administración de Ácido Acetilsalicílico (AAS) inhibe de forma irreversible las ciclooxigenas (COX), bloqueando la formación de tromboxano, un agonista de la agregación plaquetaria con propiedades vasoconstrictoras.
- Revascularización por intervención coronaria percutánea (ICP) puede ser considerada como una valiosa herramienta para la revascularización inicial de los pacientes con cardiopatía isquémica estable
- En el SCACEST aplicar una terapia de reperfusión (mecánica o farmacológica) lo antes posible, para restablecer el flujo sanguíneo coronario y reperfundir el tejido miocárdico afectado
- Lo ideal de la angioplastia primaria del SCACEST es que se realice en las primeras 2-3 horas siguientes al inicio de los síntomas.

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo /2019

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Disminución del gasto cardiaco R/C SCACEST M/P cambios en el EKG, disnea, prolongación del tiempo de llenado capilar y edema

Nombre: M. A. C. A

Edad: 77 años Servicio/Contexto UCI
 _____ :

Fecha: 09-08-2020 Hora 10:00
 _____ :

Intervenciones Realizadas
Campo: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: N Control de la perfusión tisular
1. Intervención de Enfermería: Cuidados Cardiacos
Agudos
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor torácico • Monitorizar ritmo y frecuencia cardiaca • Auscultar los ruidos cardiacos • Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios

Evaluación
Puntuación basal:
Aumentar a: 4 Levemente comprometido
Comentarios:
Durante la estancia hospitalaria de la paciente, se tuvo la oportunidad de valorar los datos objetivos y subjetivos mediante los instrumentos de valoración y aplicación de las escalas de riesgo. Lo cual nos permitió realizar las inferencias diagnósticas y planear las intervenciones. Lamentablemente la

- Monitorizar el estado neurológico
- Monitorizar las entradas y salidas de diuresis y el peso diario
- Obtener un electrocardiograma de 12 derivaciones y monitorizar cambios en el segmento ST
- Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST
- Monitorizar la función renal
- Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias
- Realizar una radiografía de tórax
- Vigilar las tendencias de presión arterial y parámetros hemodinámicos
- Monitorizar la eficiencia de la oxigenoterapia
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno como el PaO₂, Hb y gasto cardiaco

paciente M.A.C.A. falleció días después, y no me permitió llevar acabo las etapas de ejecución y evaluación.

- Administrar medicamentos que alivien o eviten el dolor y la isquemia
- Evitar formación de trombos
- Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del tratamiento y el modo en el que se medirán los progresos

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

09-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo/2019

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Disminución del gasto cardiaco R/C SCACEST M/P cambios en el EKG, disnea, prolongación del tiempo de llenado capilar y edema.

Nombre: M. A. C. A

Edad: 77 años Servicio/Contexto UCI
 _____ :

Fecha: 09-08-2020 Hora 10:00
 _____ :

Intervenciones Realizadas
Campo: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: I Control Neurológico
2. Intervención de Enfermería: Mejora de la Perfusión Cerebral
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar y consultar los parámetros hemodinámicos y mantenerlos dentro del rango • Administrar y ajustar dosis de los fármacos vasoactivos para mantener parámetros hemodinámicos

Evaluación
Puntuación basal:
Aumentar a: 4 Levemente comprometido
Comentarios:
Durante la estancia hospitalaria de la paciente, se tuvo la oportunidad de valorar los datos objetivos y subjetivos mediante los instrumentos de valoración y aplicación de las escalas de riesgo. Lo cual nos permitió realizar las inferencias diagnósticas y planear las intervenciones. Lamentablemente la

- Monitorizar el tiempo de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (TTP)
- Mantener el hematocrito para 33% para terapia de hemodilución hipovolémica
- Mantener la glucemia dentro del rango normal
- Mantener la posición óptima del paciente
- Administrar analgésicos
- Administrar fármacos trombolíticos
- Monitorizar la PIC
- Monitorizar la PVC

paciente M.A.C.A. falleció días después, y no me permitió llevar a cabo las etapas de ejecución y evaluación.

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010
Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo/2019

		<ul style="list-style-type: none">• Angina (3)	<ol style="list-style-type: none">4. Desviación leve del rango normal5. Sin desviación del rango normal <ol style="list-style-type: none">1. Grave2. Sustancial3. Moderado4. Leve5. Ninguno		
--	--	--	---	--	--

Intervenciones de Enfermería (NIC; Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2019)

Campo: 02 Fisiológico: Complejo

Clase: N Control de la perfusión tisular

3. Intervención de Enfermería: Manejo de la arritmia

Actividades

- Determinar los antecedentes personales y familiares respecto de enfermedades cardíacas y arritmias
- Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios acidobásicos y desequilibrios que puedan propiciar las arritmias
- Aplicar los electrodos de EKG y conectar al monitor cardiaco
- Asegurar una selección apropiada de la derivación según las necesidades del paciente
- Asegurar una colocación adecuada de las derivaciones y una buena calidad de la señal
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de EKG

Recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) o Revisión Sistemática

GPC: Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

Recomendaciones:

- Considerar una monitorización más prolongada para los pacientes con riesgo moderado y alto de arritmias cardíacas
- Monitorizar a los pacientes con uno o más de los siguientes criterios: inestabilidad hemodinámica y arritmias importantes
- Es aconsejable monitoreo de TA, saturación de oxígeno y toma de EKG cada 24 horas en paciente estables
- Es recomendable la monitorización hemodinámica cada 15 minutos durante las primeras dos horas, cada 30 minutos en las siguientes cuatro horas, cada hora durante las siguientes seis horas y cada 4 horas en las horas restantes

- Asegurar una monitorización continua del EKG a la cabecera del paciente por parte de personas calificadas
- Monitorizar los cambios de EKG que apunten el riesgo de desarrollo de arritmias
- Observar las actividades asociadas con la aparición de arritmias
- Observar la frecuencia y la duración de la arritmia
- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencias para la arritmia
- Enseñar al paciente y a la familia en la comprensión de las opciones de tratamiento
- Enseñar al paciente y los familiares las acciones y los efectos de los medicamentos prescritos
- Enseñar al paciente y a los familiares conductas de autocuidado

- Se debe administrar beta bloqueador intravenoso para el control de la frecuencia cardiaca si fuera necesario, siempre y cuando no exista contraindicación
- Está indicada la administración de amiodarona para el control de la frecuencia cardiaca, si fuera necesario
- Se recomienda la revascularización inmediata y completa para tratar la isquemia miocárdica en pacientes con Taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular (FV) recurrentes.
- Se recomienda la corrección de desequilibrios electrolíticos
- Efectuar una angiografía urgente o revascularización si el paciente no ha recibido ya tratamiento de reperfusión

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

*Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010
Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo/2019*

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C taponamiento cardíaco (SICA)

Nombre: M. A. C. A

Edad: 77 años Servicio/Contexto UCI
_____ :

Fecha: 09-08-2020 Hora 10:00
_____ :

Intervenciones Realizadas
Campo: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: N Control de la perfusión tisular
3. Intervención de Enfermería: Manejo de la arritmia
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los antecedentes personales y familiares respecto de enfermedades cardíacas y arritmias • Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios acidobásicos y desequilibrios que puedan propiciar las arritmias

Evaluación
Puntuación basal:
Aumentar a: 4 Frecuentemente demostrado
Comentarios: Durante la estancia hospitalaria de la paciente, se tuvo la oportunidad de valorar los datos objetivos y subjetivos mediante los instrumentos de valoración y aplicación de las escalas de riesgo. Lo cual nos permitió realizar las inferencias diagnósticas y planear las intervenciones. Lamentablemente la paciente

- Aplicar los electrodos de EKG y conectar al monitor cardiaco
- Asegurar una selección apropiada de la derivación según las necesidades del paciente
- Asegurar una colocación adecuada de las derivaciones y una buena calidad de la señal
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de EKG
- Asegurar una monitorización continua del EKG a la cabecera del paciente por parte de personas calificadas
- Monitorizar los cambios de EKG que apunten el riesgo de desarrollo de arritmias
- Observar las actividades asociadas con la aparición de arritmias
- Observar la frecuencia y la duración de la arritmia

M.A.C.A. falleció días después, y no me permitió llevar acabo las etapas de ejecución y evaluación.

- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencias para la arritmia
- Enseñar al paciente y a la familia en la comprensión de las opciones de tratamiento
- Enseñar al paciente y los familiares las acciones y los efectos de los medicamentos prescritos
- Enseñar al paciente y a los familiares conductas de autocuidado

Nombre del Estudiante:

Amairani Heredia Rodríguez

Fecha:

07-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Revisó y actualizó: Academia de Proyecto de Diplomación; Nájera-Gutiérrez y Morales-Castillo/2019

Capítulo III

Discusión

Al analizar las intervenciones planteadas en el proceso de enfermería, posterior al diseño del plan de cuidados y con apoyo del caso clínico y la bibliografía consultada, se obtuvo que las intervenciones destacadas y más adecuadas a realizar a los pacientes con SICA son los cuidados cardiacos agudos, la mejora de la perfusión cerebral, manejo de la arritmia, planificación del alta, enseñanza de medicamentos prescritos y la enseñanza de la enfermedad. Coincidiendo con lo planteado en el 2016 por Rangel, M. en su estudio realizado, plan de cuidados estandarizado del IAM en atención primaria y lo descrito por la guía de práctica clínica del IMSS; intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, en su actualización del 2018.

Dimas, et al. en el 2016 con su estudio de caso sobre las intervenciones de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal, demuestran que el proceso de enfermería es la herramienta más eficaz para el profesional y así poder fundamentar las intervenciones a llevar a cabo.

El estudio realizado por la secretaria de salud en el 2017, la atención del infarto agudo al miocardio en México; en el cual entrevistaron a diversos pacientes en riesgo de padecer y aquellos que han sufrido un IAM, demostraron que los pacientes no han recibido información y no conocen como identificar los síntomas de tal forma que acudan oportunamente a solicitar la atención médica. Carrillo, G. et al., en el 2017 ratifica la importancia y pertinencia de desarrollar planes de transición y egreso como elemento fundamental en el cuidado de los pacientes y de sus cuidadores familiares.

Promover y mejorar el cuidado desde una terapia intensiva, hasta la perspectiva del riesgo cardiovascular, y con una proyección holística deben ser los objetivos prioritarios de la enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y el pronóstico de la enfermedad. Así mismo se deben proveer de conocimientos y reforzar habilidades para que los pacientes que padecen o han sufrido de algún SICA participen de forma activa, involucrando a sus familiares en el autocuidado del paciente.

Conclusiones

El SICA es la expresión clínica de la isquemia miocárdica continua y dinámica, donde se pierde el equilibrio que existe entre la demanda y el aporte de oxígeno. Si bien, es un padecimiento que presenta un alto impacto emocional, físico y económico a las personas que lo padecen e inclusive a quienes los rodean, el brindar los cuidados a través de intervenciones de enfermería en la terapia intensiva y al egreso hospitalario con un plan de alta adecuado con base en la evidencia científica; puede disminuir los factores de riesgo que generan índices de mortalidad elevados en las personas.

El proceso de enfermería es la herramienta metodológica más eficaz y clave para diseñar los planes de cuidado mediante el informe de la continuidad del cuidado del individuo, permite al profesional de enfermería fundamentar las intervenciones del cuidado que proporcionará al paciente con una calidad y eficacia individualizada. Con respecto a las intervenciones en este caso clínico y proceso de enfermería se priorizaron con base a las manifestaciones clínicas presentadas del paciente en la etapa de valoración, lo que permitió realizar las inferencias diagnósticas y priorizarlas de acuerdo a la patología presentada. Sin embargo, los factores de riesgo complicaron el pronóstico y por ende llevo al deceso del paciente. Por tal motivo solo se logró llegar a la etapa de planeación, fundamentando cada una de las intervenciones con artículos de investigación y GPC.

Referencias

- Bueno, M., Roldán, M., Rodríguez, J., Meroño, M., Dávila, R. y Berenguer, N. (2017). Características de la Escala de Downton en la Valoración del Riesgo de Caídas en Pacientes Hospitalizados. *Revista Enfermería Clínica*, 27(4), 227-234. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-caracteristicas-escala-downton-valoracion-del-S1130862117300256>
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, D.J. (2014), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid España: Editorial Elseiver-Mosby.
- Carrillo, G., Sánchez, B., Gómez, O., Carreño, S. y Chaparro, L. (2017). Metodología de Implementación del “Plan de Egreso Hospitalario” Para Personas con Enfermedad Crónica en Colombia. *Revista Med*, 25(2), 55-62. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/910/91054722005.pdf>
- Dimas, B., Gómez, M., Sánchez, A., Gonzáles, G., Bobadilla, E. y Santana, C. (2016). Intervención de Enfermería al Paciente con Síndrome Coronario Agudo y Síndrome Compartimental Abdominal. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 24, 17-23. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161d.pdf>
- García, M., Canga, R., García, A., Fernández, B., Manjón, P. y Ferrero, I. (2019). Utilidad Percibida del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería. *Revista de Sociedad de Enfermería de Asturias de Atención Primaria*, 7(4), 35-46. Recuperado de: https://www.sepaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono%202019/5_Continuidad%20V7-N4.pdf

- Gaviria, S., Ramírez, A., Alzate, M., Contreras, H., Jaramillo, N. y Muñoz, M. (2020). Epidemiología del Síndrome Coronario Agudo. *Revista de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 39(1), 49-56. Recuperado:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1590/159062566009/159062566009.pdf>
- Herdman, T. H. (2015), NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. España: Editorial Elsevier-Mosby.
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2017). IETSI Guía de Práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo. GPC N 4. Perú. Recuperado de:
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_SICA_EsSalud_ver_corta.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST. México. Recuperado de:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/672GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto. Evidencias y Recomendaciones. México. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_Ulcresionintrahosp/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería Para la Prevención de Caídas en Adultos Mayores Hospitalizados. Resumen de Evidencias y Recomendaciones. México. Recuperado de:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-770-15/ER.pdf>

- Llancaqueo, M. (2017). Manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Paciente Adulto Mayor. *Revista Médica Clínica la Condes*, 28(2), 291-300. Recuperado de: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/06/MANEJO-DEL-S%C3%8DNDROME.pdf>
- Mangariello, B. y Gitelman, P. (2019). Validación del score GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) para predecir mortalidad intrahospitalaria en el síndrome coronario agudo en Buenos Aires. *Revista Argentina de Cardiología*, 87(4), 301-308. Recuperado de: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/v87n4a09.pdf>
- Martínez, M., Cegueda, B., Romero, G., Galarza, M. y Rosales, M. (2015). Competencia Laboral de la Enfermera en la Valoración por Patrones Funcionales de Salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 3-8. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151b.pdf>
- Martínez, J., Lastre, G. y Cassiani, C. (2019). Cuidados de Enfermería en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). *Revista ENE de Enfermería*, 13(2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000200009
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L y Swanson, E. (2012). Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Madrid España.: Editorial Elsevier-Mosby.
- Morales, I., Rugerio, D., Ramírez, M. y Maza de la Torre, G. (2019). Criterios de Ingreso-Egreso a las Unidades de Cuidados Intensivos, Sustento Legal Aplicable. *Revista de Sanidad Militar México*, 73(1), 65-68. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2019/sm191k.pdf>

- Naranjo, Y., Gonzáles, L. y Sánchez, M. (2018). Proceso de Atención de Enfermería Desde la Perspectiva Docente. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc186n.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no Transmisibles. Recuperado el 25 de febrero de 2020 de la fuente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ortega, H., Piedra, J. y Tito, H. (2018). Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo: an update. *Revista Eugenio Espejo*, 12(1), 1-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860985008/html/index.html>
- Pérez, J., Fernández, J., Martínez, E., Marín, M., Mota, D., Pérez, M. y Martínez, G. (2017). Evaluación y Abordaje del Estreñimiento en el Paciente Crítico. *Revista Enfermería Intensiva*, 28(4), 160-168. Recuperado de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239917300329>
- Rangel, M. (2016). Plan de Cuidados Estandarizado del IAM en Atención Primaria. *Revista Biblioteca las Casas*, 12(2), 1-41. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0898.php>
- Reyes, A. Gutiérrez, B. (2017). Edema Idiopático. Presentación de un Caso y Revisión de la Literatura. *Revista Cuadernos*, 58(1), 38-41. Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v58n1/v58n1_a06.pdf
- Reyes, L., Correa, A., Toledo, Y., Alonso, N., Ramírez, J. y Garcés, O. (2019). Enfoque Clínico y Epidemiológico del Síndrome Coronario Agudo, una Experiencia. *Revista Acta Medica del Centro*, 13(1), 3-11. Recuperado de:
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/917/1255>

- Rodrigues, J., Freitas, G., Barros, M. y Lima, M. (2015). Concepciones Teóricas de Neuman Asociadas con la Prevención de las Úlceras por Presión: un Estudio de Caso. *Revista Index de Enfermería*, 24(4). Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300007
- Rodríguez, M. (2017). Boletín. Mortalidad Intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio en las Principales Instituciones Públicas de Salud en México. Recuperado de:
<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin11/mortalidad.pdf>
- Rubio, J. (2018). Papel de Enfermería en el Tratamiento de las Principales Alteraciones Electrocardiográficas: Síndrome Coronario Agudo. *Revista Enfermería en Cardiología*, 25(75), 24-33. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6926181>
- Rubio, J. (2017). Cuidados e Intervenciones de Enfermería en el Paciente con Alteraciones Electrocardiográficas (I): Promoción y Prevención Cardiovascular. *Revista Enfermería en Cardiología*, 24(71), 39-46. Recuperado de:
https://campusaec.com/wp-content/uploads/2017/10/71_02.pdf
- Secretaria de Salud. (2017). La atención del Infarto Agudo al Miocardio en México. México. Recuperado de:
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/atencion_infarto_agudo_miocardio_enMexico.pdf
- Secretaria de Salud. (2013). Guía de Referencia Rápida. Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con Infarto Agudo al Miocardio. México. Recuperado de: <http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/IMSS-672-13-RR.pdf>

- Secretaría de Salud. (2010). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin Elevación de ST. México. Recuperado de:
http://isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-191-10-ER.pdf
- Soto, G., Moreno, L. y Pahua, D. (2016). Panorama Epidemiológico de México, Principales Causas de Morbilidad y Mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina México*, 59(6), 8-22. Recuperado el 25 de febrero de 2020 de la fuente:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n6/2448-4865-facmed-59-06-8.pdf>
- Valdés, A., Rivas, E., Martínez, P., Chipi, Y., Reyes, G. y Echeverría, L. (2015). Caracterización del Síndrome Coronario Agudo en Adultos Menores de 45 Años de una Institución Especializada en la Habana, Cuba, Entre 2013 y 2014. *Revista Médicas VIS Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 28(3), 281-290. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a03.pdf>
- Vásquez, H., Rodríguez, E., Raymundo, C., Gaytán, B. y Terrazas, V. (2017). Características Epidemiológicas de los Pacientes con Enfermedad Crítica Crónica. *Revista Medicina Interna de México*, 33(2), 168-176. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n2/0186-4866-mim-33-02-00168.pdf>

Apéndice “A”

Consentimiento Informado



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

Consentimiento Informado

Título del Proceso Enfermero: “Proceso de Atención de Enfermería al Paciente con Síndrome Coronario Agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos”

Investigador Responsable: Lic. Enf. Amairani Heredia Rodríguez

Estamos interesados en realizar una valoración integral de salud y de aspectos de la enfermedad que cursa su familiar en dicha institución, así mismo de realizar una valoración cefalo-caudal. Con el objetivo de Diseñar un plan de cuidados de enfermería en pacientes con SCA en la unidad de cuidados intensivos mediante la aplicación de intervenciones especializadas y con evidencia científica para contribuir en la recuperación de la salud. Antes de decidir si desea o no proporcionar la autorización de la participación de si familiar, 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 otorgar su autorización, 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 la 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 reciben 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 autorizar la participación 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. La participación en el estudio es confidencial, por lo que se cuidará en todo momento la privacidad, no identificando con su nombre, ni dirección.

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

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, ya que nos proporcionara datos clave de su familiar.

La 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 su familiar. Si usted decide autorizar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos.

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

Fecha _____

Participante

Testigo 1

Investigador

Testigo 2

Apéndice “B”

Valoración por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

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: _____

1. Patrón percepción-manejo de salud.

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

2. Patrón nutricional-metabólico.

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

- a.** Si tiene dieta prescrita preguntar: ¿Le agrada la comida del hospital?, ¿Ha dejado comida en la charola?
- b.** Si tiene ayuno preguntar: ¿Ha pasado hambre? ¿Ha tenido sed intensa? ¿Ha notado pérdida de peso?

3. 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?

4. Patrón sueño-descanso.

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

5. 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?

6. 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?

7. 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?

8. Patrón rol-relaciones.

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

9. Patrón sexualidad-reproducción.

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

10. 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?

11. Patrón valores-creencias.

¿Cómo piensa Usted que sus creencias religiosas pueden ayudarlo para sobrellevar esta situación?

Concluir: ¿Hay algo que le preocupe y quiera comentar?

Apéndice “C”

Guía de Valoración Cefalocaudal

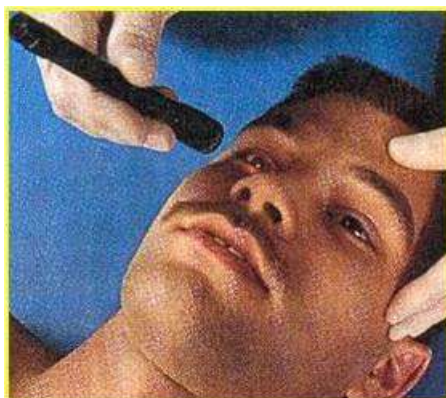
GUÍA DE EXPLORACIÓN FÍSICA DE CABEZA A PIES/CEFALOCAUDAL

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, ictérica, violácea (cianosis). Alteración de la pigmentación: color blanco

► **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, ictérica, 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 mastoide), presencia de dispositivos para escuchar.



► **Nariz:** integridad de la piel, traumatismo o heridas. Rinorrea (secreciones por las fosas nasales, describir

(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.

► **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 (rosadas, pálidas), 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, saburral, leucoplasia, eritroplasia, estomatitis, blanda, rictus de dolor a la palpación, herida quirúrgica o traumatismo oral. En amígdalas (tamaño normal o agrandamiento). Observar sialorrea (excesiva producción de saliva), babeo, producción de esputo, hemoptisis, hematemesis. Observar estancamiento de alimentos, dificultad para comer, disfagia (rictus de dolor al deglutir), caída de la comida de la boca, ingesta de grandes bocados de comida. Presencia de tos (presente, ausente o inefectiva). Olor (ácido, metálico, haliatosis)



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

color, consistencia, cantidad), epistaxis. Higiene. Presencia de sondas (tipo –nasogástrica, nasoyeyunal, 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).



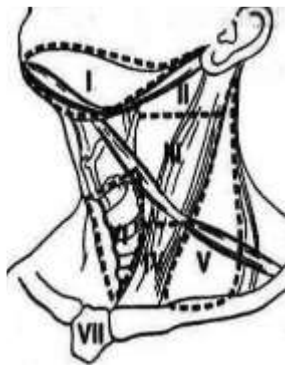
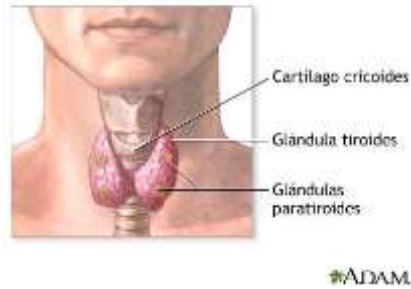
4. Tórax anterior (inspección, palpación auscultación):

Inspección: Postura ante la presencia de dolor. Tamaño y forma. Expansión torácica: simetría, duración de la inspiración y espiración. Frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración (normal, taquipnea, bradipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, respiración de Cheyne Stokes, suspiros, Respiración abdominal paradójica). Uso de los músculos accesorios para respirar. Retracción torácica. Ortopnea (dificultad para respirar al estar acostado). Falta de aliento inducido por el movimiento. Si está con ventilación mecánica, observar respiración descoordinada con el ventilador. Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Presencia de monitorización cardíaca y ritmo del paciente. Presencia de marcapasos y parámetros del mismo. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización). Presencia de drenaje cerrado de tórax (cantidad y características del drenaje). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Presencia de manchas, máculas, pápulas. Fragilidad capilar: aparición de contusiones o moretones (petequias). Ginecomastia (en hombres). Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.

Palpación: Punto de máximo impulso y crépitos subcutáneos. Si aplica, en mujeres realizar exploración de mamas,

Auscultación: Auscultación de la ventilación y sonidos respiratorios (disminuidos, broncoespasmo; sonidos respiratorios adventicios: sibilancias, estertores, crepitantes, roncus). Auscultación de ruidos cardíacos (aórtico, pulmonar, mitral, tricuspídeo).

nódulos linfáticos cervicales. Rictus de dolor a la palpación.

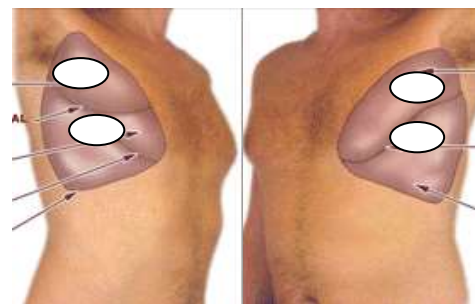
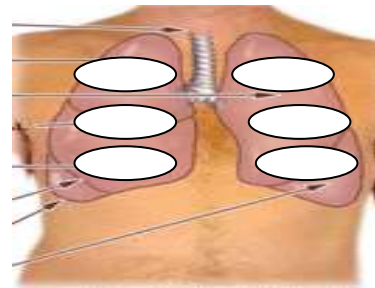
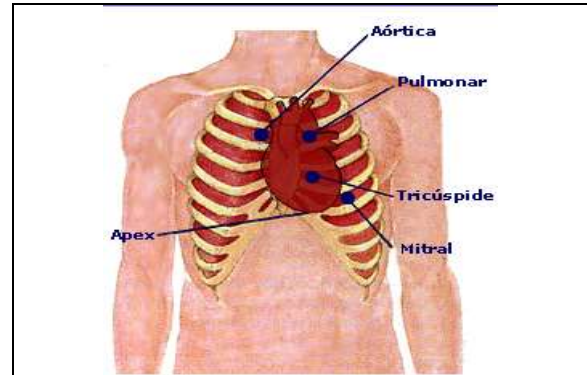


5. Abdomen (inspección, palpación, auscultación):

Inspección: Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización). Presencia de estomas: colostomía, cistostomía, u otro; especificar tipo, localización y estado de la piel. Presencia de sondas, drenes u otros dispositivos (pensose, tubo en T, catéter tenckof, sonda de gastrostomía). Especificar sitio, cantidad y características del gasto. Presencia de meteorismo (distensión abdominal debido a un exceso de gases intestinales) ascitis (acumulación de líquidos en el abdomen).

Palpación: Presencia de hepatomegalia y dolor a la palpación (especificar región). En epigastrio palpar aorta abdominal. Palpar presencia de distensión vesical.

Auscultación: Ausculte ruidos intestinales/peristaltismo (hiperactivos, hipoactivos, ausentes)



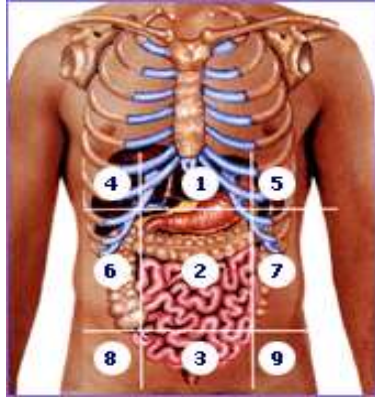
Segmentos

Segmentos

7. Extremidades inferiores (inspección, palpación):

Inspección: Tamaño, forma, simetría, ausencia de extremidad, prótesis. Comprensión mecánica (p.ej., torniquete, yeso, muleta, abrazadera, apósito o sujeciones). Presencia de catéteres (venoclisis, introductores). Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Heridas quirúrgicas. Inflamación.

Integridad cutánea: prominencias óseas (laterales de las rodillas, maleolos, talones), alteración de la superficie de la piel (epidermis), destrucción de las capas de la piel (dermis), úlceras por presión. Presencia de manchas, máculas, pápulas. Fragilidad capilar: aparición de contusiones o moretones (petequias). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Atrofia muscular. Deformidades óseas.



4	Hipocondrio derecho	1	Epigastrio	5	Hipocondrio izquierdo
6	Flanco derecho	2	Epigastrio	7	Flanco izquierdo
8	Región inguinal derecha	3	Hipogastrio	9	Región inguinal izquierda

6. Genitales (inspección, palpación):

Inspección: Uso de pañal. Presencia de sonda vesical y características del drenaje urinario (volumen, concentración, color, forzada con diuréticos). Higiene, integridad del vello púbico, pediculosis pélvica, lesiones cutáneas, hemorragia, secreciones. Absceso o úlcera rectal, piel perianal enrojecida Si aplica, valorar genitales masculinos y femeninos

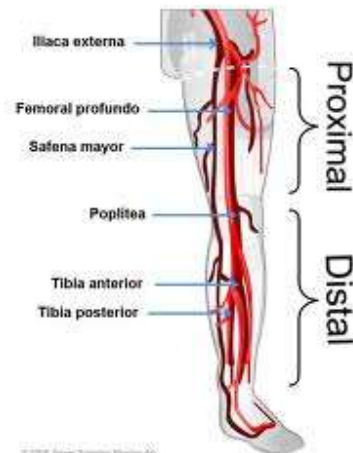


8. Extremidades superiores (inspección, palpación):

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).

Uñas: características de las uñas, coloración de lechos ungueales, llenado capilar, onicomycosis
 Debilidad o parálisis de las extremidades. Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. Tono muscular: normal, laxitud, espasticidad o rigidez (doblar la pierna y que presione con el pie contra su mano). Deterioro de la movilidad física dentro y fuera de la cama (limitación de amplitud de movimientos, lentitud/enlentecimiento del movimiento, dificultad, falta de aliento, temblor, inmóvilidad, necesita ayuda). Si el paciente deambula observar: Cambios en la marcha y alteración del equilibrio: disminución de la velocidad de la marcha, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, andar arrastrando los pies, balanceo postural lateral exagerado/inestabilidad postural, dificultad en la marcha, movimientos espasmódicos (involuntarios), temblor inducido por el movimiento.

Palpación: Textura: seca, húmeda, mojada, grasosa, hidratada, queratinización (descamación epidérmica). Piloerección. Temperatura al tacto y edemas. Turgencia de la piel. Sensibilidad al tacto y dolor Pulsos femoral, popíteo, pedio.



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

Integridad del vello, axilar, color. Presencia de nódulos subcutáneos, Presencia de pulsos, Temperatura, edema, diaforesis, inflamación, rigidez. Coloración ungueal, Llenado capilar, onicomicosis, adactilia, sindactilia, higiene.



La sangre regresa al tejido

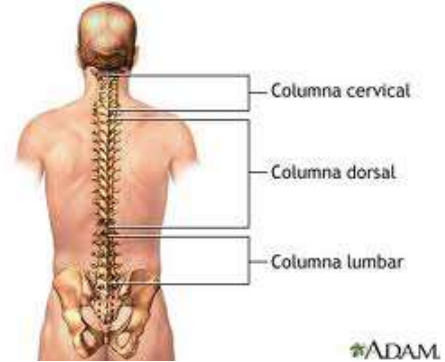


Se aplica presión al lecho ungueal hasta que se vuelva blanco

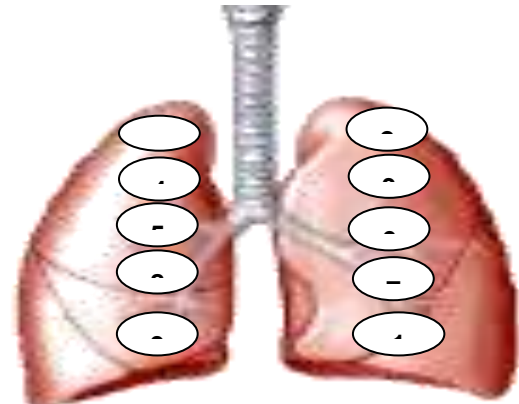
ADAM

Valoración neurovascular rápida para las extremidades superiores e inferiores es usando una nomotecnia como: **Margarita Comía Sabrosas Ensaladas En Cuanto Podía**
M = Movimiento (presente [+] ausente [-])
C = Color (pálido, rubicundo)
S = Sensibilidad (presente [+] ausente [-])
E = Entumecimiento (presente [+] ausente [-])
E = Edema (fóvea [+][++][+++][+++++])
C = Calor (frío, caliente o tibio)
P = Pulsos periféricos: radial,

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.

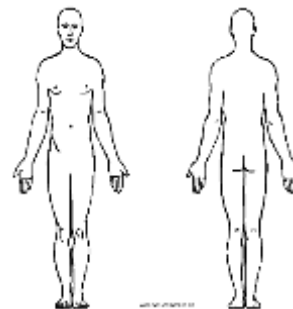


ADAM



Segmentos pulmonares posteriores

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:

Elaboró:
Erika Pérez Noriega & María Magdalena Soriano y Sotomayor
Academia de Pensamiento Enfermero/2010

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,

Apéndice “D”

Escala de GRACE

Escala de riesgo GRACE 1.0 en IAMCEST

Factor	Puntos
Edad	La calculadora que computa la puntuación está disponible en la página web: www.outcomes.org/grace
Frecuencia cardíaca en reposo	
Presión arterial sistólica	
Nivel sérico de creatinina	
Clase funcional de insuficiencia cardíaca en la escala Killip ^a	
Paro cardíaco al ingreso	
Cambios en el segmento ST	
Niveles iniciales de los marcadores de necrosis miocárdica	
ICP durante la hospitalización	
CABG durante la hospitalización	
Infarto de miocardio antiguo	

Riesgo de muerte hospitalaria según la puntuación

Puntuación	Riesgo (%)	Clase de riesgo
≤125	<2	Bajo
126-154	1-5	Medio
≥155	>5	Alto

Riesgo de muerte a los 6 meses tras el alta según la puntuación

≤99	<4,5	Bajo
100-127	4,5-11	Medio
≥128	>11	Alto

Nota: también está disponible la escala GRACE 2.0 en la versión en línea en la página www.gracescore.org y en aplicación móvil, que permite: calcular el riesgo cuando no se conoce la clasificación de Killip (en este caso se tiene en cuenta el uso de diuréticos) y/o la creatininemia (se considera la insuficiencia renal), valorar el riesgo de muerte al año y a los 3 años y también de muerte e infarto no mortal al año y por último valorar los histogramas del riesgo individual del enfermo.

Apéndice “E”

Escala de Braden

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Apéndice "F"

Escala de Bristol

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Apéndice “G”

Escala de Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H DOWNTON		
CRITERIOS		PUNTAJE
Caídas Previas	No	0
	Si*	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes*	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
Diferencias Sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
	Extremidades* (ictus, etc)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso*	1
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con/sin ayuda*	1
	Imposible*	1
Puntaje Obtenido		
Puntaje Menor a 2: Riesgo Bajo		
Puntaje entre 2 y 4: Riesgo Medio		
Puntaje Mayor a 4: Riesgo Alto.		

Apéndice “H”

Escala de Godet

GRADO	DESCRIPCIÓN	PROFUNDIDAD DE LA HENDIDURA EN EL SIGNO DE GODET	TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA PIEL
0	NO PRESENTE	0	-
1	MUY LEVE	<0,6cm	Rápido
2	LEVE	0,6-1cm	10-15 seg
3	MODERADO	1-2,5cm	1-2 min
4	SEVERO	>2,5cm	2-5 min