



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

*Proceso Enfermero en una persona con
infarto agudo al miocardio con elevación del
segmento ST*

Presenta:

LE. Thania Ruiz Camacho

**Para Obtener el Grado de
Especialidad en Enfermería con opción terminal en
Cuidados Intensivos**

Octubre, 2024



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

Tesina

*Proceso Enfermero en una persona con
infarto agudo al miocardio con elevación del
segmento ST*

Presenta:

LE. Thania Ruiz Camacho

**Para Obtener el Grado de
Especialidad en Enfermería con opción terminal en
Cuidados Intensivos**

Director de Tesina:

MCE. Verónica Pérez Badillo

Octubre, 2024

Tesina: Proceso Enfermero en una persona con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST

Número de registro: SIEP/EECI/004

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Verónica Pérez Badillo
Presidente

DC. Arelia Morales Nieto
Secretario

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Vocal

MCE. Verónica Pérez Badillo
Presidente

DC. Francisco Javier Baez Hernández

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Miguel Ángel Zenteno López

**Secretario de Investigación y Estudios
de Posgrado**

Agradecimientos

Quiero agradecer a la vida por estar bendecida cada día, a la prestigiada Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por la oportunidad de poder realizar y concluir la especialidad.

A mi tutora MCE. Verónica Pérez Badillo por su paciencia, apoyo y conocimiento para guiarme en este proyecto.

A mi papá Rogelio Ruiz y a mi mamá Leticia Camacho que me han brindado su apoyo incondicional; mi hermano Luis Enrique Ruiz por estar siempre presente, gracias por su amor, sin ustedes no lo habría logrado.

A mis perritos Loki, Leia y Padmé por acompañarme y ser los más leales.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Marco de Referencia | 4 |
| 1.3 Objetivo general | 8 |
| Capítulo II | 9 |
| Diseño del Proceso de enfermería | |
| 2.1 Valoración inicial | 9 |
| 2.1.1 Datos de identificación | 9 |
| 2.1.2 Observación del entorno | 9 |
| 2.1.3 Datos Históricos | 9 |
| 2.1.4 Valoración actual | 10 |
| 2.1.4.1 Interpretación de escalas de valoración | |
| 2.1.4.2 Valoración céfalo caudal | 10 |
| 2.1.4.3 Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon | 11 |
| 2.1.5 Resultados auxiliares diagnósticos | 15 |
| 2.2 Diagnósticos de enfermería | 16 |

| | |
|---|----|
| 2.3 Plan de cuidados, ejecución y evaluación | 18 |
| 2.4 Valoración continua | 25 |
| 2.5.1 Interpretación de las escalas de valoración estandarizada | 27 |
| 2.5.2 Resultados Auxiliares de diagnostico | 27 |
| 2.6 Diagnóstico de enfermería | 28 |
| 2.7 Plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación | 30 |
| 2.8 Valoración continua | 34 |
| 2.9 Diagnósticos de enfermería | 35 |
| 2.10 Plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación | 36 |
| 2.11 Recomendaciones de alta y/o continuidad de los cuidados intrahospitalarios | 30 |
| Capitulo III | 37 |
| 3.1 Discusión y conclusión | |
| Referencias | 40 |
| Anexos | |
| Anexo 1. Consentimiento informado | 42 |
| Anexo 2. Valoración visual análoga del dolor | 43 |
| Anexo 3. Test de Allen | 43 |
| Anexo 4. Escala de Glasgow | 44 |

| | |
|---|----|
| Anexo 5. Escala de Braden | 45 |
| Anexo 6. Escala de Dowton | 46 |
| Anexo 7. Escala de Bristol | 47 |
| Anexo 8. Dieta recomendada Fundación Española del Corazón | 48 |

Resumen

| | |
|-----------------------------|---|
| Candidato para el Grado de: | Enfermera/o Especialista en Cuidados Intensivos. |
| Fecha de Graduación: | Octubre 2024 |
| Universidad: | Benemérita Universidad Autónoma de Puebla |
| Facultad: | Facultad de Enfermería |
| Título de las Tesina | Proceso Enfermero en un paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST |
| Número de páginas | 58 |
| Área de Estudio | Enfermería Clínica |

Introducción: El infarto agudo al miocardio es un problema de salud a nivel global, en México es la primera causa de muerte en la población general de acuerdo con cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) se registraron 105, 752 defunciones, en Puebla se reportan 11 mil muertes por enfermedades cardiacas; de estas resaltan en el mismo año seis mil 48 muertes fueron por Infarto Agudo de Miocardio. Es un problema de salud que hoy en día puede ser controlado por un equipo multidisciplinario, el personal de enfermería que desarrolla sus actividades fundamentadas en la evidencia científica. **Objetivo:** Implementar cuidados de enfermería a un paciente en estado crítico con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, para actuar de manera oportuna ante complicaciones y así contribuir en su recuperación y su calidad de vida. **Metodología:** Caso clínico con enfoque prospectivo, aplicado en el área de terapia intensiva hasta su egreso hospitalario, la valoración por 11 patrones de Marjory Gordon y valoración cefalo caudal; diagnósticos de enfermería sustentados por la NANDA e intervenciones basadas en guías de práctica clínica y taxonomía NIC, realizando tres valoraciones en diferentes momentos durante su estancia hospitalaria. **Caso Clínico:** La paciente CGE, femenina de 63 años, con diagnóstico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, a su ingreso directo en terapia intensiva presenta: Disminución de gasto cardiaco; Patrón respiratorio ineficaz; Dolor Agudo y Ansiedad, por lo que se realizan intervenciones en base a los diagnósticos emitidos. **Conclusión:** La importancia de un plan de cuidados nos permite identificar los patrones alterados y enfocar los cuidados prioritarios, así optimizar el tiempo de atención en pacientes con infarto agudo al miocardio y así prevenir complicaciones que prolonguen su estancia hospitalaria.

Palabras Clave: Enfermería, Infarto del miocardio, plan de cuidados, recuperación y prevención.

Firma del director de Tesina: MCE. Verónica Pérez Badillo

Capítulo I.

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

El infarto agudo de miocardio (IAM) es un evento de necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, los factores de riesgo se suelen clasificar en modificables como el tabaquismo, dislipidemia, obesidad, sobrepeso, sedentarismo, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, drogas y no modificables como edad promedio 45 a 65 años, sexo más frecuente en masculino, antecedentes de enfermedades coronarias previas y antecedente de muerte familiar prematura por causa cardiovascular, en la actualidad es cada vez más frecuente encontrar a personas jóvenes, lo cual puede asociarse al incremento de factores de riesgo, tales como la sobrecarga de trabajo, estrés laboral y malos hábitos dietéticos, así como a factores independientes que aumentan la mortalidad, como lo es, la depresión (Datolli et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) reporta alrededor de 17,5 millones de defunciones por IAM, siendo la principal causa de muerte; en México el panorama no es diferente, siendo la primera causa de muerte en la población general, de acuerdo con cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022). En México es la primera causa de muerte en la población general, en el año 2022 se registraron 105, 752 muertes, en Puebla se reportan 11 mil muertes por enfermedades cardíacas; de éstas resaltan las causadas por IAM con 309 en hombres y 110 mujeres; registros de enero a junio del 2022 reportaron seis mil 48 defunciones por Infarto Agudo de Miocardio, convirtiéndose así en la primera causa de muerte de enfermedades

crónicas no transmisibles en la entidad, se prevé que para el año 2030 continuará como la principal causa de muerte responsable de 52 millones de decesos (Domínguez, 2019).

La literatura indica que una de las principales manifestaciones clínicas es dolor torácico opresivo mayor a 20 minutos que se irradia al hombro, brazo izquierdo, cuello y rama izquierda de la mandíbula, aparece de manera súbita y progresiva, en ocasiones puede producir sensación de hormigueo en la mano o dedos, puede estar acompañada de diaforesis, náuseas o síncope pero estos síntomas suelen ser ausentes en mujeres, se identifican cambios en las derivaciones precordiales de un electrocardiograma, en el paciente con diagnóstico de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST se debe iniciar protocolo de código infarto para su tratamiento, desde su ingreso a urgencias es primordial iniciar con la toma de laboratorios para identificar las enzimas cardíacas y administrar terapia de reperfusión farmacológica o mecánica (Abellaz et al., 2021).

En este sentido, el cuidado de la enfermera especialista es primordial, dado que le permite identificar, diagnosticar problemas relacionados y fomentar el autocuidado en el paciente; de tal manera que con la interacción recíproca que hay entre el paciente y personal de salud especializado se da un mejor resultado (Chambi et al., 2021). Los datos anteriores muestran que IAM, es un problema de salud que hoy en día puede ser controlado por un equipo multidisciplinario experto, entre ellos, el personal de enfermería que desarrolla sus actividades fundamentadas en la evidencia científica. De acuerdo con Tana (2023) los diagnósticos que suelen ser prioritarios son: disminución del gasto cardíaco, riesgo de sangrado y ansiedad; mientras que Padilla (2020) indica

que las intervenciones apropiadas son: cuidados cardiacos, manejo del dolor, cuidados circulatorios: insuficiencia venosa y disminución de la ansiedad. Mora (2019) señala diagnóstico de riesgo la disminución de la perfusión tisular cardiaca, debido a la relación con patologías crónico-degenerativas de su paciente.

El cuidado de enfermería es un procedimiento que debe realizarse a cabalidad, sin descuidar el cuidado humanizado la individualidad del paciente (Guerra, 2021, García Navarro 2022); por lo tanto, se hace necesario el uso de un instrumento de valoración que permita organizar datos subjetivos y objetivos como la entrevista clínica, observación, exploración física, lo que permite establecer un plan de cuidados (Cueto 2021), que permita otorgar un cuidado integral, porque, los diagnósticos enfermeros identificados en los diferentes procesos de enfermería son relacionados al factor biológico, pocos se relacionan a otros factores (Acosta Roldán 2020, Cueto 2021, García Navarro 2022).

Por lo que se hace necesario implementar un plan de cuidados no sólo dirigido a signos y síntomas de una patología, sino también, al cuidado integral y humanizado, promoviendo un plan con recomendaciones para su egreso, cuya aplicación sea eficiente y mejore el estado de salud del paciente (Mora, 2019).

1.2 Marco referencial

El corazón es el órgano principal del sistema circulatorio constituido por cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos, donde existe la comunicación interventricular e interauricular, siendo capaz de mantener una vascularización propia. Toma forma de cono invertido con la punta (ápex) que se dirige hacia la izquierda, posee su propia red vascular a través de las arterias y venas coronarias, los vasos encargados de llevar la sangre al corazón son las venas cavas superior e inferior y las venas pulmonares. Las arterias coronarias tienen origen en la raíz aortica y se dividen en dos: la arteria coronaria derecha que se subdivide en ramas secundarias (descendente posterior y posterolaterales) y que irriga el ventrículo derecho, la cara inferior y posterolateral en menor o mayor medida del ventrículo izquierdo, la arteria coronaria izquierda que posee un tronco común y se divide en dos grandes ramas, la arteria descendente anterior que irriga la cara anterior del ventrículo izquierdo y la arteria circunfleja que irriga la cara posterolateral e inferior del ventrículo izquierdo mediante un sistema arterial y venoso propio (Odelis et al, 2021).

La circulación coronaria se da por medio de la arteria coronaria derecha, tronco coronario izquierdo, la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja como las principales arterias afectadas en el infarto agudo al miocárdico, debido a los diversos factores de riesgo que conducen la aterosclerosis, persistiendo como la causa más frecuente con una prevalencia del 60-65%, donde la acumulación de placas de ateromas obstruye y reduce de manera súbita la irrigación sanguínea coronaria provocando un proceso inflamatorio, dependiendo del grado de obstrucción al flujo coronario es la lesión del musculo cardiaco clasificado desde tipo 1 hasta tipo 5 (Gallego, 2021).

Por ello las manifestaciones clínicas se ven reflejadas de acuerdo al grado de obstrucción del flujo coronario, existe variabilidad en la presentación de los síntomas que suelen aparecer de manera súbita, el síntoma más prominente es dolor torácico isquémico, generalmente tiene una duración mayor de 10 a 20 minutos, suele ser difuso, profundo, percibido como una fuerte presión retroesternal o pirosis, el dolor se puede irradiar e iniciar en la región anterior del cuello, mandíbula, brazos, área interescapular o epigastrio, los síntomas asociados suelen incluir disnea, diaforesis, náuseas o vómito, sin embargo estos síntomas pueden estar ausente en pacientes con diabetes, de edad avanzada y mujeres, aunque el en caso del sexo femenino se ha registrado la pirosis como el síntoma más común (Domínguez et al., 2019)

De igual importancia para su diagnóstico el registro un electrocardiograma de 12 derivaciones, en menos de 10 min es una acción indispensable; la elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales derechas (V1, V3R-V6R), es un signo relativamente sensible y específico de infarto ventricular derecho. En algunas ocasiones, la elevación del segmento ST en las derivaciones V2 y V3, se debe a un infarto ventricular derecho agudo. Es importante la determinación de biomarcadores cardiacos que confirmen el diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, para determinar necrosis miocárdica, evidenciada por la aparición de proteínas en sangre: mioglobina, troponinas T e I, creatin fosfoquinasa (CPK) y lactato deshidrogenasa (LDH), troponinas cardíacas y la fracción MB de la CPK (CPK-MB); estos reflejan el daño en el miocardio, la troponina en sangre es un indicador muy sensible y muy específico de necrosis celular miocárdica (Coll et al., 2020).

Por lo que el tratamiento debe ser urgente; en este caso, está recomendado la administración de aspirina sin recubrimiento entérico, a una dosis de 150 a 300 mg, en el momento del primer contacto médico, además, una dosis oral de un inhibidor de prostaglandinas, como clopidogrel dosis de carga de 300mg en pacientes < 75 años o los pacientes de alto riesgo, a administración de un agente anticoagulante parenteral (heparina no fraccionada, enoxaparina o fondaparinux), debe realizarse en los primeros 120 minutos del diagnóstico para prevenir complicaciones, para el control del dolor donde se suele manejar la morfina como droga de elección, 4-8mg IV cada 5 a 15min hasta un máximo de 10-15mg, oxígeno si la saturación es <90%, en la fase aguda la reperfusión farmacológica se lleva a cabo mediante trombólisis, la reperfusión farmacológica debe realizarse en un tiempo menor a 30 minutos después de que el paciente establece contacto con el médico ya que se encuentra en el periodo conocido como “puerta aguda”, utilizar o no trombólisis farmacológica se basa en la presencia de elevación del segmento ST y el riesgo de hemorragia (Coll et al., 2020).

También, como parte del tratamiento en el método mecánico que se emplea es conocido como angioplastia primaria, es hoy en día el método de elección (angioplastia o stent), ya que ha mantenido una tasa altamente exitosa y se asocia a una menor isquemia residual, la desventaja de este procedimiento es que presenta alto costo, es difícil contar con el personal calificado en zonas rurales y es poca su disponibilidad al igual que accesibilidad. (Sánchez et al,2022) es así como las complicaciones registradas más frecuentes en etapas tempranas son las arritmias ventriculares, que se producen por la combinación e interacción de factores clínicos, genéticos y ambientales, lo que hace

muy difícil su predicción, por otro lado, se debe tener presente la muerte súbita cardiaca que ocurre en la primera hora tras el inicio de los síntomas que representa el 80% de todas las muertes súbitas cardíacas, en el último año se ha reportado que la mortalidad es dos veces mayor en mujeres, pudiendo estar asociada a la presentación de síntomas atípicos, con el consecuente retraso en el diagnóstico y tratamiento (Dattoli et al.,2021).

Como se muestra en la revisión literaria para el manejo en la atención de los pacientes con infarto agudo al miocardio, es necesario aplicar la evidencia científica a través del proceso de enfermería considerado como método sistematizado, conformado por cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. cuyo objetivo es brindar cuidados especializados de manera individual, cabe mencionar que la primera etapa depende el éxito de este proceso, dado que nos permite recabar la información objetiva y subjetiva de la paciente. Para ello se aplica la valoración céfalo caudal y el marco de referencia de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para las siguientes etapas es relevante el uso de las taxonomías (NANDA) que constituye los diagnósticos como primer paso para definir la actividad de enfermería, (NOC) planteando los resultados esperados y (NIC) para las intervenciones, al igual que las guías de práctica clínica (GPC) en los apartados de recomendaciones y puntos de buena práctica (2023)

1.3 Objetivo General

Implementar cuidados de enfermería a un paciente en estado crítico con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, para actuar de manera oportuna ante complicaciones y así contribuir en su recuperación y su calidad de vida.

Capítulo II.

Proceso de Enfermería

2.1 Valoración Inicial

El 28 de octubre del 2023 ingresa paciente directamente al servicio de terapia intensiva del Hospital de Especialidades “General Manuel Ávila Camacho” IMSS en la Ciudad de Puebla, Puebla. Se solicita consentimiento informado para la elaboración de este estudio (Anexo.1)

2.1.1 Datos de identificación

Paciente femenina CGE de 63 años, reside en Santa Ana Chiautempan, Tlaxcala, estado civil viuda, nivel de escolaridad secundaria, ama de casa, cocinera, religión católica.

2.1.2 Observación del Entorno

Paciente se encuentra en la unidad de terapia intensiva en una unidad individual con buena iluminación y ventilación, cuenta con el mobiliario, material y equipo para su atención.

2.1.3 Datos Históricos

La paciente refiere que inicia su padecimiento de forma súbita al presentar pirosis, por lo que acude a consulta con médico particular quien le indica tratamiento con Riopan vía oral, desconoce la dosis, sin presentar mejoría; continua con náuseas, diaforesis y dolor en tórax anterior, por lo que acude nueva nuevamente a su valoración se realiza electrocardiograma y se reporta elevación del segmento ST y los laboratorios muestran elevación de enzimas cardíacas. Se confirma diagnóstico IAM con elevación del segmento ST con afectación en cara anterolateral extenso, por lo que inician

tratamiento con trombólisis: Alteplasa 15 mg y posterior 17 mg con mejoría en el dolor, se traslada paciente a hospital de alta especialidad en Puebla para su atención. Ingresó directamente al servicio de Terapia Intensiva a las 11:00 am por el riesgo de choque cardiogénico y se programa para pasar a hemodinamia.

2.1.4 Valoración actual

La valoración de la paciente inicia el día de su ingreso 28 de octubre del 2023, se llevó a cabo por medio de la exploración céfalo caudal y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para obtener datos primarios, datos secundarios y se revisaron estudios de gabinete.

2.1.4.1 interpretación de escalas de valoración

Para la valoración inicial se hizo uso de diferentes escalas validadas, de las cuales se tuvieron los siguientes resultados: Escala del dolor EVA: 9/10, (figura 1), test de Allen: < 4 segundos, (figura 2), escala de Glasgow: 15, (figura 3), escala de Braden: 12 (figura 4), escala de Downton: 3 Riesgo alto de caída (figura 5).

2.1.4.2 Valoración céfalo caudal

Historia clínica

Cabeza: Normo cefálico, simetría facial y craneal, pupilas isocóricas, isométricas con adecuada respuesta a estímulos luminosos, reflejo de tallos presentes, sin alteración en los pares craneales.

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

Tórax: simétrico, adecuada expansión y simetría, respiraciones espontáneas con apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales a 2 litros, a la inspección buena

entrada y salida de aire, sin presencia de estertores, ruidos cardiacos rítmicos en buen tono e intensidad. En el reporte de electrocardiograma, infarto agudo inferior con afectación en cara anterolateral extenso.

Abdomen: blando, depresible, sin presencia de dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, cicatriz por incisión vertical de cesárea de su único embarazo a la edad de 40 años.

Extremidades: Integra, simétricas, con buen tono muscular, llenado capilar de 3 segundos, frialdad al tacto, presencia de cianosis a nivel periférico.

2.1.4.3 Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón percepción-manejo de salud.

La paciente CGE refiere que su salud es delicada, a causa de sus enfermedades, desconoce alergias alimentarias y medicamentosas. Se siente preocupada por su estado de salud en este momento. Refiere hipertensión desde hace 4 años en tratamiento con telmisartán 40 mg una tableta cada 24 horas. Al interrogatorio se observa cansancio y dificultad respiratoria al obteniendo una saturación de 87%, taquipnea y diaforesis. Actualmente se encuentra con oxígeno suplementario con dispositivos de puntas nasales a 2 litros. Manteniendo saturación de oxígeno al 94%. Temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca oscilando entre 112 a 120 lpm, presión arterial sistólica de 107 – 91 mmHg y diastólica de 78- 55mmHg, Con un PAM de 87 mmHg, llenado capilar de 2 segundos. Frecuencia Respiratoria: 36 y aleteo nasal. Se mantiene con las siguientes indicaciones médicas: Ayuno hasta nueva orden, posición semifowler estricta, monitoreo cardiaco continuo, O2 por puntas nasales para mantener saturación mayor al 92%.

I. Sol. Base: Sol. Fisiológica al 0.9% 1000 ml PMVP

II. Medicamentos:

- Clopidogrel 75 mg cada 24 VO
- Ácido acetilsalicílico 50 mg cada 24 VO
- Enoxaparina 40 mg cada 24 SC
- Atorvastatina 20 mg cada 24 VO
- Buprenorfina 15 mcg DU SC
- EIAR: 180 a 240: 3 UI de 240 a 400: 6 UI más de 400: 9 UI SC

III. Pasar a hemodinamia cuando se solicite.

IV. Laboratorios: BH, QS, ESC, Gases en sangre arterial, Troponina I, CK-MB y Rx tórax.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente CGE con somatometría de un peso de 48 kilos y con una estatura de 154 cm, obteniendo un índice de masa corporal de 20.2, indicando un peso saludable, menciona que realiza tres comidas al día sin un horario establecido, en este momento se mantiene en ayuno para pasar a hemodinamia.

3. Patrón eliminación.

Paciente CGE presenta micción espontánea, color amarillo claro, gasto urinario en el turno matutino de 250ml. Paciente que no evacua desde su ingreso al servicio, por lo que no se puede evaluar con la escala de Bristol (Figura 6). Presencia de diaforesis. Pérdidas insensibles durante el turno matutino (horas) 192 ml.

4. Patrón actividad- ejercicio.

Se encuentra en reposos absoluto en posición semifowler de 45°.

5. Patrón sueño-descanso.

Esta será la primera noche que se mantendrá hospitalizada, por lo que no se puede valorar su patrón de sueño y descanso.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente consciente, orientado en sus tres esperas (tiempo, espacio y persona). Sin alteración de los sentidos, capaz de poder tomar decisiones propias. Se observa facies de dolor, dolor 9/10 en escala de EVA.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Paciente refiere sentirse preocupada al estar hospitalizada y sentirse ansiosa. Se considera una persona alegre, positiva, un poco irritable que le gusta convivir con sus compañeras de trabajo. Su mayor temor es pérdida de su familia y no recuperarse pronto, por lo que se muestra cooperadora y en la mejor disposición para mejorar su estado de salud.

8. Patrón rol-relaciones.

Es madre de familia, aporta económicamente, viuda desde hace 5 años, se dedica a cocinar en un restaurante local y ama de casa, tiene una hija de 23 años y una nieta de 11 años, habita con ellas y solo tiene convivencia con sus compañeras del restaurante donde labora.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Menarca a los 13 años, inicio de vida sexual activa después de los 20 años, actualmente sin práctica sexual desde que enviudo en el 2020, refiere que su deseo sexual a disminuido, no sé a realizado citología vaginal ni mastografía desde hace 5 años. Gesta: 1 Cesárea: 1

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

La paciente refiere que los factores que le desencadena el estrés o la ansiedad son relacionados a la enfermedad y su estancia en el hospital. Aunque solo había experimentado estrés con la muerte de su esposo y creyó que era parte de su duelo, por lo que no sabe cómo manejar el estrés.

11. Patrón valores-creencias.

Paciente de religión católica pero no devota, su mayor preocupación es morir y dejar a su hija sola ya que le ayuda con el cuidado de su nieta y ellas son única familia cercana.

2.1.5 Resultados auxiliares diagnósticos

Tabla 1. Estudios de laboratorio en el servicio de urgencias (Particular)

Resultados de laboratorio relevantes a su ingreso

| <i>Laboratorio</i> | <i>Determinación</i> | <i>Resultado</i> |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <i>Biometría hemática</i> | Formula roja | |
| | Hemoglobina | 15.3 gr/dL |
| | Hematocrito | 43.1 % |
| | Volumen globular medio | 82.7 |
| | Concentración media de Hb | 29.4 |
| | Plaquetas | 330 |
| <i>Química sanguínea</i> | Glucosa | 137 |
| | BUN | 24,00 |
| | Urea | 51,43 |
| | Creatinina | 1,12 |
| | Bilirrubinas | |
| | Bilirrubina total | 0,98 |
| | Bilirrubina directa | 0,34 |
| | Bilirrubina indirecta | 0,64 |
| | Aspartoaminotransferasa | 610 |
| | Deshidrogenasa láctica | 1115 |
| | Creatinofosfoquinasa | 5761 |
| | Creatinina fracción MB | 1101 |
| | Cloro | 103 |
| | Potasio | 4,7 |
| | Sodio | 135 |

Fuente: Laboratorios clínicos del expediente clínico de la paciente CGH.

| INDICADOR | PH | PO2 | PCO2 | HCO3 | SATO2 |
|-----------------------|-------------------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| RESULTADOS | 7.42 | 81mmHg | 37 mmHg | 23.7mmol/L | 92% |
| INTERPRETACIÓN | EQUILIBRIO ACIDO - BASE | | | | |

Enzimas cardiacas

| | | | |
|--------------------|------------|---------|----------------|
| <i>DHL</i> | 570 UI/L | Elevado | 240 - 480 UI/L |
| <i>CPK</i> | 804 UI/L | Elevado | 38 - 174 UI/L |
| <i>CK -MB</i> | 91 UI/L | Elevado | 0 – 25 UI/L |
| <i>Troponina I</i> | 7.05 ng/ml | Elevado | 0 – 0.4 ng/ml |
| <i>TGO</i> | 90 U/L | Elevado | 0 – 40 U/L |
| <i>INR</i> | 0.90 | Normal | Seg |

Fuente: Expediente Clínico del paciente CGE

2.2 Diagnósticos de Enfermería

Posterior a la valoración céfalo caudal, por patrones funciones y estudios de laboratorio se emiten los siguientes diagnósticos en orden prioritario.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 1: Disminución del gasto cardiaco. R/C: Alteración de la contractibilidad y alteración del ritmo. M/P: disminución de las resistencias vasculares sistémicas, disnea y cambios en el electrocardiograma.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 2: Patrón respiratorio ineficaz. R/C: Enfermedad cardiaca, ansiedad y dolor. M/P: Aleteo nasal y taquipnea.

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería 3: Dolor Agudo. R/C: Afección isquémica. M/P: Diaforesis, expresión facial de dolor y conducta expresiva

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto

Diagnóstico de Enfermería 4: Ansiedad. R/C: Situación desconocida, dolor y estresores. M/P: Expresa angustia, nerviosismo, agitación y expresa preocupación.

2.3 Plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|--|---|---|--|
| Dominio: 4 actividad/reposos Clase: 4 respuestas cardiovasculares pulmonares Pág. NANDA: 317 Disminución del gasto cardiaco Relacionado con: Alteración de la contractibilidad y alteración del ritmo cardiaco. Manifestado por: Cambios en el electrocardiograma, fatiga, disnea y elevación del segmento ST. | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC y GPC) |
| | Dominio: Salud fisiológico (II) Clase: Cardiopulmonar (E) Perfusión tisular: cardiaca Código NOC: 0405 | <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial media (4) • Fracción de eyección (3) • Índice cardiaco (3) • Hallazgos electrocardiográficos (1) • Enzimas cardiacas (2) • Taquicardia(3) • Diaforesis profusa (3) | Campo: Fisiológico: Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular Pág. NIC: Intervención de Enfermería: Cuidados Cardiacos agudos (4044) Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Se instruyó a la paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica • Monitorización del electrocardiograma para detectar cambios en el segmento ST, así como ritmo y frecuencia cardiaca • Auscultación de los sonidos cardiacos y campos pulmonares en búsqueda sonidos crepitantes y adventicios. • Vigilancia de la eficacia de la oxigenoterapia, teniendo un resultado positivo • Monitorización del estado neurológico • Registró de la monitorización de ingresos y egresos • Se tomó un electrocardiograma a su ingreso. |
| | Puntuación Basal | | |
| | (3) Desviación moderada del rango normal | | |

| | Puntuación Diana | Escala | Guía de práctica clínica | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|
| | (4) Desviación leve del rango normal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación | <p>Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST Recomendaciones GPC-IMSS-672-18:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de un ECG de 12 derivaciones al primer contacto, con un retraso máximo de 10 minutos. • Se tomó muestras de sangre para determinar marcadores séricos en la fase aguda, los cuales resultaron alterados. • Análisis de los biomarcadores al ingreso del paciente, electrocardiograma y datos clínicos y contudentes para el diagnóstico de infarto. Y posteriormente a las 6 horas. | | |
| | Puntuación post-Intervención | | | | |
| | + 1 | | | | |

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|---|--|---|---|
| Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares Pág. NANDA: 315 Patrón respiratorio ineficaz Relacionado con: Enfermedad cardiaca, ansiedad y dolor. Manifestado por: Aleteo nasal y taquipnea. | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| | Dominio: Salud fisiológico (II) Clase: Cardiopulmonar (E) Estado cardiopulmonar Código NOC: 0440 | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca (2) • Frecuencia respiratoria. (3) • Ritmo respiratorio (3) • Profundidad de la inspiración (3) • Palidez (3) • Cianosis (5) • Edema periférico (3) • Fatiga (2) • Diaforesis (2) • Saturación (3) | Campo: 2 Fisiológico completo. Clase: K Control respiratorio. Intervención: Monitorización respiratoria. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; mediante la monitorización continua, la observación de las gráficas, y su interpretación de rangos, que se encuentran fuera de lo normal, Por lo que se administró oxígeno suplementario, mediante puntas nasales y se administra solo 4 litros por minuto con un porcentaje de 36- 40% FiO₂, vigilando periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración preinscrita. • Evaluación del movimiento torácico, así como la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares por lo que se comprobó la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno. • Auscultación de los sonidos respiratorios, con apoyo del estetoscopio, e identificar ruidos anormales, sin identificar signos anormales. |
| | Puntuación Basal | | |
| | (2) Sustancial | | |
| | Puntuación Diana | Escala | |
| | (4) Leve | 1.- Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguna | |
| Puntuación post-Intervención | | | |
| + 2 | | | |

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|---|--|--|---|
| Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico Pág. NANDA: 576 Dolor Agudo Relacionado con: Afección isquémica. Manifestado por: Diaforesis, expresión facial de dolor y conducta expresiva | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| | Dominio: Clase: Nivel del dolor | <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones faciales de dolor (1) • Inquietud (1) • Tensión muscular (2) • Duración de los episodios de dolor (2) • Quejas y/o llanto (1) • Inquietud (1) | Dominio: 1 fisiológico: básico Clase: E fomento de la comodidad física Manejo del dolor Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de forma exhaustiva el dolor (información subjetiva y objetiva). Con el uso de escala EVA, con resultado de 9/10. • Información al paciente de los aspectos relacionados con un adecuado control del dolor y las modalidades analgésicas. Por lo que se aplica protocolo de analgesia y se evaluar efectividad del analgésico. • Proporcionar información acerca del dolor, tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a la realización de procedimientos • Se favoreció el descanso, evitando procedimientos innecesarios. |
| | Puntuación Basal | | |
| | Puntuación Diana | Escala | Intervenciones (NIC) |
| | (3) Moderado | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno | Dominio: 2 fisiológico: complejo Clase: H control de fármacos Administración de analgésicos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la intensidad del dolor y registrar posterior a la administración de analgésicos según indicación y volver a realizar la valoración del dolor. • Se interrogo a la paciente respecto a alergias a determinados |
| Puntuación post-Intervención | + 2 | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>analgésico. Lo que refiere como negados y se indica en el registro clínico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Doble verificación en las órdenes médica, así como la aplicación de los correctos para la administración de los medicamentos.• Evaluación de la capacidad de participación del paciente, la cual fue positiva en todo momento. |
|--|--|--|--|

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|--|--|--|--|
| Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Pág. NANDA: 426 Ansiedad Relacionado con: Situación desconocida, dolor y estresores. Manifestado por: Expresa angustia, nerviosismo, agitación y expresa preocupación. | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| | 1402 autocontrol de la Ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (2) • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad (2) • Controla la respuesta de ansiedad (1) • Planea estrategias para superar situaciones estresantes. (2) • Refiere dormir de forma adecuada. (2) | Campo: Conductual. Clase: Fomento de la comodidad psicológica. Intervención: Disminución de la ansiedad. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Mantuvo un ambiente favoreciendo la confianza, aplicando la acción esencial del paciente no. 1 identificación correcta del paciente e indicador de calidad no. 1 del trato digno. • Expresión de sus sentimientos, percepciones y miedos, cuando la paciente lo desee para realizar una conversación de confianza entre el profesional de la salud y paciente. • Se guio a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación, mediante las respiraciones, musicoterapia, lecturas narrativas o plantear situaciones de la vida favorables, realizó una lista de las cosas que le gustaba realizar y porque los dejo de hacer. • Observación de signos verbales o no de ansiedad, al momento de la interrogación o la comunicación asertiva, por lo si presenta datos constantes de ansiedad. Campo: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento en todo momento con el paciente |
| | Puntuación Basal | | |
| | (2) Raramente demostrado | | |
| | Puntuación Diana | Escala | |
| | (3) A veces demostrado | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. | |
| | Puntuación post-Intervención | | |
| + 1 | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>para favorecer la comunicación de la experiencia emocional y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Permitir la entrada a sus familiares a su unidad de terapia intensiva.• Realizó afirmaciones enfáticas o de apoyo.• Facilitación de que la paciente expresara los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza y lo relacionado a sus creencias, entorno a su situación, se escucha atentamente• Brindar ayuda durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del sentimiento de pena.• Se dio libertad para el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional; durante toda la conversación. |
|--|--|--|---|

2.4 Valoración continua

Valoración número dos en el servicio de terapia intensiva, posterior a intervención cardiaca: Angioplastia y colocación de stent y marcapasos temporal a 80 lpm y sensibilidad en 4 mV el día 28 de octubre del 2023.

Patrones funcionales con cambios significativos en relación con la valoración inicial.

II. Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón percepción-manejo de salud.

La paciente CGE refiere que su salud en este momento es delicada, a causa de su padecimiento, menciona que está dispuesta para apegarse con el tratamiento, se mantiene en su unidad en apariencia estable con pulsera de compresión radial derecha, sin datos de hematoma, equimosis y sangrado seco residual en el sitio de punción sin ser sangrado activo. Temperatura de 36.4°C, frecuencia cardiaca oscilando entre 78 a 85 lpm, presión arterial sistólica de 112– 102 mmHg y diastólica de 66- 61mmHg, Con un PAM de 75 mmHg, llenado capilar de 2 segundos en mano derecha donde mantiene pulsera de compresión en punción radial. Su tratamiento actual de acuerdo con las indicaciones: Dieta blanda, reposo absoluto, mantener saturación de oxígeno entre 90-92%. Monitoreo cardiaco continuo.

I. Sol. base: Solución salina 0.9% 1000 ml para 24 horas IV

II. Medicación:

- Omeprazol 80 mg Intravenosa DU
- Paracetamol 1 gramo Intravenosa c/ 8 horas PRN
- Ceftriaxona 1 gramo Intravenosa c/ 8 horas
- Clopidogrel 75 mg cada 24 VO
- Atorvastatina 20 mg cada 24 VO

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente CGE en el servicio de terapia intensiva ha iniciado dieta blanda que ha tolerado de manera adecuada, sin embargo, menciona que el sabor de la comida dentro del hospital le disgusta ya que percibe insípidos los alimentos.

3. Patrón eliminación.

Paciente CGE presenta micción espontánea en color amarillo ámbar gasto urinario en el turno matutino de 350 ml. Paciente que no evacua desde su ingreso al servicio, por lo que aún no se puede evaluar con la escala de Bristol.

4. Patrón actividad- ejercicio.

La paciente CGE se mantiene durante su unidad hospitalaria, se encuentra con reposo absoluto en posición semifowler de 30° movilizándose libremente en su cama, mantiene apoyo de oxígeno suplementario con dispositivos de puntas nasales a 2 lt. Saturando al 96%.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente consciente, orientado en sus tres esperas (tiempo, espacio y persona), refiere que el dolor ha mejorado de manera significativa 4/10 EVA.

7. Patrón auto percepción-autoconcepto.

Paciente refiere sentirse ansiosa, después de su intervención hemodinámica.

2.5.1 Interpretación de escalas de valoración

Posterior a las intervenciones iniciales se hizo uso de escalas validadas, de las cuales se tuvieron los siguientes resultados: Escala del dolor EVA: 4/10, test de Allen: < 5 segundos, escala de Glasgow: 15, escala de Braden: 10, escala de Downton: 3 riesgo moderado de caída.

2.5.2 Resultados Auxiliares de Diagnóstico

Tabla 2. Estudios de laboratorio en el servicio de terapia intensiva

| <i>Estudios de laboratorio</i> | <i>Elemento</i> | <i>Resultado</i> |
|--------------------------------------|--|-------------------|
| <i>Biometría hemática</i> | Formula roja | |
| | Hemoglobina | 15.1 gr/dL |
| | Plaquetas | 390 |
| <i>Química sanguínea</i> | Glucosa | 273 mg/dl |
| | | |
| <i>Tiempos de coagulación</i> | Tiempo de protrombina (TP) | 11 seg |
| | Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) | 20.5 seg |
| <i>Electrolitos séricos</i> | Cloro | 110 mmol/L |
| | Potasio | 4.8 mmol/L |
| | Sodio | 140 mmol/L |

Enzimas cardiacas

| | | | |
|--------------------|------------|---------|----------------|
| <i>DHL</i> | 392 UI/L | Normal | 240 - 480 UI/L |
| <i>CPK</i> | 506 UI/L | Elevado | 38 -174 UI/L |
| <i>CK -MB</i> | 62 UI/L | Elevado | 0 – 25 UI/L |
| <i>Troponina I</i> | 30.0 ng/ml | Elevado | 0 – 0.30 ng/ml |
| <i>TGO</i> | 29 U/L | Normal | 0 – 40 U/L |
| <i>INR</i> | 0.90 | Normal | Seg |

Fuente: Expediente Clínico del paciente CGE

Electrocardiograma

Electrocardiograma con ritmo sinusal presencia de una elevación del segmento ST > de 2 mm en derivaciones V1 a V4. Posible hipertrofia ventricular derecha.

2.6 Diagnósticos de enfermería

Dominio: 4 Actividad/ Reposo

Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 1: Riesgo de la perfusión tisular periférica ineficaz

R/C: Procedimientos endovasculares

Dominio: 4 Actividad/ Reposo

Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 2: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca

R/C: Alteración de la contractibilidad.

Dominio: 11 Seguridad/ protección

Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 3: Riesgo de sangrado R/C: Régimen terapéutico (Abordaje arterial)

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/ reposo.

Diagnóstico de Enfermería 4: Patrón de sueño alterado R/C: perturbaciones ambientales, privacidad insuficiente M/P dificultad para permanecer dormida, expresa insatisfacción con el sueño, expresión cansancio.

2.7 Plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|--|---|--|--|
| | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| Dominio: 4 Actividad/ Reposo Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares Pág. NANDA: 331 Riesgo de la perfusión tisular periférica ineficaz Relacionado con: Procedimientos endovasculares | Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar Perfusión tisular periférica. | <ul style="list-style-type: none"> • Perfusión tisular adecuada (2) • Piel intacta (4) • Presión del pulso (3) • Hidratación (2) • Saturación de oxígeno (4) • Fuerza del pulso radial derecho (3) • Presión arterial media (3) | Dominio: 4 seguridad clase: v control de riesgos 6650 vigilancia Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los principales riesgos de salud del paciente como el riesgo de sangrado y el riesgo de la disminución de la perfusión tisular periférica comprobando el llenado capilar el cual fue de 2 segundos. • Obtención de información sobre la conducta y las rutinas normales. • Control y registro de signos vitales, los cuales se mantuvieron estables. • Registró la aparición de signos y síntomas de complicaciones potenciales, sin presentar alguno. • Facilitar la disponibilidad de pruebas diagnósticas para interpretar los resultados, en este caso laboratorios y electrocardiograma en este último se encontró lesión en cara posterior. • Ser apoyó en el control del estado emocional, |
| | Puntuación Basal | Escala | |
| | (3) Desviación sustancias del rango normal | | |
| | Puntuación Diana | 1 -Desviación grave del rango normal 2 - Desviación sustancial del rango normal | |
| | (4) Desviación moderada del rango normal | | |
| | Puntuación post-intervención | 3 - Desviación moderada del rango normal | |

| | | | |
|--|-----|---|--|
| | + 1 | 4 - Desviación leve del rango normal 5 - Sin desviación del rango normal | <p>manteniendo la escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se retiró 2 ml de aire de la pulsera de compresión neumática cada dos horas de acuerdo con indicación médica, hasta su retiro, con la finalidad de evitar la hemorragia.• Sustitución en actividades de higiene, debido a la presencia de la inmovilidad de miembro superior derecho.• Verificación del llenado capilar de miembro superior derecho.• Registro la aparición de hematoma o equimosis en la punción radial derecha, la cual fue mínima. |
|--|-----|---|--|

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|---|--|--|--|
| Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física Pág. NANDA: 492 Riesgo de sangrado Relacionado con: Régimen terapéutico (Abordaje arterial) | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| | Dominio: 4 conocimiento y conducta de salud Clase: t control del riesgo. Detección del riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica los posibles riesgos para la salud (3) • Coteja los riesgos percibidos (3) • Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (2) • Participa en la detección sistemática en los intervalos recomendados (3) | Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase L: Control de la piel/heridas Vigilancia de la piel Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Observar la existencia signos de enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel, el color, tumefacción, pulsos, textura y ulceraciones en las extremidades, sin presentar alguno. • Vigilar si hay erupciones y abrasiones en la piel, así como sequedad o humedad en la piel, sin presentar alguna. • Evaluar si hay datos de infección, no se presenta alguno en este momento. • Documentar el estado de la piel, principalmente en el sitio de la intervención radial. |
| | Puntuación Basal (3) A veces demostrado | | |
| | Puntuación Diana | Escala | |
| | (4) Frecuentemente demostrado | 1 -Nunca demostrado 2 - Raramente demostrado 3 - A veces demostrado 4 - Frecuentemente demostrado 5 - Siempre demostrado | <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la paciente la importancia de los cuidados continuos. • Determinación de los sistemas de apoyo, refiriendo el caso a trabajo social. • Facilitar la presencia y calidad del apoyo familiar |
| Puntuación post-intervención | | | |

| | | | |
|--|-----|--|---|
| | + 1 | | <ul style="list-style-type: none">• Determinar el nivel educativo, lo que facilito la accesibilidad de la paciente y el mostrarse cooperadora.• Informar a la paciente de signos de alarma, para reconocer y notificar a tiempo.• Informar a la paciente mantener inmóvil el miembro superior derecho, para evitar el riesgo de sangrado. |
|--|-----|--|---|

2.8 Valoración continua

05 de noviembre del 2023 valoración número tres en el servicio de hospitalización (Cuarto piso), egresa del servicio de terapia intensiva por mejoría, se encuentra en hospitalización para observación y manejo de medicamentos vía oral, comenta que los médicos indican su alta a domicilio 06 de noviembre del 2023. Patrones funcionales con cambios significativos en relación con la valoración continua.

Patrones funcionales

II. Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón percepción-manejo de salud.

La paciente CGE refiere que se siente mucho mejor es su estado de salud actual, que reconoce que debe realizar cambios para no enfermarse de nuevo.

Temperatura de 36.2°C, frecuencia cardiaca oscilando entre 72 a 78 lpm, presión arterial sistólica de 110– 102 mmHg y diastólica de 71- 62 mmHg, Con un PAM de 72 mmHg, punción radial derecha con ligera equimosis en el sitio de inserción que no se ha extendido y mantiene buen llenado capilar de 2 segundos.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Paciente CGE en el servicio de hospitalización progresa a dieta normal, que ha tolerado de manera adecuada.

3. Patrón eliminación.

Paciente CGE presenta micción espontanea en color amarillo ámbar gasto urinario en el turno matutino de 350ml. Paciente refiere que hace dos días ya logro evacuar describiendo heces color café, Bristol de 4, en cantidad adecuada.

4. Patrón actividad- ejercicio.

La paciente CGE se mantiene deambulando en los pasillos de la unidad hospitalaria, el día de hoy se le ha retirado el apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales manteniendo saturación en 93% sin datos de dificultad respiratoria.

5. Patrón sueño-descanso.

Durante su estancia en el hospital refiere no poder mantener sueño continuo ya que por la noche hay paciente cerca que deben ser atendidos y su espacio es compartido, pero cree en casa podrá descansar adecuadamente.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

Paciente consciente, orientado en sus tres esperas (tiempo, espacio y persona), refiere que se encuentra aburrida, ya que jamás había estado hospitalizada por tantos días.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Paciente refiere sentirse más tranquila y alegre al saber que regresa a casa con su familia.

2.9 Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 1 Promoción de la Salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Diagnóstico de Enfermería 1: Disposición para mejorar la gestión de la salud

M/P: Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida para mejorar su estado de salud.

2.10 plan de cuidados de enfermería, ejecución y evaluación

| Análisis de los datos Diagnóstico de enfermería- NANDA ¿Qué sugieren los datos? | Plan de cuidados Resultados NOC, intervenciones NIC y Recomendaciones de guías de práctica clínica ¿Qué debo hacer y qué puedo hacer? | | |
|---|---|--|---|
| Dominio: 1 Promoción de la Salud Clase: 2 Gestión de la salud Pág. NANDA: Disposición para mejorar la gestión de la salud Manifestado por: Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida para mejorar su estado de salud. | Resultados Esperados NOC | Indicadores | Intervenciones (NIC) |
| | Dominio: Salud fisiológico (II) Clase: Cardiopulmonar (E) Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial coronaria | <ul style="list-style-type: none"> • Causa y factores contribuyentes (2) • Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad (2) • Pauta de medicación (2) • Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol (1) | Campo: Conductual Clase: Educación de los pacientes Intervención: Potenciación de la disposición de aprendizaje Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del estado emocional del paciente. • Se fomentó la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes. • La paciente realizó preguntas y expresó sus preocupaciones. • Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente. • Se logró la participación de la familia (hija). • Explicar la información que le ayudará a que cumpla con las metas. • Ayudar a al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida. |
| | Puntuación Basal (3) Sustancial | Escala de Medición 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso | |
| | Puntuación Diana (4) Moderado | | |
| | Puntuación post-intervención | | |
| | + 1 | | |

2.11 Recomendaciones de alta y / o continuidad de cuidados intrahospitalarios

Recomendaciones de alta y/o continuidad de los cuidados intrahospitalarios

| Plan de alta y/o continuidad de cuidados intrahospitalarios | |
|---|---|
| Intervenciones de Enfermería | |
| a) Datos de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el consumo de refrescos, jugos y bebidas con exceso de azúcares refinados. • Evitar el consumo de sal. • Eliminar manteca en la comida. • Ingerir agua simple al menos 1. 680 ml (35 ml x kg). |
| b) Tipo de dieta | <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la Fundación Española del Corazón Dieta (2021) hipocalórica enfocada en la disminución o eliminación de grasas saturadas, aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales. Al menos 5 raciones diarias deben provenir del grupo de frutas y verduras. (figura 7) • Aportarán alrededor del 15% de las calorías totales. Están presentes en carnes, pescados, huevos, aves, legumbres y lácteos. Es conveniente cocinar sin sal, utilizando en su lugar condimentos como ajo, cebolla, tomillo, clavo de olor, pimienta, orégano, etc. • Utilizar métodos de cocción como el hervido, al vapor o asado. • Se proporciona ejemplo de dieta recomendada por la fundación Española del Corazón |
| c) Manejo de medicación | <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda seguir las indicaciones médicas y tomar sus medicamentos prescritos en los horarios que programe en casa • Atorvastatina 20 mg una tableta cada 24 horas • Clopidrogel 75 mg una tableta cada 24 horas • Se informa a su hija para que pueda estar al pendiente de los medicamentos que manejara en casa. |
| d) Ejercicio | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividad física de poco impacto • No levantar objetos pesados (> 5 kilos) durante los primeros días. • Realizar ejercicio aeróbico como: caminar, usa la caminadora y correr con una duración de 20 a 60 minutos de 3 a 5 veces a la semana con una prueba de esfuerzo previa la cual deberá consultar con su médico. • Habrá que calentar y enfriar 5-10 min antes y después de cada sesión con actividad física ligera. • Se pueden dividir en sesiones diarias de más de 20 min de ejercicio aeróbico que se aumentarán progresivamente hasta 60 min o más. |

Capítulo III.

3.1 Discusión clínica y conclusión

Se concluye que el objetivo de este trabajo si se cumplió dado que implementaron cuidados de enfermería a la paciente en estado crítico con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, actuando de manera oportuna ante complicaciones y se contribuyó en su recuperación y su calidad de vida, por medio de un plan de atención en enfermería priorizando los diagnósticos en cada etapa evolutiva en el proceso de su enfermedad. En este sentido se puede decir que enfermería cumple un papel importante en la atención a pacientes con infarto agudo al miocardio, ya que aborda desde la identificación de los síntomas en el área de triage, la atención hospitalaria y la colaboración con el equipo multidisciplinario.

En general todo el personal es fundamental en la atención del paciente en esta situación de urgencia, sin embargo; el personal de enfermería se encarga de educar al paciente e integrar a la familia, como parte esencial para la recuperación y mejora del estilo de vida. Por ello la realización de un proceso de enfermería retomando los patrones funcionales de salud para la valoración nos permite identificar diagnósticos reales y de riesgo y así priorizar el cuidado especializado e individualizado para favorecer la situación de salud de nuestro paciente.

Al termino de este caso clínico se pueden contrastar con los diagnósticos que fueron relevantes que de acuerdo con Tana (2023) disminución del gasto cardiaco, riesgo de sangrado y ansiedad; mientras que Padilla (2020) indica intervenciones prioritarias son cuidados cardiacos, manejo del dolor, cuidados circulatorios: insuficiencia venosa y disminución de la ansiedad. Mora (2019) indica el diagnóstico de riesgo de disminución

de la perfusión tisular cardiaca, cabe mencionar que a diferencia dichos diagnósticos ya mencionados se logró identificar el apoyo emocional que se pudo brindar. Por ello la relevancia de este trabajo indica la valoración en diferentes momentos, para así mantener un seguimiento dando la mejor atención.

Enfermería es una rama importante en la recuperación de los pacientes, enfocada en la parte asistencial y educativa. Como enfermera especialista se aborda de manera significativa la atención integral hacia el paciente, teniendo mayor conocimiento, realizando una valoración continua y observando cambios que podrían ser significativos. Sin embargo, considero que el abordaje de enfermería en Puebla debería ser especializado en formar un programa de rehabilitación cardiaca, ya que la incidencia de paciente por dicha patología es muy demandante.

Este programa podría ser enfocado en mantener una monitorización de dichos pacientes que egresan de una estancia hospitalaria por IAM, vigilando un control de su peso, pláticas sobre alimentación, ejercicio y actividades recreativas que impacten en el cambio de su estilo de vida cotidiana; tal es el caso de la señora CGE que después de seis meses de su egreso hospitalario, se retoma una visita el 09 de mayo del presente año, en donde agradecida menciona los cambios significativos que realizó en su vida como cuidar su alimentación, agregando comidas saludables con ayuda de su hija y la realización de actividad física notando cambios importantes, ya que actualmente sale a correr al parque al menos 3 días a la semana.

Referencias

- Abellas Sequeiros, A., García Sebastián, C., Monteagudo Ruiz, J., & Zamorano Gómez, J. (2021). Infarto agudo de miocardio. SCACEST. *Medicine Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2177-2184.
- Borrayo Sánchez, G., Rosas Peralta, M., Pérez Rodríguez, G., Ramírez Árias, E., Almeida Gutiérrez, E., & Arriaga Dávila, J. (2017). Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Código I. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26-37.
- Butcher, HK., Dochterman, JM., Bulechek, GM., & Wagner, CM. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7ª ed.)* Elsevier.
- Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönffeldt, G., y Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista Médica de Chile*, 132, 595-600. [Figura 1]. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n5/art09.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2018). *Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.* <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/672GRR.pdf>
- Coll Muñoz, Y., Valladares Carvajal, F., & González Rodríguez, C. (2018). Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Revista Finlay*, 16(2221-2434).
- Dattoli, G, C., Jackson, P.G., Gallardo G, A., Gopar, N, R., & Arias, M, A. (2020). Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes. *Archivos de cardiología de México por el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*, 485-492.
- Domínguez Cervantes, J., Delgado Fernández, R., Hernández Ruiz, A., & Jiménez Soto, A. (2019). Infarto agudo de miocardio en mujeres ingresadas en el servicio de Cardiología del Hospital Joaquín Albarrán. *Rev. Arch Med Camagüey*, 319-328.
- Gallego Page, J. (2021). *Apuntes de patología cardiovascular*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo, L. C. (2021) *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023 (NANDA) International (12ª ed.)*. Elsevier.
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, [Figura 5]304(7889), 1127-1131

- Mathiew-Quirós, Á., Salinas Martínez, A., Guzmán de la Garza, F., Garza Sagástegu, M., Guzmán Delgado, N., Palmero Hinojosa, M., & Oliva Sosa, N. (2017). Infarto agudo al miocardio en jóvenes mexicanos asociado a síndrome metabólico. *Gaceta Médica de México*, 297-304.
- Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. [Figura 4]. Recuperado de Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. [Figura 4]. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/23712880_The_Glasgow_Coma_Scale_-_A_brief_review_Past_present_future
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, ML. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. (6ª ed.). Elsevier.
- Muñoz, M., Aguiar, F., Negueruela, B., Mora, A. M., Fernández, F., Muñiz, J., Vera, E., ... y Corrales, T. (2009). Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Andalucía, España. [Figura 2]. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf
- Sánchez Paredes, D., Basurto Macías, M., Regalado Bermeo, P., & Luque Cervantes, G. (2022). Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos que provocan subregistros del infarto agudo al miocardio. *RECIAMUC* (2588-0748), 411-419.
- Sanz, R. (2021) Fundación Española del Corazón. Dieta para la enfermedad coronaria - infarto y angina de pecho. Programa de alimentación y salud de la fundación Española del corazón. <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1244-dieta-para-la-enfermedad-coronaria.html>
- Vitón Castillo, A., Lorenzo Velázquez, B., Linares Cánovas, L., Lazo Herrera, L., & Godoy Cuba, O. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con infarto agudo de miocardio. *Rev. Ciencias Médicas*, 884-93.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

Puebla Pue. a 29 de Octubre del 2023

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio que lleva como título "*proceso de enfermería en un paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST*" el cual es llevado a cabo por la Licenciada en enfermería Thania Ruiz Camacho estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados críticos con matrícula 223650139.


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

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

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



Nombre y firma del participante



Rodolfo Aguirre *Whelehor*

Nombre y firma del testigo 1



Ana Laura Zapata Ortiz

Nombre y firma del testigo 2

Anexo 2. Valoración visual análoga del dolor



Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. The Lancet, [Figura 5]304(7889), 1127-1131

Anexo 3. Test de Allen

TEST DE ALLEN

Valorar permeabilidad arterial y circulación colateral

VYGON
Value Life

- 1** Localizar la arteria radial y cubital. Presionar para evitar que llegue flujo sanguíneo a la mano.
- 2** Pedir al paciente que abra y cierre la mano repetidamente hasta observar palidez en la mano.
- 3** Liberar presión en la arteria cubital y mantener presión en la radial. Valorar tiempo que tarda la mano en recuperar su color.

INTERPRETACIÓN RESULTADOS

- < 5'' Tiempo **adecuado** de relleno vascular.
- 6-9'' El resultado debería complementarse con **Ecografía Doppler**.
- > 10'' Punción **contraindicada**.

Anexo 4. Escala de Glasgow

| Respuesta apertura ocular | |
|----------------------------------|---|
| Espontánea | 4 |
| A órdenes verbales | 3 |
| A estímulo doloroso | 2 |
| No hay respuesta | 1 |
| Respuesta verbal | |
| Orientada | 5 |
| Confusa | 4 |
| Palabras inapropiadas | 3 |
| Sonidos incomprensibles | 2 |
| No hay respuesta | 1 |
| Mejor respuesta motora | |
| Obedece órdenes | 6 |
| Localiza el dolor | 5 |
| Retira al dolor | 4 |
| Flexión anormal | 3 |
| Respuesta en extensión | 2 |
| No movimientos | 1 |

Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. [Figura 4]. Recuperado de Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. [Figura 4]. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PT6_EscComaGlasgow.pdf

Anexo 5. Escala de Braden

| | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos | 1. Limitado completamente | 2. Muy limitado | 3. Limitado levemente | 4. Sin impedimento |
| <i>Humedad</i> Grado de humedad de piel | 1. Constantemente húmeda | 2. Muy húmeda | 3. Ocasionalmente húmeda | 4. Raramente húmeda |
| <i>Actividad</i> Grado de actividad física | 1. Confinado a la cama | 2. Confinado a la silla | 3. Ocasionalmente camina | 4. Camina frecuentemente |
| <i>Movilidad</i> Control de posición corporal | 1. Completamente inmóvil | 2. Muy limitada | 3. Levemente limitada | 4. Sin limitaciones |
| <i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria | 1. Completamente inadecuada | 2. Probablemente inadecuada | 3. Adecuada | 4. Excelente |
| <i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas | 1. Presente | 2. Potencialmente presente | 3. Ausente | |

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.

Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönfeldt, G., y Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista Médica de Chile*, 132, 595-600. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n5/art09.pdf>

Anexo 6. Escala de Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)



ALTO RIESGO >2 PUNTOS

| | | |
|-------------------|--------------------------------|---|
| Caídas previas | NO | 0 |
| | Sí | 1 |
| Medicación | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes-sedantes | 1 |
| | Diuréticos | 1 |
| | Hipotensores (no diuréticos) | 1 |
| | Antiparkinsonianos | 1 |
| | Antidepresivos | 1 |
| | Otros medicamentos | 0 |
| Déficit sensorial | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales | 1 |
| | Alteraciones auditivas | 1 |
| | Extremidades (ictus...) | 1 |
| Estado Mental | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| Deambulaci3n | Normal | 0 |
| | Segura con ayuda | 0 |
| | Insegura con ayuda / sin ayuda | 1 |
| | Imposible | 0 |

Muñoz, M., Aguiar, F., Negueruela, B., Mora, A. M., Fernández, F., Muñiz, J., Vera, E., y Corrales, T. (2009). Estrategia de prevención, detección y actuaci3n ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario P3blico de Andalucía. Comit3 Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Andalucía, España. Recuperado de


https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf

Anexo 7. Escala de Bristol


| Escala de Bristol | | |
|-------------------|---|---|
| Tipo 1 |  | Trozos duros separados, como nueces |
| Tipo 2 |  | Con forma de salchicha, pero grumosa |
| Tipo 3 |  | Con forma de salchicha, pero con grietas |
| Tipo 4 |  | Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave |
| Tipo 5 |  | Bolas suaves con bordes desiguales |
| Tipo 6 |  | Trozos suaves con los bordes desiguales |
| Tipo 7 |  | Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida |

Parés, D., Comas, M., Dorcaratto, D., Araujo, M. I., Vial, M., Bohle, B., Pera, M., y Grande, L. (2009). Adaptación y validación del formulario de heces de la escala de Bristol traducida al idioma español entre profesionales de la salud y pacientes. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(5), 312-316. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=en


Anexo 8. Dieta recomendada Fundación Española del Corazón




FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN
pasfec.fundaciondelcorazon.com



PASFEC
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA



Dieta



ENFERMEDAD CORONARIA

PRIMERA SEMANA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Desayuno | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta | Café con leche desnatada o infusión. Tostada de pan integral con tomate y aceite de oliva. Fruta |
| Media mañana | Yogur desnatado. Fruta | Queso fresco desnatado con 2 biscotes integrales | Yogur desnatado. Fruta | Queso fresco desnatado con 2 biscotes integrales | Yogur desnatado. Fruta | Queso fresco desnatado con 2 biscotes integrales | Yogur desnatado. Fruta |
| Comida | Ensalada de lechuga y zanahoria. Lentejas guisadas con verduras. Pan integral. Fruta | Ensalada mixta. Espaguetis con tomate y champiñones. Fruta | Ensalada de pimientos y tomates asados. Garbanzos con setas. Pan integral. Fruta | Ensalada de lechuga y atún. Arroz con verduras. Fruta | Ensalada de tomate y ajo. Tallarines con gambas y calabacín. Fruta | Ensalada de espárragos. Alubias con verduras. Pan integral. Fruta | Alcachofas a la cazuela. Arroz meloso con verduras. Fruta |
| Morienda | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal | Frutos secos tostados sin sal |
| Cena | Crema de verduras. Tortilla francesa. Pan integral. Quesón con miel | Parrillada de verduras. Pescadilla al horno. Pan integral. Yogur desnatado | Col a la cazuela. Lomos de cerdo a la plancha. Pan integral. Cuajada con miel | Salteado de verduras. Bonito a la parrilla. Pan integral. Yogur desnatado | Puré de calabaza. Huevo a la plancha. Pan integral. Quesón con miel | Ensalada de remolacha. Merluza a la plancha. Pan integral. Yogur desnatado | Ensalada de lechuga y tomate. Salmón a la plancha. Pan integral. Cuajada con miel |

VALOR NUTRICIONAL MEDIO POR DÍA

| | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| Energía 1.969,3 kcal | Proteínas 84,7 g | Carbón 238,1 g | Lípidos 74,4 g |
| Coolesterol 165,9 mg | Fibra 34,5 g | Sodio 1.376,8 mg | ÁCIDOS GRASOS |
| | | Saturados 13,7 g | Monoinsaturados 36,2 g |
| | | Poliinsaturados 18,7 g | |

17,2%

48,4%

6,3%

16,5%

8,5%

TAMAÑO DE RACIÓN

| | | | |
|--|-------------|--------------------------------|---------------------------|
| LÁCTEOS | CARNES | FRUTAS | PAN |
| 200 ml 1 vaso de leche | 100 - 125 g | 120 - 200 g 1 pieza mediana | 40 g 2 rebanadas finas |
| 125 ml 1 yogur o cuajada | 100 - 125 g | HUEVOS | PASTA, ARROZ, LEGUMBRES |
| 60 g 1 porción individual de queso fresco desnatado | 125 - 150 g | 53 - 63 g 1 mediano | 60 - 80 g |
| 125 g 1 porción individual de requesón 0% | MARISCOS | VERDURAS Y HORTALIZAS | FRUTOS SECOS |
| | 125 - 150 g | 150 - 200 g | 20 - 30 g 1 puñado |

fundaciondelcorazon.com

Revisado por Sara Sanz Rojas, Doctora en Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas y graduada en Nutrición Humana y Dietética por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Condiciones genéticas, nutricionales y ambientales del crecimiento y desarrollo por la Universidad de Santiago de Compostela. Fecha de actualización: Diciembre 2021.

La información y las recomendaciones que aparecen en esta hoja son adecuadas en la mayoría de los casos, pero no reemplazan el diagnóstico médico. Para obtener información específica relacionada con su condición personal, consulte a su médico.

Revisado por:

Sanz, R. (2021) Fundación Española del Corazón. Dieta para la enfermedad coronaria - infarto y angina de pecho. Programa de alimentación y salud de la fundación Española del corazón. <https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1244-dieta-para-la-enfermedad-coronaria.html>