



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

Tesina

*Cuidado especializado posterior a la
Revascularización de un Paciente con Síndrome
Coronario Crónico*

Presenta:

LE. Julio Jiménez Pérez

Para Obtener el Grado de
Especialista en Enfermería En Cuidados Intensivos

Octubre, 2025



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

Tesina

*Cuidado especializado posterior a la
Revascularización de un Paciente con Síndrome
Coronario Crónico*

Presenta:

LE. Julio Jiménez Pérez

Para Obtener el Grado de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Director de Tesina:

MCE. Verónica Pérez Badillo

Octubre, 2025

Tesina: Cuidado especializado posterior a la Revascularización de un Paciente con Síndrome Coronario Crónico

Número de registro: SIEP/EECI/013

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE Verónica Pérez Badillo
Presidente

MCE. Brenda Resendiz Maldonado
Secretario

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Vocal

MCE. Verónica Pérez Badillo
Presidente

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Facultad de Enfermería

ME. Miguel Ángel Zenteno López
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Agradecimientos

A mis papás por confiar en mí en todo momento, con su apoyo y cariño las cosas han sido más fáciles.

A mi tía Erika, por su apoyo incondicional, además de ser una fuente de inspiración para mí.

A mi esposa quien siempre me ha brindado su apoyo y tenerme paciencia durante todo este tiempo.

Finalmente quiero agradecer a mi facultad, maestros, compañeros y todos los colegas enfermeros de las diferentes instituciones de salud, quienes con sus conocimientos, amistad, consejos y supervisión fueron parte importante en este proceso.

Dedicatoria

A mi familia y amigos por ser parte importante en mi vida personal y profesional.

Resumen

Candidato para el Grado de:	Enfermera/o Especialista en Cuidados Intensivos.
Fecha de Graduación:	Agosto 2025
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Cuidado especializado posterior a la Revascularización de un Paciente con Síndrome Coronario Crónico
Número de páginas	41
Área de Estudio	Enfermería Clínica

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) es la forma más grave de la cardiopatía isquémica. Este ocurre cuando las placas de ateroma bloquean el flujo sanguíneo al corazón, su ruptura repentina provoca la obstrucción de las arterias coronarias, formando un coágulo, provocando la muerte de las células cardíacas por falta de oxígeno. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en el mundo, causando aproximadamente 17.9 millones de muertes al año, lo que equivale al 31% de todas las muertes globales. **Objetivo:** Implementar un proceso de atención de enfermería a un paciente con síndrome coronario crónico posterior a la revascularización, para favorecer su estabilización, recuperación y prevención de complicaciones. **Metodología/Desarrollo:** Caso clínico en paciente con infarto agudo al miocardio en una unidad de cuidados intensivos, mediante valoración de enfermería con enfoque por patrones funcionales de salud, elaboración de etiquetas diagnósticas y planeación de cuidados e intervenciones a través de las taxonomías de enfermería y guías de práctica clínica. **Resultados/Caso Clínico:** Masculino, postoperado de revascularización miocárdica con inestabilidad hemodinámica, con etiquetas diagnósticas como, disminución del gasto cardíaco, deterioro del confort físico, riesgo de nivel de glucemia inestable, las intervenciones efectivas fueron: cuidados cardíacos: agudos, manejo de la ansiedad, manejo del dolor. **Discusión/Conclusión:** Se encontraron similitudes con diversos autores como en el manejo del dolor y la ansiedad, así como la eficacia de la cirugía de revascularización. Es importante la creación de procesos de enfermería mediante el uso de taxonomías y enfermería basada en la evidencia, de igual manera, la importancia de la enfermera intensivista en estos casos, ya que, con sus amplios conocimientos, habilidades y un cuidado humanizado se obtendrán buenos resultados en la recuperación del paciente, evitando complicaciones y mejorando su calidad de vida.

Palabras Clave: Revascularización Miocárdica, Enfermería, Infarto del miocardio

Firma del director de Tesina: MCE. Verónica Pérez Badillo

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Marco de referencia	4
1.3 Objetivo	8
Capítulo II	
Diseño del Proceso de Enfermería	
2.1 Valoración	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 Inicial	11
2.1.4.1 Interpretación de Escalas de valoración	12
2.1.5 Resultados de Auxiliares Diagnósticos	12
2.2 Diagnósticos de enfermería	13
2.3 Planeación, valoración y ejecución del cuidado de Enfermería	14
2.4 Valoración continua	20
2.4.1 Interpretación de Escalas de valoración	22
2.4.2 Resultados de Auxiliares Diagnósticos	22
2.5 Diagnósticos de enfermería	23
2.6 Planeación, valoración y ejecución del cuidado de Enfermería	24

2.7 Plan de Alta (Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios)	28
Capitulo III	
3.1 Discusión y conclusión	33
Referencias	35
Apéndices	
A.- Carta de consentimiento informado	39
B.- Escala Agitación-Sedación de RICHMOND (RASS)	40
C.- Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)	41
D.- Escalade Braden	42
E.- Valoración Escala de funcionalidad de CRICHTON	42
F.- Escala de Coma de Glasgow	43
G.- Escala Visual Analógica - EVA	43

Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la forma más grave de la cardiopatía isquémica. Este ocurre cuando las placas de aterosclerosis bloquean el flujo sanguíneo al corazón, su ruptura repentina provoca la obstrucción de las arterias coronarias, formando un coágulo, provocando la muerte de las células cardíacas por falta de oxígeno (Fernández, 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la principal causa de muerte en el mundo, causando aproximadamente 17.9 millones de muertes al año, lo que equivale al 31% de todas las muertes globales. De este total, un 85 % corresponde a infartos de miocardio y eventos relacionados con la arteriosclerosis coronaria. A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta en el año 2023, cerca de 189 210 mil defunciones por enfermedades cardiovasculares, de las cuales 177 mil fueron por IAM, responsable de una de cada tres muertes por ECV en México. En el 2024 en el estado de Puebla, conforme al boletín epidemiológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó un total de 1432 casos acumulados.

El panorama no es bueno debido a que la prevalencia de factores de riesgo como hipertensión, diabetes y dislipidemia está en ascenso, lo que incrementa la carga de la enfermedad.

Dentro de la sintomatología del IAM, es caracterizada por un dolor agudo en el lado izquierdo del pecho, sufrimiento que irradia hacia el brazo del mismo lado o a la espalda, el paciente describe este dolor opresivo que siente apretando el puño, pero no siempre se presenta con los síntomas típicos sino, por el contrario, se evidencia por otros síntomas que no se asocian necesariamente con el corazón, tales como un cansancio intenso, náuseas, o un malestar inespecífico en el pecho o en el abdomen. Incluso, el paciente puede no darse cuenta de su situación

y solo se enteran que han sufrido un infarto, después que es examinado con un electrocardiograma (ECG) (Balladares et al., 2021).

Los pacientes que presentan sintomatología deben ser evaluados rápidamente en la sala de emergencias. Esta debe incluir la toma de ECG de 12 derivaciones, anamnesis, exploración física y datos de laboratorio básicos con troponina sérica (Pérez, 2021).

El tratamiento se basa en una combinación de intervenciones médicas y quirúrgicas, incluye el uso de medicamentos anticoagulantes para inhibir la generación o la actividad de la trombina, también el uso de antiagregantes plaquetarios. Como parte del tratamiento invasivo de alto riesgo, se recomienda la angiografía coronaria y en los casos donde existe afección de varios vasos, en el que no fue posible la revascularización percutánea, se opta por cirugía de revascularización miocárdica (Collet et al., 2021).

Estudios realizados por personal de enfermería resaltan la importancia de realizar planes de cuidado con énfasis en el Proceso de Atención de enfermería (PAE), como Ledezma (2024) señala que la implementación del PAE es fundamental para identificar las necesidades de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST) y actuar de manera rápida ante posibles complicaciones y así lograr mejorar el estado de salud y reducir riesgos vitales. Moguel et al. (2023) mencionan que la metodología del PAE facilita innovaciones dentro de los cuidados enfermeros, además de las diferentes alternativas en las acciones que se deben seguir para el tratamiento del paciente quirúrgico cardiovascular. Meseguer (2020) hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo un estilo de vida saludable. Destaca también la importancia en la atención temprana al paciente por parte del equipo médico, un diagnóstico y un tratamiento precoz y adecuado ante estas situaciones. Sanz (2023) señala que elaborar un plan de cuidados facilita la identificación de problemas y necesidades en el paciente para poder intervenir

sobre ellas y poder garantizar su confort, así como la reducción de futuras complicaciones. En su intervención se logró disminuir el nivel de ansiedad del paciente. Por otro lado, Cisneros et al. (2024) mencionan que la revascularización coronaria ha demostrado ser una intervención efectiva en el manejo de la enfermedad cardíaca isquémica, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes y reduciendo la mortalidad. Sin embargo, señalan que la decisión de revascularizar debe ser individualizada y basada en una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios para cada paciente.

El cuidado de enfermería especializado en este tipo de patología es fundamental, debido a que interviene en todas las fases de la enfermedad, desde una adecuada valoración y un abordaje inmediato hasta la recuperación postquirúrgica óptima, minimizando las complicaciones a corto y largo plazo. Por ello es indispensable que el enfermero especialista en cuidados críticos realice un adecuado manejo del PAE, brindando así cuidados eficaces y humanizados en beneficio de la salud del paciente.

Dicho lo anterior, realizar planes de cuidado con énfasis en el PAE es indispensable, ya que permitirá establecer protocolos más eficientes y estandarizados para el manejo postoperatorio de estos pacientes. Una mejora en el cuidado postquirúrgico mediante intervenciones de enfermería más precisas podría disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad, optimizando el tiempo de recuperación.

1.2. Marco de Referencia

El corazón es el órgano principal del sistema circulatorio cuya función es la de bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos del organismo para que puedan obtener el oxígeno y los nutrientes que ésta transporta, así como recoger las sustancias de deshecho. Además de llevar sangre a todos los órganos del cuerpo, el corazón tiene su propio sistema de irrigación sanguínea, para asegurar que las células cardíacas tengan suficiente aporte de oxígeno y nutrientes, esto mediante las arterias coronarias. (Asociación Española de Enfermería en Cardiología [AEEC], 2022).

El IAM se define como la necrosis de cardiomiocitos en un contexto clínico consistente con isquemia miocárdica aguda. Para el diagnóstico de IAM requiere que se cumpla una combinación de criterios, entre ellos, la detección de un aumento o una disminución de un biomarcador cardíaco, preferiblemente troponina cardíaca de alta sensibilidad (hs-cTn) con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite superior de lo normal, y al menos uno de los siguientes parámetros: síntomas de isquemia miocárdica, nuevos cambios indicativos de isquemia en el ECG, aparición de ondas Q patológicas en el ECG, evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o una nueva anomalía regional en la motilidad de la pared coherente con un patrón de etiología isquémica, detección de un trombo coronario mediante angiografía (Collet et al., 2021).

Existen diferentes tipos de infartos, el tipo 1 se caracteriza por la rotura, fisura o erosión de una placa aterosclerótica que produce la formación de un trombo en una o más arterias coronarias, lo que reduce el flujo sanguíneo y consiguiente la necrosis miocárdica. El IAM de tipo 2 es la necrosis miocárdica producida por una entidad distinta de la inestabilidad de la placa coronaria que contribuye al desajuste entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno. El 3, se define

como el infarto de miocardio con desenlace mortal cuando no se dispone de biomarcadores, y los tipos 4 y 5, se relacionan con la ICP y la cirugía de revascularización coronaria (Collet et al., 2021).

El síndrome coronario crónico (SCC) engloba condiciones patológicas producidas por discordancia crónica o repetitiva entre oferta y demanda en el consumo de oxígeno miocárdico. La causa más frecuente de isquemia se debe a obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias, menos frecuentes son la disfunción microvascular, vasoespasmo, anomalías congénitas o injurias miocárdicas no ateroscleróticas. La principal manifestación clínica del SCC es la angina. La diferencia con los síndromes coronarios agudos será la aparición y el tiempo de duración del dolor con ejercicio o estrés, permiten diferenciar este cuadro (Velázquez et al., 2022).

La sintomatología producida por los distintos tipos de síndromes coronarios es muy similar, siendo el dolor torácico el síntoma más prevalente. Suele ser de localización centrotorácica o precordial, continuo, con irradiación, la cual puede ir a cuello, mandíbula, hombros, brazos o interescapular o sin ella. Es referido de tipo opresivo, de duración variable y se puede acompañar de sudoración fría, náuseas, vómitos o mareos. También pueden producirse manifestaciones clínicas atípicas tales como disnea, astenia, epigastralgia (AEEC, 2022).

La evaluación comienza con la toma de ECG y mediciones seriadas de biomarcadores cardíacos para ayudar a distinguir entre angina inestable, IAMCEST e IAMSEST. La distinción de estos es importante para la toma de decisiones, dado que los fibrinolíticos son beneficiosos para los pacientes con IAMCEST pero pueden aumentar el riesgo de aquellos donde no hay elevación del ST y angina inestable. Asimismo, los pacientes con IAMCEST agudo requieren cateterismo cardíaco urgente, pero en general no lo requieren los que tienen IAMSEST (Byrne et al., 2023).

Una vez identificados los signos y síntomas se iniciará el tratamiento, clasificado en farmacológico y terapias de reperfusión. El tratamiento farmacológico consiste en la ministración

de agentes antiplaquetarios y anticoagulantes. La terapia de reperfusión puede ser mediante administración de fibrinolíticos o angiografía con intervención coronaria percutánea o en casos complejos se opta por la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) (Lawton et al., 2021).

La CRM, también conocida como cirugía de bypass coronario, es un procedimiento médico diseñado para mejorar la irrigación sanguínea del corazón. Este procedimiento consiste en utilizar vasos sanguíneos sanos de otra parte del cuerpo, los cuales suelen ser arterias del brazo o del pecho, o venas de las piernas para conectarlos de forma proximal y distal a la obstrucción en una arteria coronaria. De esta manera, se crea una nueva ruta para que la sangre fluya, evitando así la arteria bloqueada u ocluida. Durante la cirugía, el corazón se detiene temporalmente, y una máquina de circulación extracorpórea (bypass corazón-pulmón) se encarga de bombear la sangre al resto del cuerpo (National Heart Lung and Blood Institute [NHLBI], 2024).

En este sentido, el profesional de enfermería tiene un rol importante en el cuidado de los pacientes sometidos a revascularización, por lo que el uso del PAE es relevante dado que es un método sistemático para brindar cuidados individualizados, humanistas y eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Consta de 5 fases secuenciales organizadas y sistemáticas, siendo estas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Secretaría de Salud [SSa], 2023).

Se han realizado estudios referentes a casos clínicos que abordan el cuidado en pacientes con IAM con un enfoque en el PAE como el caso clínico de Moguel et al., (2022). El cual habla de un hombre de 70 años diagnosticado con IAMCEST, quien experimentó síntomas característicos como: dolor torácico intenso, disnea y náuseas; su diagnóstico se confirmó mediante electrocardiograma y evaluación clínica. Se aplicaron intervenciones inmediatas donde incluyeron administración de medicamentos antitrombóticos, analgésicos, oxigenoterapia y

manejo de síntomas. Realizaron un plan de cuidados basado en diagnósticos NANDA, con intervenciones NIC y criterios de resultados NOC y mediante la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Obteniendo diagnósticos destacados como: dolor agudo, patrón respiratorio ineficaz, náuseas y temor. Enfocaron sus intervenciones en el control del dolor, manejo de náuseas, apoyo emocional y monitorización respiratoria. El paciente egreso por alta hospitalaria tras una semana con un plan de alta detallado para cambios en estilo de vida y adherencia al tratamiento.

Otro estudio realizado por Ledezma et al. (2024) analiza el PAE en un caso clínico IAM en un paciente masculino de 37 años con antecedentes de hipercolesterolemia familiar. Utilizando la metodología del PAE y herramientas como los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC, donde se identificaron diagnósticos principales como dolor agudo, disminución del gasto cardíaco y riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca. El manejo del dolor, control de arritmias y terapia trombolítica fueron cruciales para la estabilización del paciente.

El caso clínico de Meseguer (2020) describe a un hombre de 70 años quien presenta dolor torácico intenso, disnea y náuseas. Es diagnosticado con SCACEST y tratado en emergencia con medidas de estabilización (oxigenoterapia, analgésicos, anticoagulantes) y traslado al hospital para intervención especializada. Elabora un plan de cuidados en el cual valora mediante el modelo de Virginia Henderson y su planeación con los diagnósticos de enfermería NANDA, con intervenciones y criterios de resultados NIC/NOC. Los diagnósticos que implementa incluyen: Dolor agudo el cual maneja con analgésicos y técnicas de valoración y control del dolor; Náuseas, tratadas con antieméticos y técnicas no farmacológicas; Patrón respiratorio ineficaz, gestionado con oxigenoterapia y monitorización y Temor donde brinda apoyo emocional para reducir la

ansiedad. Se resalta el papel crítico del personal de enfermería en la atención integral y la educación del paciente para prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida.

Sanz (2023) en su artículo aborda el caso clínico de un hombre de 66 años con angina refractaria, un dolor crónico asociado a isquemia miocárdica que no responde a tratamientos convencionales. Diseñó un plan de cuidados basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC para identificar problemas como dolor crónico, intolerancia a la actividad, ansiedad y conocimientos deficientes. El procedimiento tuvo éxito en reducir la ansiedad y mejorar el conocimiento del paciente sobre su condición.

Por otro lado, Cisneros et al. (2024) realizaron un estudio donde revisaron la eficacia y seguridad del tratamiento por revascularización miocárdica basado en estudios de los últimos 15 años, enfatizando en una evaluación individualizada y multidisciplinaria para optimizar resultados. Demostrando que la técnica mejora la calidad de vida y reduce la mortalidad. También refieren que la cirugía sin bomba extracorpórea mostró menores complicaciones perioperatorias en ciertos pacientes. Donde las complicaciones incluyen hemorragias, arritmias, insuficiencia renal y complicaciones respiratorias, neurológicas o digestivas. Respecto al pronóstico, se encontró una supervivencia a 5 años cercana al 92% y a 10 años del 80%. Por último, enfatizan que la elección del método debe personalizarse, considerando factores clínicos, anatómicos y las preferencias del paciente.

1.3 Objetivo

Implementar un proceso de atención de enfermería a un paciente con síndrome coronario crónico posterior a la revascularización, para favorecer su estabilización, recuperación y prevención de complicaciones.

Capítulo II

Diseño del Proceso de Enfermería

2.1 Valoración

Se realiza un proceso de atención de enfermería bajo consentimiento informado a paciente que ingresa al servicio de terapia intensiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho” por diagnóstico de síndrome coronario crónico, post operado de revascularización miocárdica.

2.1.1. Datos de Identificación

J. R. M. A, masculino de 78 años de edad, casado, básica completa, pensionado, religión católica, reside en Puebla, México.

2.1.2. Observación del Entorno

Paciente que se encuentra en la cama 3 de la unidad de cuidados intensivos, la cual cuenta con una cama eléctrica, barandales, monitor, ventilador mecánico, bombas de infusión, toma de oxígeno y succión, mesa puente, con cortina.

2.1.3. Datos Históricos

Paciente J. R. M. A, con enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial sistémica de 36 años de evolución en tratamiento, diabetes mellitus tipo 2 de hace 31 años en tratamiento, alergias al medio de contraste yodado, patología prostática no especificada en estudio desde octubre 2024 en tratamiento, arritmia no especificada diagnosticada en febrero 2024 en tratamiento con amiodarona (suspendida en octubre 2024); procedimientos quirúrgicos: válvula secundaria a acalasia en 2012, plastia inguinal izquierda en 2005, ambos sin complicaciones. Con antecedente de IAMSEST en octubre del 2023.

Ingresa a la unidad hospitalaria el 02/11/2024 sin posibilidad de realizar ICP, motivo por el cual abordan con estudio de perfusión miocárdica que reporto IAM anteroseptal con isquemia residual moderada, por su antecedente de alergia y requerimiento de medio de contraste hipoosmolar para realizar intervención, ante la demora del medio, se decidió seguimiento por la consulta externa donde se mantuvo asintomático. Como parte del seguimiento se realiza nuevo SPECT con prueba de BRUCE, evidenciando isquemia pared anteroseptal y apical de grado leve e isquemia a pared inferior de grado leve-moderado, siendo programado para revascularización miocárdica el día 04/11/2024.

Realizan aortotomía de marginal obtusa y anastomosis termino lateral y aortotomía de descendente anterior y anastomosis termino lateral con arteria mamaria interna izquierda, con necesidad de uso de marcapaso, intentando su destete, sin embargo, no se mantienen cifras de tensionales perfusorias, tiempo de pinzamiento de 62 min tiempo de bomba extracorpórea 75 min, sangrado 350 cc, transfusiones 3 paquetes globulares, fuera de bomba 2 plasmas, 1 aféresis y 3 concentrado eritrocitarios. Sale de bomba al primer intento a ritmo de marcapasos, se inicia doble apoyo vasopresor sin mantener TAM en metas de perfusión tisular por lo que deciden colocar balón de contrapulsación intraaórtico y se colocan sondas mediastinales anterior y posterior.

Posteriormente ingresa a terapia intensiva el día 04 de noviembre, bajo sedación y analgesia con RASS de - 5. Hemodinámicamente comprometido con doble apoyo vasopresor con norepinefrina y vasopresina, uso de apoyo mecánico de balón de contrapulsación, marcapasos en modalidad centinela (VVI), 2 sondas mediastinales en Y con presencia de gasto hemático. Con sonda foley a derivación.

2.1.4. Valoración Inicial

Esta se realizó el día 05 de noviembre en la UCI de manera céfalo-caudal debido a la condición del paciente, obteniendo los siguientes datos:

Signos vitales: Tensión arterial 101/53 mmHg, PAM 69 mmHg, frecuencia cardiaca 92 lpm, temperatura corporal 36.5°C, respiraciones por minuto 16, oximetría de pulso 94%, glucemia capilar 299 mg/dl.

Cabeza: paciente en posición semifowler, bajo sedación con dexmedetomidina y analgesia con buprenorfina, RASS con puntuación + 1.

Cara: ligera palidez de tegumentos, normohidratada.

Ojos: pupilas isocóricas reactivas a la luz de 2 mm de diámetro.

Boca: mucosas semihidratadas, con VMI modalidad CPAP por cánula orotraqueal no. 7.5 Fr, fijado en 23 cm de arcada dental en comisura derecha, con adecuada respuesta.

Cuello: corto, palpación y auscultación de arterias carótidas.

Tórax anterior y posterior: expansión pulmonar bilateral simétrica, con respiraciones profundas, campos pulmonares ventilados. Catéter venoso central subclavio derecho sin datos de infección. Con apoyo de doble vasopresor a base de norepinefrina a dosis de 0.94 mcg/kg/min, vasopresina a dosis de 0.1 UI/min. Se auscultan ruidos cardíacos de buen tono por marcapasos en modalidad VVI, frecuencia cardiaca de 68 latidos por minuto, apoyo mecánico de balón de contrapulsación, llenado capilar de 3 segundos. Herida quirúrgica sin datos de sangrado e infección. Cuenta con dos sondas, una mediastinal, la segunda con disrupción a pulmón en Y, con un gasto total de 500 ml en 24 horas de características hemáticas.

Extremidades superiores: integra, extremidad superior derecha con acceso venoso periférico funcional sin datos de infección y con sujeción gentil.

Abdomen: depresible al tacto, peristalsis presente, en ayuno hasta nueva orden.

Genitales: íntegros, con sonda vesical a derivación con adecuado gasto urinario de 1.44 ml/kg/hr.

Extremidades inferiores: herida en extremidad inferior derecha por safenectomía, cubierta, con datos de sangrado.

2.1.4.1 Interpretación de Escalas de valoración

Se utilizaron diversas escalas para complementar la valoración del paciente, obteniendo los siguientes puntajes:

RASS; + 1 puntos (ver Apéndice B), ESCID; 4 puntos (ver Apéndice C), Braden; 12 puntos (ver Apéndice D), Crichton; 7 puntos (ver Apéndice E).

2.1.5 Resultados de Auxiliares Diagnósticos

	Determinación	Resultado
Biometría hemática	Hemoglobina	10.1
	Hematocrito	29.4
	Leucocitos	8.23
	Plaquetas	145000
	Tp	15.1
	INR	1.32
	TTPa	35.5
	Fibrinógeno	569
Química sanguínea	Glucosa	290
	BUM	17.8
	Urea	38.3
	Creatinina	1.06
Electrolitos séricos	Ca	9.2
	Cl	108
	K	3.5
	Na	145
Perfil de funcionamiento hepático	BT	1.59
	BI	0.84
	ALT	17
	AST	26
Gasometría arterial	Ph	7.46
	Pco2	31
	Po2	110
	Hco3	23.9
	BE	-1.8

Fuente: Expediente de paciente de Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho

2.2 Diagnósticos de enfermería

De acuerdo a los datos de la valoración se obtuvieron los siguientes diagnósticos:

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la poscarga

E/P presión arterial alterada

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 1 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del confort físico R/C Control inadecuado de la situación E/P Ansiedad, inquietud

Dominio: 2 Nutrición

Clase:4 Metabolismo

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C Estrés excesivo

Población en riesgo: Personas en unidades de cuidados intensivos.

Clase: 2 Lesión física

Dominio: 12 Confort

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de shock R/C Sangrado, presión arterial inestable

Población en riesgo: Persona con antecedentes de infarto de miocardio

Condiciones asociadas: Enfermedad cardíaca, dispositivos médicos, procedimiento quirúrgico.

2.3 Planeación, ejecución y evaluación del cuidado de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: Actividad/Reposo Clase: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco R/C: Alteración de la poscarga E/P: Presión arterial alterada	Dominio: Salud fisiológica Clase: Cardiopulmonar Código NOC: 0401 Estado circulatorio	Presión arterial sistólica (4)(5) Presión arterial diastólica (3)(4) Presión arterial media (3)(4) PaO2 (4)(5) PaCO2 (5)(5) Saturación de oxígeno (4)(5) Gasto urinario (4)(4) Relleno capilar (5)(5)	Dominios: Fisiológico: complejo Clase: Manejo de la perfusión tisular Intervención: Cuidados Cardiacos: agudos Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se cardio monitoriza de forma continua al paciente desde los puntos de vista físico y psicológico, donde se observó el ECG para detectar cambios, al igual que el ritmo y la frecuencia cardiaca. ❖ Para la evaluación cardiaca del estatus cardiaco, se incluyó la circulación periférica. ❖ La frustración y el miedo se visualizaron, estos causados por la incapacidad de comunicación y la exposición a aparatos y entornos extraños. ❖ La oxigenoterapia se monitoriza a través del pulsioxímetro para ver si esta es eficaz. ❖ También se monitorizan los factores determinantes del aporte de oxígeno.
	Puntuación Basal		
	4	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal	
	Mantener a: 4 Aumentar a: 5	3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal	
	Puntuación Post-intervención		
	5		

	Puntuación cambio	5.Sin desviación del rango normal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El estado neurológico se monitorizo en todo momento. ❖ El control de las entradas y salidas, la diuresis y la función renal se monitorizo lo más exacto posible. ❖ Se administran medicamentos que alivien/eviten el dolor, como la buprenorfina. ❖ Se da seguimiento a la eficacia de la medicación. ❖ A la familia y al paciente se les instruye sobre la finalidad del tratamiento y el modo en que se medirán los progresos. <p>Guía de práctica: Diagnóstico y tratamiento de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST Código GPC: GPC-IMSS-191-18 <i>Recomendaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El balón intraaórtico de contrapulsación se usó en el paciente por su inestabilidad hemodinámica por complicaciones mecánicas. ❖ La meta de presión arterial diastólica es mayor a 80 mmHg y menor de 85 mmHg en los pacientes con diabetes.
	+ 1		

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: Confort Clase: Confort físico Diagnóstico: Deterioro del confort físico R/C: Control inadecuado de la situación E/P: Ansiedad, inquietud	Dominio: Salud psicosocial Clase: Bienestar psicológico Código NOC: 1212 Nivel de estrés	Inquietud (3)(5) Ansiedad (3)(5) Conducta compulsiva (3)(5) Aumento de la frecuencia cardiaca (4)(5)	Dominios: Conductual Clase: Favorecimiento del confort psicológico Intervención: Disminución de la ansiedad Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Para identificar ansiedad, se observa si hay signos no verbales como movimientos posturales y expresiones faciales. ❖ Se permanece y se habla con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. ❖ En todo momento se le explican los procedimientos, incluidas las sensaciones que se han de experimentar. Dominios: Fisiológico: básico Clase: Favorecimiento del confort físico Intervención: Manejo del dolor: agudo Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se observan signos no verbales de molestias y se asegura que el paciente reciba los cuidados analgésicos como cambios posturales, masaje y aplicación de crema posterior al baño.
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado	
	Mantener a: 3 Aumentar a: 5	4. Leve 5. Ninguno	
	Puntuación Post-intervención		
5			

	Puntuación cambio		❖ Confirmando con la hoja de enfermería e indicaciones médicas, se aseguró de que recibiera la atención analgésica en tiempo y horario correspondiente.
<p>Dominios: Seguridad Clase: Manejo del riesgo Intervención: Manejo del delirium <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se Identificaron los factores etiológicos que causan delirio, en este caso el nivel de sedación. ❖ La sedación se redujo, pero se controló el dolor con analgesia, de acuerdo a indicaciones médicas. ❖ A familiares y personal de enfermería en turno se pidió vigilar estrechamente al paciente en los periodos de agitación en lugar de usar sujeciones. ❖ Al paciente se le reorientó en persona, tiempo y lugar, también se le comunicó con frases simples, directas y descriptivas. 			<p>Guía de práctica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del DELIRIUM en el adulto mayor hospitalizado Código GPC: GPC-IMSS-465-11 <i>Recomendaciones ejecutadas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ante la presencia de dolor se evaluó y atendió. ❖ Como marca la guía debido a la sospecha se evaluó el delirio y se trató. A su vez que el tratamiento analgésico sea el apropiado y a dosis óptimas. ❖ Se mantuvo una comunicación efectiva con el adulto mayor hospitalizado y reorientarlo en forma continua en tiempo, persona y espacio. Además de apoyarse con la participación de familiares, amigos y cuidadores para este fin.

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: Nutrición Clase: Metabolismo Diagnóstico: Riesgo de nivel de Glucemia inestable R/C: Estrés excesivo Población en riesgo: Personas en unidades de cuidados intensivos	Dominio: Salud Percibida Clase: Sintomatología Código NOC: 2111 Severidad de la hiperglucemia	Aumento de la diuresis (3)(3) Glucemia elevada (3)(3) Malestar (3)(4)	Dominios: Fisiológico: complejo Clase: Manejo de los electrolitos y ácido-base Intervención: Manejo de la hiperglucemia Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Para vigilar la glucemia se monitorizo cada 6 horas, se visualizó si había signos y síntomas de hiperglucemia y se administró insulina por medio de punción capilar, según prescripción médica. ❖ Se identifican las causas posibles de la hiperglucemia. ❖ La comprobación de los niveles de electrolitos se realizó con la gasometría arterial y laboratorios. ❖ Se monitoriza el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas). Guía de práctica: Diagnóstico y tratamiento de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST Código GPC: GPC-IMSS-191-18 Recomendaciones ejecutadas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Como recomendación se realizó el monitoreo de los niveles de glucosa para diabetes mellitus tipo 2 en todos los pacientes con SCA SEST ya sea con
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. Ninguno	
	Mantener a: 3 Aumentar a: 4		
	Puntuación Post-intervención		
	3		
Puntuación cambio			

	+1		<p>antecedente de diabetes mellitus o con hiperglicemia.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ El tratamiento hipoglucemiante debe considerarse en los pacientes son SCA y glucosa sanguínea mayor a 180 mg/dl, adaptándolo a la comorbilidad, así como evitarse cualquier episodio de hipoglucemia.
--	----	--	--

2.4 Valoración continua

Se realiza la segunda valoración; esta con el uso de patrones funcionales de salud, haciendo énfasis en lo prioritario, el día 06 de noviembre de 2024 a las 10:00 horas, en la misma unidad.

Percepción de la salud

Refiere encontrarse bien posterior al procedimiento, quien, a pesar de haber estado hospitalizado en múltiples ocasiones, nunca había pasado por un área de cuidados intensivos lo cual le generaba duda respecto a la recuperación. Considera su estado de salud delicado y muestra interés en mejorar su estilo de vida y seguir adecuadamente el régimen terapéutico.

Nutricional-metabólico

Inicia con dieta blanda posterior a dos tomas de dieta líquida, la cual tolera adecuadamente, con datos de polidipsia e hiperglucemia 331 mg/dl.

Sin lesiones en piel, herida de safenectomía aún con ligeros datos de sangrado.

Eliminación

Sin evacuaciones en 72 horas, con presencia de peristalsis, continua con sonda vesical a derivación con gasto urinario a 1.44 ml/kg/hr, de características clara. Balance de 24 horas de 651, acumulado de -451 con uso de diurético.

Actividad-ejercicio

Cursando 24 horas posterior a la extubación, sin complicaciones, con apoyo de oxígeno suplementario mediante cánula nasal a 3lxm, manteniendo saturación del 95%, frecuencia respiratoria de 17 rpm. Primeras horas posterior al destete del BIAC, sin datos de hipoperfusión tisular, dependiente de vasopresor, tipo norepinefrina a dosis de 0.06mcg/kg/min con ritmo sinusal, con PAM 70 mmHg. Movilidad moderadamente comprometida, en reposo absoluto.

Sueño-descanso

Duerme aproximadamente tres horas durante la noche debido a los ruidos y rutina del área hospitalaria, durante el día con siestas de 1 hora en promedio de tres veces al día, considera que su descanso no es satisfactorio.

Cognitivo-perceptual

Consciente, con 15/15 en escala de Glasgow. Refiere dolor en tórax 3/10 en escala de EVA el cual se presenta a la movilización, que cede tras minutos de reposo. Analgesia a base de buprenorfina y clonixinato de lisina.

Autopercepción- autoconcepto

Manifiesta que, a pesar de la limitación en las actividades de la vida diaria, se ve como una persona fuerte, tomando en cuenta todos los problemas de salud que ha tenido a través de los años.

Rol-relaciones

Expresa tener buena relación con su familia y agradece el apoyo que le brindan, se siente feliz y su estado de ánimo mejora cada vez que pasan a visitarlo sus familiares.

Adaptación-tolerancia al estrés

El día previo comenta sintió ansiedad, debido a todos los aparatos con los que contaba y procedimientos que se realizaban, al no poder expresar lo que sentía debido a la sedación. Sin sujeción gentil.

2.4.1 Interpretación de Escalas de valoración

En esta valoración se suman otras escalas como:

Glasgow 15 puntos (ver Apéndice F), EVA; 3 puntos (ver Apéndice G).

2.4.2 Resultados de Auxiliares Diagnósticos

	Determinación	Resultado
Biometría hemática	Hemoglobina	9.06
	Hematocrito	26.12
	Leucocitos	12..21
	Plaquetas	115000
Química sanguínea	Glucosa	331
	BUM	24.1
	Urea	37.2
	Creatinina	0.98
Electrolitos séricos	Cl	113
	K	3.6
	Na	144
Perfil de funcionamiento hepático	BT	0.85
	BD	0.31
	BI	0.54
	ALT	28
	AST	42
Gasometría arterial	Ph	7.43
	Pco2	39
	Po2	40
	Hco3	25.6
	BE	1.5
	So2	77

Nota: Expediente del paciente del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho

2.5 Diagnósticos de enfermería

De acuerdo a los datos de la valoración se obtuvieron los siguientes diagnósticos:

Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la autogestión de la salud E/P deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo.

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 1 Sueño/reposo

Diagnóstico de Enfermería: Patrón de sueño ineficaz R/C privacidad inadecuada E/P dificultad para permanecer dormido, insatisfacción del sueño.

Dominio: 2 Nutrición

Clase:4 Metabolismo

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C Estrés excesivo

Población en riesgo: Personas en unidades de cuidados intensivos.

2.6 Planeación, valoración y ejecución del cuidado de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE)		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
<p>Dominio: Promoción de la salud Clase: Gestión de la salud</p> <p>Diagnóstico: Disposición para mejorar la autogestión de la salud E/P: Deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo.</p>	<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Conocimiento sobre salud Código NOC: 1849</p> <p>Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial coronaria</p>	<p>Causa y factores contribuyentes (2)(4)</p> <p>Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad (3)(4)</p> <p>Tipos de dolor asociados a la enfermedad (3)(4)</p> <p>Estrategias para reducir los factores de riesgo (2)(3)</p> <p>Beneficios de mantener el peso optimo (3)(4)</p>	<p>Dominios: Conductual Clase: Educación para la salud</p> <p>Intervención: Enseñanza: proceso de la enfermedad</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se evalúa el nivel de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad ❖ Debido a las dudas, se explica la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, al nivel de comprensión del paciente. ❖ Se describen los signos y síntomas habituales de la enfermedad. ❖ Al ser un procedimiento complejo, se explica lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas. ❖ Junto al paciente se discuten los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso	
	Mantener a: 3 Aumentar a: 4		
	Puntuación Post-intervención		

	4		<ul style="list-style-type: none">❖ Se fomenta el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud.❖ Nuevamente se hace recordatorio sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al personal sanitario, según proceda.
	Puntuación cambio		
	+1		

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: Actividad/reposo Clase: Sueño/reposo Diagnóstico: Patrón de sueño ineficaz R/C: Privacidad inadecuada E/P: Dificultad para permanecer dormido, insatisfacción del sueño.	Dominio: Salud funcional Clase: Mantenimiento de la energía Código NOC: 0004 Sueño	Horas de sueño (2)(3) Eficiencia del sueño (3)(4) Duerme toda la noche (2)(3) Despertar a horas apropiadas (2)(3) Escala (s) 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Dominios: Fisiológico: básico Clase: Facilitación del autocuidado Intervención: Mejora del sueño Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Consultando con el paciente y personal de enfermería se monitoriza y registra el patrón del sueño y el número de horas de sueño. ❖ Todo el tiempo se ajustó el ambiente para favorecer el sueño. ❖ Con el personal de enfermería a cargo, se recomendó disminuir los cuidados nocturnos rutinarios no esenciales. ❖ Al paciente se le dispuso siestas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño. ❖ Se guía en el desarrollo de un protocolo de higiene del sueño. ❖ El tratar de regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales fue ejecutado. ❖ Con técnicas de relajación y respiración profunda se comentan para favorecer el sueño.
	Puntuación Basal		
	2		
	Puntuación Diana		
	Mantener a: 2 Aumentar a: 4		
	Puntuación Post-intervención		
	3		
	Puntuación cambio		
+1			

			<p>Dominios: Fisiológico: básico Clase: Favorecimiento del confort físico Intervención: Manejo del confort <i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none">❖ Con el personal médico y de enfermería se recomienda evitar interrupciones innecesarias y dejar periodos de descanso❖ La evaluación de fuentes de malestar, como apósitos húmedos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales se realizó constantemente.❖ Dependiendo la sensación del paciente y monitorizando la temperatura, se añaden o retiran mantas para ajustar la temperatura.❖ El ajuste de la iluminación a las necesidades de las actividades, evitando la luz directa a los ojos, fue abordado.❖ Se facilitan medidas de higiene, como baño e higiene parcial.❖ Los cambios de posición para facilitar la comodidad, fueron efectuados tomando en cuenta las necesidades del paciente.
--	--	--	--

2.7 Plan de Alta (Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios)

Egresó paciente de la unidad de cuidados intensivos el día 8/11/2024 por mejoría, e ingresa al servicio de cardiología para dar continuidad al tratamiento. Por lo tanto, se presenta la propuesta para la continuidad de cuidados intrahospitalarios, ya que por este cambio no se pudo prolongar el seguimiento del paciente.

Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios	
Intervenciones de Enfermería	
a) Datos de riesgo (signos y síntomas)	<p>Dominios: Fisiológico: complejo Clase: Manejo de la perfusión tisular</p> <p>Intervención: Manejo del riesgo cardiaco</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda. ❖ Instruir al paciente sobre la realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva, según corresponda. ❖ Instruir al paciente y la familia sobre los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco (p. ej., fármacos, monitorización de la presión arterial, restricciones de líquidos y de alcohol, rehabilitación cardíaca).

<p>b) Tipo de Dieta/Nutrición</p>	<p>Dominios: Fisiológico: básico Clase: Apoyo nutricional</p> <p>Intervención: Asesoramiento nutricional</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. ❖ Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p.ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol). ❖ Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. ❖ Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial. <p>Guía de práctica: Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica, Valvulopatías y Grupos Especiales</p> <p><i>Recomendaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El diagnóstico nutricional recomendado debe de incluir 4 parámetros: <ul style="list-style-type: none"> 1) Evaluación antropométrica <ul style="list-style-type: none"> a) peso actual b) peso recomendado c) peso habitual d) estatura e) circunferencia de cintura f) porcentaje grasa. 2) Evaluación dietética. <ul style="list-style-type: none"> a) registro de 24 hrs. b) cálculo kcal. c) frecuencia de consumo de alimentos de riesgo para enfermedades cardiovasculares.
---------------------------------------	--

	<p>3) Evaluación bioquímica.</p> <p>a) perfil de lípidos. b) glucosa. c) urea. d) creatinina. e) ácido úrico.</p> <p>4) Evaluación clínica.</p> <p>a) signos y síntomas b) historial médico.</p>
<p>c) Cuidado de heridas, estomas, sondas y/o catéteres, etc.</p>	<p>Dominios: Fisiológico: complejo Clase: Manejo de la piel/heridas</p> <p>Intervención: Cuidados de las heridas</p> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Si la herida presenta buen aspecto, se lava con agua y jabón, se seca y se pone antiséptico, se cubre con gasa y apósito estéril, repitiendo cada 24 horas o antes si es preciso. Si presenta supuración (anotar aspecto y color), se comunica al médico y se realiza un cultivo. ❖ Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje. ❖ Compara y registrar cualquier cambio producido en la herida. ❖ Enseñar los signos y síntomas de infección. ❖ Enseñar los procedimientos de cuidado de la herida.
<p>d) Ejercicio</p>	<p>Guía de práctica: Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica, Valvulopatías y Grupos Especiales</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Con base en los beneficios a la salud observados en personas que realizan ejercicio, el programa de rehabilitación cardíaca debe asistir al paciente con cardiopatía para que desarrolle una actividad

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es recomendable, en los pacientes con diabetes mellitus 2, alcanzar una glucemia de ayuno de 90-130 mg/dl, una glucemia posprandial menor de 180 mg/dl y una hemoglobina glucosilada menor de 7%.
<p>f) Apoyo comunal (servicios de salud, familia, etc. de la persona)</p>	<p>Guía de práctica: Guía de práctica: Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica, Valvulopatías y Grupos Especiales</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los pacientes con enfermedad coronaria deben ser examinados para la ansiedad y la depresión con una herramienta de evaluación validada. ❖ Los programas de rehabilitación cardíaca deben incluir intervenciones psicológicas y educativas en el marco de la rehabilitación integral.

Capítulo III

3.1 Discusión y Conclusión

El objetivo planteado en este trabajo se cumplió, donde se identificó que el uso de taxonomías de enfermería, en conjunto con la evidencia de los estudios relacionados nos brindan herramientas adecuadas para desarrollar planes de cuidado con fundamento científico basado en la evidencia.

Respecto a los diagnósticos establecidos se encuentra relación con lo descrito en la literatura, con autores como Ledezma et al., (2024) con la disminución del gasto cardiaco. Por otra parte, Moguel et al., (2022), Sanz (2023), Meseguer (2020), manejan diagnósticos de ansiedad y dolor, siendo estos dos síntomas comunes en todos los pacientes, pero en este caso se opta por el deterioro del confort físico debido a que los diagnósticos previamente mencionados se contemplan atender como parte del deterioro del confort físico, dándole así, un enfoque más integral y humanizado para tratar las diversas causas y tener mejores resultados en la recuperación del paciente.

Con lo descrito por Cisneros et al., (2024) hubo relación y se confirmó que la cirugía de revascularización miocárdica es eficaz, siempre y cuando se haga de manera individualizada y en colaboración con el equipo multidisciplinario para optimizar resultados.

Por último, si bien se logró una mejoría en el estado de salud del paciente, no se le pudo dar un seguimiento a la continuidad de cuidados, lo cual no es favorable debido a la importancia de esta etapa, siendo esta una limitación. Por ello se recomienda realizar más casos similares dando un seguimiento a mediano y largo plazo para ver la evolución de estos pacientes.

Realizar un proceso enfocado a paciente con IAMSEST es fundamental para el manejo por parte del personal de enfermería para evitar complicaciones, debido a que la evidencia que se tiene demuestra que las intervenciones planteadas y utilizadas ayudan a la recuperación del paciente, mejorando así su calidad de vida. Por ello la importancia de implementar planes de cuidado basados en la evidencia científica, que ayuden al profesional de enfermería a brindar cuidados de calidad de acuerdo a la necesidad de cada paciente, este debe ser integral, considerando tanto las intervenciones clínicas como las emocionales, con el fin de promover una recuperación óptima y evitar complicaciones adicionales. La capacitación continua del personal de enfermería y el trabajo en equipo son fundamentales para ofrecer una atención de calidad en la unidad de cuidados intensivos.

El personal de enfermería intensivista tiene un papel importante en el manejo de estos casos, desde la interpretación de un electrocardiograma para ver qué tipo de infarto es y en qué parte del corazón está la afectación, para así saber que alteraciones pueden ocurrir y conocer cómo abordarlas de manera adecuada e inmediata, debido a que el tiempo aquí es determinante, en el postquirúrgico mediante el manejo de equipos biomédicos, como los de asistencia ventricular y los múltiples cuidados con enfoque humanizado que se brindan. Por ello el conocimiento, habilidades, la experiencia y el buen trato al paciente, en conjunto, permiten brindar cuidados de calidad en beneficio para los pacientes.

Referencias

- Asociación Española de Enfermería en Cardiología (2022). *Manual de Enfermería en Cuidados Críticos Cardiovasculares*.
https://enfermeriaencardiologia.com/images/manuales/Manual_de_Enfermeria_en_Cuidados_Criticos_Cardiovasculares_ISBN_978_84_09_44195_2.pdf
- Balladares-Mazzini, M., Alvarez, A., Arcentales, H., Balladares, J., Gaibor, J., Ramírez-Amaya, J., Patiño-Zambrano, V., Salazar, G., Velastegui-Egüez, J., Villacrés, X. (2021). *Prevención e Identificación de Factores de Riesgos de Enfermedades Cardiovasculares*. Mawil Publicaciones de Ecuador.
- Butcher, H. K., Clark, M. F., & Wagner, C. M. (2024). *Clasificación de intervenciones de Enfermería* (NIC) (8th ed.). Elsevier.
- Byrne. R., Rossello. X., Coughlan. J., Barbato. E., Berry. C., Chieffo. A., (Italia), Claeys. M., Dan. G., Dweck. D., Galbraith. M., Gilard. M., Hinterbuchner. L., Jankowska. E., Jüni. P., Kimura. T., Kunadian.V., Leosdottir. M., Lorusso. R., Pedretti. R., Rigopoulos. A., Gimenez. M., Thiele. H., Vranckx. P., Wassmann. S., Wenger. N., Ibanez. B. (2023). *Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos*.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Cisneros, K., Cabrera, T., Pacheco, G. & Valverde, L. (2024). *Evaluación de la revascularización coronaria en paciente con enfermedad cardiaca isquémica*.
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1473>
- Collet, J., Barbato, E., Barthe' le'my, O., Bauersachs, J., Bhatt, D., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., Mueller, C., Roffi, M., Rutten, F., Sibbing, D.,

Siontis, G., Thiele, H. (2020). *Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.*

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>

Fernández, C (2023). *Infarto Agudo del Miocardio (IAM)*. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. <https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/enfermedades/infarto-agudo-de-miocardio-iam>

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Taqueo, L. C., (2021). *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023* (11th ed.). Elsevier.

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica, Valvulopatías y Grupos Especiales*. México: IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/429GER.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado*. México: IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/465GER.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diagnóstico y tratamiento de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST*. México: IMSS. Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/191GER.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (8 de noviembre de 2024). *Estadísticas De Defunciones Registradas*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf

Lawton, J., Tamis-Holland, J., Bates, E., Beckie, T., Bischoff, J., Bittl, J. (2021).

ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the

- American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.006>
- Ledezma-Urquidi, S., Parra-Bujanda, A. & Ruiz-González, K. (2024). *Proceso de atención de enfermería en paciente con infarto agudo al miocardio: estudio de caso*.
<https://doi.org/10.36789/sanusrevent.vi20.492>
- Meseguer, M. (2020). *Plan de cuidados de enfermería para paciente que presenta síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). A propósito de un caso*.
https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627289e9784fe_Enferm-Cardiol.-2020-27-81-54-59_7.pdf
- Moguel-Palma, A., Chuc-Angulo, G., Ortiz-Urbe, K & Reyes-Arvizu, J. (2023). *Estudio de caso: revascularización de paciente con enfoque en el proceso de atención de enfermería*.
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1308/1211
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2020). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (6th ed.). Elsevier.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (marzo, 2022). *Cirugía de revascularización miocárdica*. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/cirugia-de-revascularizacion-miocardica>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Las 10 principales causas de defunción*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (11 de junio de 2021). *Enfermedades cardiovasculares*.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Pérez, J. (2021). *Cardiología en el área de urgencias* (3th ed.). Elsevier.

Sanz, V. (2023). *Caso clínico: plan de cuidados en paciente sometido a implantación de dispositivo reductor de seno coronario.*

<https://revista.enfermeriaencardiologia.com/index.php/aec/article/view/13/9>

Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2023). *Modelo del Cuidado de Enfermería (2ª Ed.). Ciudad de México, México.*

Secretaría de Salud. (2024). *Vigilancia Epidemiológica Semana 52.*

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964745/sem52.pdf>

Velázquez-Zapata, L., Acevedo, M., Díaz-Pérez, Y., Varleta, P. (2022). *Chronic coronary syndrome.* 33 (s5). <https://dx.doi.org/10.35366/108052>

Apéndices

Apéndice A

Puebla Pue. a 05 de noviembre de 2024

Carta de consentimiento informado

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 "*Cuidado especializado posterior a la Revascularización de un Paciente con Síndrome Coronario Crónico*" el cual es llevado a cabo por el Licenciado en enfermería Julio Jiménez Pérez, estudiante de la especialidad en enfermería de cuidados intensivos con matrícula 224650585.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo de mi participación, 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 no continuar con el Proceso de Enfermería si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que mi participación 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 de tesina MCE. Verónica Pérez Badillo al número de celular 2224910747.



Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Apéndice B.- Escala Agitación-Sedación de RICHMOND (RASS)

+4	Combativo	Combativo, violento
+3	Muy agitado	Se tracciona o retira el equipo (tubo, catéter...)
+2	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha con el ventilador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Despierta con la voz, se mantiene despierto <10 seg
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado <10 seg
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal (sin contacto visual)
-4	Sedación profunda	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o el estímulo físico

Nota: Mencia, Tapia (2020).

Apéndice C.- Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual /dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza con la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3 dolor leve-moderado	4-6 dolor moderado-grave	> 6 dolor muy intenso	

Nota: Latorre, Solís, Falero, Larrasquitu, Romay, Millán (2011).

Apéndice D.- Escala de Braden

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y cizallamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	

Se considera como riesgo de desarrollar lesiones un puntaje menor a 14

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

Apéndice E.- Valoración Escala de funcionalidad de CRICHTON

Valoración del riesgo	Puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidente	1
total	10

Determinar el Riesgo de Caída

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

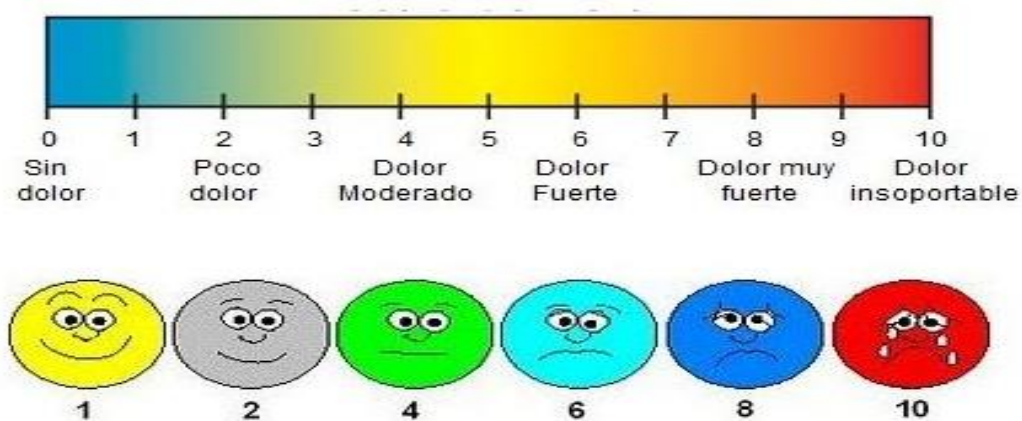
Nota: Almazán, Jiménez (2013).

Apéndice F.- Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación
Apertura ocular	Espontanea	4
	A una orden verbal	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientado y conversando	5
	Desorientado y hablando	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna respuesta	1
Motora	Obedece orden verbal	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada y flexión	4
	Flexión anormal	3
	Extensión	2
	Ninguna respuesta	1
13-15 Leve	9-12 Moderado	3-8 Grave

Nota: Muñana y Ramírez. (2013).

Apéndice G.- Escala Visual Analógica - EVA



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