

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con fibrilación auricular con respuesta ventricular alta y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular en la Unidad de Shock Trauma de una clínica privada en Lima, 2018

**Por:**

Rosa Neycith Irene Angulo

**Asesor:**

Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NEAL HENRY REYES GASTAÑADUI, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con fibrilación auricular con respuesta ventricular alta y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular en la Unidad de Shock Trauma de una clínica privada Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada IRENE ANGULO ROSA NEYCITH para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Emergencias y Desastres ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con fibrilación auricular con respuesta ventricular alta y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular en la Unidad de Shock

Trauma de una clínica privada Lima, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en

Emergencias y Desastres

## JURADO CALIFICADOR



Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Asesor

Lima, 30 de abril de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vii
Índice de anexos.....	ix
Símbolos usados.....	x
Resumen.....	xi
Capítulo I .....	12
Valoración.....	12
Datos generales .....	12
Valoración según patrones funcionales:.....	12
Datos de valoración complementarios: .....	16
Exámenes auxiliares.....	16
Tratamiento médico. ....	18
Capítulo II.....	20
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	20
Diagnóstico enfermero .....	20
Primer diagnóstico .....	20
Segundo diagnóstico .....	20
Tercer diagnóstico .....	21
Cuarto diagnóstico .....	21
Quinto diagnóstico .....	21
Sexto diagnóstico .....	22
Séptimo diagnóstico.....	22

Octavo diagnóstico.....	22
Noveno diagnóstico.....	23
Decimo diagnóstico.....	23
Decimoprimer diagnóstico.....	23
Decimosegundo diagnóstico.....	23
Decimotercer diagnóstico.....	24
Planificación.....	24
Priorización.....	24
Plan de cuidados.....	27
Capítulo III.....	33
Marco teórico.....	33
Disminución del gasto cardiaco.....	33
Intolerancia a la actividad.....	38
Incumplimiento.....	41
Ansiedad.....	43
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.....	46
Capítulo IV.....	50
Evaluación y conclusiones.....	50
Evaluación por días de atención.....	50
Primer diagnóstico.....	50
Segundo diagnóstico.....	50
Tercer diagnóstico.....	50
Cuarto diagnóstico.....	51

Quinto diagnóstico. ....	51
Conclusiones: .....	51
Bibliografía .....	53
Apéndices.....	56

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	16
Electrolitos .....	16
Tabla 2 .....	16
Tabla 3 .....	17
Tiempo de protrombina.....	17
Tabla 4 .....	17
Perfil cardiaco .....	17
Tabla 5 .....	27
Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia FC: 158-180 x min, cambios en el EKG: QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV Arritmia, palpitations cardiacas y disnea. ....	27
Tabla 6 .....	29
Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno secundario a la disminución del gasto cardiaco evidenciado por cambios en el EKG: arritmia, disnea al esfuerzo y aumento de la frecuencia cardiaca de 180 a 158 x min. ....	29
Tabla 7 .....	30
Diagnóstico de enfermería: Incumplimiento relacionado al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo de la salud evidenciado por conducta de no adherencia, paciente refiere que hoy no toma ritmocar 150mg, además que aprox. 1 mes ha estado tomando de manera irregular .....	30
Tabla 8 .....	31

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada grandes cambios, amenaza de muerte secundaria a crisis situacional (estado de salud actual) evidenciado por FA labilidad, depresión, palpitaciones, debilidad, fatiga y aumento de la frecuencia cardiaca. ....	31
Tabla 9 .....	32
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado antecedentes de enfermedad cardiovascular: Aterosclerosis en el 2012 y glucosa en 188mg/dl. .....	32



## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	56
Apéndice B: Consentimiento informado .....	60

## **Símbolos usados**

FARVA: Fibrilación, auricular con respuesta ventricular alta

TIRV: Trastorno inespecífico de la repolarización ventricular

Dx: Diagnóstico

EKG: Electrocardiograma

VS: Versus

Colelap: Colecistectomía laparoscópica

Aprox: Aproximadamente

FR: Frecuencia respiratoria

Sat: Saturación

FC: Frecuencia cardiaca

PA: Presión arterial

PAM: Presión arterial

MSD: Miembro superior derecho

MSI: Miembro superior izquierdo

T: Temperatura

IMC: Índice de masa corporal

RHA: Ruidos hidroaereos

Na: Sodio

HGT: Hemoglucotest

Amp: Ampolla

## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al paciente E. S. G., aplicado durante 4 horas a partir del primer día de su ingreso al servicio de emergencias de una clínica privada, con Dx. médico de Fibrilación auricular con respuesta ventricular alta FARVA y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular TIRV. La valoración se hizo con la guía de valoración según patrones funcionales de Margory Gordon. Durante las 4 horas de su atención se identificaron trece diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos según riesgo de vida los cuales fueron: disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración en la frecuencia cardiaca, intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre el porte y demanda de oxígeno, incumplimiento relacionado al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo de la salud, ansiedad relacionada con amenaza de muerte, grandes cambios, secundaria a crisis situacional, riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado antecedentes de enfermedad cardiovascular. Los objetivos generales fueron: el paciente evidenciará un adecuado gasto cardiaco para satisfacer las demandas metabólicas del organismo progresivamente, presentará tolerancia a la actividad, logrará cumplimiento del plan terapéutico, disminuirá la ansiedad y disminuirá el riesgo de la perfusión tisular cardiaca durante su estancia hospitalaria. Se concluyó que el tercer, cuarto y quinto diagnóstico el objetivo fue alcanzado, sin embargo, el uno y dos no se pudieron alcanzar por presentar complicaciones posteriores. Finalmente, el proceso de atención de enfermería fue de beneficio para el paciente ya que se alcanzaron buenos resultados de salud y en mejoras del bienestar bio-psico-socio-espiritual del paciente.

Palabras clave: *Fibrilación Auricular, Gasto cardiaco, Proceso de Atención de Enfermería.*

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: E. S. G.

Edad: 71.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico:

El paciente, adulto mayor de sexo masculino de 71 años de edad, ingresa al servicio de emergencia- Shock Trauma 2 con diagnóstico médico: Fibrilación auricular con respuesta ventricular alta y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular. Acude por presentar palpitaciones, disnea al reposo y sensación de falta de aire, por 30 min.

Días de hospitalización: 4 horas

Horas de atención de enfermería: 4 horas

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción – control de la salud.**

El paciente en estudio presenta diversos diagnósticos médicos: Dx. médico actual: 1) Fibrilación y Aleteo Aurícula. VS Crónica persistente. 2) FARVA (Fibrilación Auricular con Respuesta Ventricular Alta) -TIRV (Trastorno Inespecífico de la Repolarización Ventricular). En cuanto a antecedente: el paciente presenta: Fibrilación Auricular Paroxística vs crónica persistente toma propafenona agosto 2016. Enfermedad aterosclerótica del corazón (2012) y Glaucoma primario del ángulo agudo del ojo derecho se aplica Zacol desde agosto de 2016. El paciente también presenta intervenciones quirúrgicas: Colecistectomía laparoscópica (Colelap)

nov. 2010, operado de los ojos: colocación de lente intraocular nov.2010 y operado de várices en MMII hace 15 años. Niega alergias medicamentosas y alimenticias y consume alcohol solo en ocasiones, de preferencia vino.

Medicación habitual:

Ritmocor 150mg 1 vez al día.

Zacol 5mmcg/0.005% en ojo derecho.

Comentarios: el paciente refiere que hoy no tomó la medicación y que aprox. 1 mes lo toma de manera irregular, creyendo que se sentía mejor sin ella, refiere: “creí tontamente que no lo necesitaba”, también menciona; que este evento de taquicardia lo ha presentado en 3 ocasiones en clínica San Pablo donde se le realizó cardioversión eléctrica y endovenosa, describe su estado de salud como regular y que desea mejorar su tratamiento, tiene conciencia de su enfermedad pues refiere; “ sé que es de cuidado” y “ necesito saber cómo controlarlo para mantener mi salud”

#### **Patrón II: Nutricional metabólico.**

En cuanto a la temperatura, el paciente presenta T° 36.7°C piel tibia turgente, mucosas orales hidratadas, dentadura completa sin caries, mucosa oral intacta, apetito normal, peso: 68 Kg, talla: 1.70, en cuanto al índice de masa corporal presenta IMC: 20, abdomen B/D RHA presentes, sed normal en cuanto a los resultados de laboratorio se puede evidenciar que el Na: 140 mEq/lt Potasio: 4.99 mEq/lt Cloro: 99.5 y HGT: 188 mg/dl

El paciente refiere que antes tenía colesterol alto, el cual lo corrigió almorzando en la clínica todos los días, ahora lo hace más por necesidad, pues le va muy bien con la dieta vegana.

**Patrón III: Eliminación.**

El paciente presenta deposiciones blandas: 1 a 2 veces por día, en cuanto a la diuresis es clara: 400 cc en 4 horas.

**Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

## Actividad respiratoria

El paciente, adulto mayor, se encuentra en posición semifowler. Refiere sensación de falta de aire, necesidad de bostezo y se observa disnea en reposo, se cansa con facilidad al mínimo esfuerzo. FR: 15 x´ Sat O2: 97%; a la evaluación del tórax, el paciente presenta murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

## Actividad circulatoria

Presenta una FC: 158 hasta 180 x min y es irregular, PA: 132/85 mm Hg PAM: 95; también presenta una vía periférica MSD # 20 y en MSI # 20 (8/5/18); el paciente hace uso de inotrópicos: Transfundiendo dextrosa al 5% 100 ml + 2 ampollas de Cordarone 150 ml en 40 min. En cuanto al riego periférico es normal.

## Capacidad de autocuidado

El paciente presenta un grado de dependencia I: Totalmente independiente. La fuerza muscular esta conservada; la movilidad de miembros inferiores conservada, paciente refiere que realiza caminata para sentirse bien, pero no es frecuente.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

El paciente adulto mayor refiere que duerme 6 horas; se acuesta a las 3 a.m. y se levanta a las 9 a.m., no puede dormir temprano.

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

El paciente a la evaluación se encuentra despierto en todo momento LOTEPE. En cuanto a la audición presenta una leve hipoacusia, en tanto en la visión se encuentra disminuida por la edad, utiliza lente intraocular bifocales, a la evaluación neurológica presenta un Glasgow: 15 puntos, pupilas: Isocóricas reactivas.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto/ tolerancia a la situación y al estrés**

A la evaluación el paciente adulto mayor se le observa ansioso, depresivo, lábil al llanto. Paciente refiere haber estudiado psicología para poder afrontar su deceso del trabajo y ha encontrado actividades que lo distraen como el piano y la lectura.

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

El paciente, adulto mayor jubilado, referencia de su último trabajo es en Sedapal por 44 años. Estudió ingeniería, economía y Psicología. Estado civil: separado. Vive con su hermana, la relación con su ex esposa es lejana y protocolar, tuvo 2 hijos 1 de ellos tiene una discapacidad y vive con su madre, el otro tiene 2 hijos, algunas veces lo visitan con sus nietos.

**Patrón IX: Valores y creencias.**

El paciente refiere que es católico y el cual no presenta restricciones religiosas y no estaría renuente a recibir la visita de algún capellán.

**Datos de valoración complementarios:****Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

*Electrolitos*

Compuesto	Valores obtenidos	Rango Referencial
Sodio	140 mEq/lt	135-145 mEq/lt
Potasio	4.99 mEq/lt	3.5-5.5 mEq/lt
Cloro	99.5	95-111

*Fuente: Resultados de laboratorio 08/05/18 14:21*

Interpretación sin presencia de alteraciones significativas

Tabla 2

*Hemograma*

Compuesto	Valores obtenidos	Rango Referencial
Hemoglobina	15.3mg/dl	12-16 mg/dl
Hematocrito	44.9%	42-52%
Leucocitos	4.57cel/mm <sup>3</sup>	5000-10000 cel/mm <sup>3</sup>
Plaquetas	248 000cel/mm <sup>3</sup>	150000-450000cel/mm <sup>3</sup>
Glóbulos rojos	4.75	4150,000-5450,000
Linfocitos	34.4%	55-75%
Monocitos	8.3%	17-45%
Eosinofilos	1.3%	0%
Basófilos	0.0%	2-8%
Segmentados	55.6	0-4
Linfocitos	34.4	55-75

*Fuente: Resultados de laboratorio 08/05/18 14:21*

Interpretación: En el hemograma se evidencia una leve alteración de los Eosinofilos.

La revista Medwave (2019) menciona que el estrés altera la función inmunológica, sin embargo, puede definirse como la sensación de amenaza a la integridad fisiológica o psicológica del individuo, que con el tiempo conduce a un desgaste o deterioro del organismo.



El paciente en estudio se encontraba bajo estrés por la situación de salud en la que se encontraba, por lo que se considera que esto pudo haber alterado su sistema inmune como mecanismo de defensa de manera natural.

Tabla 3

*Tiempo de Protrombina*

Compuesto	Valor
Tiempo de protrombina (seg)	9.7
Tiempo de protrombina (control)	10.2
INR	0.95

*Fuente: Resultados de laboratorio 08/05/18 14:21*

Interpretación: Sin presencia de alteraciones significativas

Tabla 4

*Perfil cardiaco*

Compuesto	Valores Obtenidos	Rango Referencial
CPK-MB	3.27	0.0-3.74
Mioglobina	74.20	19-99
Troponina I	0.22	00-01

*Fuente: Resultados de laboratorio 08/05/18 14:21*

Interpretación: En los resultados del perfil cardiaco se puede evidenciar que la troponina I se encuentra elevado.

Según; la Sociedad Española de Cardiología (2015) refiere que las troponinas elevadas son un biomarcador de daño miocárdico, están muy ligadas al (SCA) y son un predictor de mal pronóstico en pacientes que presentan este cuadro clínico (generalmente, un infarto agudo de miocardio).

El paciente en estudio no tuvo un SCA; sin embargo, hay muchos otros procesos médicos graves que se asocian a daño miocárdico, como es en este caso la FA, pero no son infartos, y la

realidad es que el conjunto de esos pacientes presenta un mal pronóstico, es así que "el 30% de los pacientes, es decir, uno de cada tres casos que no tienen SCA pero sí troponina elevada, fallece en un año.

**Electrocardiograma:**

Ritmo: No sinusal, frecuencia cardiaca: 145, PR QRS: 0.06 QT: 0.36, AQRS: + 60

Conclusiones; Fibrilación auricular con respuesta ventricular alta, Trastorno inespecífico de la repolarización, en cara anterolateral. FARVA-TIRV

**Interconsultas:**

*Cardiología:* Paciente con antecedentes de fibrilación auricular paroxística vs crónica persistente en tratamiento con propafenona 150 mg vo diario. El paciente acude por 30 min de palpitations y disnea en reposo, no angor, no sincope PA: 100/60 FC: 110 FR: 20, ritmos cardiacos arrítmicos de RI no soplos, no reales EKG: FARVA-TIRV

Sugerencia; Amiodarona en bolo y en infusión, enoxaparina de 60mg SC stad, propafenona 150mg cada 12 horas si luego del bolo no cardiovere, evaluar posibilidad de pase a UCIN para completar infusión de 24 horas de amiodarona.

*Intensivista:* el paciente varón de 71 años con antecedentes de fibrilación auricular, ingresa por FARVA, recibió 2 bolos de amiodarona, persiste con taquicardia, sin inestabilidad hemodinámica, FC: 130 a 136 x min. FR: 18 x min, Sto2: 100% PA: 120/70, niega dolor torácico.

Sugerencia; infusión de amiodarona pasa a UCIN manejo por cardiología.

**Tratamiento médico.**

14.19 - Cordarone 150mg (2amp) EV Stad.

15.03 - Cordarone 150mg (2amp) EV Stad.

15:41 - Clexane 60mg/0.6ml S/C

17:15 - Ranitidina 50mg/2ml EV

17.15 – Lanatosido (cedilanid) 0.4mg/2ml EV

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico

Características definitorias: - Taquicardia FC: 158 hasta 180 x min. Cambios en el electrocardiográficos: QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV, arritmia, disnea, palpitaciones

Etiqueta diagnóstica: disminución del gasto cardiaco.

Factor Relacionado: alteración de la frecuencia cardiaca: Taquicardia.

Enunciado Diagnostico: disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración en la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia FC: 158 hasta 180 x min, es irregular, cambios en el EKG: QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV arritmia, palpitaciones cardiacas y disnea.

##### Segundo diagnóstico

Características definitorias: cambios en el EKG: arritmia, disnea al esfuerzo, frecuencia cardiaca aumentada de 158 a 180 x min.

Etiqueta diagnostica: intolerancia a la actividad.

Factor Relacionado: desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.

Enunciado diagnóstico: intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre el porte y demanda de oxígeno evidenciado por cambios en el EKG: arritmia, disnea al esfuerzo y aumento de la frecuencia cardiaca de 158 a 180 x min.

### **Tercer diagnóstico**

Características definitorias: conducta de no adherencia. Refiere: “que hoy no tomé la medicina ritmocer 150mg.y hace 1 mes he estado tomando de manera irregular, creí tontamente que no lo necesitaba”

Etiqueta diagnóstica: incumplimiento.

Factor Relacionado: conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y sus complicaciones.

Enunciado diagnóstico: Incumplimiento relacionado al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y sus complicaciones, evidenciado por conducta de no adherencia. Refiere: “hoy no tomé la medicina ritmocer 150mg.y hace 1 mes he estado tomando de manera irregular, creí tontamente que no lo necesitaba”

### **Cuarto diagnóstico**

Características definitorias: lábil al llanto, palpitaciones, preocupación.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: grandes cambios (entorno, estado de salud,).

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionada con grandes cambios (entorno, estado de salud,) evidenciado por lábil al llanto, palpitaciones, preocupación.

### **Quinto diagnóstico**

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca.

Factor de riesgo: antecedentes de enfermedades cardiovasculares: Arterioesclerosis en el 2012, edad, sedentarismo y aumento de la glicemia.

Enunciado diagnóstico: riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado antecedentes de enfermedad cardiovascular: arterioesclerosis en el 2012, aumento de la glicemia de 188 mg/dl.

### **Sexto diagnóstico**

Características definitorias: ansiedad, se acuesta a las 3am y se levanta a las 9am, no puede dormir temprano.

Etiqueta diagnóstica: privación del sueño.

Factor relacionado: Cambios en la etapa del sueño relacionado con la edad.

Enunciado diagnóstico: privación del sueño relacionado a Cambios en la etapa del sueño relacionado con la edad, evidenciado por ansiedad, horas de sueño de 3 am a 9 am.

### **Séptimo diagnóstico**

Signos y síntomas: HGT 188mg/dl, entorno sobre estimulador: estrés.

Etiqueta diagnóstica: CP. Hiperglicemia.

### **Octavo diagnóstico**

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: presencia de vías invasivas evidenciado por presencia catéter periférico en MSD y MSI.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado a presencia de vías invasivas: Catéter periférico en MSD y MSI.

**Noveno diagnóstico**

Características definitorias: aislamiento social, dificultad en las transiciones del ciclo de vida, comunicación ineficaz con la pareja, cambios en la unidad familiar.

Etiqueta diagnóstica: procesos familiares disfuncionales.

Factor relacionado: estrategias de afrontamiento ineficaz.

Enunciado diagnóstico: procesos familiares disfuncionales relacionado con estrategias de afrontamiento ineficaz evidenciado por expresión verbal: “siento que mi ciclo de vida está llegando a su final”, vive solo, su relación con su ex esposa es protocolar.

**Decimo diagnóstico**

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de Shock.

Factor de riesgo: hipoxemia, hipoxia.

Enunciado diagnóstico: riesgo de Shock relacionado con FARVA, hipoxemia e hipoxia.

**Decimoprimer diagnóstico**

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: efectos secundarios al tratamiento: anticoagulantes.

Enunciado diagnóstico: riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios al tratamiento de anticoagulantes.

**Decimosegundo diagnóstico**

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Factor de riesgo: Fibrilación auricular (FARVA), antecedentes de aterosclerosis en el 2012 y cardioversión eléctrica.

Enunciado del diagnóstico: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con Fibrilación auricular (FARVA), antecedentes de aterosclerosis en el 2012 y cardioversión eléctrica.

### **Decimotercer diagnóstico**

Características definitorias: expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo, expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico.

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar la gestión de la salud.

Factor relacionado: déficit de conocimiento.

Enunciado diagnóstico: disposición para mejorar la salud relacionado con déficit de conocimiento sobre el plan terapéutico.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración en la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia FC: 158 hasta 180 x min, cambios en el EKG: QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV arritmia, palpitaciones cardiacas y disnea.
2. Intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre el porte y demanda de oxigeno secundario a la disminución del gasto cardiaco evidenciado por cambios en el EKG: FA, arritmia, disnea al esfuerzo y aumento de la frecuencia cardiaca de 180 a 158 x min.



3. Incumplimiento relacionado al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo de la salud evidenciado por conducta de no adherencia: hoy no toma e irregularmente hace un 1 mes.
4. Ansiedad relacionada con amenaza de muerte, grandes cambios, secundaria a crisis situacional evidenciado por lábil al llanto, depresión, palpitaciones, debilidad, fatiga y aumento de la frecuencia cardíaca.
5. Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado antecedentes de enfermedad cardiovascular: Arterioesclerosis en el 2012, aumento de la glicemia de 188 mg/dl.
6. Deprivación del sueño relacionado a Cambios en la etapa del sueño relacionado con la edad, evidenciado por ansiedad, horas de sueño de 3 a.m. a 9 a.m.
7. CP. Hiperglicemia
8. Riesgo de infección relacionado a presencia de vías invasivas: Catéter periférico en MSD y MSI.
9. Procesos familiares disfuncionales relacionado con estrategias de afrontamiento ineficaz evidenciado por expresión verbal: “siento que mi ciclo de vida está llegando a su final”, vive solo, su relación con su ex esposa es protocolar.
10. Riesgo de Shock relacionado con FARVA, hipoxemia e hipoxia.
11. Riesgo de sangrado relacionado a efectos secundarios al tratamiento: Anticoagulantes.
12. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con Fibrilación auricular (FARVA), antecedentes de aterosclerosis en el 2012 y cardioversión eléctrica.

13. Disposición para mejorar la salud relacionado con déficit de conocimiento sobre el plan terapéutico.

## Plan de cuidados.

Tabla 5

*Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración en la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia FC: 158-180 x min, cambios en el EKG: QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV Arritmia, palpitations cardiacas y disnea.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución		
		10/10/18		
		M	T	N
<p>Objetivo general: El paciente evidenciará un adecuado gasto cardiaco para satisfacer las demandas metabólicas del organismo progresivamente. Resultados/esperados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente obtendrá una FC y ritmo del corazón entre 60-100 latidos por min.</li> <li>2. El paciente evidenciará ausencia de alteraciones en la Onda QRS: 0.06, QT:0.36, AQRS+60, FARVA, TIRV en el EKG durante el turno.</li> <li>3. El paciente presentará ausencia de arritmia, palpitations cardiacas y disnea durante el turno.</li> </ol>	1. Valorar manifestaciones de disminución de gasto cardiaco: precarga, poscarga, frecuencia cardiaca y contractibilidad.		14:00	
	2. Mantener al paciente bajo monitoreo estricto de las funciones vitales: FC, PA, FR, Temperatura, PAM.		14:02	
	3. Tomar EKG según prescripción médica y efectivizar la I/C con cardiología.		14:26	
	4. Colocar vía periférica en miembro superior derecho #20 y administrar cordarone 150mg (2 amp) en dextrosa 5% 100 cc y pasar en 30 min, según prescripción médica.		14:30	
	5. Solicitar exámenes de laboratorio según indicación médica: (Hemograma, Perfil cardiaco, Electrolitos, TP, Urea, Glucosa, Creatinina).		14:33	
	6. Valorar la efectividad del tratamiento y comunicar al médico.		15:02	
	7. Control de diuresis a horario mediante el balance hídrico estricto.		15:05	
	8. Mantener al paciente en reposo absoluto.		15:10	



Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno secundario a la disminución del gasto cardiaco evidenciado por cambios en el EKG: arritmia, disnea al esfuerzo y aumento de la frecuencia cardiaca de 180 a 158 x min.*

Objetivo / resultados	Planificación		Ejecución		
	Intervenciones	10/10/18			
		M	T	N	
Objetivo general: El paciente presentará tolerancia a la actividad durante su estancia hospitalaria. Resultados esperados: 1. El paciente recuperará el equilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno secundario a la disminución del gasto cardiaco durante su estancia. 2. El paciente demostrará tolerancia cardiaca (marcada por un pulso entre 60 a 100xmin, respiraciones entre 14 a 16 x min y tensión arterial entre 100/60mmhg) aun aumento de la actividad durante su estancia hospitalaria.	1.	Mantener al paciente en posición semifowler durante el turno.	14:01		
	2.	En la fase aguda favorecer el reposo absoluto luego reposo relativo.	14:01		
	3.	Controlar las funciones vitales del paciente.	14:02		
	4.	Aumentar cada turno la actividad del paciente según se indique.	14:40		
	5.	Buscar respuestas anormales al aumento de la actividad tales como: ➤ Disminución de la frecuencia del pulso ➤ Descenso o ausencia de cambios en la presión arterial sistólica.	14:50		

Tabla 7

*Diagnóstico de enfermería: Incumplimiento relacionado al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo de la salud evidenciado por conducta de no adherencia, paciente refiere que hoy no toma ritmocar 150mg, además que aprox. 1 mes ha estado tomando de manera irregular*

Objetivo / resultados	Planificación	Intervenciones	Ejecución 10/10/18		
			M	T	N
Objetivo general: El paciente logrará cumplimiento del plan terapéutico durante su estancia hospitalaria.		1. Proponer un acuerdo con el paciente sobre el plan terapéutico.		16:00	
Resultados esperados:		2. Establecer un horario para la medicación y colocar una alarma en el celular.		16:10	
1. El paciente demostrará conocimiento suficiente sobre el régimen terapéutico durante su estancia hospitalaria.		3. Facilitar el número de teléfono de AMD (Atención Médica a Domicilio).		16:20	
2. El paciente presentará conducta de adherencia al nuevo régimen terapéutico durante su estancia.		4. Incentivar al paciente a buscar información en los medios de comunicación sobre su enfermedad.		16:30	
3. El paciente mostrará conducta de búsqueda sobre conocimiento de control, prevención y mantenimiento de la salud.		5. Educar sobre las causas y efectos de la no medicación.		16:40	
		6. Educar al paciente sobre las consecuencias de la no adherencia al tratamiento.			
		7. Concientizar al paciente sobre la importancia de cumplir con el tratamiento.			

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada grandes cambios, amenaza de muerte secundaria a crisis situacional (estado de salud actual) evidenciado por FA labilidad, depresión, palpitaciones, debilidad, fatiga y aumento de la frecuencia cardiaca.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 10/10/18		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente disminuirá ansiedad durante el turno.	1. Valorar las manifestaciones fisiológicas, emocionales y cognoscitivas de la ansiedad.		17:00	
Resultados esperados:	2. Brindar tranquilidad y confort.		17:10	
1. El paciente logrará reducir la ansiedad utilizando la técnica de empatía durante su estancia hospitalaria.	3. Disminuir situaciones que aumenten la ansiedad: proporcionando un ambiente tranquilo, utilizar frases cortas, explicar procedimientos a realizar.		17:15	
2. El paciente aplicará los procedimientos, cuidados en casa y técnicas de relajación para manejar su ansiedad durante su estancia.	4. Observa signos verbales y no verbales de ansiedad y a la vez interviniendo si esta muestra conductas destructivas.		17:20	
3. El paciente identificará los riesgos de adaptarse en forma insatisfactoria reconociendo las características de las mismas.	5. Brindar apoyo espiritual.		17:30	

Tabla 9

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado antecedentes de enfermedad cardiovascular: Aterosclerosis en el 2012 y glucosa en 188mg/dl.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución 10/10/18		
		M	T	N
Objetivo general: El paciente disminuirá el riesgo de la perfusión tisular cardíaca durante su estancia hospitalaria.	1. Controlar el estado cardiovascular: Pulso radial (frecuencia y ritmo) Pulso apical. Tensión arterial. Piel (Color, temperatura, grado de hidratación) Oximetría del pulso.		17:40	
	2. Controlar el estado respiratorio: Frecuencia. Ritmo. Auscultaciones.		17:42	
	3. Enseñar al paciente los signos y síntomas de la disminución de una perfusión tisular cardíaca y la importancia de avisar al médico en caso de aparecer: Mareos, pérdida del equilibrio, desmayos. Cambios en la sensación o control motor en brazos y piernas. Entumecimiento de la cara. Cambios en el habla. Cambios visuales o pérdida visual. Pérdida temporal de memoria.		17:44	
	4. Administrar anticoagulante: Clexane 60 mg SC por indicación médica.		17:45	
	5. Se realiza control de HGT cada 8 horas.		17:50	



## Capítulo III

### Marco teórico

#### **Disminución del gasto cardiaco.**

Guyton (2016) menciona que el gasto cardíaco es la cantidad de sangre que bombea el corazón hacia la aorta cada minuto, también menciona que el gasto cardíaco es el producto de la frecuencia cardíaca por el volumen de sangre expulsada por el corazón en cada latido.

Así mismo, Guadalajara (2012) reafirma que cuando se habla de gasto cardiaco es la capacidad de bombeo del corazón es una función de los latidos por minuto (la frecuencia cardíaca) y el volumen de sangre eyectado por cada latido (volumen sistólico). La frecuencia cardíaca y el volumen sistólico están regulados por nervios del sistema nervioso autónomo y por mecanismos intrínsecos al sistema cardiovascular.

La frecuencia cardiaca es factor fundamental en el mantenimiento del GC, es particularmente importante en pacientes adultos por ser el mecanismo principal de compensación hemodinámica del paciente, el volumen sistólico es relativamente fijo y el GC depende más de la frecuencia cardiaca que del volumen sistólico. Por esta razón, la taquicardia es la respuesta inicial ante una disminución del volumen sistólico y debido a que este mecanismo compensatorio es más efectivo y duradero, la frecuencia cardiaca constituye un parámetro hemodinámico esencial, que puede evidenciar una alteración en el GC mucho antes de que se presenten otros signos y síntomas evidentes del mismo (Thibodeau & Patton, 2016).

Las cardiopatías pueden llegar a causar también bajo GC si afectan significativamente uno o más de sus determinantes. La precarga puede verse comprometida si hay incremento en la

presión o el volumen sanguíneo de la aurícula y/o el ventrículo derecho como en el cortocircuito de izquierda a derecha, la insuficiencia valvular tricuspídea o la estenosis de la válvula pulmonar. La contractilidad puede afectarse en presencia de cardiomiopatía inflamatoria o metabólica, la poscarga por estenosis aórtica de la válvula o el vaso; y, finalmente, las alteraciones de la frecuencia cardiaca secundarias a defectos en el sistema de conducción eléctrico (Guyton, 2016).

Según NANDA (2015), la disminución del gasto cardiaco es cuando la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para la satisfacción de las demandas metabólicas del organismo. El corazón posee mecanismos que le permiten suplir el aumento de las demandas de oxígeno de los tejidos. Estos mecanismos dan como resultado una elevación del G.C. Cuando hay un aumento del consumo de oxígeno como consecuencia de un estado de mayor actividad (ejercicio, estados febriles, etc.), el G.C. se eleva gracias a un aumento de la F.C. y del volumen de eyección, evidenciándose así cambios en el EKG.

Cuando el ritmo cardíaco es muy elevado, el corazón no puede bombear eficazmente la sangre oxigenada hacia la totalidad del cuerpo, por lo que se pueden producir síntomas como debilidad, mareo, falta de aire, etc.

En condiciones normales el gasto cardiaco normal (cantidad de sangre bombeada por el corazón) es de unos 5 litros x min. Cualquier patología que reduzca el gasto cardiaco (la lesión del musculo cardiaco, la pérdida de sangre o el estancamiento de sangre en los vasos sanguíneos periféricos) disminuye la cantidad de oxígeno liberado a los tejidos.

Por lo general, el corazón compensa el gasto insuficiente aumentando la velocidad del bombeo. Normalmente, el gasto cardiaco compensador puede aumentar el transporte de oxígeno en 5 veces; pero cuando existen trastornos patológicos, no es posible.

El paciente en estudio presentó como primer diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco, relacionado a las alteraciones en la frecuencia cardiaca, evidenciado por la taquicardia con palpitaciones de 158 que llegaban hasta 180 x min, esto a su vez propició alteraciones en el EKG, provocando una insuficiencia del corazón para satisfacer las demandas metabólicas del organismo produciendo así; disnea al reposo, palpitaciones cardiacas y sensación de bostezo. Esto fue producido por un impulso eléctrico que se originó antes del haz de his; es decir, en las aurículas propiciando arritmia y decimos que es paroxística porque se presentó en forma súbita y solo duró 1 día, corroborando lo mencionado por los autores citados anteriormente. Es la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para la satisfacción de las demandas metabólicas del organismo (Guyton, 2016).

Para la mejora del paciente se realizaron intervenciones de enfermería.

Como primera intervención, se valora las manifestaciones de disminución de gasto cardiaco: precarga, poscarga, frecuencia cardiaca y Contractibilidad. Según Berman (2013), una de las manifestaciones de un gasto cardiaco disminuido es la alteración de la frecuencia cardiaca, que actúa como un mecanismo compensatorio para aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos, esto se ve evidenciado en el aumento de la FC y las variables que afectan al volumen sistólico son la precarga, la poscarga y la función contráctil. Por su parte, Estela (2010) menciona que la precarga se ve alterada por: La presión venosa central (PVC) y la presión de la aurícula izquierda (PAI) son una medida indirecta de la precarga. La PVC elevada refleja el estado de la volemia intravascular. La poscarga viene a ser la resistencia a la eyección ventricular, es lo que denomina stress de la pared del ventrículo; Mientras que la contractibilidad se expresa como la fuerza de contracción generada por el músculo cardiaco muy independiente de la precarga y la poscarga

Según Guyton (2016), un gasto cardiaco reducido, puede estimular el sistema nervioso simpático para liberar concentraciones elevadas de norepinefrina, que aumentan la agregación plaquetaria y la liberación de tromboxano A2. Este potente vasoconstrictor provoca un espasmo arterial coronario que puede desencadenar, complicar y/o prolongar una crisis.

Se debe mantener al paciente bajo monitoreo estricto de las funciones vitales: FC, PA, FR, Temperatura, PAM. Guyton (2016) refiere que puede observarse taquicardia, ansiedad, hipoxemia y disminución del gasto cardiaco. También puede producirse cambios en la BP (hipertensión e hipotensión) a causa de la frecuencia cardiaca. En casos de fibrilación auricular se pierde la contribución auricular al gasto cardiaco hasta un 30%, entonces la respuesta compensatoria pretende aumentar los niveles de oxígeno en sangre aumentando la FC y FR. También, Berman (2013) menciona que un control adecuado de la frecuencia proporciona tiempo para que se produzca un llenado ventricular adecuado en la diástole, evita la isquemia asociada a la frecuencia cardiaca y, por lo general, mejora la hemodinámica cardiaca. El control de la frecuencia ventricular es importante para evitar la inestabilidad hemodinámica asociada a una frecuencia rápida, aliviando los síntomas y evitando una miocardiopatía asociada a taquicardia.

Tomar EKG según prescripción médica, esto nos permitirá verificar las modificaciones en el ECG que reflejan isquemia / arritmias, indican la necesidad de evaluaciones e intervenciones terapéuticas adicionales. Se puede desarrollar una depresión del segmento ST y un aplanamiento de la onda T debido al incremento de la demanda de oxígeno miocárdico, incluso si no existe enfermedad arterial coronaria; un EKG de 12 derivaciones es una herramienta diagnóstica no invasiva que la enfermera y otros profesionales de atención utilizan para observar las superficies principales del corazón (Guyton, 2016).

Colocar vía periférica en miembro superior derecho #20 y administrar cordarone 150mg (2 amp) en dextrosa 5% 100 cc y pasar en 30 min, según prescripción médica. La amiodarona es un anti-arrítmico de amplio espectro y un potente vaso dilatador actúa sobre el miocardio retardando la repolarización, inhibe los receptores alfa y beta bloqueantes del calcio, relaja el músculo lizo vascular y el músculo cardíaco reduciendo las resistencias coronarias y periféricas, la presión del ventrículo izquierdo al final de la diástole y la presión sistólica reduciendo así la postcarga (López, 2012).

Solicitar exámenes de laboratorio según indicación médica: (Hemograma, Perfil cardiaco, Electrolitos, TP, Urea, Glucosa, Creatinina). Un incremento del BUN/creatinina refleja una hipoperfusión / insuficiencia renal. Puede estar incrementado a causa de una congestión hepática e indicar la necesidad de dosis más bajas de fármacos que se metabolizan en el hígado. Mide cambios de los procesos de coagulación o de la eficacia del tratamiento anticoagulante (Guyton, 2016).

Valorar la efectividad del tratamiento y comunicar al médico. Cuando los profesionales elegimos o valoramos un determinado tratamiento debemos hacerlo de acuerdo a tres perspectivas diferenciadas: eficacia, efectividad y eficiencia. Estos tres conceptos parecen muy similares, pero cada uno de ellos encierra grandes diferencias que pueden acarrear una buena elección o valoración de la terapia y por consiguiente afectar al bienestar de una persona (Psicología eficaz NL, 2017).

Por último, se debe llevar un Control de diuresis a horario mediante el balance hídrico. El riñón responde a una disminución del gasto cardiaco reteniendo agua y sodio. La diuresis suele disminuir durante el día ya que el líquido se traslada a los tejidos, pero puede aumentar de noche al volver a la circulación cuando el paciente se encuentre tumbado (Guyton, 2016).

**Intolerancia a la actividad.**

El ejercicio extenuante es una de las situaciones más estresantes a las que se enfrenta el sistema circulatorio normal, debido a que la masa corporal de músculo esquelético del organismo es muy grande y toda ella necesita grandes cantidades de flujo sanguíneo. Asimismo, el gasto cardíaco debe aumentar entre cuatro y cinco veces con respecto a lo normal en una persona que no es deportista, o entre seis y siete veces en un deportista bien entrenado para satisfacer las necesidades metabólicas de los músculos en ejercicio (Santi, 2017).

El flujo aumenta y disminuye con cada contracción muscular. Al final de las contracciones el flujo sanguíneo se mantiene muy alto durante algunos segundos, pero después vuelve gradualmente a la normalidad durante los minutos siguientes (Guadalajara, 2012).

El enorme incremento del flujo sanguíneo muscular que se produce durante la actividad del músculo esquelético se debe principalmente a los agentes químicos que actúan directamente sobre las arteriolas musculares, provocando su dilatación. Uno de los efectos químicos más importantes es la reducción del oxígeno en los tejidos musculares. Cuando los músculos están activos, usan el oxígeno rápidamente, disminuyendo la concentración de oxígeno en los líquidos tisulares, los pacientes con problemas cardíacos, presentan disminución en el aporte de oxígeno, y esto se puede evidenciar en el aumento de la frecuencia cardíaca, también se puede observar cambios en el EKG (Guyton, 2016).

Las actividades físicas, necesitan de una frecuencia cardíaca constante, mientras más frecuente o más seguido sea la actividad, más es necesario de oxígeno; por tal motivo, la frecuencia cardíaca, debe aumentar, en pacientes con problemas cardíacos, el aporte de oxígeno puede verse alterado, y por consiguiente, debería verse alterado el aporte de oxígeno. Por su parte, Pardo, González, & Ocampo (2011) mencionan que el oxígeno es fundamental para la

formación de energía, cuando los niveles de este elemento no son los adecuados, puede haber problemas para la salud, cansancio, poca vitalidad, y afecta considerablemente la actividad física, y el paciente debería estar en reposo absoluto.

Las manifestaciones clínicas que se pueden presentar en pacientes con patologías cardiacas y que se relacionan con la intolerancia a la actividad son: disnea al esfuerzo, fatiga y debilidad y aumento de la frecuencia cardiaca por las necesidades metabólicas que el paciente pueda requerir (Guyton, 2016).

Para esto el paciente en estudio presento durante la valoración; disnea al esfuerzo, fatiga, debilidad y aumento de la frecuencia cardiaca mayor de 180 latidos por minuto, esto debido a una insuficiente energía fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas teniendo en cuenta el NANDA 2017, por ello se determina utilizar el siguiente diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionado con el desequilibrio entre el porte y demanda de oxigeno secundario a la disminución del gasto cardiaco evidenciado por cambios en el EKG: FA, arritmia, disnea al esfuerzo y aumento de la frecuencia cardiaca de 180 a 188 x min.

Para lo cual, se realizaron las siguientes actividades.

Elevar la cabecera de la cama en posición semifowler durante el turno. Guyton (2016) refiere que esto facilita el intercambio gaseoso para reducir la hipoxia y la disnea resultantes.

En la fase aguda favorecer el reposo absoluto luego reposo relativo. Se debe mantener reposo físico para mejorar la eficiencia de las contracciones cardiacas y para reducir la demanda y o consumo de oxigeno del miocardio y el gasto cardiaco. Pasado la fase aguda, se debe ir incorporando lentamente las actividades cotidianas del paciente, con un reposo relativo (Thibodeau & Patton, 2016).

Es importante controlar las funciones vitales del paciente: Antes de la actividad (deambulaci3n, cuidados matutinos), inmediatamente despu3s de la actividad y despu3s de que el paciente haya descansado durante 3 min. La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente de adaptarse a las necesidades f3sicas del aumento de la actividad. La adaptaci3n requiere un 3ptico funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurol3gico y m3sculo esquel3tico. La respuesta fisiol3gica inmediata a la actividad que se espera incluye lo siguiente: Aumento de la frecuencia y fuerza del pulso, aumento de la presi3n arterial sist3lica, aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria. Despu3s de 3 min, el pulso deber3 estar 10 latidos x min por encima o por debajo de la frecuencia del pulso en reposo del paciente (Berman, 2013).

Aumentar cada turno la actividad del paciente segun se indique: Primero dejar que el paciente balancee las piernas fuera de la cama; sujetar al paciente desde un lado, tambi3n se debe elevar la cama a su posici3n alta y subir el cabecero de la cama, en cuanto a la actividad se debe aumentar el tiempo que el paciente pasa fuera de la cama 15 min cada turno, para esto se debe dejar que el paciente establezca su ritmo de deambulaci3n, fijando una distancia de deambulaci3n en cada turno, aumentar la actividad cuando el dolor sea m3nimo o despu3s que haya hecho efecto las medidas analg3sicas y aumentar las actividades de atenci3n al propio paciente, desde unos cuidados parciales o totales, segun est3 indicado. Una progresi3n gradual de la actividad dirigida segun la actividad del paciente aumenta el funcionamiento fisiol3gico y reduce la hipoxia del tejido cardiaco (Berman, 2013).

Buscar respuestas anormales al aumento de la actividad tales como: el pulso, la disminuci3n de la frecuencia del pulso, descenso o ausencia de cambios en la presi3n arterial



sistólica son respuestas anormales indican intolerancia al aumento de la actividad (Reyes, Sotomayor, & Gonzalez, 2010).

### **Incumplimiento.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento (OMS, 2015).

El incumplimiento es la conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o familia y/o comunidad) y el profesional sanitario ante un plan terapéutico o de promoción de la salud, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces (NANDA, 2015).

Según Rojas, Echeverría, & Camargo (2014), mencionan que el régimen terapéutico como el programa de tratamiento para una enfermedad y sus secuelas o un plan de prevención sanitaria que persigue unos objetivos de salud específicos. Es común hablar del régimen terapéutico como las pautas de dosificación y duración de una terapia farmacológica pero el régimen terapéutico es mucho más amplio y puede abarcar otros procedimientos médicos, medidas higiénico-sanitarias, cambios en los hábitos de vida e involucrar a los profesionales de salud, al paciente y a su entorno cercano.

Un régimen terapéutico puede incluir medicación, procedimientos médicos (cirugía, pruebas analíticas, etc), cambios nutricionales y cambios en el estilo de vida. También incluye la identificación de los objetivos sanitarios específicos perseguidos (Komajda, 2017).

Este diagnóstico es evidenciado por una conducta de no adherencia del paciente, frente al régimen terapéutico. Ya que el paciente Refiere: “hoy no tomé la medicina ritmocer 150mg.y hace 1 mes he estado tomando de manera irregular, creí tontamente que no lo necesitaba”.

También, según (Rojas *et al.*, 2014) es una falta, infracción, desobediencia, inobservancia, violación, quebrantamiento, engaño, olvido, omisión, informalidad.

El paciente en estudio menciona durante la valoración que hoy no tomó su Ritmocer de 150mg y que hace aprox. 1 mes lo viene tomando de manera irregular refiere: “Creí tontamente que no lo necesitaba”. Por lo tanto, se determina utilizar según NANDA (2017), el diagnóstico de incumplimiento, pues hay una evidente conducta de no adherencia al plan terapéutico por parte del paciente y se relaciona al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo inefectivo de la salud.

Para mejorar el estado del paciente se han considerado los siguientes cuidados:

Como primera actividad se propone un acuerdo con el paciente sobre el plan terapéutico, esto permitirá un compromiso y adherencia en el plan terapéutico, ya que el acuerdo parte del interés del propio paciente (Rojas *et al.*, 2014).

Establecer un horario para la medicación y colocar una alarma en el celular, esto ayudara a recordar a tiempo y en horario específico la hora de la medicación, evitando que pueda olvidarse por compromisos del día a día (Komajda, 2017).

Se le facilitar el número de teléfono de AMD (Atención Medica a Domicilio). Teniendo en cuenta que el asegurado cuenta con el servicio de AMD (atención médica a domicilio) y consejería telefónica las 24 horas del día, para cualquier duda y/o inconveniente que tuviese referente a su salud (Santi, 2017).

Incentivar al paciente a buscar información en los medios de comunicación sobre su enfermedad y los factores de riesgo. Para esto Rojas *et al.* (2014) mencionan que el conocimiento permite al paciente tomar decisiones informadas sobre el control de su enfermedad y la prevención de recidivas, complicaciones. También, el conocimiento de la importancia de los factores de riesgo proporciona al paciente la oportunidad de realizar los cambios necesarios. Los pacientes con el colesterol alto que no respondan a un programa de 6 meses con una dieta pobre en grasa y ejercicio regular aun requieren medicación.

Es de suma importancia educar al paciente sobre las causas y efectos de la no medicación. Santi (2017) menciona que el paciente puede pensar, que después del alta puede alterar el tratamiento cuando se encuentre mejor y sin síntomas o cuando se encuentre peor, lo que puede incrementar el riesgo de exacerbar los síntomas. Comprender el tratamiento, la medicación, la tecnología. Al conocer las causas y los efectos de la NO medicación, el paciente toma conciencia sobre los riesgos y evitará incurrir en lo mismo.

### **Ansiedad.**

Además Achury, Achury, Estrada, & Gutierrez (2012) nos dicen que la ansiedad se diferencia del temor, que es la sensación de tener miedo o estar amenazado por estímulo externo claramente identificable que representa peligro para la persona. Y la ansiedad llega a afectar en un nivel más profundo, invade el centro de la personalidad y erosiona sentimientos de autoestima y valor personal.

Del mismo modo, Castanedo & Valdizan (2015) sostienen que la depresión y la ansiedad son manifestaciones frecuentes en el anciano, se puede expresar de manera aislada o asociadas a otras enfermedades más graves; en ocasiones, aparecen como reacción secundaria a diversos

fármacos, sin embargo, la ansiedad sigue siendo una causa importante de suicidio en este grupo poblacional.

Algunos pacientes se muestran resistentes a hablar de sus síntomas emocionales debido al estigma o a la falta de interés de sus médicos en tocar el tema. Sin embargo, muchos pacientes se sienten aliviados al hablar de temas psicosociales. Además, existen pacientes que no reconocen los síntomas de ansiedad o los atribuyen a los efectos de su enfermedad médica, así mismo, de poderlos llegar a normalizar o racionalizar como apropiados secundarios a los múltiples efectos estresores de la enfermedad médica.

Por otro lado Diaz, Juarros, Garcia, & Saez (2017), refieren que la ansiedad se asocia a un declive del funcionamiento físico y aunque no está estrechamente asociada a la mortalidad, como en el caso de la depresión; sin embargo, llega a aumentar la probabilidad de un infarto del miocardio.

Achury *et al.* (2012) refieren que el trastorno de ansiedad generalizada está ligado también a un sobre uso de servicios médicos, ya sea ingreso a urgencias, hospitalización, estudios de diagnóstico, medicamentos y entre otros, alterando la calidad de vida, relacionándose a una mayor morbimortalidad.

NANDA (2017) define como sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza asociada a una respuesta autónoma, presentando como signo de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

El paciente en estudio presentó las siguientes manifestaciones clínicas: crisis situacional evidenciado por lábil al llanto, depresión, palpitaciones, debilidad, fatiga y aumento de la frecuencia cardíaca en tal sentido según NANDA (2017), se utilizará el siguiente diagnóstico de

enfermería, ansiedad la cual se relaciona con grandes cambios (entorno, estado de salud,) evidenciado por labilidad al llanto, palpitaciones, preocupación por su estado de salud. Cuando hablamos de grandes cambios en el entorno nos referimos nada más y nada menos al momento del evento patológico.

Para la Revista colombiana de cirugía vol. 34 (2019), la ansiedad libera catecolaminas, que incrementan el gasto miocárdico y pueden aumentar el dolor isquémico y por consiguiente la ansiedad.

Se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería:

Valorar las manifestaciones fisiológicas, emocionales y cognoscitivas de la ansiedad. La ansiedad es un sentimiento de incomodidad y de tensión que experimenta una persona frente a la vida. Sus manifestaciones físicas son importantes. Puede ir desde una ligera modificación del pulso, de la respiración o de la presión arterial hasta una elevación muy significativa de los signos vitales.

Se brindará tranquilidad y confort, ello genera un bienestar al paciente (Guyton, 2016). Del mismo, disminuir situaciones que aumenten la ansiedad, tales como proporcionando un ambiente tranquilo, utilizar frases cortas, explicando en relación a los procedimientos a realizar.

Observar signos verbales y no verbales de ansiedad y a la vez brindar compañía al paciente interviniendo si el paciente muestra conductas destructivas. Es posible que el paciente no exprese en forma directa sus preocupaciones, pero las palabras y actitudes pueden transmitir sentimiento de agitación, agresión y hostilidad, Una intervención de enfermería puede ayudar al paciente a controlar su propio comportamiento.

Apoyar sus mecanismos actuales de adaptación permitiendo que hable, lea, no discutir sus razones. La capacidad de adaptación puede estar limitada ya que la magnitud y duración de los factores estresantes pueden hacer fracasar a los mecanismos de adaptación (Berman, 2013).

### **Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.**

Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales, así como el propio sistema circulatorio.

Según la OMS (2016), la aterosclerosis obliterante, enfermedad progresiva, es la principal causa de arteriopatía obstructiva en las extremidades en personas mayores de 30 años. Por lo menos, el 95% de las artereopatías obstructivas tienen un origen aterosclerótico.

La organización mundial de la salud (OMS) describe la aterosclerosis como “una combinación variable de cambios en la capa íntima de las arterias, consistentes en la acumulación focal de lípidos, hidratos de carbono complejos, sangre y hemoderivados, tejido fibroso y depósitos de calcio, asociada con cambios en la capa medial”. Se caracteriza por cambios específicos en la pared arterial, como el desarrollo de una placa intraluminal. La aterosclerosis puede conducir al infarto de miocardio, hipertensión renal, ictus (accidente cerebro vascular) y amputación. Los factores de riesgo que se conocen para la arterosclerosis son hiperlipidemia, antecedentes de tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus y antecedente familiares de ictus (accidente cerebro vascular) o ataques cardíacos, sobre todo a edad temprana. Se ha demostrado que las alteraciones de factores de riesgo modificables reducen significativamente las posibilidades de progresión hacia las consecuencias mórbidas de esta enfermedad. La enseñanza de los factores de riesgo y conductas modificables que reducen los factores de riesgo son importantes componentes de las intervenciones de enfermería para la aterosclerosis (OMS, 2016).

El cambio del ritmo de vida, las actividades estresantes, la creciente competitividad impuesta por la civilización actual, el mayor sedentarismo (conocido como “confort”), además del cambio en el hábito alimenticio tradicional por novedades de comida “chatarra”, con un incremento inusitado en el consumo de grasas saturadas (incluso grasas trans), azúcares refinados; o el aumento del tabaquismo, y el incumplimiento a los régimen terapéutico, son factores que generan en la población altas tasas de hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, diabetes, entre otros; lo que condiciona la aparición y desarrollo de la aterosclerosis y sus complicaciones aterotrombóticas como son la enfermedad coronaria isquémica, cerebrovascular y vascular periférica (Guyton, 2016).

El paciente en estudio tiene como antecedente enfermedades cardiovasculares como la aterosclerosis diagnosticado en el 2012, tal como se menciona líneas anteriores. La OMS refiere que esto podría ser un factor de riesgo para desarrollar un posible infarto, además el Cardiólogo que evaluó al paciente en emergencia opta por no hacer la cardioversión porque podría presentarse una placa y/o un trombo que podría complicar el cuadro, por lo que sugiere un anticoagulante de bajo peso molecular como la enoxaparina. A esto se suma la edad del paciente y el estilo de vida, el cual no presenta actividades regulares que podrían disminuir el riesgo. A su vez, también el paciente en estudio presentó una glicemia en 188mg/dl el cual es considerado como un factor de riesgo para una disminución de la perfusión tisular cardiaca por la densidad de la sangre.

En tal sentido, NANDA (2015) hace mención que una persona es vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales, así como el propio sistema circulatorio, por lo que se consideró el diagnóstico de enfermería como un riesgo de

disminución de la perfusión tisular cardiaca relacionado a los antecedentes cardiovasculares: Aterosclerosis en el 2012 y glucosa de 188mg/dl.

Como primera intervención para este diagnóstico se realiza el controlar el estado cardiovascular como son control del: Pulso radial (frecuencia y ritmo), pulso apical, tensión arterial, valorar la piel (Color, temperatura, grado de hidratación), oximetría del pulso. Según Perez (2012), los mecanismos fisiológicos que gobiernan la función cardiovascular son muy sensibles a cualquier cambio en las funciones del organismo, y por ello, los cambios del estado cardiovascular son indicadores clínicos importantes. De tal manera que, Berman (2013) hace referencia a estos indicadores como el control del pulso que genera datos para detectar arritmias cardíacas, cambios del volumen sanguíneo y deterioro circulatorio, el control del pulso apical está indicado en caso de que los pulsos periféricos sean irregulares, débiles o muy rápidos, la tensión arterial representa la fuerza que ejerce la sangre arterial. La hipertensión (Presión sistólica < 140mmHg, presión diastólica < 80mmHg) puede indicar un aumento de la resistencia periférica, gasto cardiaco, volumen de sangre o viscosidad de la sangre, la hipotensión se puede atribuir a la pérdida significativa de sangre o fluido, una disminución del gasto cardiaco y a ciertos medicamentos, la evaluación de la piel ofrece información para evaluar la circulación, temperatura corporal y grado de hidratación.

Otra de las intervenciones es el controlar, el estado respiratorio: frecuencia, ritmo y auscultaciones, la evaluación respiratoria ofrece datos clave para poder evaluar la eficacia de la respiración y para detectar ruidos adventicios o anormales que puedan indicar humedad en las vías respiratorias, estrechamiento u obstrucción (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2008).

La siguiente intervención es educar al paciente la identificación de los signos y síntomas de la disminución de una perfusión tisular cardiaca y la importancia de avisar al médico en caso



de aparecer: Mareos, pérdida del equilibrio, desmayos, cambios en la sensación o control motor en brazos y piernas, entumecimiento de la cara, cambios en el habla, cambios visuales o pérdida visual, pérdida temporal de memoria. En tal sentido, Potter & Perry (2015) refieren que en el aleteo y fibrilación auricular, el paciente necesita estar bajo vigilancia en caso de insuficiencia cardíaca. Las corrientes alrededor de las válvulas AV pueden provocar embolo sistemáticos y pulmonares, de modo que se requieren anticoagulación para evitar la formación de coágulos sanguíneos. Asimismo, si la respuesta ventricular es menor de 60 o mayor de 100, se denomina descontrolada de encontrarse la etiología subyacente y tratarse o el paciente tendrá un gasto cardíaco muy bajo.

Administrar anticoagulante: Clexane 60 mg SC por indicación médica. La enoxaparina es un profiláctico para prevenir tromboembolias en pacientes con una enfermedad aguda (como insuficiencia cardíaca aguda, insuficiencia respiratoria, infecciones graves o enfermedades reumáticas) y movilidad reducida con un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso (Komajda, 2017).

Por último, se realiza control de HGT cada 8 horas. Hemogluco test es el término empleado para designar el método de medición de glucosa en sangre. Es conocido también como test de glicemia capilar, o simplemente glucómetro. La cuantificación de la glicemia en sangre requiere un dispositivo conocido como glucómetro, de uso rápido y sencillo (Doenges et al., 2008).

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendieron 4 horas al paciente, de los cuales se identificaron los siguientes diagnósticos.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer diagnóstico.**

Disminución del gasto cardiaco

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente evidenció de forma parcial adecuado gasto cardiaco al presentar ausencia de disnea y palpitaciones; sin embargo, no recupera la efectividad de la bomba cardiaca, ya que la frecuencia cardiaca se encuentra en 140x min e incluso con cardioversión EV y las ondas en el EKG continúan alteradas, por lo que el paciente pasa a UCIN para completar estudios y para una mejor vigilancia e iniciar infusión continua de amiodarona en 24 horas.

##### **Segundo diagnóstico.**

Intolerancia a la actividad.

Objetivo parcialmente alcanzado: El paciente presenta tolerancia a la actividad de forma parcial, al evidenciar ausencia de disnea, debilidad y fatiga, sin embargo; se evidencia FC en 140 x min y pasa a UCIN para un manejo multidisciplinario

##### **Tercer diagnóstico.pa**

Incumplimiento

Objetivo alcanzado: El paciente logró cumplir con el tratamiento al adherirse al plan y régimen terapéutico durante su estancia, evidencia conocimiento sobre el régimen terapéutico y su fatal repercusión en el manejo su salud, además muestra conducta de búsqueda e interés en el control, prevención y mantenimiento de la salud durante su estancia hospitalaria.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Ansiedad

Objetivo alcanzado: El paciente evidenció disminución de la ansiedad después de utilizar la técnica de empatía; además, explica los procedimientos, cuidados en casa y la técnica de relajación para manejar su ansiedad, también; identifica los riesgos de adaptarse en forma insatisfactoria reconociendo sus características durante su estancia hospitalaria y en casa.

#### **Quinto diagnóstico.**

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca

Objetivo alcanzado: El paciente logró reducir el riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca aplicando un estilo de vida saludable y una dieta adecuada.

#### **Conclusiones:**

Se concluye que al aplicar el proceso de atención de enfermería se puede optimizar los cuidados, a partir de una adecuada recolección de datos tanto objetivos como subjetivos y por consiguiente la identificación y priorización de los diagnósticos de enfermería, aplicando de esta manera los planes de cuidados de forma sistemática y racional, a fin de alcanzar los objetivos trazados los cuales tienen como propósito la mejora del paciente. Es por eso que el tercer, cuarto y quinto objetivo fueron alcanzados. Los objetivos uno y dos fueron parcialmente alcanzados, por presentar complicaciones posteriores. Sin embargo, la estadía del paciente fue corta, donde

se brindó apoyo espiritual, orando y mostrándole a Cristo como único sanador, es por ello fue dado de alta en 2 días perfectas condiciones.

## Bibliografía

- Achury, D., Achury, L., Estrada, P., & Gutierrez, A. (2012). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112–116. Retrieved from [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Berman, A. (2013). *Kozier & Erb Fundamentos de enfermería: conceptos proceso y práctica* (9°). Madrid: Pearson.
- Castanedo, C., & Valdizan, E. (2015). *Papel de la enfermera en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad de Cantabria. Retrieved from <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7457/CastanedoBoladoC.pdf;sequence=1>
- Diaz, M., Juarros, N., Garcia, B., & Saez, C. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 45, 246–256. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (7ma ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Estela, M. (2010). Manejo del bajo gasto cardíaco en el posoperatorio cardiavascular pediátrico. *Revista Médica Universitaria*, 6(2), 1–22. Retrieved from [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/3492/grzonarmu2-10.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3492/grzonarmu2-10.pdf)
- Guadalajara, J. (2012). El corazón del anciano. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 55(4), 30–40. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124e.pdf>
- Guyton, J. (2016). *Tratado De Fisiología Médica* (13°). Madrid: Elsevier España, S.L. <https://doi.org/10.1007/s12369-009-0019-1>

- Komajda, M. (2017). Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. ¿Qué hay de nuevo? Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. ¿Qué hay de nuevo? Palabras clave: Insuficiencia cardíaca farmacología Pharmacological management of heart failure: what is new? Insuficiencia cardíaca e s p e c i a l Artículo de revisión. *Rev Urug Cardiol*, 32, 312–320. <https://doi.org/10.29277/RUC/32.3.12>
- López, M. (2012). *VADEMECUM Farmacológico de Guinea Ecuatorial (1º)*. Madrid: Fundación de Religiosos para la salud (FRS). Retrieved from <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Equatorial-Guinea-Pharmacological-Handbook-2012.pdf>
- NANDA. (2015). *Diagnosticos enfermeros nanda 2015 - 2017*. Mexico D.F: harcourt brace & company -elsevier.
- OMS. (2015). Enfermería-a. Retrieved June 11, 2018, from <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- OMS. (2016). Enfermedades cardiovasculares - El enfoque de alto riesgo. Retrieved June 11, 2018, from [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4375%3A2010-high-risk-approach&catid=1612%3Acardiovascular-diseases&Itemid=3465&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4375%3A2010-high-risk-approach&catid=1612%3Acardiovascular-diseases&Itemid=3465&lang=es)
- Pardo, M., González, I., & Ocampo, J. (2011). Valoración y manejo de las Taquicardias en urgencias de Atención Primaria Actualización de " ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias " *Cad Aten Primaria Ano*, 18, 111–116. Retrieved from [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol\\_2/abcde\\_2\\_vol18\\_n2.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_2/abcde_2_vol18_n2.pdf)
- Perez, J. (2012). Pathophysiology of acute pain: cardiovascular, respiratory alterations and of other systems and organs. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19–26. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi->

bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=35599

Potter, P., & Perry, A. (2015). *Fundamento de Enfermería* (8°). Barcelona: Elsevier España, S.L.

Reyes, V., Sotomayor, S., & Gonzalez, L. (2010). Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15(1), 27–31. Retrieved from

<http://132.248.9.34/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2007/vol15/no1/5.pdf>

Rojas, L., Echeverria, L., & Camargo, F. (2014). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Revista Electronica Trimestral de Enfermería*, 36, 1–14. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/clinica1.pdf>

Santi, J. (2017). *Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNMD - 2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5885/Gotelli\\_sj.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5885/Gotelli_sj.pdf?sequence=1)

Thibodeau, G., & Patton, K. (2016). *Estructura y Función del Cuerpo Humano* (15°). Madrid: Elsevier.

## Apéndices

## Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERIA AL  
SERVICIO.

DATOS GENERALES		
Nombre de usuario _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____		
Indigente _____		
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____ Persona de referencia: _____ Telf: _____ Parentesco: _____		
Procedencia: Admisión _____ Emergencia _____ Otro _____		
Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Ambulancia ( )		
Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ Sat _____		
Fuente de Información: Paciente _____ Otro: _____		
Motivo de Ingreso: _____ Dx. Médico: _____		
Fecha de la valoración: _____ hora _____		
VALORACION SEGUN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD		
<b>PATRON PERCEPCION – CONTROL DE LA SALUD</b>		
Describe su estado de salud: Bueno ( ) Normal ( ) Malo ( )		
Desea mejorar el tratamiento ( )		
No conciencia de enfermedad ( )		
No da importancia a su salud ( )		
No acepta su estado de salud ( )		
No participa en aspectos relacionados con su enfermedad ( )		
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) CA ( ) TBC ( ) Asma ( ) Otros _____ Sin problemas Importantes _____		
Antecedentes de enfermedad (Fechas) _____ _____		
Intervenciones quirúrgicas No Si (fechas) _____ _____		
Alergias y otras reacciones _____		
Fármacos: _____		
Alimentos: _____		
Signos-síntomas: _____		
Otros: _____		
<b>Factores de riesgo</b>		
Consumo de tabaco	No	Si
Consumo de alcohol	No	Si
Consumo de drogas	No	Si
<b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b>		
¿Qué toma actualmente? (Horarios)	Dosis/Frec.	Última dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>Estado de higiene</b>		
Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )
Realiza acciones preventivas como: Tiene vacunas completas: SI ( ) NO ( ) Ha recibido transfusiones sanguíneas SI ( ) NO ( ) Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas SI ( ) NO ( ) Tiene periodos de descanso – Relax a lo largo del día SI ( ) NO ( ) Comentarios: _____		
<b>PATRON DE RELACIONES – ROL (ASPECTO SOCIAL)</b>		
Ocupación: _____		
Estado civil: Soltero ( ) Casado/a ( ) Conviviente ( ) Divorciado/a ( ) Otro: _____		
¿Con quién vive? Solo ( ) Con su familia ( ) Otros: _____		
Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____		
Comentarios adicionales: _____		
<b>PATRON DE VALORES - CREENCIAS</b>		
Religión: _____		
Restricciones religiosas: _____		
Solicitud visita de capellán: _____		
Comentarios adicionales: _____		
<b>PATRON AUTORECEPCION – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES</b>		
Estado emocional:		
Tranquilo ( ) ansioso ( ) negativo ( )		
Temeroso ( ) irritable ( ) Indiferente ( )		
Hostil: SI ( ) NO ( )		
Depresión: ( ) Intento de suicidio ( )		
Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión ( )		
Expresa desagrado con su imagen corporal ( ) Auto apreciación negativa ( )		
Temor expreso ( )		
Preocupaciones principales/comentarios: _____		



## PATRON DE DESCANSO - SUEÑO

Problemas para dormir: SI ( ) NO ( )

Patrón habitual de sueño:

Diurno ( ) Nocturno ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Usa algún medicamento para dormir: SI ( ) NO ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Despierto ( ) Somnoliento ( ) Soporoso ( ) Inconsciente ( )

Coma ( )

Orientado: Tiempo ( ) Espacio ( ) Personal ( )

## PATRON PERCEPTIVO - COGNITIVO

Presencia de anomalías en:

Audición: normal ( ) disminuido ( ) ausente ( )

Visión: normal ( ) disminuido ( ) nubosidad ( )

Habla /lenguaje: Idioma: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Normal ( ) Afasia ( ) Disartría ( )

Dolor/molestias: SI ( ) NO ( )

Escala de EVA 1/10 \_\_\_\_\_ Puntos.

Descripción: \_\_\_\_\_

Escala de Glasgow: Puntaje total: \_\_\_\_\_

Apertura ocular	Respuesta verbal:	Respuesta motora:
4 Espontáneamente	5 Orientado	6 Obedece
3 A la voz	4 mantiene una conversación	5 Ordenes
2 Al dolor.	4 Confuso	5 Localiza el dolor
1 No responde	3 Palabras inapropiadas	4 Solo se retira
	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Reactivas ( ) No reactivas ( )

Tamaño: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Convulsiones SI ( ) NO ( )

Niveles ideales de sedación:

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAPSAY	
Anestesia agitada o intencional	1
Cooperador orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Despierto. Pero con respuesta a estímulo auditivo leve	4
Despierto. Solo hay respuesta a estímulo intencional	5
No hay respuesta	6

Rossay PL, Savigo T, Simpson DR, Gardner R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadoline. BMJ 1974;3 (712):654-659.

Alteraciones motoras

Temblor ( )

Agitación ( )

Hiperactividad ( )

Inhibición psicomotora ( )

Acatisia ( )

Estupor catatónico ( )

Rigidez ( )

Distonía aguda ( )

## PATRON DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

## ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial ( ) profunda ( )

Disnea: SI ( ) NO ( ) en reposo ( ) al ejercicio ( )

Aleteo nasal SI ( ) NO ( )

Uso de músculos accesorios SI ( ) NO ( )

rítmico ( ) arrítmico ( )

Se cansa con facilidad: No ( ) SI ( )

Ruidos respiratorios: estertores ( ) crepitantes ( )

sibilantes ( ) roncus ( ) disminuidos ( )

Tos Ineficaz: SI ( ) NO ( )

Reflejo de la tos: presente ( ) disminuido ( ) ausente ( )

NBZ SI ( ) NO ( )

Secreciones: No ( ) SI ( )

Secreciones.

Vías altas ( ) Bronquiales ( )

Características

Blanquecinas ( )

Espesas ( )

Fluidas ( )

Abundantes ( )

Escasas ( )

Purulentas ( )

Hemáticas ( )

O<sub>2</sub>: No ( ) SI ( ) Modo: \_\_\_\_\_ l/min/FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_TET: Traqueotomía: VM: Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

## ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: \_\_\_\_\_ Regular ( ) Irregular ( )

Pulso periférico: normal ( ) disminuido ( ) ausente ( )

Edema: NO ( ) SI ( ) Localización: \_\_\_\_\_

+ ( ) ++ ( ) +++ ( )

Riego periférico:

Tibia (T), Fria (F) y Caliente (C)

MI I ( ) MID ( )

MSI ( ) MSD ( )

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: \_\_\_\_\_

Catéter central: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Uso de Inotrópicos SI ( ) NO ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

Acepta transfusión sanguínea SI ( ) NO ( )

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

1 = Independiente      3 = Totalmente dependiente  
2 = Parcialmente dependiente

1      2      3

Movilización en cama			
Deambular			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno ( ) muletas ( ) andador ( )  
bastón ( ) S. ruedas ( ) Otros \_\_\_\_\_

Movilidad de miembros: conservada ( ) flaccidez ( )  
contracturas ( ) parálisis ( )

Fuerza muscular: Conservada      Disminuida

<b>PATRON NUTRICIONAL - METABOLICO</b>
----------------------------------------

Piel:

Coloración: Normal ( ) Pálida ( )  
Cianótica ( ) Ictérica ( )

Hidratación: Seca ( ) Turgente ( )

Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( )

Hematomas ( ) Petequias ( )

Llenado capilar <2 segundos ( ) >2 segundos ( )

UPP: Grado I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa ( ) Ausente ( )

Caries dentales ( )

Incompleta ( ) Prótesis ( )

Mucosa oral: Intacta ( ) Lesiones ( )

Halitosis ( ) Lengua saburral ( )

Quelitis ( )

Hidratación: Si ( ) No ( )

Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Apetito: Normal ( ) Aumentado ( ) Disminuido ( )

Anorexia ( ) Bulimia ( )

Dificultad para deglutir: Si ( ) No ( )

Dificultad para masticar Si ( ) No ( )

Nauseas Pirosis Vómitos Cantidad: \_\_\_\_\_

SNG: No ( ) Si ( ) Alimentación ( ) Drenaje ( )

Sonda gastrostomía: Si ( ) No ( )

Ostomía: Si ( ) No ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

Abdomen: Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( )

Timpanico ( ) Ascítico ( )

Ruidos hidroaéreos: Aumentados ( ) Normales ( )

Disminuidos ( ) Ausentes ( )

Drenajes: No ( ) Si ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

HGT: \_\_\_\_\_

Tipos de dieta: Hiposódica ( ) hipograsa ( ) líquida ( )  
completa ( ) licuada ( )

Necesita suplementos nutricionales: Si ( ) No ( )

Peso actual: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Expresa insatisfacción con su peso ( )

Desnutrición ( )

Obesidad ( )

Extremos ponderales ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Hábitos Intestinales.**

<b>PATRON DE ELIMINACION</b>
------------------------------

N° de deposiciones al día \_\_\_\_\_ Normal ( )

Estreñimiento: Diarrea ( ) Incontinencia ( )

Características: Sangre ( ) Moco ( )

Coloración de las heces.

Acólicas ( ) Biliosas ( ) Negruzcas ( ) Verdes ( )

Hábitos vesicales:

Frecuencia \_\_\_\_\_ día.

Características: Ámbar ( ) Colorica ( ) Con sangre ( )

Sedimentosa ( )

Incontinencia urinaria.

Ocasional ( ) Permanente ( )

Retención de orina ( )

Polaquuria ( )

Puria ( )

Poliuria ( )

Disuria ( )

Nicturia ( )

Oliguria ( )

Anuria ( )

Hematuria ( )

Sistema de ayuda

Sondaje vesical permanente ( )

Sondaje vesical intermitente ( )

Sonda vesical suprapúbica ( )

Ostomía/ urostomía ( )

Nefrostomía ( )

Colector ( )

Pañal ( )

Fecha de colocación: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Otras pérdidas de líquidos

Exudado de herida ( )

Drenajes ( )

Sudoración excesiva ( )

Aspiración gástrica ( )

Comentarios \_\_\_\_\_

Nombre del enfermero:

\_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

PATRÓN SEXUALIDAD/ REPRODUCCION
---------------------------------

Secreciones anormales en genitales: NO ( ) SI ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Otras Molestias: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Observaciones

\_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual.

\_\_\_\_\_

Sangrado vaginal: SI ( ) NO ( )

Edad Gestacional: \_\_\_\_\_

Pérdida de líquidos amnióticos: SI ( ) NO ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

Fértil: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Uso de métodos anticonceptivos: SI ( ) NO ( )

Nombre: \_\_\_\_\_

Limitaciones sexuales por dificultad: \_\_\_\_\_

Limitación sexual por terapia: \_\_\_\_\_

Problemas de identidad sexual:

Problemas de actividad sexual con su pareja:

\_\_\_\_\_

Pérdida de interés sexual: \_\_\_\_\_

Violación sexual \_\_\_\_\_

Fecha de violación \_\_\_\_\_

## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente con fibrilación auricular con respuesta ventricular alta y trastorno inespecífico de la repolarización ventricular en la Unidad de Shock Trauma de una clínica privada en Lima, 2018, de iniciales E. S. G. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Rosa Neycith Irene Angulo, bajo la asesoría del Mg. Neal Reyes. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

---



---

Firma