

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de Enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio
del servicio de emergencia de un hospital de Huacho, 2025**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería:

Emergencias y Desastres

Autores:

Christopher Ortiz Sanchez

Carlos Eduardo Ramirez Sotelo

Asesora:

Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban

Lima, 13 de enero del 2026

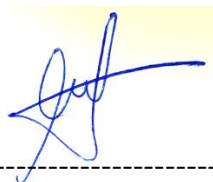
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Celeste Abigail Mauricio Esteban, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE HUACHO, 2025”** de los autores Christopher Ortiz Sanchez y Carlos Eduardo Ramirez Sotelo tiene un índice de similitud de 10% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de enero del año 2026.



Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban

**Proceso de atención de Enfermería al paciente con infarto agudo de
miocardio del servicio de emergencia de un hospital de Huacho,
2025**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Emergencias y Desastres


Sofía Dora Vivanco Hilario

Mg. Sofia Dora Vivanco Hilario
Dictaminador

Lima, 13 de enero del 2026

Tabla de Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Metodología	7
Valoración	7
Diagnósticos de Enfermería Priorizados (NANDA –I, 2020).....	11
Planificación.....	13
Ejecución.....	15
Evaluación.....	17
Resultados	19
Discusión.....	20
Referencias	29
Apéndices	36

Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con Infarto Agudo de Miocardio del Servicio de Emergencia de un Hospital de Huacho, 2025

Lic. Christopher Ortiz Sánchez, Lic. Carlos Eduardo Ramirez Sotelo^a - Mg. Celeste Mauricio Esteban^b
^aAutores del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El infarto agudo de miocardio (IAM) se particulariza por el inicio brusco de un episodio isquémico en el miocardio causado por la obstrucción repentina y total de un vaso coronario. El cual su objetivo fue administrar los procesos de asistencia de enfermería en sus cinco fases. Fue de metodología cualitativa, de enfoque de caso único, que integró a una persona de 60 años, a quien se le hizo el control de todas las fases de asistencia de enfermería: en la fase de valoración se recolectó datos subjetivos y objetivos con la observación y entrevista, la cual se determinan 3 diagnósticos de enfermería: disminución del gasto cardiaco, dolor agudo y disminución de la tolerancia a la actividad, luego se identificaron los resultados y se elaboraron los planes de intervención de enfermería para cada etiqueta diagnóstica empleando la taxonomía NIC, NOC.

Se identificaron y priorizaron ocho patrones diferentes, especialmente en los dominios de actividad-ejercicio y nutricional-metabólico, que condujo al establecimiento y priorización de diagnósticos de enfermería. Por último en la fase de evaluación se realiza el control del plan de asistencia de enfermería y el análisis de los resultados, las puntuaciones obtenidas fueron de +1, +2 y +2 al implementar las intervenciones de enfermería.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, infarto agudo de miocardio.

Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) is characterized by the sudden onset of an ischemic episode in the myocardium caused by the sudden and complete obstruction of a coronary vessel. The objective of this study was to manage nursing care processes in their five phases. It employed a qualitative, single-case approach, focusing on a 60-year-old individual who underwent all phases of nursing care. During the assessment phase, subjective and objective data were collected through observation and interviews, leading to the identification of three nursing diagnoses: decreased cardiac output, acute pain, and decreased activity tolerance. Subsequently, outcomes were identified, and nursing intervention plans were developed for each diagnostic label using the NIC and NOC taxonomies.

Eight different patterns were identified and prioritized, particularly in the activity-exercise and nutritional-metabolic domains, which led to the establishment and prioritization of nursing diagnoses. Finally, in the evaluation phase, the nursing care plan was reviewed and the results analyzed. The scores obtained were +1, +2, and +2 for implementing the nursing interventions.

Keywords: Nursing care process, acute myocardial infarction.

Introducción

La Organización mundial de la salud, (2024), informó que dentro de las 10 primeras causas de mortalidad a nivel internacional están relacionadas con patologías del sistema circulatorio, la enfermedad coronaria es la más común, representando el 16% de todas las muertes a nivel internacional. Así mismo en relación al ingreso económico, los países con ingreso bajos su origen primordial de muerte son las afecciones respiratorias, ubicándose en tercer lugar las cardiopatías isquémicas, en países con mediano y alto ingreso se ubican en primer lugar las cardiopatías isquémicas.

Según la Hernández-Vásquez et al. (2024) afirman que en el continente americano hay mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) como los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías isquémicas que son causas principales de aniquilación e invalidez.

En el año 2019 murieron más de 2 millones de individuos por enfermedades del sistema circulatorio, la tasa de exterminio por ECV reducida por edad disminuyó de 203,3 decesos por 100.000 (IC del 95 %: 176,0-227,1) a 137,2 muertes por 100.000 (IC del 95 %: 110,3-165,5) en el momento del estudio, sin embargo, existen diferencias significativas entre países: Perú registró el índice más mínimo, con 73,5 decesos por 100.000, mientras que Haití registró la más alta, con 428,7 muertes por 100.000.

Según el estudio realizado por Hernández-Vásquez et al. (2024) entre los años 2018 y 2023, se notificaron 28.088 casos de IAM, durante este período, el índice nacional generalizado por años incrementó un 6,72 % (IC del 95 %: 4,25-9,25) anualmente, de 22,77 a 25,60 por cada 100.000 personas, estas tasas, en hombres fueron consistentemente mayores que en mujeres todos los años, la población peruana residente fuera de la ciudad presentó la mayor tendencia al

alza, los adultos de 65 años o más presentaron la mayor carga de IAM, siendo Lima y la región Callao las que presentaron la mayor concentración de casos (p. 195).

Se define el IAM como una tumefacción grave de músculo cardíaco, es decir “es provocada por una disminución súbita de perfusión coronaria, comprometiendo la probidad estructural de una o más áreas del músculo cardíaco y las células del miocardio mueren” (Machado Villarroel et al., 2021).

Zipes et al. (2022) considera las siguientes causas: la aterosclerosis y ruptura de placa; trombosis coronaria; vasoespasmo coronario; embolia coronaria; disección de arteria coronaria espontánea (SCAD); anomalías congénitas de las arterias coronarias; por los defectos estructurales que pueden predisponer a eventos isquémicos. Consumo de drogas y tóxicos; como la cocaína y las metanfetaminas pueden inducir vasoespasmo coronario o acelerar la aterosclerosis. Otras enfermedades que aumentan la tendencia a formar coágulos son los estados de hipercoagulabilidad, trombofilia, síndrome antifosfolípido o cáncer. (p. 1238).

Roffi et al., (2016), describe la fisiopatología como el desarrollo de un coágulo sanguíneo repentino tras la ruptura o erosión de un desgaste de placa coronaria, en ocasiones acompañada de vasoconstricción, que genera una restricción repentina y grave del corriente sanguíneo. Es el desencadenante fisiopatológico más común del infarto grave, cuando una placa se fisura, se genera un gran coágulo en la arteria asociada con el coágulo, exponiendo sustancias pro aterogénicas. Una circulación colateral fuerte puede prevenir la necrosis tisular y causar episodios discretos de obstrucción coronaria.

Asimismo, Roffi et al. (2016) expresó que los trombos ocasionan obstrucción y se asocian frecuentemente con un aumento del fragmento ST en el electrocardiograma (ECG) y suelen provocar daño ventricular transmural dentro del área miocárdica irrigada por la arteria

coronaria afectada, uno de los factores fisiopatológicos más importantes en el complejo del mecanismo de la rotura de la placa es la inflamación.

En el ECG se muestra o no prominencia del fragmento ST, el IAM se divide en cinco tipos: 1) Infarto cardiaco vinculado con obstrucción trombótica del stent, 2) Las complicaciones de la ICP incluyen el infarto de miocardio, 3) Ataque cardiaco que provoca deceso súbita antes de que se disponga de biomarcadores o datos de ECG, 4) Ataque cardiaco de miocardio no vincula con aterotrombosis aguda y provocado por una inestabilidad entre el suministro y la necesidad de oxígeno y 5) Ataque cardiaco inducido directamente por aterotrombosis coronaria.

Fernández Cisnal et al. (2014) en sus estudios considera que existen dos tipos de presentaciones clínicas para el IAM: típicas y atípicas, los sintomatologías frecuentes, que se muestran en el 70-80 % de los contextos, incluyen palidez, náuseas, vómitos, debilidad, desmayos y sensación de muerte inminente, además de molestias torácicas, frecuentemente acompañadas de sudoración, las molestias abdominales y la disnea son síntomas atípicos comunes, que son más frecuentes en ausencia de dolor torácico, el edema pulmonar agudo puede o no acompañar a la insuficiencia cardíaca de nueva aparición o a la exacerbación de una insuficiencia cardíaca preexistente, otras posibles presentaciones son arritmias, síncope o accidente cerebrovascular embólico.

En relación al tratamiento específico para el infarto de miocardio, Freixa et al. (2022) propone dos tipos de tratamiento: primero la cirugía cardiaca, cateterismo cardiaco para ayudar a fluir la sangre correctamente. Como segunda alternativa el tratamiento farmacológico con estatinas para reducir el nivel de colesterol en sangre, la aspirina para reduce la formación de placa arterial y Betabloqueantes para una mejor circulación sanguínea y reducir la presión arterial.

Ejecutar un PAE para este tipo de casos requiere de una sistematización de prestación de enfermería. Según Solano (2020), es necesario cumplir con los 5 fases del proceso de enfermería identificar fortalezas y promover el bienestar general, para detectar, informar y solucionar asuntos de bienestar actuales o probables, para optimar el bienestar de los individuos, familiares y las colectividades enteras.

La enfermería especializada permite un mejor desempeño en un área específico de atención en salud . Según Alcazar (2023) la enfermería es esencial, por sus actividades específicas que se inician en el triaje, la primera evaluación, el primer tratamiento y la estabilización. Es importante la coordinación interdisciplinaria, la administración de medicamentos y procedimientos especiales, sin descuidar el trato humanizado en cada acción. La especialidad en enfermería le fortalece en conocimientos y habilidades, en técnicas específicas para responder a situaciones de emergencia, incrementa su capacidad para actuar con rapidez, coordinar eficazmente y brindar un tratamiento de alta calidad.

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, se aplicó el método científico del proceso de atención de enfermería (PAE) es una metodología de trabajo primordial para suministrar el cuidado enfermero en el ambiente del ejercicio profesional, garantiza la integridad de la asistencia enfatizando aspectos bio-socio-psico-espirituales en el cuidado de la persona. Además, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería, ya que promueve un cuidado humanizado que se centra en resultados; aportando continuidad a las intervenciones de enfermería y se convierte en un instrumento para evaluar de forma continua la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería (Parra et al., 2017); el sujeto de estudio incluyó a paciente adulto mayor de 60 años, con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia; así mismo se utilizaron la técnica de entrevista, examen físico y revisión documentada de la historia clínica. El instrumento fue el marco de valoración por patrones funcionales según Marjory Gordon que permitió identificar los problemas y necesidades para luego enunciar los diagnósticos de enfermería en base a NANDA Internacional; se identificaron 5 diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizaron tres por riesgo de vida. Las actividades se ejecutaron en su mayoría, la evaluación se realizó comparando la puntuación final con la puntuación de base de los indicadores de los NOC.

Proceso de Atención de enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: B.U.S

Sexo: Masculino

Edad: 60 años

Tiempo de Enfermedad: 2 horas

Días de hospitalización: 0

Días de atención de enfermería: 0

Motivo de Ingreso. Paciente adulto mayor es traído por su esposa a emergencia, por cursar con malestar general, fatiga, piel fría al tacto, diaforesis, frecuencia cardiaca de 110 lpm, disminución de pulsos periféricos, P/A 190/110 mmHg, saturación de oxígeno 97%, Alteración del EKG (elevación del segmento ST), padece de disnea al esfuerzo, la frecuencia respiratoria oscila entre 18-20 rpm; no se evidencia tiraje subcostal ni uso de musculatura accesorio, a la auscultación se escucha el pasaje de aire en ambos campos pulmonares. Dolor torácico retroesternal, expresión facial del dolor, EVA (7/10 puntos). Diagnóstico médico: infarto agudo de miocardio / crisis hipertensiva/obesidad mórbida.

Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón Funcional I: Percepción-Manejo de la Salud. Persona de tercera edad de 60 años de edad, con referencia de hipertensión arterial en asistencia con enalapril 20 mg cada 24 horas, manifiesta ausencia de antecedentes quirúrgicos y alergias a medicinas o provisiones, presenta un mal contexto de limpieza. Al revisar el estado de vacunación refiere tener las 3 dosis de profilaxis contra el Covid-19. Se considera bebedor social, fuma en reuniones sociales. En la actualidad, el paciente reconoce su patología y el esfuerzo cotidiano que implica sobrellevarla; considera su estado de salud como severo, dentro de los factores de riesgo: Consume tabaco y alcohol.

Patrón Funcional II: Nutricional-Metabólico. Se observa a un paciente mayor con piel fría a la palpación, mejillas calientes y sudoración profusa, la dentición no está completa y la mucosa oral está húmeda, con una elevación de 162 cm y un peso de 110 kg, las medidas antropométricas muestran un índice de masa corporal (IMC) de 41,9, compatible con obesidad mórbida, presenta buenos ruidos intestinales y un abdomen blando y depresible, con piel intacta y sin indicios de úlceras por presión, el paciente se encuentra en ayunas, según los datos de laboratorio, el hematocrito es de 42,2 g/dl y la hemoglobina, de 14,5 g/dl.

Patrón Funcional III: Eliminación.

Eliminación Vesical. El paciente orina espontáneamente y produce orina de color ámbar. Ha tenido dos episodios de micción desde su ingreso, con un total de aproximadamente 1800 cc de orina.

Eliminación Intestinal. La paciente refiere una deposición blanda y marrón por día; desde su ingreso ha reportado un volumen total de 90 cc.

Patrón Funcional IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Un usuario anciano con una repleción de O₂ del 97 % se coloca en postura de Fowler, su frecuencia respiratoria oscila entre 18 y 20 respiraciones por minuto, lo que indica disnea de esfuerzo, no se observan signos de uso de músculos auxiliares ni retracciones subcostales. Se detecta admisión de aire bilateral mediante auscultación pulmonar, la gasometría arterial muestra alcalemia con alcalosis metabólica descompensada (pH: 7,38, pO₂: 90, pCO₂: 42,1, HCO₃: 24,2, SpO₂: 98 %, PAFI = PaO₂/FIO₂: 428).

Actividad Circulatoria. Un paciente mayor presenta un ritmo cardíaco estable en la auscultación y taquicardia (frecuencia cardíaca: 110 lpm), la reposición capilar tarda menos de dos segundos, la presión arterial es de 190/110 mmHg, lo cual es elevado, los resultados de

laboratorio indican una CPK-MB de 80 U/L y un ECG con eminencia del segmento ST, no se observan edemas en las extremidades inferiores, se utiliza un catéter 18G para proporcionar acceso intravenoso periférico a las extremidades superiores izquierda y derecha del paciente.

Actividad Capacidad de Autocuidado. Un paciente de edad avanzada conserva la capacidad de autocuidado, pero demuestra una dependencia parcial en actividades como bañarse, comer y moverse, mientras mantiene un tono muscular preservado.

Patrón Funcional V: Sueño-Descanso. Según un paciente mayor, suele dormir unas ocho horas por noche, pero en urgencias, su sueño se ha visto perturbado por patrones de sueño esporádicos, además del estrés y la ansiedad por las posibles derivaciones de su padecimiento, dice que no usa ningún medicamento para dormirse.

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo. Un paciente mayor tiene conciencia del tiempo, el lugar y las personas (LOTEP). Apertura ocular: 4, contestación verbal: 5, reacción motora: 6. Escala de Coma de Glasgow: puntuación total: 15. Las pupilas son iguales, reactivas e isocóricas; el paciente niega cualquier anomalía visual. No presenta signos de alucinaciones ni alteraciones del pensamiento. Habla español y se queja de agotamiento y molestias en el pecho y la espalda. En la EVA, la intensidad de dolencia es de 7/10 y sus expresiones faciales transmiten malestar.

Patrón Funcional VII: Autopercepción-Autoconcepto. El paciente mayor se describió de carácter afable durante toda la entrevista, a pesar de tener pocos conocidos y de tener problemas frecuentes con su bienestar general, debido en gran parte a un incremento de peso de más de 30 kg, ocasionalmente expresó incomodidad con su imagen personal, reconoce que la obesidad representa un riesgo para la salud debido a su efecto sobre la hipertensión arterial y la posibilidad de otras consecuencias.

Patrón Funcional VIII: Rol-Relaciones. Un paciente mayor, autónomo y casado desde hace más de 35 años, convive con su cónyuge y dos hijos solteros, fomentando un ambiente familiar saludable, afirma haber terminado la secundaria, trabajar en una empresa familiar y abstenerse de prácticas sexuales peligrosas.

Patrón Funcional IX: Sexualidad-Reproducción. Paciente adulto mayor que acude sin lesiones cutáneas ni deformidades anatómicas y cuyo sistema reproductivo es normal en tamaño, forma y color.

Patrón Funcional X: Adaptación-Tolerancia al Estrés. El paciente mayor reportó ansiedad y deterioro del bienestar emocional durante la sesión. Habló de cambios significativos en su vida en años recientes, como una subida de peso considerable debido a malas decisiones alimentarias y de estilo de vida que afectaron negativamente la salud de su esposa y la suya, sin embargo, se ha esforzado por manejar estas dificultades con la ayuda de su familia.

Patrón Funcional XI: Valores-Creencias. El paciente anciano manifestó durante la entrevista que es católico y que su salud no se ve afectada por ninguna limitación religiosa.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados (NANDA –I, 2020)

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. "Disminución del gasto cardíaco" (00029).

Características Definitorias. Presión arterial elevada (190/110 mmHg), taquicardia (110 lpm), disminución de pulsos periféricos, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento ST), piel fría y húmeda.

Factores Relacionados. Poscarga alterada, contractilidad alterada, ritmo cardíaco alterado.

Enunciado Diagnóstico. Disminución del gasto cardíaco relacionado con poscarga alterada, contractilidad, y ritmo de cardíaco alterado manifestado por, presión arterial elevada (190/110 mmHg), taquicardia (110 lpm), disminución de pulsos periféricos, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento ST), piel fría y húmeda.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Dolor agudo (00132).

Características Definitivas. Comportamiento expresivo, expresión facial de dolor, Informa las características del dolor utilizando un instrumento de dolor estandarizado (dolor torácico retroesternal de fuerte intensidad, Escala Visual Análoga (EVA) 7/10 pts).

Factores Relacionados/de Riesgo. Agente de daño biológico.

Enunciado Diagnóstico. Dolor agudo relacionado con agente de daño biológico manifestado con comportamiento expresivo, expresión facial de dolor, características del dolor (dolor torácico retroesternal de fuerte intensidad, EVA: 7/10 pts).

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. Disminución de la tolerancia a la actividad (00298)

Características Definitivas. Respuesta anormal de la frecuencia cardíaca la actividad (110 lpm), disnea de esfuerzo, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento st), expresa fatiga.

Factores Relacionados. Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.

Enunciado Diagnóstico. Disminución de la tolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por respuesta anormal de la frecuencia cardíaca la actividad (110 lpm), disnea de esfuerzo, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento st), expresa fatiga

Planificación

Primer Diagnóstico. "Disminución del gasto cardíaco" (00029).

Resultado de Enfermería. NOC: 0405 perfusión tisular: cardíaca.

Indicadores.

- ✓ Hallazgos del electrocardiograma
- ✓ Taquicardia
- ✓ Presión sanguínea diastólica
- ✓ Diaforesis profusa.

Intervenciones de Enfermería. NIC: 4270 Manejo de la terapia trombolítica

Actividades.

- ✓ Realizar un ECG de 12 derivaciones, según corresponda
- ✓ Obtener el consentimiento informado.
- ✓ Obtener otra vía de acceso intravenosa.
- ✓ Evitar la obtención de muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas.
- ✓ Preparar y administrar los trombolíticos, según el protocolo del centro: . Alteplasa 50mg EV., y ácido acetilsalicílico 250 mg VO. Observar los signos de hemorragia.
- ✓ Monitorizar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, el grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de consciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, según las indicaciones.

Segundo Diagnóstico. "Dolor Agudo" (00132).

Resultado de Enfermería. NOC: 2102 nivel del dolor.

Indicadores.

- ✓ Frotarse área afectada.
- ✓ Expresiones faciales de dolor.
- ✓ Duración de los episodios de dolor.

Intervenciones de Enfermería. NIC: 1410 Manejo del Dolor Agudo

Actividades.

- ✓ Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- ✓ Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- ✓ Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes que el dolor se agrave o antes de las actividades que las inducen.
- ✓ Usar analgésicos combinados (tramadol 100 mg ev, isorbide 5mg sl), si el nivel del dolor es intenso.
- ✓ Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

Tercer Diagnóstico. “Disminución de la tolerancia a la actividad” (00298).

Resultados de Enfermería. NOC: 0400 efectividad de la bomba cardiaca.

Indicadores.

- ✓ Disnea de esfuerzo leve.
- ✓ Intolerancia a la actividad.
- ✓ Frecuencia cardiaca.
- ✓ Fracción de eyección.

Intervenciones de Enfermería. NIC: 0180 manejo de la energía.

Actividades.

- ✓ Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- ✓ Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- ✓ Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
- ✓ Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según procede.
- ✓ Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención manejo de la terapia trombolítica para el diagnóstico disminución del gasto cardiaco

Intervención: Manejo de la terapia trombolítica		
Fecha	Hora	Actividades
28/11/2024 Turno diurno	08:30 am	Se obtuvo otra vía de acceso intravenosa.
	09:20 am	Se obtuvo el consentimiento informado del paciente.
	09:50 am	Se preparó la terapia trombolítica si está indicado.
	10:00 am	Se administró trombolítico según las pautas específicas de administración: Alteplasa 50mg EV., y Ácido acetilsalicílico 250 mg VO.
	10:15 am	Se monitoriza continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, según las indicaciones.
	10:30 am	Se observaron los signos de hemorragia.

Tabla 2*Ejecución de la intervención nivel del dolor para el diagnóstico dolor agudo*

Intervención: Manejo del dolor: agudo		
Fecha	Hora	Actividades
28/11/2024 Turno diurno	08:40 am	Se realizo valoración exhaustiva del dolor que incluyan localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. Se monitorizó el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
	08:43 am	Se aseguró que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes que el dolor se agrave o antes de las actividades que las inducen: tramadol 100 mg EV y isorbide 5mg SL.
	08:50 am	Se usó analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel del dolor es intenso.
	PRN	Se notificó al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

Tabla 3*Ejecución de la intervención manejo de la energía para el diagnóstico disminución de la tolerancia a la actividad*

Intervención: Manejo de la energía		
Fecha	Hora	Actividades
28/11/2024 Turno diurno	08:25 am	Se determinó los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
	10:00 am	Se animó a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
	10:30 am	Se determinó la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.
	11:00 am	

1:00 pm	Se seleccionó intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según procede. Se determinó qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
---------	---

Evaluación

Resultado. Perfusión tisular cardiaca.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
040509 Hallazgos del electrocardiograma	2	4
040510 Enzimas cardiacas	3	4
040521 Taquicardia	3	4
040517 Presión sanguínea diastólica	3	4
040505 Diaforesis profusa	3	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado perfusión tisular: cardiaca seleccionados para el diagnóstico disminución del gasto cardiaco antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (desviación moderada del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y cambios electrocardiográficos considerables. La puntuación de cambio fue de +1.

Resultado. Nivel del dolor.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
210221 Frotarse el área afectada	2	4
210206 Expresiones faciales de dolor	2	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado Nivel del Dolor seleccionados para el diagnóstico Dolor Agudo antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancial), después de las mismas, la moda fue de 4 (leve), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la disminución del dolor (EVA 2/10 puntos), y no presencia de fascies de dolor. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado: Efectividad de la bomba cardiaca

Tabla 7

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
040026 Disnea de esfuerzo leve	2	4
040030 Intolerancia al ejercicio	2	4
040002 Frecuencia cardiaca	3	4
040004 Fracción de eyección	2	4

La tabla 7 muestra que la moda de los indicadores del resultado Efectividad de la bomba cardiaca seleccionados para el diagnóstico Disminución de la tolerancia a la actividad antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación sustancial del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales, mejora en la tolerancia a la actividad, mejor efectividad cardiaca. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultados

De acuerdo a la evaluación realizada en la fase de valoración, la recolección de datos se obtuvo del paciente, la historia clínica y de la esposa. Se utilizó el examen físico, resultados de exámenes de laboratorio y electrocardiograma (ECG) como medios de información.

Posteriormente se organizó la información de acuerdo a la guía de valoración basada en patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Se tuvo dificultad en esta fase por el acceso restringido de la historia clínica antigua, a pesar de ello se pudo recolectar la información que se necesitaba.

En la fase de diagnóstico se analizó los datos significativos según la NANDA, dando prioridad a tres: disminución del gasto cardiaco, dolor agudo y disminución de la tolerancia a la actividad.

Para la fase de planificación se consideró las taxonomías NOC y NIC. Se determinó los resultados de enfermería que tengan mejor relación con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones tengan coherencia con los resultados. La dificultad presentada en esta fase fue la determinación en la puntuación de los indicadores de los resultados en la línea basal como la evaluación final por la subjetividad para su determinación.

En la fase de ejecución no hubo dificultades por la experiencia en la realización de las diferentes actividades de cada intervención ejecutada.

Para finalizar, la fase de evaluación nos permitió realizar una retroalimentación para cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó a nuestro paciente en el presente estudio.

Discusión

Disminución del Gasto Cardíaco

La disminución del gasto cardíaco se define como “bombeo cardíaco insuficiente de sangre para cubrir las demandas metabólicas del organismo”. (King & Lowery, 2023)

Por otro lado, disminución del gasto cardíaco (00029) es un diagnóstico de enfermería, que se define como “un volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo”. Está contenido en el dominio 4 Actividad/Descanso, clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares y tiene 36 características definitorias, divididas en cinco grupos: ritmo/ frecuencia cardíaca alterados, precarga alterada, poscarga alterada, contractilidad alterada y conductual/emocional (Da Silva et al., 2023).

Así mismo la disminución del gasto cardíaco se produce cuando el corazón ya no puede bombear suficiente oxígeno para satisfacer las demandas del cuerpo. Este se desarrolla como un efecto secundario a una cirugía cardíaca o como complicación a una enfermedad cardíaca. La definición más común del gasto cardíaco se mide por un índice cardíaco de menos de 2,2 L/min/m². (Sawalha et al., 2021).

Este diagnóstico se da por la alteración de la capacidad del corazón para bombear sangre de manera eficiente, lo que es causado por daño al músculo cardíaco en el infarto agudo de miocardio. El cual compromete la capacidad del corazón al bombear sangre de manera eficiente, y produce la perfusión tisular inadecuada y el deterioro de funciones orgánicas fundamentales.

Las características definitorias presentes en el paciente del estudio son: Hipertensión arterial, taquicardia, disminución de los pulsos periféricos, alteración del ECG, piel fría, diaforesis y elevación de enzimas cardíacas. Estos en su mayoría son signos y síntomas específicos del IAM.

Los factores relacionados en el paciente se encuentra la poscarga alterada, ritmo cardiaco alterado, contractilidad alterada pues son la causa principal del problema.

La poscarga alterada en el infarto agudo de miocardio influye en el esfuerzo que el corazón realiza para bombear sangre hacia la circulación sistémica. Impactando negativamente la función cardiaca, contribuyendo a la progresión de la enfermedad, que compromete aún más la perfusión tisular. La poscarga elevada sobrecarga al corazón aumentando la isquemia y la disfunción ventricular, y la poscarga baja puede comprometer la perfusión coronaria. El manejo es vital para mejorar el pronóstico, disminuir el daño al corazón y evitar posibles complicaciones. (Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2025).

La contractilidad alterada es consecuencia del daño isquémico en el IAM y tiene un papel importante en la evolución clínica del paciente. La contractilidad deprimida de los miocitos causa una función anormal e insuficiencia cardiaca congestiva después de un infarto de miocardio. El daño isquémico al músculo cardíaco afecta significativamente la capacidad del corazón para contraerse de manera efectiva. (Bermúdez Arias, 2020).

La alteración del ritmo cardiaco es una complicación muy común y significativa del infarto agudo de miocardio, a consecuencia de los cambios eléctricos y estructurales en el corazón por la isquemia y el daño del tejido miocardio (Benjamín et al., 2018).

Para solucionar, revertir o manejar los problemas del paciente se plantea el siguiente NIC (4270) Manejo de la terapia trombolítica, para la cual se eligieron las siguientes actividades.

Obtener otra vía de acceso intravenosa; es fundamental en el manejo inicial del infarto agudo de miocardio. Este procedimiento permite la administración rápida y eficaz del medicamento a utilizar, siendo importante para estabilizar al paciente y optimizar el tratamiento. (Bonet et al., 2022).

Obtener el consentimiento informado, es un pilar fundamental en la práctica clínica, este proceso tiene valor ético, legal y clínico el cual asegura que el paciente o su representante legal comprenda los beneficios, riesgos y alternativas de tratamiento antes de proceder con el tratamiento. (Shah et al., 2024).

Preparar la terapia trombolítica si está indicado, es un paso crucial que impacta directamente en la seguridad y eficacia para con el paciente. Este paso asegura que el medicamento a administrar se realice de manera óptima. (Baig & Bodle., 2023).

Administrar terapia trombolítica según las pautas específicas de administración. Esta terapia tiene un impacto significativo en el pronóstico del paciente, ya que busca restaurar el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias obstruidas, limitando el daño al miocardio y mejorando las probabilidades de recuperación. Esta terapia trombolítica no solo mejora significativamente la esperanza de vida, sino que también reduce la mortalidad general en los que reciben el tratamiento de manera oportuna (Shah et al., 2024).

Monitorizar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, son muy importantes realizar, para evaluar la eficacia del tratamiento, detectar complicaciones y asegurar la seguridad del paciente. El monitoreo adecuado permite una intervención temprana en caso de complicaciones y mejora los resultados clínicos. (Ramírez Garrido & NPunto, 2023).

Observar los signos de hemorragia. Es vital detectar a tiempo signos de sangrado posterior a la terapia trombolítica. La administración de trombolíticos se percibe como peligrosos, pero son importantes para restablecer el flujo sanguíneo por un infarto agudo de

miocardio. La hemorragia o sangrado es el riesgo más común y puede ser mortal. (Anderson., 2013)

Dolor Agudo

El dolor agudo (00132) es un diagnóstico de enfermería de NANDA International, definido como experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, se caracteriza por una aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses. (NANDA-I Nursing Diagnoses, 2021).

La International Association for the Study of Pain (IASP) describe al dolor agudo como una experiencia de corta duración que generalmente se correlaciona con una lesión tisular identificable y sirve como una función protectora para evitar un daño adicional. El dolor agudo suele desaparecer cuando se trata o cura la causa subyacente. (Fuentes & Fuentes, 2020).

El dolor agudo es un dolor de inicio rápido, generalmente relacionado con una lesión específica, enfermedad o procedimiento quirúrgico, y que disminuye progresivamente a medida que se resuelve la causa que lo origina. (Caballero et al., 2015).

Este diagnóstico se basa en aquella experiencia desagradable de inicio rápido asociada por la isquemia miocárdica, es decir por la falta de oxígeno en el músculo cardíaco debido a la obstrucción total o parcial de una arteria coronaria. Los diagnósticos enfermero - paciente, se basan en patrones funcionales.

Las características definitorias presentes en el paciente son: comportamiento expresivo, expresión facial de dolor, informa las características del dolor utilizando un instrumento de dolor estandarizado (dolor torácico retroesternal de fuerte intensidad, escala visual análoga 7/10 puntos).

El factor relacionado en el paciente es agente de daño biológico que es la causa principal del problema. Los agentes biológicos como bacterias, virus y toxinas pueden provocar daño tisular directo o estimular la liberación de mediadores inflamatorios como las prostaglandinas, histamina y bradicinina, los cuales activan o sensibilizan los nociceptores periféricos, generando la percepción de dolor. Este es un mecanismo de respuesta del cuerpo frente a agresiones biológicas como el infarto agudo de miocardio (Guyton, 2020).

Para el manejo del problema en el paciente se planteó el siguiente NIC (1410) Manejo del dolor: agudo, para lo cual se eligieron las siguientes actividades.

Reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión. (Montes & Pérez., 2018).

Realizar una valoración exhaustiva del dolor teniendo en cuenta la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad. (Vicente-Herrero et al., 2018)

El tipo de dolor en este caso es un dolor opresivo, según la duración en inicio este empezó hace 2 horas antes de su ingreso al servicio de emergencia, este impactó negativamente pues afectó directamente al limitar las actividades propias del paciente.

Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y confiable de acuerdo a la edad y a la capacidad de comunicación. La escala visual analógica (EVA) para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar (Diccionario de cáncer, 2021).

El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. Nuestro paciente al momento de la evaluación presentó un EVA de 7/10 puntos.

Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes que el dolor se agrave (Kreutzwiser & Tawfic, 2020).

En nuestro paciente, se administró Tramadol 100 mg intravenoso. El manejo del dolor debe tratarse de manera rápida y efectiva, ya que su control no solo disminuye el sufrimiento del paciente, sino también disminuye la activación simpática lo que podría agravar la isquemia del miocardio.

Usar analgésicos combinados, si el nivel del dolor es intenso. El uso combinado de analgésicos es beneficioso en el tratamiento en el IAM, pero debe usarse con precaución. Dentro de los medicamentos a usar en combinación están la morfina con otro medicamento no opiáceo. (Mcnicol et al., 2013)

Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. Es importante debido a que esto puede indicar que el flujo cardiaco no ha sido restablecido o complicaciones isquémicas recurrentes. (Monleón et al., 2018).

Disminución de la Tolerancia a la Actividad

La disminución de la tolerancia a la actividad se define como la falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas (NANDA-I Nursing Diagnoses, 2021).

La disminución de la tolerancia a la actividad (00298), es un diagnóstico de enfermería de NANDA International, definido como “resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas” Está contenido en el dominio 4 Actividad/Descanso, clase 2 actividad/ejercicio y tiene 8 características definatorias. (Herdman & Kamitsuru., 2024)

La disminución de la tolerancia a la actividad es la incapacidad de soportar o completar las actividades debido al aumento de la fatiga, falta de aire o el dolor. Esto puede deberse a varias causas, desde la edad avanzada, un estilo de vida sedentario y ciertas afecciones médicas, hasta trastornos de salud mental (Cremers et al., 2021).

Las características definitorias presentes en el paciente son: 110 lpm, disnea de esfuerzo, alteraciones del ECG (elevación del segmento ST), fatiga.

Dentro de los factores relacionados, se encuentra: desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno, la cual es la causa principal del problema.

El desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno es el resultado del IAM. El daño miocárdico isquémico relacionado con la rotura, ulceración o erosión de la placa aterosclerótica con el consiguiente trombo intraluminal en las arterias coronarias es sin duda el tipo de evento isquémico cardíaco más conocido. (Aguilar & González, 2010).

Con la finalidad de solucionar, revertir o manejar los problemas del paciente se plantea el siguiente NIC (4040) cuidados cardiacos, para la cual se eligieron las siguientes actividades.

Dentro de las cuales las actividades fueron las siguientes:

Limitación de las complicaciones por el desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardiaca. (Pelliccia et al., 2021)

Monitorizar los signos vitales, llamados también signos cardinales reflejan el estado fisiológico del cuerpo y alteraciones de las funciones normales del organismo (Jesús et al., 2018).

La evaluación continua del segmento ST a través de un ECG, se fundamenta en lo cuán importante son los cambios agudos del segmento ST, frecuentemente se correlacionan con eventos de IAM, el monitoreo del segmento ST desempeña un importante papel en la evolución de la enfermedad (Bevacqua, 2013).

La toma de muestras sanguíneas para evaluar la creatina fosfoquinasa (CPK), se utiliza para determinar el grado de lesión o estrés en el corazón, el cerebro o el tejido muscular. Cuando

se presenta un daño en el músculo, la CPK se filtra al torrente sanguíneo. Encontrar cuál forma específica de CPK está elevada, ayuda a determinar cuál es el tejido que ha sido dañado (Aujla et al., 2024).

Organizar periodos de ejercicio y descanso, siempre deberá realizarse con ayuda del profesional de salud. Aunque la movilidad del paciente sea muy limitada, pequeñas mejoras pueden reportarle grandes beneficios en el paciente. (Kalisch et al., 2014).

Evitar la formación de trombos, con cambios posturales ayudan a aliviar la presión continua en los pacientes encamados. Los cambios posturales deben ser rotatorios. Para lo cual se debe contar con reloj de cambios posturales. (Almonacid et al., 2010).

Conclusiones

En conclusión, se creó un plan de atención de enfermería enfocado en los problemas identificados en el paciente diagnosticado de IAM, donde se empleó el proceso de atención de enfermería considerando sus cinco etapas teniendo en cuenta el modelo de Marjory Gordon para evaluar los patrones funcionales.

Se logró gestionar el proceso de atención de enfermería, el cual permitió ofrecer un cuidado humanizado, individual y de calidad a nuestro paciente.

El Proceso de atención de enfermería es una excelente metodología para brindar cuidados a nuestros pacientes de forma sistemática, lógica, ordenada, con resultados favorables.

Se reconoce lo importante del manejo de las taxonomías NANDA NOC-NIC, con el fin de manejar un mismo lenguaje basado en conocimiento y contribuir a estudios en el campo de enfermería.

Con las intervenciones de enfermería realizadas, se logró contribuir en la solución de los problemas del paciente, ya que se logró mejorar el gasto cardiaco, disminuir el dolor agudo y mejorar la tolerancia a la actividad.

El manejo de la interrelación NANDA-NOC-NIC por parte de los profesionales de enfermería, permite la utilización de un lenguaje unificado que facilita el trabajo de enfermería.

Los cuidados de enfermería brindados contribuyeron en la recuperación de la paciente lo que permitió brindar un cuidado integral y de calidad.

Referencias

- Aguiar-Souto, P., & González-Juanatey, J. R. (2010). Angina crónica estable: fisiopatología y formas de manifestación clínica. *Revista Española de Cardiología*, *10*(1), 11–21.
[https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(10\)70003-0](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(10)70003-0)
- Agustín Fernández Cisnal, Pilar Mazón Ramos, & Juan Quiles Granado. (2014, junio 13). Liga de casos clínicos. Recopilación de los casos clínicos recibidos durante la competición.
<https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/liga-casos-clinicos-2014.pdf>
- Almonacid, F., Inés, C., Leiva, G., Gutierrez González, R., Romero, A., & Ángela, B. (2010). Responsables de revisión Puesto que desempeña.
- Anderson, J. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: Executive summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, *127*(4), 529–555. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182742c84>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *140*(11), e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Aujla, R. S., Zubair, M., & Patel, R. (2024). Creatine Phosphokinase. *StatPearls*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546624/>

Baig, M. U., & Bodle, J. (2023). Thrombolytic Therapy. *StatPearls*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557411/>

Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Chiuve, S. E., Cushman, M., Delling, F. N., Deo, R., De Ferranti, S. D., Ferguson, J. F., Fornage, M., Gillespie, C., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Jordan, L. C., Judd, S. E., Lackland, D., ... Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics - 2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *137*(12), E67–E492.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558>

Bermúdez Arias, F. (2020). La recuperación del miocardio hibernado mejora el pronóstico de la cardiopatía isquémica metabólica. *Gaceta Médica de Caracas*, *113*(1), 19–41.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-

[47622005000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Bevacqua, R. J. (2013). Monitoreo continuo del segmento ST a través del electrograma intracardíaco por un dispositivo cardíaco implantable. *Insuficiencia cardíaca*, *8*(1), 31–40. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-

[38622013000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622013000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Bonet, A., González-Trevilla, A. A., & Bardají, A. (2022). Tratamiento farmacológico en la fase aguda del infarto de miocardio. ¿Qué anticoagulante? ¿Qué antiagregante? ¿Qué otra medicación? *Revista Española de Cardiología*, *9*(3), 46–53.

[https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(09\)72812-2](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(09)72812-2)

Caballero, M., Collado, C., Quintosa, R., Riera, M., Caballero, C. M., Collado Collado, F.,

Rodríguez Quintosa, J., & Riera, J. M. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano

universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(5), 224–230.

<https://doi.org/10.4321/S1134-80462015000500007>

Cremers, T., Zoulfi Khatiri, M., Van Maren, K., Ring, D., Teunis, T., & Fatehi, A. (2021).

Moderators and Mediators of Activity Intolerance Related to Pain. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 103(3), 205–212. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00241>

da Silva, R. C., Gondim, M. C., Melo, G. M., da Silva, V. M., Cavalcante, A. M. R. Z.,

Almeida, M. de A., & Lucena, A. de F. (2023). Decreased cardiac output: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20220265.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0265>

Definición de EVA - Diccionario de cáncer del NCI - NCI. (s/f). Recuperado el 15 de agosto de

2025, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/eva>

El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de

enfermería. (s/f). Recuperado el 13 de agosto de 2025, de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200014

Enfermería, F. DE, Podología, F. Y., & Monleón Just Directores Jorge Diz Gómez, M. (2018).

Universidad Complutense de Madrid.

Freixa, X., Jurado-Román, A., Cid, B., & Cruz-González, I. (2022). Spanish cardiac

catheterization and coronary intervention registry. 31st official report of the

Interventional Cardiology Association of the Spanish Society of Cardiology (1990-2021). *Revista Española de Cardiología*, 75(12), 1040–1049.

<https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2022.08.008>

Fuentes, J. V., & Fuentes, J. V. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232–233. <https://doi.org/10.20986/RESED.2020.3839/2020>

Guyton Y Hall Tratado De Fisiología Médica 1(4ta ed). Guyton and Hall.

<https://archive.org/details/guyton-y-hall-tratado-de-fisiologia-medica-14a-edicion>

Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., & Chacón-Díaz, M. (2024). Tendencias en la epidemiología del infarto agudo de miocardio en el Perú: un análisis de los registros oficiales de SUSALUD. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 5(4), 187–197. <https://doi.org/10.47487/APCYCCV.V5I4.435>

Infarto agudo de miocardio (IAM) - Asociación Española de Enfermería en Cardiología -

AEEC. (s/f). Recuperado el 15 de agosto de 2025, de

<https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/enfermedades/infarto-agudo-de-miocardio-iam>

Jesús, C.-Q. R. de, Rosario, C.-M. M. G. del, Eugenia, J.-B. M., & Luisa, O.-C. M. (2018).

Signos vitales: conocimiento y cumplimiento de técnicas de medición. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14(2), 97–100.

Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, B. W. (2014). Outcomes of inpatient mobilization: A

literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1486–1501.

<https://doi.org/10.1111/JOCN.12315>

King, J., & Lowery, D. R. (2023). *Physiology, Cardiac Output*. StatPearls.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470455/>

Kreutzwiser, D., & Tawfic, Q. A. (2020). Methadone for Pain Management: A Pharmacotherapeutic Review. *CNS Drugs*, 34(8), 827–839.

<https://doi.org/10.1007/S40263-020-00743-3>

Las diez causas principales de defunción. (s/f). Recuperado el 4 de agosto de 2025, de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Machado Villarroel, L., Manuel, H., & Granados, O. (2021). Marcadores Biológicos en el diagnóstico del infarto agudo al miocardio. *Expresiones Médicas*, 9(3), 7–13.

<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/expemed/article/view/5368>

Mcnicol, E. D., Midbari, A., & Eisenberg, E. (2013). Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006146.PUB2/FULL>

Montes Pérez, A. (s/f). Tratamiento del dolor agudo postoperatorio utilizando combinaciones de tramadol y metamizol: análisis de la interacción.

Pelliccia, A., Sharma, S., Gati, S., Bäck, M., Börjesson, M., Caselli, S., Collet, J. P., Corrado, D., Drezner, J. A., Halle, M., Hansen, D., Heidbuchel, H., Myers, J., Niebauer, J., Papadakis, M., Piepoli, M. F., Prescott, E., Roos-Hesselink, J. W., Stuart, A. G., ... Wilhelm, M. (2021). Guía ESC 2020 sobre cardiología del deporte y el ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 74(6), 545.e1-545.e73. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2020.11.026>

Ramírez Garrido, L., & NPunto. (2023). Monitorización de constantes vitales en la unidad de cuidados intensivos, *127(127)*, 1–127.

Roffi, M., Patrono, C., Collet, J. P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J. J., Borger, M. A., Brotons, C., Chew, D. P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K.,

Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R. F., Windecker, S., ... Zamorano, J. L. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent st-segment elevation: Task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37(3), 267–315. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHV320>

Sawalha, K., Abozenah, M., Kadado, A. J., Battisha, A., Al-Akchar, M., Salerno, C., Hernandez-Montfort, J., & Islam, A. M. (2021). Systematic Review of COVID-19 Related Myocarditis: Insights on Management and Outcome. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 23, 107–113. <https://doi.org/10.1016/J.CARREV.2020.08.028>

Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2024). Informed Consent. *The New England Journal of Medicine*, 376(9), 863–864. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>

T, H. (2024). NANDA-I International Nursing Diagnoses. *NANDA-I International Nursing Diagnoses*. <https://doi.org/10.1055/B000000928>

Table 8.3b, [NANDA-I Nursing Diagnoses Related to Decreased Oxygenation and Dyspnea]. (2021).

Table 11.5, [Pain NANDA-I Nursing Diagnoses[]]. (2021).

Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., Capdevilla-García, L., Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., & Capdevilla-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la*

Sociedad Española del Dolor, 25(4), 228–236.

<https://doi.org/10.20986/RESED.2018.3632/2017>

Vista de Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias | Ciencia Latina Revista Científica

Multidisciplinar. (s/f). Recuperado el 13 de agosto de 2025, de

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9058/13510>

Apéndices

Apéndice A: Planes de cuidados

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones/Actividades				Puntuación Final	Puntuación de cambio
<i>Disminución del gasto cardíaco relacionado con poscarga alterada, contractilidad, y ritmo de cardíaco alterado manifestado por, presión arterial elevada (190/110 mmHg), taquicardia (110 lpm), disminución de pulsos periféricos, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento ST), piel fría y húmeda.</i>	Resultado NOC: (0405) perfusión tisular: cardíaco	3	Mantener en: 3	Intervención NIC: (4270) manejo de la terapia trombolítica				4	+1
	Escala: Desviación grave del rango normal (1); sin desviación del rango normal (5)		Aumentar a: 4						
	Indicadores			Actividades:	M	T	N		
	040509 hallazgos del electrocardiograma	2		Se obtuvo otra vía de acceso intravenosa.	8.30 am			4	
	040510 enzimas cardíacas	3		Se obtuvo el consentimiento informado del paciente.	9.20 am			4	
	040521 taquicardia	3		se preparó la terapia trombolítica si está indicado.	9.50 am			4	
	040517 presión sanguínea diastólica	3		Se administró trombolítica según las pautas específicas de administración. -Se administra alteplasa 50mg EV. -Se administra ácido acetilsalicílico 250mg VO	10 am	◀	▶	4	
	040505 diaforesis profusa	3		Se monitoriza continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, según las indicaciones.	10.15 am	◀	▶	4	

				Se observaron signos de hemorragia.	10.30 am	▲	▲	4	
--	--	--	--	-------------------------------------	----------	---	---	---	--

Diagnóstico enfermero	Planeación			Intervenciones /Actividades	Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana					Puntuación final	Puntuación de cambio
<i>Dolor agudo relacionado con agente de daño biológico manifestado con comportamiento expresivo, expresión facial de dolor, características del dolor (dolor torácico retroesternal de fuerte intensidad, eva: 7/10 pts).</i>	Resultado NOC: (2102) nivel del dolor.	2	Mantener en: 2	Intervención NIC: (1410) manejo del dolor: agudo				4	+2
	Escala: Desviación grave del rango normal (1); sin desviación del rango normal (5)		Aumentar a: 4						
	Indicadores			Actividades:	M	T	N		
	210221 frotarse el área afectada	2		Se realizó valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.	8.40 am	▲	▲	4	
	210206 expresiones faciales de dolor	2		Se monitorizó el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.	8.43 am	▲	▲	4	
	210204 duración de los episodios del dolor	2		Se aseguró que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes que el dolor se agrave o antes de las actividades que las inducen. -Se administró tramadol 100 mg EV. -Se administro isorbide 50 MG SL	8.50 am	▲	▲	4	
			Se usó analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel del dolor es intenso.	▲	▲	▲	4		

				Se notificó al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.	◀	◀	▶	4	
--	--	--	--	--	---	---	---	---	--

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Disminución de la tolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por respuesta anormal de la frecuencia cardiaca la actividad (110 lpm), disnea de esfuerzo, cambio de electrocardiograma (elevación del segmento st), expresa fatiga	Resultado NOC: 0400 efectividad de la bomba cardiaca	2	Mantener en: 2	Intervención NIC: 0180 manejo de la energía				4	+2
	Escala: Desviación grave del rango normal (1); sin desviación del rango normal (5)		Aumentar a: 4						
	Indicadores			Actividades:		T	N		
	040026 disnea de esfuerzo leve.	2		Se determinó los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.	8.25 am	◀	▶	4	
	040030 intolerancia a la actividad.	2		Se animó la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.	10 am	◀	▶	4	
	040002 frecuencia cardíaca.	3		Se determinó la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados.	10.30 am	◀	▶	4	
	040004 fracción de eyección.	2		Se seleccionó intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según procede.	11.00 am	◀	▶	4	
			Se determinó qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.	13.00 pm			4		

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

UPG de Ciencias de la Salud.

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico titulado **Proceso de atención de Enfermería al paciente con Infarto Agudo de Miocardio del Servicio de Emergencia de un Hospital de Huacho, 2025.**

Este trabajo académico está siendo realizado por los licenciados Christopher Ortiz Sánchez y Carlos Eduardo Ramirez Sotelo. 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 comunicado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico asociado con este trabajo académico. Pero cómo 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 trabajo.

Participación voluntaria

Se me ha informado que mi participación es voluntaria, y que puedo abandonar mi participación 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 el presente trabajo.

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

Firma del participante

Apéndice C: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de
Enfermería - UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES																					
Nombre del usuario: <u>B.U.S</u> Fecha nacimiento: <u>04/08/1960</u> Edad: <u>60 años</u>																					
Fecha de ingreso al servicio: <u>28/11/2024</u> Hora: <u>08:23 am</u> Persona de referencia: <u>J.M.</u> Telf. _____																					
Procedencia: Admisión <u>Emergencia</u> Otro _____																					
Forma de llegada: Ambulatorio <u>Silla de ruedas</u> Camilla _____																					
Peso: <u>110 kg</u> Estatura: <u>162 cm</u> PA: <u>190/110 mmHg</u> FC: <u>110 x'</u> FR: <u>20 x'</u> T°: <u>36.6°C</u>																					
Fuente de Información: <u>Paciente</u> Familiar/amigo Otro: _____																					
Fecha de inicio de síntomas: <u>2 horas</u>																					
Motivo de ingreso: <u>Dolor torácico</u> Dr. Médico: <u>INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO</u>																					
Fecha de la valoración: <u>28/11/2024</u>																					
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD																					
<p>PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD</p> <p>Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: <u>HTA</u> DM Gastritis/úlceras TBC Asma Otros _____ Sin problemas importantes</p> <p>Intervenciones quirúrgicas <u>No</u> Si <u>✓</u> (fechas) _____</p> <p>Alergias y otras reacciones: <u>No</u></p> <p>Factores de riesgo</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Consumo de tabaco</td> <td>No</td> <td><u>Si</u></td> </tr> <tr> <td>Consumo de alcohol</td> <td>No</td> <td><u>Si</u></td> </tr> <tr> <td>Consumo de drogas</td> <td><u>No</u></td> <td>Si</td> </tr> </table> <p>Medicamentos (con o sin indicación médica)</p> <p>¿Qué toma actualmente? Dosis <u>Exa</u> Última dosis <u>Enalapril</u> <u>20mg/1 vez al día</u> <u>25/11/2024</u></p> <p>Estado de higiene</p> <p>Buena Regular <u>Mala</u></p> <p>Ingreso anterior a Hospital</p> <p>No <u>Si</u> Motivo: <u>Emergencia Hipertensiva</u> Fecha: <u>01/02/2022</u></p> <p>Vacunas: <u>si</u> no cual: <u>3 Dosis Covid-19</u></p>	Consumo de tabaco	No	<u>Si</u>	Consumo de alcohol	No	<u>Si</u>	Consumo de drogas	<u>No</u>	Si	<p>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</p> <p>Estado emocional: Tranquilo <u>ansioso</u> Negativo Temeroso Irritable Indiferente</p> <p>Preocupaciones principales/comentarios: <u>Dolor intenso en el pecho.</u></p>											
Consumo de tabaco	No	<u>Si</u>																			
Consumo de alcohol	No	<u>Si</u>																			
Consumo de drogas	<u>No</u>	Si																			
<p>PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)</p> <p>Ocupación: <u>Chef</u></p> <p>Estado civil: Soltero <u>Casado/a</u> Conviviente Divorciado/a Otro _____</p> <p>¿Con quién vive? Solo <u>con su familia</u> Otros _____</p> <p>Fuentes de apoyo: <u>Familia</u> Amigos Otros _____</p>	<p>PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</p> <p>Horas de sueño: <u>08 horas</u></p> <p>Problemas para dormir <u>Si</u> No Especificar: <u>Ronquidos.</u></p> <p>¿Usa algún medicamento para dormir? <u>No</u> Si Especificar: _____</p>																				
<p>PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS</p> <p>Religión: <u>católico</u></p> <p>Restricciones religiosas: <u>Ninguna</u></p>	<p>PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO</p> <p><u>Despierto</u> Somnoliento Soporoso inconsciente</p> <p><input type="checkbox"/> Orientado <u>Tiempo</u> <u>Espacio</u> <u>Persona</u></p> <p><input type="checkbox"/> Presencia de anomalías en: Audición: <u>No</u> Visión: <u>No</u> Habla/lenguaje: <u>Castellano</u> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor/molestias: No <u>Si</u> Descripción: <u>Dolor torácico retro esternal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Escala de Glasgow:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Apertura Ocular</th> <th style="text-align: left;">Respuesta Verbal</th> <th style="text-align: left;">Respuesta motora</th> <th style="text-align: left;">Obedece órdenes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>4</u> espontáneamente</td> <td><u>5</u> Orientado mantiene una conversación</td> <td><u>6</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 <u>A</u> la voz</td> <td>4 Confuso</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 <u>A</u> dolor</td> <td>3 Palabras inapropiadas</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sólo se retira</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora	Obedece órdenes	<u>4</u> espontáneamente	<u>5</u> Orientado mantiene una conversación	<u>6</u>		3 <u>A</u> la voz	4 Confuso	5		2 <u>A</u> dolor	3 Palabras inapropiadas	4		Sólo se retira			
Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora	Obedece órdenes																		
<u>4</u> espontáneamente	<u>5</u> Orientado mantiene una conversación	<u>6</u>																			
3 <u>A</u> la voz	4 Confuso	5																			
2 <u>A</u> dolor	3 Palabras inapropiadas	4																			
Sólo se retira																					

1 No responde 2 Sonidos incomprensibles 3
 Flexión anormal
 Extensión anormal 1 No responde 2
 No responde 1
 Puntaje total: 15 / 15

Pupilas: Iscóricas Anisocóricas
Reactivas No reactivas
 Tamaño: 2 mm P.D/ 2mm P.I

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO
 ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial profunda
 Disnea: en reposo al ejercicio
 Se cansa con facilidad: No Si
 Ruidos respiratorios: No alterados
 Tos ineficaz: No Si
 Reflejo de la tos: presente disminuido ausente
 Secreciones: No Si
 Características:
 O2: No Si Modo: FiO2: 0.21%
 TET: Traqueostomía: VM: Sat O2: 97%
F.R: 20 rpm

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: 110 ipm Regular Irregular
 Pulso periférico: normal disminuido ausente
 Edema: No Si Localización: _____

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico:

MSD N° 18

MSI N° 18

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente

2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula		<u>X</u>	<u>X</u>
Ir al baño/bañarse		<u>X</u>	
Tomar alimentos	<u>X</u>		
Vestirse			<u>X</u>

Aparatos de ayuda: ninguno muletas andador
 bastón S. ruedas Otros: encamado

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez

Contracturas Parálisis

Fuerza muscular: Conservada Disminuida

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN NUTRICIONAL – METABOLICO

Peso : 110 Kg Talla: 162 cm IMC: 41.9

Piel:

Coloración: Normal Pálida
 Cianótica Ictérica

Hidratación: Seca Turgente

Integridad: Intacta Lesiones

Especificar: _____

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa Ausente

Incompleta Prótesis
 Mucosa oral: Intacta Lesiones
 Hidratación: Si No
 Apetito: Normal Anorexia Bulimia
 Dificultad para deglutir: Si No
 Náuseas Pirosis Vómitos Cantidad: _____
 SNG: No Si Alimentación Drenaje
 Abdomen: Normal Distendido Doloroso
 Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales
 Disminuidos Ausentes

PATRÓN DE ELIMINACION

Hábitos intestinales
Nº de deposiciones/día: 2 Normal
 Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Características de las deposiciones: Normal
 Estado de higiene bucal: Mala Regular Buena
 Hábitos vesicales
 Frecuencia: 1800 / día
 Oliguria: _____
 Anuria: _____
 Poliuria: _____
 Otros: Normal

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si
 Especifique: _____
 Otras molestias: _____

Tratamiento Médico Actual:

Tramadol 100mg EV

Isorbide 5mg SL

AAS 250 mg V.O.

Fibrinolisis: Alteplasa 50 mg EV

Nombre del enfermero:

ORTIZ SANCHEZ CHRISTOPHER

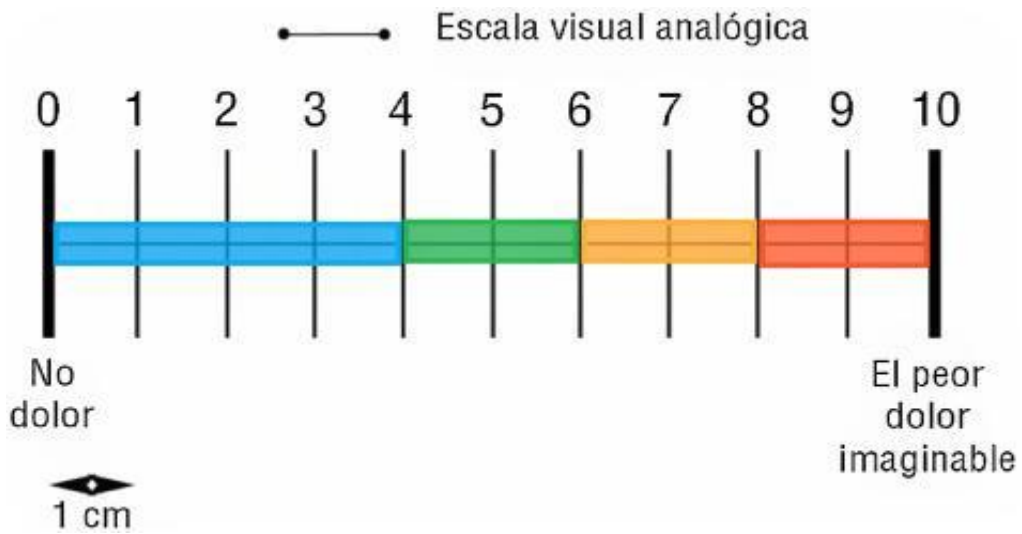
CEP: 84901

RAMIREZ SOTELO CARLOS EDUARDO

CEP: 82500

Fecha: 19/01/2025

Apêndice D: ESCALA DE VALORAÇÃO



Escala de Coma de GLASGOW

PARÂMETROS	PONTOS
Abertura Ocular	
Espontânea	4
Após Estímulo Sonoro	3
Após Estímulo Tátil	2
Ausente	1
Não Testada	NT
Resposta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palavras	3
Sons	2
Ausente	1
Não Testada	NT
Resposta Motora	
Obedece a Comandos	6
Localiza a Dor	5
Flexão Normal	4
Flexão Anormal	3
Extensão	2
Ausente	1
Não Testada	NT

Resposta Pupilar

Bilateral: - 0
 Unilateral: - 1
 Nenhuma: - 2

Subtrair pontos!

IOT se
 ECG ≤ 8

Gravidade do TCE

13 - 15, Leve
 12 - 9, Moderado
 ≤ 8 , Grave