

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS CON
INFARTO DEL MIOCARDIO AGUDO EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN – CALLAO, 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

JIMMY STEVENS PADILLA ACUÑA

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU VOCAL

ASESORA: DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 078-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:17 de mayo del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA:

Este trabajo está dedicado a Dios quien guía mis pasos día a día, a mis padres por ser mi soporte en cada logro que alcanzo, mis hermanos quienes siempre me acompañan en todo momento, a mi tía Carmen quien me aconseja y guía en este largo camino y a mi docente quien supo guiarme para poder culminar este trabajo

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme todos los días dándome vida

A mis amados padres, por su apoyo incondicional a diario

A mis estimados docentes, por ser nuestros guías en este largo camino

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por ser mi alma mater

ÍNDICE

Introducción	3
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	12
2.2 Bases Teóricas	15
A. Teoría de las 14 Necesidades	15
B. Teoría de los cuidados	16
C. Modelo de Promoción de la Salud	17
2.3 Bases Conceptuales	
2.3.1 Infarto al miocardio agudo	18
A. Definición	18
B. Fisiopatología	19
C. Factores de riesgo	21
D. Signos y síntomas	23
E. Pruebas diagnosticas	
2.3.2 Manejo de los casos de infarto al miocardio agudo en emergencia	25
Capítulo III.	28
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	28

3.1. Valoración	32
3.2. Diagnóstico de enfermería	37
3.3. Planificación	41
3.4. Ejecución	51
3.5. Evaluación	51
Conclusiones	55
Recomendaciones	56
Referencia Bibliográficas	57
Anexos	63

INTRODUCCIÓN

La enfermedad isquémica del corazón en general se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a un ataque al corazón, dolor de pecho (angina) o derrame cerebral. Otras condiciones del corazón, como las que afectan a los músculos, las válvulas o ritmo, también se consideran formas de enfermedades del corazón (1).

Estos «factores de riesgo intermedios» pueden medirse en los establecimientos de atención primaria de salud e indican un mayor riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones (2).

En tanto, es importante desarrollar y profundizar un plan de cuidados de enfermería, orientado a las manifestaciones clínicas propias de un infarto al miocardio agudo ya que las complicaciones son severas.

Mi experiencia como profesional se desarrolla en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el que llevo laborando 6 años aproximadamente, iniciando en diciembre del 2016 en el servicio de hospitalización medicina 7mo B, y posteriormente en hospitalización cardiología y actualmente en Emergencia adulto donde el manejo es diferente y complejo con procedimientos diversos como el manejo de bombas de infusión , dispositivos de alto flujo (Wayrachis) la VNI y dispositivos aéreos dependiendo de la patología de cada paciente, mediante el Proceso de Atención Enfermería el cual permite al personal de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. El cual favorece la aplicación de la base teórica en el ejercicio de la profesión de enfermería la cual se fundamenta en la solución de problemas de salud, para así cubrir las necesidades interferidas del usuario, percibidos en la valoración a través de la observación, entrevista, y examen físico, con el contacto del paciente que acude al servicio de Emergencia.

Finalmente, el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El infarto agudo de miocardio es la causa más importante de morbimortalidad en el mundo. Se ha descrito que la incidencia y prevalencia aumentan con la edad y con los factores de riesgo conocidos. La mayoría de estos, están en estrecha relación con el estilo de vida. Factores como la dislipidemia, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y el estrés han aumentado en la población (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informo que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad global y son un contribuyente importante a la reducción de la calidad de vida. En 2017, las enfermedades cardiovasculares causaron aproximadamente 17,8 millones de muertes en todo el mundo, lo que corresponde a 330 millones de años de vida perdidos y otros 35,6 millones de años vividos con discapacidad. Vale la pena recordar que a medida que aumenta la edad de la población, incrementa la posibilidad de enfermedad cardiovascular y cáncer, y, en muchas ocasiones, coinciden ambas condiciones, lo cual agrava aún más el problema de salud (4).

Juan Pérez en el 2020, España manifestó que las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la primera causa de muerte en España. En 2020, el año de la pandemia de la COVID-19, murieron en España 119.853 personas por causa cardiovascular, lo que supuso el 24,3% de los fallecimientos totales, en muchos casos asociados a la COVID-19, se situaron como la tercera causa de muerte con 80.796 fallecimientos (16,4%). Además, siguen muriendo más mujeres que hombres por enfermedad cardiovascular. En concreto, en 2020 fallecieron casi 8.000 mujeres más que varones por esta causa. Del total de fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio, el 53,32% fueron mujeres y el 46,67%, hombres. En todas las comunidades autónomas mueren más mujeres que hombres por enfermedad cardiovascular (5).

Oriol Rodríguez en el 2020, España, demostró que los pacientes que sufren un infarto de miocardio y están infectados por el SARS-CoV-2 presentan una

mortalidad cinco veces superior que aquellos pacientes con infarto que no tienen la COVID-19. “Del total de pacientes con infarto de miocardio atendidos, el 10,9% tenía PCR positiva. Estos pacientes presentaron una mortalidad intrahospitalaria del 23%, mientras que la tasa de mortalidad durante el ingreso en los infartos sin COVID-19 se situó en el 8%. Pero, además, el 31,9% de los infartados con COVID-19 llegaba a los hospitales con insuficiencia cardiaca frente al 18,4% de los que no padecían COVID-19, en el grupo de pacientes con coronavirus, el 3,3% presentó trombosis del stent y el 9,9% shock cardiogénico tras el tratamiento del infarto. El 0,8% y el 3,8% de los pacientes sin COVID-19 presentaron respectivamente esas complicaciones (6).

En Colombia en el 2019, casi el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en todo el mundo ocurre en países de ingresos bajos y medianos, donde la carga de enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo está aumentando. Aproximadamente, 48.000 personas mueren por enfermedades cardiovasculares cada día en todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte. Murieron 61.300 personas por enfermedades cardiovasculares, cifra que corresponde aproximadamente a 170 personas diarias (7).

A nivel nacional, Navarro Ríos y colaboradores en la Revista peruana médica, en el 2020, demostraron que la edad promedio de los pacientes con que padecieron IMA fue de 68,7 años y el 74,8% fueron de sexo masculino. Casi el 60% de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria mayor a siete días. La mortalidad intra hospitalaria fue de 3,4%, siendo el shock cardiogénico la causa más frecuente de muerte. El IMA afecta principalmente a varones mayores de 60 años y que la principal estrategia de reperfusión es la angioplastia, además, los tiempos para la realización de la reperfusión son mayores a lo recomendado con porcentajes altos de revascularización quirúrgica (8).

En Chiclayo, Carrión Arcela en el 2020, evidencio que, durante la pandemia del COVID-19 disminuyeron las hospitalizaciones por IMA en 53%; Se encontró mayor frecuencia de falla cardiaca postinfarto (21,1% vs. 46,7%, $p= 0,002$) y menor

fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta (49,2 +/- 8,6 vs. 44,8 +/- 9,3, p= 0,009), sin que esto se refleje en un incremento de la mortalidad cardiovascular intrahospitalaria. Conclusiones. La pandemia COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el abordaje de pacientes con IMCEST, disminuyó las hospitalizaciones y prolongó los tiempos de reperfusión generando mayor frecuencia de falla cardiaca postinfarto y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta (9).

En el Hospital Daniel Alcides Carrión en el servicio de Emergencia, los casos que se presentaron con Diagnostico de Infarto del miocardio agudo fueron de 45% (1254) durante el año 2020 según el área de estadística de la institución y con mayor predominio en el sexo masculino un 89%. Como clínica, muchos de los pacientes referían dolor torácico repentino como una presión intensa, que puede extenderse a los brazos y hombros, sobre todo al izquierdo, la espalda, el cuello e incluso a los dientes y a la mandíbula, disnea, otros signos; excesiva sudoración, debilidad, mareos, palpitaciones, náuseas de origen desconocido, vómitos y desfallecimiento. Es probable que la aparición de estos últimos síntomas sea consecuencia de una liberación masiva de catecolaminas del sistema nervioso simpático como una respuesta natural al dolor.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ORIO R (España, 2020), realizó un estudio con el objetivo de este estudio es evaluar los cambios en el tratamiento del IAM durante el brote de COVID-19. Se utilizó un registro multicéntrico, nacional, retrospectivo y observacional de pacientes consecutivos atendidos en 75 centros, se compararon las características de los pacientes y de los procedimientos y los resultados hospitalarios en 2 cohortes según se los hubiera tratado antes o durante la COVID-19. Los casos con sospecha de IAM disminuyeron el 27% y los pacientes con IAM confirmado se redujeron de 1.305 a 1.009 22%. No hubo diferencias en la estrategia de reperfusión (más del 94% tratados con angioplastia primaria). El tiempo de isquemia fue más largo durante la COVID-19 (233 [150-375] frente a 200 [140-332] min; $p < 0,001$), sin diferencias en el tiempo primer contacto médico-reperfusión. La mortalidad hospitalaria fue mayor durante la COVID-19 (el 7,5 frente al 5,1%; OR bruta=1,50; IC95%, 1,07-2,11; $p < 0,001$); esta asociación se mantuvo tras ajustar por factores de confusión (OR ajustada=1,88; IC95%, 1,12-3,14; $p=0,017$). La incidencia de infección confirmada por SARS-CoV-2 fue del 6,3%. El brote de COVID-19 ha implicado una disminución en el número de pacientes con IAMCEST, un aumento del tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión y un aumento en la mortalidad hospitalaria. No se han detectado cambios en la estrategia de reperfusión. La combinación de infección por SARS-CoV-2 e IAM fue relativamente infrecuente (10).

Se logra evidenciar que la mortalidad hospitalaria de las personas que padecieron de IAM durante el brote de COVID-19 fue mayor que en pre pandemia

PICHARDO U. (CUBA, 2020), realizó un estudio con el objetivo de Caracterizar a los pacientes fallecidos con diagnóstico de infarto agudo de

miocardio. Se realizó un estudio descriptivo transversal con 158 pacientes fallecidos por infarto agudo de miocardio en el Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro de Santa Clara, Villa Clara (Cuba), de 2013 a 2018. Resultados: Predominaron los fallecidos del sexo masculino 52% con edades entre 70 y 79 años 42%; 104 fallecidos 67% presentaron al menos cuatro factores de riesgo, con predominio individual de la hipertensión arterial 77%, la diabetes mellitus 68% y la dislipidemia (62%. La presentación fue típica en ambos sexos (masculino 39 y femenino 55) con localización mayormente anterior extenso y se realizó trombólisis en 51 casos 32,3%, antes de las primeras 12 horas de iniciados los síntomas. La complicación más frecuente fue la disfunción ventricular izquierda 42,4%. Conclusiones: La mortalidad por infarto agudo de miocardio mostró una ligera tendencia a la disminución de los fallecidos informados por certificado de defunción, con un promedio de 25,2 años de vida potencialmente perdidos (11).

Se puede evidenciar que la afectación por AIM tiene predominio en adultos mayores generalmente del sexo masculino por padecimiento de factores de riesgo como Dm, HTA y Dislipidemias

CHOUdry F, HAMShERE S, RATHOD K. & AKHTAR M (REINO UNIDO, 2020) realizaron un estudio con el objetivo de este estudio fue describir las características demográficas, angiográficas y del procedimiento junto con los resultados clínicos de casos consecutivos de pacientes positivos para COVID-19 con STEMI en comparación con pacientes negativos para COVID-19. Este fue un estudio observacional de un solo centro de 115 pacientes consecutivos ingresados con STEMI confirmado tratados con intervención coronaria percutánea primaria en Barts Heart Center entre el 1 de marzo de 2020 y el 20 de mayo de 2020. Los pacientes con STEMI que presentan una infección concurrente por COVID-19 tenían niveles más altos de troponina T y un recuento de linfocitos más bajo, pero un dímero D y una proteína C reactiva elevados. Hubo tasas significativamente más altas de trombosis multivaso, trombosis del stent, grado de trombo modificado más alto después del primer dispositivo con, en consecuencia, mayor uso de

inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa y aspiración del trombo. En pacientes que presentan STEMI e infección concurrente por COVID-19, hay una fuerte señal hacia una mayor carga de trombos y peores resultados. Esto respalda la necesidad de establecer el estado de COVID-19 en todos los casos de STEMI. Se requiere más trabajo para comprender el mecanismo del aumento de la trombosis y el beneficio de la terapia antitrombótica agresiva en casos seleccionados (12).

Se puede concluir que el COVID-19 influye en el aumento de las enzimas cardíacas y formación de trombos en paciente que sufren de AIM y llegan a infectarse concurrentemente de la covid-19

PLAIN P (CUBA, 2019); realizaron un estudio con el objetivo de Caracterizar el comportamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes hospitalizados. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con 77 pacientes, diagnosticados de infarto agudo de miocardio. Se recogió la información de un modelo de las historias clínicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Como resultado predominó el sexo masculino y el grupo etario de 60-69 años. Entre los factores de riesgo encontrados estuvieron la edad, el tabaquismo, la dislipidemia, la hipertensión arterial, la Diabetes mellitus y los antecedentes patológicos familiares. La localización más frecuente fue en la cara anterior; más de 80 % de los pacientes fueron trombolizados. La mortalidad fue mayor en el sexo masculino y aumentó con la edad, principalmente por choque cardiogénico. El sexo masculino fue el más afectado por el infarto agudo de miocardio. Los factores de riesgo cardiovasculares tienen una influencia directamente proporcional a la aparición de esta enfermedad. A medida que avanza la edad, aparecen con más frecuencia las complicaciones letales (13).

Se puede evidenciar que los factores de riesgo como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo y dislipidemias son muy influyente al padecimiento de un AIM mayormente en la población masculina en edad adulta hospitalizada

RODRÍGUEZ R (ESPAÑA, 2020), realizó un estudio con el objetivo de comparar las características clínicas, el tratamiento y los resultados hospitalarios en una cohorte de ámbito nacional de pacientes con IAMEST estudio nacional, retrospectivo y observacional se evaluaron pacientes consecutivos atendidos en 75 centros, con la finalidad de comparar las características de los pacientes y de los procedimientos y los resultados hospitalarios en 2 cohortes según se los hubiera tratado antes o durante la COVID-19. Los casos con sospecha de IAMEST disminuyeron en 27.6% y los pacientes con IAMEST confirmado se redujeron de 1.305 a 1.009, o sea en un 22.7%. No se registraron diferencias en la estrategia de reperfusión, ya que en más del 94% se realizó angioplastia primaria. El tiempo de isquemia (tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión) fue más largo durante la pandemia de COVID-19 (233 minutos, en comparación con 200 minutos; $p < 0.001$), sin diferencias en el tiempo entre el primer contacto con el profesional y la reperfusión (110 minutos en los dos casos). La mortalidad hospitalaria fue mayor durante la pandemia de COVID-19 (7.5%, en comparación con 5.1%; *odds ratio* [OR] sin ajuste: 1.50; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.07 a 2.11; $p < 0.001$). En el presente estudio se evaluaron las consecuencias de la pandemia de COVID-19 sobre el tratamiento de los pacientes con IAMEST. Los resultados del estudio observacional de ámbito nacional revelan una disminución del número de pacientes con IAMEST tratados durante la pandemia de COVID-19, con una prolongación del tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión y un incremento de la mortalidad hospitalaria al doble. No se detectaron cambios en la estrategia de reperfusión (14).

Se puede concluir que el AIM en tiempos pre pandemia en pacientes hospitalizados el tiempo de isquemia fue mucho menor que en plena pandemia cuya consecuencia fue el incremento en la mortalidad al doble

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Chacón Díaz y colaboradores (Lima, 2021) Realizaron un estudio con el objetivo del estudio fue describir las características clínicas y terapéuticas del IMCEST en el Perú y la relación de la reperfusión exitosa con los eventos adversos intrahospitalarios. Materiales y métodos. Cohorte prospectiva, multicéntrica de pacientes con IMCEST atendidos durante el año 2020 en hospitales públicos del Perú. Se evaluaron las características clínicas, terapéuticas y eventos adversos intrahospitalarios, además de la relación entre la reperfusión exitosa del infarto y los eventos adversos. Resultados. Se incluyeron 374 pacientes, 69,5% en Lima y Callao. La fibrinólisis fue usada en 37% de casos, angioplastia primaria con < 12 h de evolución en 20%, angioplastia tardía en 9% y 34% no accedieron a terapias de reperfusión adecuadas, principalmente por presentación tardía. El tiempo de isquemia fue mayor en pacientes con angioplastia primaria en comparación a fibrinólisis (mediana 7,7 h [RIQ 5-10] y 4 h [RIQ 2,3-5,5] respectivamente). La mortalidad fue de 8,5%, la incidencia de insuficiencia cardiaca postinfarto fue de 27,8% y de choque cardiogénico de 11,5%. El éxito de la reperfusión se asoció con menor mortalidad cardiovascular (RR: 0,28; IC95%: 0,12-0,66, p=0,003) y menor incidencia de insuficiencia cardiaca (RR: 0,61; IC95%: 0,43-0,85, p=0,004). Conclusiones. La fibrinólisis sigue siendo la terapia de reperfusión más frecuente en hospitales públicos del Perú. El menor tiempo de isquemia a reperfusión se asoció con el éxito de esta y, a su vez, a menores eventos adversos intrahospitalarios (15).

La fibrinólisis es un procedimiento muy importante en el manejo de reperfusión en pacientes que padecen de IAM y contribuye en la disminución de la mortalidad

CARRIÓN A & PIERO C. (Chiclayo, 2020) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la repercusión de la pandemia del COVID-19 sobre el abordaje del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST) en un centro de referencia en el norte del Perú. Se realizó un estudio observacional, analítico, tipo cohortes retrospectivas, derivado del registro de síndrome coronario agudo del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga

Asenjo. Se compararon las características de los pacientes con IMCEST y sus desenlaces a 30 días en dos cohortes según el momento de atención médica: previo a la pandemia o durante pandemia. Durante la pandemia del COVID-19 disminuyeron las hospitalizaciones por IMCEST en 53%; hubo mayor empleo de fibrinólisis en detrimento de la angioplastia primaria, con incrementos en el tiempo de primer contacto médico (100 vs. 240 min, $p=0,006$) y tiempo de isquemia hasta el intervencionismo coronario percutáneo (900 vs. 2880 min, $p < 0,001$). Se encontró mayor frecuencia de falla cardiaca postinfarto (21,1% vs. 46,7%, $p=0,002$) y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta (49,2 +/- 8,6 vs. 44,8 +/- 9,3, $p=0,009$), sin que esto se refleje en un incremento de la mortalidad cardiovascular intrahospitalaria. La pandemia COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el abordaje de pacientes con IMCEST, disminuyó las hospitalizaciones y prolongó los tiempos de reperfusión generando mayor frecuencia de falla cardiaca post infarto y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta (16).

La COVID-19 influyo negativamente en el abordaje de pacientes con AIM en las hospitalizaciones, pero prolongo los tiempos de reperfusión en pacientes que padecieron de AIM

MENDOZA C. (Lambayeque, 2020), realizó un estudio con el objetivo de determinar nivel de conocimiento del enfermero sobre cuidado a la persona con Infarto Agudo de Miocardio en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2020. Se realizó investigación cuantitativa, descriptivo, transversal, con una población de 20 Licenciadas en Enfermería. La información se recolectó a través de un cuestionario, analizándose cuantitativamente, encontrándose como resultado que el nivel de conocimiento del Enfermero sobre el cuidado a la persona con IAM en el Hospital de estudio en general es muy bueno 35%, bueno 50%, regular 10% y malo 5%. Con respecto al nivel de conocimiento según dimensiones, éste es bueno en las dimensiones aspectos generales del IAM en el 75%; en la dimensión cuidado enfermero en la etapa inicial del IAM en el 45%; en el cuidado al alta a la persona con IAM en el 60%; es muy bueno en el cuidado

durante el tratamiento a la persona en el 60%; y según la edad, formación, condición laboral y desempeño de otro trabajo es bueno en el 50% respectivamente. Resulta preocupante que el 40% de enfermeros tengan un nivel de conocimiento entre regular y malo en la dimensión cuidado enfermero en la etapa inicial del IAM. En conclusión: los cuidados enfermeros son eficientes en la mayoría de los enfermeros, favoreciendo su recuperación y la prevención de complicaciones, siendo preocupante que la tercera parte desconozca sobre el cuidado en la etapa inicial del IAM pues del cuidado en esta etapa dependerá la calidad de vida y la supervivencia de la persona cuidada (17).

Se logra evidenciar que los conocimientos del personal enfermero sobre pacientes de padecen de AIM es bueno, pero en la dimensión del cuidado inicial de la enfermedad la tercera parte desconozca el abordamiento inicial del AIM

MEJÍA-Z, RAMOS-C. (Lima, 2020) realizaron un estudio con el objetivo de revisar la literatura de manera sistemática sobre las complicaciones cardiovasculares de la COVID-19 en pacientes hospitalizados. Se incluyeron estudios observacionales, estudios sobre complicaciones cardiovasculares en pacientes hospitalizados por COVID-19, se realizó una síntesis narrativa de los datos recopilados, sin un análisis formal estadístico. Además, de análisis cualitativo de las principales patologías y manifestaciones clínicas notificadas. Se empleó la herramienta de la calidad del estudio de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. En esta revisión se observó que el 50.6 % de los pacientes infectados por el SARS-CoV-2, padecieron alguna comorbilidad cardiovascular (43.5 % hipertensión arterial (HTA) y 20% diabetes mellitus). Las complicaciones del COVID-19 en pacientes infectados fueron: 44% tromboembolismo venoso, 32 % infarto agudo de miocardio (IAM), 19% miocarditis, 16% arritmia y 11% enfermedad cerebrovascular. Conclusión: Los principales efectos cardiovasculares en pacientes infectados por el SARS-COV-2 fueron miocarditis, infarto agudo de miocardio (IAM), tromboembolismo venoso, enfermedad cerebro vascular (ECV) (18).

Las personas infectadas de COVID-19 pueden presentar cuadros cardiovasculares como la miocarditis, infarto agudo de miocardio (IAM), tromboembolismo venoso y enfermedades cerebro vasculares (ECV)

Díaz Humana (Huancayo, 2021) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre Síndrome Metabólico e infarto agudo al miocardio (IAM) en los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, en Huancayo. Material y Métodos: Estudio correlacional, no experimental de tipo de cohorte transversal. Resultados: El promedio de edad fue 70 años, sexo masculino 71%, síndrome metabólico 40%, incremento de circunferencia abdominal 37%, elevación de triglicéridos 40%, disminución de colesterol HDL 43%, elevación de presión arterial 40% y elevación de glucosa en ayunas 77%. Conclusión: En cuanto a los resultados se obtuvo: síndrome metabólico, incremento de circunferencia abdominal, elevación de triglicéridos, disminución de colesterol HDL, elevación de presión arterial y no tener elevación de glucosa en ayunas. Por lo tanto, se determinó que si existe relación significativa entre síndrome metabólico e infarto agudo al miocardio con un p valor de 0,001 y un OR=3,802

Se logra evidenciar que existe relación entre el síndrome metabólico y el infarto agudo de miocardio en la población muestral

2.2 Base Teórica

Las bases teóricas que dieron sustento al presente trabajo académico son:

A. Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del

paciente para que éste adquiriera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible (19). Para alcanzar la recuperación de la independencia, planteo las 14 necesidades básicas, lo cuales son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (20).

B. Teoría de los cuidados: Kristen M. Swanson

Las reacciones humanas de índole física, biológica, emocional, psicológica, etc., como producto de una situación que afecta el bienestar del ser humano, demandan cuidados centrados en la persona, es decir, soluciones acordes a la situación, expectativas y esperanza que tenga en ese momento el sujeto.

Para la enfermera, el cuidado humanizado es aquel que se enfoca no solamente desde la enfermedad, sino en la persona en su totalidad. El cuidado humanizado exige hoy en día a quienes lo ejercen, tener una amplia experiencia, habilidad y capacidad en el conocimiento integral y holístico de la persona en su cotidianidad, ya que todos los aspectos que rodean su vida y su contexto intervienen de forma positiva o negativa en su bienestar. El objetivo de este modelo es, demostrar que la enfermera brinda un cuidado humano a través de la aplicación de sus procesos, pues en ellos existen particularidades muy similares a las expresadas y percibidas por los pacientes. En el proceso de cuidar se requiere “conocer” al “otro” desde lo humano, para que el cuidado propuesto tenga significado para la persona, lo que implica que la enfermera ha de tener capacidad para estar emocionalmente presente, hacer todo lo que la persona haría por sí misma si le fuera posible, pero sin afectar a su dignidad o sus creencias, posibilitando nuevamente su independencia (21).

C. Modelo de promoción de la salud: NOLA J. PENDER

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (22).

El estilo de vida hace referencia a la forma de vida de las personas, las familias y las sociedades y en el cual están involucradas variables psicológicas,

sociales, culturales y económicas que se relacionan con la salud. El estilo de vida puede ser saludable o no saludable, estando asociado con un conjunto de comportamientos y patrones de conducta como la actividad física, la alimentación, el manejo del estrés o el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco. Un estilo de vida saludable puede ser un factor protector asociado a una mejora en la salud y bienestar; mientras que un estilo de vida no saludable es un factor de riesgo que se relaciona con la enfermedad y morbilidad.

El modelo de promoción de la salud de Pender (HPM, por sus siglas en inglés), es uno de los más completos y utilizado por los profesionales de enfermería que permite explicar el comportamiento saludable a partir del papel de la experiencia en el desarrollo del comportamiento. El HPM integra enfoques de la enfermería y las ciencias del comportamiento, y tiene como objetivo ayudar a las personas a alcanzar niveles más altos de salud y bienestar e identificar aquellos factores que influyen en los comportamientos que promueven la salud (23).

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Infarto al miocardio agudo

A. Definición:

El Infarto de Miocardio (IM) es, junto a la Angina de Pecho, un tipo de Cardiopatía Isquémica, (CI) es decir, una enfermedad provocada por el deterioro y la obstrucción de las arterias del corazón (arteriosclerosis coronaria). Se produce debido a la acumulación de placas de colesterol, lípidos (grasas) y células inflamatorias en las paredes de estas arterias, provocando que el corazón no reciba sangre suficiente. El IM, a diferencia de la Angina de Pecho (AP), aparece de forma brusca y como consecuencia de la obstrucción completa de alguna de las arterias del corazón, debido a la formación de un coágulo.

Las células cardíacas de la zona afectada mueren, como consecuencia de la falta de riego sanguíneo. El daño es irreversible (24).

La lesión o daño miocárdico queda definida, como la detección de un valor de las troponinas cardíacas (T o I) por encima del percentil 99 del límite

superior de referencia, que puede responder a un daño agudo o crónico en dependencia de los valores de la curva enzimática. A pesar de tener una menor sensibilidad y especificidad, otros biomarcadores podrían ser utilizados también en la detección del daño en las células del corazón, como la fracción MB de la creatinincinasa (CK-MB).

Además de presentar valores elevados de las enzimas cardíacas, estos pacientes con lesión miocárdica, suelen tener alteraciones electrocardiográficas del segmento ST y la onda T, y trastornos de la motilidad regional de las paredes del ventrículo izquierdo y de la función cardíaca, identificadas a partir del ecocardiograma. Discernir cuánto corresponde la elevación enzimática a un daño primario de las células cardíacas, y cuánto es secundario a estados críticos de la enfermedad, resulta un verdadero reto (25).

Ahora bien, el mecanismo exacto a partir del cual esta infección por el nuevo coronavirus infringe un daño a las células del corazón no ha quedado totalmente esclarecido; no obstante, numerosos podrían ser los factores a tener en cuenta: desequilibrio entre el aporte y la demanda, la respuesta inflamatoria sistémica, hipoxia, disfunción microvascular y el daño miocárdico directo ocasionado por el virus (25).

B. Fisiopatología

La muerte de los cardiomiocitos es la principal causa del impacto de la cardiopatía isquémica en la supervivencia y la calidad de vida. Se produce masivamente durante el infarto agudo de miocardio, y la recanalización coronaria no suele ser capaz de prevenirla. Los estudios experimentales han demostrado que una parte significativa de esta muerte celular se produce en los primeros minutos de reperfusión, y que los tratamientos dirigidos a interferir con los mecanismos de su desarrollo reducen el tamaño de infarto. Entre estos mecanismos, la sobrecarga de Ca^{2+} , la permeabilización mitocondrial y la fragilidad del citoesqueleto/sarcolema (producida por la activación de proteasas) desempeñan un papel crítico. Además, la muerte celular se puede propagar a los cardiomiocitos adyacentes a través de gap junctions. Otras células miocárdicas y

sanguíneas contribuyen a la muerte precoz y tardía de los cardiomiocitos durante la reperfusión. La mayoría de los tratamientos desarrollados contra el daño por reperfusión están circunscritos al ámbito experimental, pero algunos se han probado con éxito en pacientes, como el péptido natriurético auricular, la inhibición de la permeabilización mitocondrial y el poscondicionamiento. La posibilidad de salvar miocardio mediante tratamientos coadyuvantes aplicados durante la recanalización coronaria representa una nueva oportunidad terapéutica para los pacientes con infarto agudo de miocardio (26).

El daño miocárdico en los pacientes con COVID-19 tiene una elevada prevalencia y se ha relacionado con la gravedad de esta enfermedad. Entre un 7 y un 28% de los pacientes tienen elevación de troponina y valores aumentados al ingreso que se mantienen durante la hospitalización se han asociado con riesgo de eventos adversos hospitalarios (necesidad de ventilación mecánica, aparición de arritmias y muerte). También se ha objetivado una importante proporción de pacientes con péptidos natriuréticos aumentados, y la combinación de ambos marcadores es pronóstica de necesidad de ingreso en unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y muerte. Se ha documentado daño miocárdico en cualquiera de las 3 fases de la enfermedad y su fisiopatología es diversa e incierta.

La miocarditis aguda es una complicación de las infecciones virales bien conocida. La comunicación de diversos casos indica que la miocarditis fulminante es uno de los potenciales eventos adversos de la COVID-19. Sin embargo, este mecanismo no está claramente establecido y podría ser multifactorial (27).

El daño miocárdico directo del SARS-CoV-2 en los cardiomiocitos no es un mecanismo claramente demostrado. En China las autopsias no han identificado partículas virales en las biopsias miocárdicas, mientras que estudios previos de autopsias de pacientes fallecidos por SARS en 2002 sí objetivaron ARN viral hasta en un 35% de las muestras. Este

mecanismo podría ser compartido por el SARS-CoV-2, pues ambos virus tienen un genoma parecido. sí se ha visto necrosis de cardiomiocitos e infiltrado mononuclear en varias autopsias de pacientes fallecidos por la COVID-19. La infección por el SARS-CoV-2 podría ser directa de cardiomiocitos mediada por los receptores de la ECA-2, con lisis celular y activación de la respuesta inmunitaria innata con liberación de citocinas proinflamatorias. Las proteínas liberadas por la lisis celular mostrarían epítomos similares a los antígenos virales y activarían la inmunidad adquirida mediada por anticuerpos y linfocitos T. Los linfocitos, a su vez, estimularían la cascada inflamatoria y la citólisis. Además, se produciría una migración de macrófagos, causa de la inflamación crónica con disfunción ventricular. La invasión del virus a través de los receptores de la ECA-2 no daría al virus solo la entrada en la célula, sino también una disminución de la expresión de estos receptores con disminución de la conversión de la angiotensina II en angiotensina 1-7 y disminución de los efectos protectores cardiovasculares derivados (28).

C. Factores de riesgo

La edad: a medida que avanza la edad hay más probabilidades de desarrollar algún grado de enfermedad coronaria (29).

El sexo: Los hombres tienen dos a tres veces más probabilidades de sufrir un infarto que las mujeres (29).

Antecedentes familiares: Si una persona tiene un familiar de primer grado (padre, madre, hermano o hermana) con antecedentes de haber padecido enfermedades cardíacas, tales como angina de pecho o infarto, presenta el doble de probabilidades de desarrollar problemas similares que la población que no cumple estas características (29).

El consumo de tabaco: parte de las toxinas que se encuentran en los cigarrillos, reducen el calibre de las arterias coronarias y las dañan. Esto hace a las personas que fuman más vulnerables a la enfermedad coronaria. En comparación con los no fumadores, las personas que fuman 20 ó más cigarrillos al día tienen un 60-90% más de probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria y sufrir un infarto. Incluso

pequeñas cantidades de tabaco pueden resultar nocivas. Un solo cigarrillo al día aumenta en un 30 % las probabilidades de desarrollar una enfermedad coronaria con respecto a quien no fuma. Además, hay que tener en cuenta que los "fumadores pasivos" también se ven afectados por los efectos perjudiciales del tabaco. Si aún no ha decidido dejar de fumar, no fume en locales o zonas cerradas como los coches, y mucho menos cuando haya niños en su entorno (29).

Una dieta no saludable: con una dieta alta en grasas saturadas, los niveles de colesterol en la sangre aumentan y, como consecuencia, aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. Algunos alimentos, como el pescado azul y el aceite de oliva virgen, contribuyen a reducir los niveles de colesterol (29).

El sedentarismo: La falta de actividad física está relacionada con un mayor riesgo de tener sobrepeso u obesidad e hipertensión y, como consecuencia, de sufrir una enfermedad coronaria.

La hipertensión arterial: La hipertensión arterial afecta a las arterias coronarias, haciéndolas más vulnerables a la enfermedad coronaria. Cuanto mayor sea la presión arterial, mayor es el riesgo de padecer enfermedad coronaria (29).

La diabetes: El aumento de los niveles de glucosa en la sangre asociados con la diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 puede dañar las arterias coronarias. Se estima que las personas con diabetes tienen 2.5 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad coronaria que la población general (29).

El sobrepeso/obesidad: La obesidad conduce a potenciar los factores de riesgo asociados a sufrir un infarto. En particular, las personas que tienen sobrepeso o son obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial, tienden a tener niveles más altos de colesterol como resultado de una dieta alta en grasas y presentan un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2(29).

El consumo de alcohol: El consumo excesivo de alcohol puede causar hipertensión y aumento de los niveles de colesterol en sangre, aumentando así el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria.

Hay algunas causas que, aunque menos frecuentes, también se considera que pueden desencadenar un fallo cardíaco (29).

El consumo de drogas: la utilización de estimulantes del tipo cocaína, anfetaminas, crack y metanfetaminas puede, en ocasiones, provocar un infarto porque producen es el estrechamiento de las arterias coronarias. El consumo de cocaína se baraja como una de las causas más comunes de muerte súbita tras sufrir un infarto en personas jóvenes que no padecían una enfermedad cardíaca conocida con anterioridad (29).

D. Signos y síntomas

Característicamente los pacientes que tienen un infarto de miocardio refieren la aparición brusca de un dolor en la región precordial (la zona del pecho donde se sitúa el corazón) que suele ser contado por el paciente como “tener una losa” o una intensa presión sobre la zona. El dolor puede extenderse hacia la mandíbula o el hombro y brazo izquierdos, y acompañarse de malestar general, sudoración y palidez. En ocasiones el dolor tiene características más atípicas produciéndose en la zona del estómago junto a vómitos, o con irradiación hacia el lado derecho. En muchas ocasiones el paciente ya había tenido un dolor similar, aunque de menor intensidad durante los días previos (30).

En raras ocasiones puede haberse producido un infarto sin que se haya dado cuenta el paciente, bien por no haber sido doloroso, bien por haber sido confundido con otra afección y haber pasado sólo. Esto es más frecuente en personas con diabetes. El médico puede saber si se ha tenido un infarto al observar la presencia de cicatrices en el corazón (onda Q) en un electrocardiograma. A esto se le denomina infarto de miocardio silente (31).

E. Pruebas diagnosticas

Electrocardiograma (ECG)

El ECG refleja la actividad eléctrica del corazón. El corazón tiene zonas localizadas en las que se origina una pequeña corriente eléctrica que es la que genera los latidos cardiacos. Esta corriente se puede medir desde el exterior. El ECG registra estas señales sobre el papel o sobre una pantalla, lo que permite al médico ver cómo está funcionando el corazón. Estas ondas eléctricas sufren modificaciones en el ECG cuando se produce un infarto agudo de miocardio y, además, las imágenes serán distintas si se está produciendo un infarto o si éste se produjo hace tiempo (32).

El ECG ayuda a confirmar el diagnóstico de un infarto cuando se sospecha por las características del dolor y ayuda a determinar cuál es la zona del corazón a la que está afectando y esto es de utilidad para establecer el tratamiento más eficaz.

Hay una serie de pruebas que se utilizan para valorar el estado del corazón y las posibles complicaciones que se han producido tras un infarto, pero algunas se realizan una vez que el tratamiento inicial se ha iniciado y la situación del paciente es estable.

Análisis de sangre

Cuando se produce un daño miocárdico comienzan a detectarse en la sangre una serie de enzimas que resultan de la destrucción del músculo cardiaco, por ello, ante una sospecha de un infarto se realiza un análisis de sangre para detectar la existencia de estas enzimas. Los niveles de la enzima van variando en función del momento de evolución, por eso se repiten análisis de sangre en diferentes momentos (32).

Radiografía de tórax

Las radiografías de tórax se pueden utilizar para descartar la existencia de otras enfermedades que puedan manifestarse con una sintomatología similar al IAM, por ejemplo, un neumotórax o para hacer el seguimiento de posibles complicaciones tras sufrir un infarto, como sería un edema pulmonar (32).

Ecografía cardiaca

Un ecocardiograma es una ecografía del corazón. Utiliza ultrasonidos y se utiliza para identificar cuáles son las zonas del corazón dañadas tras el infarto y cómo están afectadas las funciones del corazón (32).

Angiografía coronaria

La angiografía coronaria (lo que los pacientes suelen conocer como cateterismo cardiaco) ayuda a localizar la obstrucción o estrechamiento en las arterias coronarias. Se inserta un catéter (un tubo muy delgado) a través de uno de los vasos sanguíneos de la ingle o el brazo. El catéter se dirige hasta las arterias coronarias bajo control radiológico. Una vez que ha alcanzado las coronarias se inyecta contraste a través del catéter. Como el contraste es radiopaco, puede visualizarse radiológicamente su distribución a través de las arterias coronarias en tiempo real. De esta forma la angiografía permite estudiar el recorrido del contraste y, por tanto, localizar cualquier zona arterial que sufra un estrechamiento o una oclusión completa sobre la que tenga que intervenir el cirujano cardiaco. Durante la misma técnica se puede actuar directamente sobre esta obstrucción, realizando una angioplastia coronaria, con o sin colocación de stent, como se detallará posteriormente. El cateterismo se realiza con el paciente despierto si la situación clínica lo permite (32).

2.3.2. Manejo de los casos de Infarto al miocardio agudo en emergencia.

- Identificación precoz de signos de bajo gasto cardíaco a través de una monitoria rigurosa y continuada: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación arterial, cada 30 minutos en las primeras cuatro horas y posteriormente cada hora incluyendo temperatura si el paciente permanece estable. Registrar en la hoja correspondiente.
- Realizar examen físico al ingreso y posteriormente en cada turno o más frecuente según el estado del paciente y cambios en la terapéutica.
- Enfatizar en los sonidos cardíacos, respiratorios e indicadores de perfusión tisular.
- Monitoria electrocardiográfica: durante toda su estancia en la Unidad de cuidado intensivo coronario.

- Debe programarse con las correspondientes alarmas. Informar oportunamente los cambios presentados.
- Monitoria hemodinámica Completa: en pacientes con IAM KIII y IV, y previa inserción del catéter de termo dilución o de Swan Ganz: se realizará cada cuatro horas o más frecuente si es necesario para la evaluación de modificaciones en la terapéutica o para documentar cambios en la evolución del paciente.
- El valor de la monitoria reside en su interpretación permanente y en el análisis de la tendencia que exhibe el paciente; esta información debe ser analizada por el equipo interdisciplinario para generar una respuesta pertinente y definir una serie de cuidados anticipatorios por parte de Enfermería.
- Administración de oxígeno con el FiO₂ necesario según el estado del paciente.
- Tener en cuenta que cuando el paciente requiere FiO₂ por encima de 35% en máscara, se le debe poner cánula a 3 litros durante el periodo de las comidas.
- Planear las actividades que enfermería y otras disciplinas que deben realizar al paciente o con el paciente de forma tal que no se potencialice el gasto energético y por lo tanto el consumo de oxígeno miocárdico por simultaneidad de actividades, ocasionando desbalance oferta/demanda de oxígeno miocárdico, ejemplos típicos son: baño en cama-desayuno; desayuno traslado; visita traslado; visita alimentación; baño-visitas; terapia respiratoria o muscular-alimentación, etc.
- Organizar los horarios de administración de beta bloqueadores, vasodilatadores e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina de forma que no converjan a la misma hora, con el fin de lograr cubrimiento homogéneo durante todo el día y no potencializar efectos similares.
- En relación con la vía oral y teniendo en cuenta que las primeras horas son altamente inestables, se debe dejar al paciente sin vía oral hasta tanto se controle el dolor y se estabilice. Luego, iniciar con líquidos orales y posteriormente dieta blanda, hiponatémica e hipo graso, rica en fibra.

Asistir al paciente según el grado de dependencia individual, identificar tolerancia y registrar; si no hay tolerancia o el paciente no se adapta a estos cambios, solicitar valoración por parte de la nutricionista.

- En el área de actividad, el paciente con IAM presenta dos situaciones problema a las cuales la enfermera debe responder (33)

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente : N.A L
N° HC : 282868
Sexo : FEMENINO
Edad : 72 años
Estado Civil : Soltera
DNI : 25641254
F Nacimiento:
Peso : peso 110 kg
Talla : Talla 160 cm
Grupo y F.S :
Hospital : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Servicio : Emergencia
Fecha : 26/01/2022

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Tiempo de enfermedad 8 horas, de inicio brusco, curso progresivo, con disnea y dolor torácico.

Paciente refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 6/10 que se exacerba a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo. Calma dolor momentáneamente luego de recibir Amlodipino 5mg, posteriormente se intensifica 8-8/10. Por lo cual, los familiares deciden traerla a EMG.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

- IM STNE
Grace
Crudade
- HTA
- Hipotiroidismo
- Obesidad
- Secuela de ACV

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES: No refiere

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Madre: HTA, DM2, NM páncreas fallecida
- Padre: HTA, ACV fallecido
- Hermana (1) enfermedad coronaria con cirugía by pass hace 30 años, (2) enfermedad coronaria con cirugía by pass 5 años

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Hemorragia digestiva alta en 1999, HNDAC
- Hipotiroidismo 2009, HNDAC
- Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto
- Consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años
- Quirúrgicos: histerectomía en 1979, recesión intestinal en 1999, tiroidectomía 2009, hernioplastia cervical 2016 todos en HNDAC
- Medicación habitual: Losartan 50 mg vo c/12h + Alprazolam 0.5 mg vo c/24 h + Levotiroxina 300 ug vo c/24h

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- F.R: 28 x minuto
- F.C: 111x minuto
- T°: 37 °C (axilar)
- PA: 160/70 mmHg
- SPo2: 90% FIO2 21%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

SNC: LOPTEP, escala de Glasgow 15, no signos meníngeos, ni focalizados, paresia braquio crural derecha, desviación comisura bucal izquierda.

CABEZA: Simétrico, no adenomegalias, distribución del cabello normal.

CARA: No presenta tumefacción ni lesión alguna en la cabeza

Ojos: Simétricos, escleras ictericas, pupilas isocóricas, foto reactivas, movimientos oculares conservados.

Orejas: No se palpan ganglios, presenta simetría en ambos lados.

Boca: Mucosa semihidratada, conservada

Nariz: Fosas permeables, sin secreción, tabique nasal central, no pólipos.

CUELLO: Movilidad conservada, no se palpan ganglios, no presenta masa.

TÓRAX: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna.

Pulmones: MV pasa en ACP, crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%, con cánula binasal a 4 litros, FR 28 x min

Cardiovascular: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, rítmicos, no presenta soplos, no frémitos, pulsos presentes
FC: 98 x minuto, PA: 160/70 mmHg, FC: 111 x min

ABDOMEN: Blando, Depresible. Superficial y profunda, se percibe ruidos hidro aéreos (+)

RIÑONES: Columna vertebral central, PPL (-), PUR (-), no globo vesical, con Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox.

MIEMBROS SUPERIORES: Tono muscular, fuerza y movimientos conservados.

ÁREA PERINEAL: Sin alteración ni lesiones, con presencia de sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de aproximadamente 200 cc.

MIEMBROS INFERIORES: Tono muscular, fuerza y movimientos conservados, con reposo relativo, edema + (+++)

PIEL: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos
Pálida +/-, higiene conservada.

INDICACIONES MÉDICAS

1.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- dieta hiposódica (Na: 2mg/d) VT: 1200 CC Fx en 4t
 - V. S
 - AAS 100, mg vo c/24horas
 - Clopidogrel 75 mg vo c/ 24 horas
 - Enoxaparina 60 mg SC c/12horas
 - Valsartan 160 mg vo c/12 horas
 - Amlodipino 5m vo c/ 24horas
 - Levotiroxina 100 mg vo c/24horas 1 hora antes del desayuno
 - Isosorbida 5mg SL PRN a dolor torácico
 - HGT C/8horas
 - CFV+ CBH
 - O2 x CBN PRN S02 menor o igual a 92%
- Cabecera 30°

1.6.1. EXÁMENES AUXILIARES:

ECG (26/01/2022)	DESCRIPCION CUANTITATIVA			
	Ritmo: sinusal	FC: 69	PR:140 ms	QRS: 80 ms
	QT: 440ms	Eje P: +60	Eje P: -60	
	DESCRIPCION CUALITATIVA			
	Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS			

DATOS DE LABORATORIO

- **Leucocitos** : 10070
- **Hemoglobina** :12.4 g/dl
- **Plaquetas** : 295.000
- **Urea** : 43 mg/dl
- **Creatinina** : 1.24 mg/dl
- **INR** : 1.1
- **Troponina I** : 39.16
- **CPK MB** : 98.25

1.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Presenta Hemorragia digestiva alta en 1999, Hipotiroidismo 2009, Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde

los 13 años, histerectomía en 1979, recesión intestinal en 1999, tiroidectomía 2009, hernioplastia cervical 2016 todos en HNDAC

Medicación habitual: Losartan 50 mg vo c/12h + Alprazolam 0.5 mg vo c/24 h + Levotiroxina 300 ug vo c/24h

Clase 2. Gestión de salud: No conoce las complicaciones de su salud

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: paciente con diagnóstico de obesidad, peso 110 kg, talla 160 cm

Clase 2. Digestión: con dieta blanda hipo sódico

Clase 3. Absorción: No evaluable

Clase 4. Metabolismo: con hipotiroidismo desde el 2009, HTA, presencia de edema en MMII.

Clase 5. Hidratación: Piel y mucosas semihidratadas y turgente

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox, Urea: 43 mg/dl, Creatinina: 1.24 mg/dl

Clase 2. Función gastrointestinal: Blando, Depresible. Superficial y profunda, se percibe ruidos hidro aéreos (+)

Clase 3. Función tegumentaria: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos Pálida +/+++ , higiene conservada.

Clase 4. Función respiratoria: Cilíndrico, simétrico, no presenta lesión ni cicatriz alguna. Pulmones: MV pasa en ACP, crepitantes en base a predominio HTD, SPO₂: 90% FIO₂ 21%. FR 28x min

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Conservado

Clase 2. Actividad/ejercicio: se mantiene con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo

Clase 3. Equilibrio/energía: Manifiesta agitarse a la actividad

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Cardiovascular: Presencia de ruidos cardiacos con buena intensidad, rítmicos, no presenta soplos, no frémitos, pulsos presentes FC: 98 x minuto, PA: 160/70 mmHg. FC 111 x min,

INR: 1.1, Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. Edema de MMII +(+++). Pulmones: MV pasa en ACP, crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%

Clase 5. Autocuidado: Grado de dependencia III

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Disposición y tiempo para darse cuenta.

Clase 2. Orientación: Glasgow 15/15

Clase 3. Sensación-percepción: Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10

Clase 4. Cognición: Glasgow 15/15

Clase 5. Comunicación: Poco comunicativa

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: No evaluable

Clase 2. Autoestima: No evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Preocupación de parte de los familiares

Clase 2. Relaciones familiares: Conservada, con familiares a espera.

Clase 3. Desempeño del rol: No evaluable.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No evaluable

Clase 2. Función sexual: No evaluable

Clase 3. Reproducción: No evaluable

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Ninguno

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Se muestra ansiosa por situación actual de salud

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Ninguno

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: No evaluable

Clase 2. Creencia: Católica

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Ninguno

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Con antecedente de Hipotiroidismo, portadora de sonda Foley, •Leucocito: 10070 mm³

Clase 2. Lesión física: Con antecedente de Hipotiroidismo, portadora de sonda Foley, Leucocito: 10070 mm³

Clase 3. Violencia: No evaluable

Clase 4. Peligros del entorno: Ambiente hospitalario

Clase 5. Procesos defensivos: Ninguno

Clase 6. Termorregulación: T° 37°c, piel tibia al tacto.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Paciente refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 6/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo

Clase 2. Confort del entorno: Se muestra ansiosa por situación actual de salud y ambiente hospitalario.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: No evaluable

Clase 2. Desarrollo: No evaluable

1.8. ESQUEMA DE VALORACION

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

- Presenta Hemorragia digestiva alta en 1999, Hipotiroidismo 2009, Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, histerectomía en 1979, recesión intestinal en 1999, tiroidectomía 2009, hernioplastia cervical 2016 todos en HNDAC
- Con diagnóstico de obesidad, peso 110 kg, talla 160 cm, ruidos hidro aéreos (+)
- Con Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox, Urea: 43 mg/dl, Creatinina: 1.24 mg/dl
- Crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%.
- Con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad.
- PA: 160/70 mmHg. INR : 1.1, Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS.
- Grado de dependencia III, presencia de edema en MMII.
- Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 6/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Sugerir Hemograma completo, Urea- Creatinina y Glucosa, interconsulta Cardiología, nutrición, Psicología.

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Obesidad
- Deterioro del intercambio de gases
- Fatiga
- Perfusión tisular periférica ineficaz
- Disminución del gasto cardíaco
- Riesgo de infección
- Dolor agudo
- Ansiedad

2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Presenta Hemorragia digestiva alta en 1999, Hipotiroidismo 2009, Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, histerectomía en 1979, recesión intestinal en 1999, tiroidectomía 2009, hernioplastia cervical 2016 todos en HNDAC
- Con diagnóstico de obesidad, peso 110 kg, talla 160 cm, ruidos hidro aéreos (+)
- Con Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox, Urea: 43 mg/dl, Creatinina: 1.24 mg/dl
- Crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%.
- Con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad.
- PA: 160/70 mmHg. INR : 1.1, Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS.
- Grado de dependencia III, presencia de edema en MMII.
- Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 6/10 que se exacerba a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)
- Obesidad (00232)
- Deterioro del intercambio de gases (00030)
- Intolerancia a la actividad física (00093)
- Disminución del gasto cardíaco (00029)
- Riesgo de infección (00004)

- Dolor agudo (00132)
- Ansiedad (00146)

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Dolor agudo (00132)	Lesión tisular miocárdica	Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 8/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo	Dolor agudo (00132) r/c lesión tisular miocárdica e/p Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 8/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo
Deterioro del intercambio de gases (00030)	cambios en la membrana alveolo capilar	Crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%.	Deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p Crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%. F.R: 28 x minuto
Disminución del Gasto cardíaco	La disminución de la contractilidad	Elevación de enzimas cardíacas	Disminución del Gasto cardíaco R/C La

	miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución del post carga	Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. PA: 160/70 mmHg. INR: 1.1, edema de MMII +(+++).	disminución de la contractilidad miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución de la post carga E/P: Elevación de enzimas cardíacas Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. PA: 160/70 mmHg. INR: 1.1, edema de MMII +(+++).
Intolerancia a la actividad física	Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O ₂ a nivel miocárdico	con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad, taquicardia 111 x min	Intolerancia a la actividad física R/C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O ₂ a nivel miocárdico E/P con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad, taquicardia 111 x min
Ansiedad	Amenaza en cambios de estilo de vida	Facies de angustia, sensación inminente de muerte, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico	Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su

		desconocido con sus propias normas.	independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas.
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	actitud negativa hacia los cuidados de salud	Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, con obesidad.	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud e/p Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, con obesidad.
Riesgo de infección	Dispositivo invasivo como sonda Foley y cateter salino.		Riesgo de infección r/c dispositivo invasivo como sonda Foley y catéter salino.

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00132</p> <p>Dolor agudo r/c lesión tisular miocárdica e/p Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 8/10 que se exacerba a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo</p>	<p>Código: 1605</p> <p>Control de dolor.</p> <p>Disminuir dolor</p> <p>Manifestada: Nunca, Raramente, en ocasiones, con frecuencia constantemente.</p> <p>(1 al 5)</p> <p>Reconoce el comienzo del dolor (4)</p> <p>Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda (4)</p> <p>Refiere síntomas al profesional sanitario (4)</p>	<p>Código: 1400 Manejo del dolor.</p> <p>Valorar patrón perceptivo cognitivo presencia de dolor: registrando expresiones verbales, señales no verbales y las respuestas hemodinámicas (PA, FC).</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p> <p>Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a</p>	<p>Paciente no refiere dolor precordial, según EVA 2/10</p> <p>Se muestra tranquila con reposo conservado</p>

		<p>intervalos especificados, según EVA</p> <p>Administración de analgésicos 2210</p> <p>(agentes antiplaquetarios</p> <p>Clopidogrel 75 mg vo c/ 24 horas</p> <p>Enoxaparina 60 mg SC c/12horas</p> <p>Isosorbida 5mg SL PRN a dolor torácico</p>	
<p>Código:(00030</p> <p>Deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p Crepitantes en base a predominio HTD, SPo2: 90% FIO2 21%.</p>	<p>Código: 00403</p> <p>Estado respiratorio: ventilación</p> <p>Mejorar intercambio gaseoso</p> <p>Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida (a) Del 1 al 5</p> <p>Frecuencia respiratoria en el rango esperado (3)</p>	<p>4040 cuidados cardiacos</p> <p>Actividades:</p> <p>Registrar Disritmias cardiacas</p> <p>Monitorizar el estado cardiovascular</p> <p>Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión, eliminación, peso diario)</p> <p>Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos)</p> <p>Disponer de terapia anti arrítmica.</p> <p>Vigilar la respuesta del paciente ante</p>	<p>Paciente con P02 97% mmhg, por CBN a 3 litros x minutos.</p> <p>FR: 22 X min</p> <p>Valores de laboratorio dentro de los parámetros.</p>

	<p>Ritmo respiratorio (3)</p> <p>Profundidad de la respiración (2)</p> <p>Expansión torácica simétrica (2)</p>	<p>medicamentos anti arrítmicos.</p> <p>Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</p> <p>Promover la disminución del estrés</p> <p>4120 Manejo de líquidos</p> <p>Actividades:</p> <p>Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de osmolaridad de la orina.)</p> <p>Evaluar la ubicación y extensión del edema. - Administrar diuréticos prescritos</p> <p>Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.</p> <p>Control estricto del balance hídrico</p> <p>4066Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. Actividades:</p> <p>Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej.,</p>	
--	--	--	--

		<p>comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura.)</p> <p>Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.</p> <p>Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.</p> <p>Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente. / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</p>	
<p>Código:00029</p> <p>Disminución del Gasto cardiaco R/C La disminución de la contractilidad miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución de la post carga E/P: Elevación de enzimas cardíacas Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. PA: 160/70 mmHg. INR: 1.1, edema de MMII +(+++).</p>	<p>(0405) perfusión tisular Cardíaca Mejorar la perfusión cardíaca</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>4040 Cuidados cardiacos</p> <p>Actividades:</p> <p>Registrar Disritmias cardíacas</p> <p>Monitorizar el estado cardiovascular</p> <p>Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión, eliminación, peso diario)</p> <p>Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos)</p> <p>Disponer de terapia anti arrítmica.</p> <p>Vigilar la respuesta del paciente ante</p>	<p>Paciente con manejo de antiplaquetario, anticoagulantes y antihipertensivos, PA: 140/87 MMHG</p> <p>FC: 89 X min</p> <p>Aun presenta enzimas cardíacas altas</p> <p>Se mantiene con edema de +(+++)</p> <p>Ritmo cardiaco regular</p>

		<p>medicamentos anti arrítmicos.</p> <p>Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</p> <p>Promover la disminución del estrés</p> <p>4120 Manejo de líquidos Actividades:</p> <p>Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de osmolaridad de la orina.)</p> <p>Evaluar la ubicación y extensión del edema. - Administrar diuréticos prescritos</p> <p>Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.</p> <p>Administrar los productos sanguíneos (plaquetas y plasma</p> <p>4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. Actividades:</p> <p>Realizar una valoración global de la circulación</p>	
--	--	--	--

		<p>periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura.)</p> <p>Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.</p> <p>Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.</p> <p>Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente.</p>	
<p>Código:00029</p> <p>Intolerancia a la actividad física R//C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O2 a nivel miocárdico E/P con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad, taquicardia 111 x min</p>	<p>Código: 0005</p> <p>tolerancia de la actividad</p> <p>Favorecer la tolerancia a la actividad</p> <p>Domingo: salud funcional (I) Clase: mantenimiento de la energía (A)</p> <p>Escala de medición: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4.</p>	<p>Código: 0180</p> <p>Manejo de la energía</p> <p>Registrar/documentar la frecuencia y ritmo cardiaco y los cambios de la presión arterial, antes, durante y después de actividad según este indicado.</p> <p>Colocar en posición semifowler o fowler de acuerdo a tolerancia.</p> <p>Administrar oxígeno de acuerdo a los niveles de saturación posterior a movimientos.</p> <p>Fomentar el reposo absoluto las primeras 12</p>	<p>Paciente se mantiene en posición semifowler.</p> <p>Funciones vitales estables.</p> <p>Grado de dependencia III.</p> <p>Sin agitación</p>

	<p>Levemente comprometido 5</p> <p>No comprometido.</p> <p>Indicadores:</p> <p>saturación de oxígeno en respuesta a la actividad (2 – 5</p> <p>frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad (2 - 5)</p> <p>esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad (2 - 5)</p>	<p>horas, a partir de entonces, limitar la actividad según la intensidad del dolor.</p> <p>Ayudar al paciente que cambie la postura lentamente.</p> <p>Educar al paciente que interrumpa la actividad si manifiesta palpitations, disnea, debilidad o fatiga.</p> <p>Restringir visitas.</p> <p>Valorar los signos y síntomas que reflejan intolerancia a la actividad</p>	
<p>Código:00029</p> <p>Gestión ineficaz de la salud r/c manejo inefectivo del régimen terapéutico secundario a estilo de vida poco saludables e/p Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, con obesidad.</p>	<p>Código:1601</p> <p>Conducta de cumplimiento</p> <p>Promover gestión eficaz de la salud</p> <p>Motivación (1209)</p>	<p>Código: 4360</p> <p>Modificación de la conducta</p> <p>Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.</p> <p>Identificar el problema del paciente en términos de conducta.</p>	<p>Paciente manifiesta que a partir en adelante cambiara estilo de vida, por el momento recibe dieta hiposódica.</p>

		<p>Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.</p> <p>Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas de modelado.</p> <p>Desarrollar un programa de cambio de conducta.</p> <p>Educación para la salud (5510)</p> <p>Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.</p> <p>Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.</p> <p>Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.</p>	
--	--	---	--

		Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.	
<p>Código: 00146</p> <p>Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>	<p>Código: 01300</p> <p>Aceptación estado de salud.</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa (del 1 al 5)</p> <p>Tranquilidad (3)</p> <p>Expresa reacciones sobre el estado de salud (3)</p> <p>Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (4)</p>	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento. <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Escuchar con atención.</p>	<p>Paciente más tranquilo, tiene conocimiento del proceso de su recuperación.</p> <p>Colabora con los procedimientos.</p>

		<p>Reforzar el comportamiento, si procede.</p> <p>Crear un ambiente que facilite la confianza</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p>	
--	--	--	--

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	<p>Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 8/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo</p>
O	<p>Paciente mujer adulta mayor, con diagnóstico médico de IMA, Hipotiroidismo desde el 2009, Glasgow 15/15, ventilando espontáneamente SPO₂: 90% FIO₂ 21%, se auscultan crepitantes en base a predominio HTD, obesa, peso 110 kg, talla 160 cm, ruidos hidro aéreos (+), con CS, Sonda Foley permeable con orina amarilla oscura de 200cc aprox, Urea: 43 mg/dl, Creatinina: 1.24 mg/dl, Con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo. IN 1.1, Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. Con Grado de dependencia III, presencia de edema en MMII.</p> <p>Según antecedentes personales: Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, histerectomía en 1979, recesión intestinal en 1999, tiroidectomía 2009, hernioplastia cervical 2016 todos en HNDAC</p> <p>Funciones vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F.R: 28 x minuto • F.C: 111x minuto • T°: 37 °C (axilar) • PA: 160/70 mmHg • SPO₂: 90% FIO₂ 21%
A	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor agudo (00132) r/c lesión tisular miocárdica e/p Refiere dolor a nivel torácico según EVA 7/10. Refiere que hace 8 horas presenta dolor torácico opresivo región precordial que se irradia hacia la espalda, moderada, alta intensidad 8/10 que se exagera a moverse que no calma con el tiempo acompañado de sudoración fría, decaimiento, astenia a leve esfuerzo ➤ Deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p Crepitantes en base a predominio HTD, SPO₂: 90% FIO₂ 21%. F.R: 28 x minuto

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución del Gasto cardiaco R/C La disminución de la contractilidad miocárdica secundario a dolor miocárdico aumento de la precarga y disminución del post carga E/P: Elevación de enzimas cardíacas Troponina I: 39.16, CPK MB: 98.25. Rectificación segmento ST en DI a VR a VL, mala progresión QRS. PA: 160/70 mmHg. INR: 1.1, edema de MMII +(+++). ➤ Intolerancia a la actividad física R//C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O2 a nivel miocárdico E/P con reposo absoluto, astenia leve al esfuerzo, manifiesta agitarse a la actividad, taquicardia 111 x min ➤ Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas. ➤ Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud e/p Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, con obesidad. ➤ Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud e/p Fuma tabaco de 20 a 40 cigarros al día, desde los 13 años. Índice tabaquismo alto, consume alcohol 2 veces al mes desde los 13 años, con obesidad.
P	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuir dolor ➤ Mejorar intercambio gaseoso ➤ Mejorar la perfusión cardiaca ➤ Favorecer la tolerancia a la actividad ➤ Promover gestión eficaz de la salud ➤ Disminuir ansiedad
I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control constante de funciones vitales ➤ Mantener la asepsia durante y después de la atención del paciente. ➤ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones ➤ Mantener en posición semifowler. ➤ Mantener soporte ventilatorio mediante dispositivos de oxigenación.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Administrar agentes antiplaquetarios
 - Clopidogrel 75 mg vo c/ 24 horas
 - Enoxaparina 60 mg SC c/12horas
 - Isosorbida 5mg SL PRN a dolor torácico
- Monitorizar el estado cardiovascular
- Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión, eliminación, peso diario)
- Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos)
- Disponer de terapia anti arrítmica.
- Vigilar la respuesta del paciente ante medicamentos anti arrítmicos.
- Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de osmolaridad de la orina.)
- Control y registro de balance hídrico
- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- Promover la disminución del estrés
- Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura.)
- Colocar en posición semifowler o fowler de acuerdo a tolerancia.
- Administrar oxígeno de acuerdo a los niveles de saturación posterior a movimientos.
- Fomentar el reposo absoluto las primeras 12 horas, a partir de entonces, limitar la actividad según la intensidad del dolor.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente no refiere dolor precordial, según EVA 2/10 ➤ Se muestra tranquila con reposo conservado ➤ Paciente con P02 97% mmhg, por CBN a 3 litros x minutos. ➤ FR: 22 X min ➤ Valores de laboratorio dentro de los parámetros. ➤ Paciente con manejo de antiplaquetario, anticoagulantes y antihipertensivos, PA: 140/87 MMHG ➤ FC: 89 X min ➤ Aun presenta enzimas cardiacas altas ➤ Se mantiene con edema de +(+++) ➤ Ritmo cardiaco regular ➤ Paciente se mantiene en posición semifowler. ➤ Funciones vitales estables. ➤ Grado de dependencia III. ➤ Sin agitación ➤ Paciente manifiesta que a partir en adelante cambiara estilo de vida, por el momento recibe dieta hiposódica ➤ Paciente más tranquilo, tiene conocimiento del proceso de su recuperación. ➤ Colabora con los procedimientos
----------	---

CONCLUSIONES

1. El infarto agudo de miocardio es la causa más importante de morbimortalidad en el mundo. Se ha descrito que la incidencia y prevalencia aumentan con la edad y con los factores de riesgo conocidos.
2. El sexo en la que prevalece más esta enfermedad es el en el sexo masculino
3. Los factores de riesgo conductuales más importantes de las enfermedades cardíacas son una dieta inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo conductuales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión, hiperglucemia e hiperlipidemia, además de sobrepeso y obesidad.
4. Se ha demostrado que los pacientes que sufren un infarto de miocardio y están infectados por el SARS-CoV-2 presentan una mortalidad cinco veces superior que aquellos pacientes con infarto que no tienen la COVID-19.
5. Es importante la identificación precoz de signos de bajo gasto cardíaco a través de una monitorización rigurosa y continua de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno.

RECOMENDACIONES

1. Construir y validar registros de enfermería en el área de emergencia utilizando los diagnósticos de enfermería identificados en este estudio, ya que de esta manera se dará un buen cuidado humanizado y científico al usuario, además de enriquecer y fortalecer nuestros conocimientos y habilidades.
2. Ejecutar capacitación sobre los protocolos de atención de enfermería en pacientes con infarto de miocardio dado que es motivo habitual de atención en las Unidades de emergencia en donde se presentan como un conjunto de signos y síntomas para cuya atención eficiente es imprescindible, el conocimiento y manejo oportuno en tratamiento y prevención de complicaciones, son de especial importancia para la práctica enfermero.
3. Diseñar programas de educación, en los que se incida en la capacitación constante de nuevas formas de atención en los pacientes de IMA, así como las actualizaciones en cuanto nuevos tratamientos para garantizar la óptima atención de los pacientes a nivel de enfermería.
4. Trabajar de forma integral con todo el personal que de una u otra manera interactúa con el paciente para favorecer su recuperación y aminorar el tiempo de hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares#:~:text=La%20enfermedad%20isqu%C3%A9mica%20del%20coraz%C3%B3n,los%20vasos%20sangu%C3%ADneos%20por%20aterosclerosis>.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. Gaviria, S., Ramírez, A., Alzate, M., Contreras, H., Jaramillo, N., & Muñoz, M. C. Epidemiología del síndrome coronario agudo. Medicina UPB, 39(1), 49-56.2020. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n1.a08>
4. Dario Echeverry. Celebración del Día Mundial del Corazón en época de pandemia. Revista Colombiana de cardiología <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-celebracion-del-dia-mundial-del-S012056332030111X>
5. Perez y Villacastin. Coincidiendo con la pandemia, la mortalidad cardiovascular vuelve a crecer, 2020. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/13104-coincidiendo-con-la-pandemia-la-mortalidad-cardiovascular-vuelve-a-crecer>
6. Oriol Rodriguez. El infarto de miocardio mata cinco veces más en pacientes con COVID-19 que en pacientes sin infección. Rev. Sociedad Española de cardiología [revista en línea] 2021 [citado el 15 de febrero del 2022] 27(5) :359-361. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11980-el-infarto-de-miocardio-mata-cinco-veces-mas-en-pacientes-con-covid-19-que-en-pacientes-sin-infeccion>
7. G.B.D. 2017 DALYs, H.A.L.E. Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and

healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392 (2018), pp. 1859-1922

8. Navarro, Patricia Ríos; Pariona, Marcos; Urquiaga Calderón, Juan Antonio; Méndez Silva, Francisco J.. Características clínicas y epidemiológicas del infarto de miocardio agudo en un hospital peruano de referencia [revista en línea] 2020 [citado el 15 de febrero del 2022] 37(1): 74-80, ene.-mar. 2020. Disponible en: [.https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101796](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101796)
9. Carrión Arcela JP, Custodio-Sánchez P, Coca Caycho TG. Impacto de la pandemia COVID-19 en el abordaje del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en un centro de referencia del norte del Perú. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc*. 2021;2(3). doi: 10.47487/apcyccv.v2i3.148.
10. Oriol R. Impacto de la COVID-19 en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La experiencia española. *Rev Esp Cardiol*. [revista en línea] 2021 [citado el 15 de febrero del 2022] 2020;73:975-710. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-impacto-covid-19-el-tratamiento-del-articulo-S0300893220304747>
11. Pichardo Ureña Jorge M., Pérez Sánchez Denice, Alonso Herrera Alain. Caracterización de la mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en el Hospital Arnaldo Milián Castro (Cuba): Estudio de 6 años. *CorSalud* [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Feb 09] ; 12(3): 254-266. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000300254&lng=es. Epub 01-Sep-2020.
12. Choudry FA, Hamshere SM, Rathod KS, Akhtar MM, Archbold RA, Guttman OP, Woldman S, Jain AK, Knight CJ, Baumbach A, Mathur A, Jones DA. High Thrombus Burden in Patients With COVID-19 Presenting With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Sep 8;76(10):1168-1176. doi: 10.1016/j.jacc.2020.07.022. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32679155; PMCID: PMC7833185.

13. Plain PC, de Alejo APA; Carmona PCR, Domínguez PL, et al. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes hospitalizados. Rev Cub Med Int Emerg. 2019;18(2):1-14.
14. Rodríguez R. Impacto de la COVID-19 en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La experiencia española. Rev Esp Cardiol. [revista en línea] 2021 [citado el 15 de febrero del 2022] 2020;73:975-710. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/165339>
15. Chacón-Díaz M, Rodríguez Olivares R, Miranda-Noé D, Custodio-Sánchez P, Montesinos Cárdenas A, Yabar Galindo G, et al. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en el Perú y su relación con eventos adversos intrahospitalarios: resultados del Segundo Registro Peruano de Infarto de Miocardio con elevación del segmento ST (PERSTEMI-II). Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 2021;2(2):86-95. doi: 10.47487/apcyccv.v2i2.132
16. Carrión Arcela JP, Custodio-Sánchez P, Coca Caycho TG. Impacto de la pandemia COVID-19 en el abordaje del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en un centro de referencia del norte del Perú. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 25 de septiembre de 2021 [citado 15 de febrero de 2022];2(3):159-66. Disponible en: <https://apcyccv.org.pe/index.php/apccc/article/view/148>
17. Mendoza Callacná. Nivel de conocimiento del enfermero sobre cuidado a la persona con infarto agudo de miocardio - Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2018 [tesis en línea] 2018 [Citado el 16 de febrero del 2022] Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG_f551f3ac7bdf5908c23b2052e9c5ba65
18. Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Complicaciones cardiovasculares de la COVID-19 en pacientes hospitalizados, revisión sistemática de la literatura. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 5 de agosto de 2021 [citado 16 de febrero de 2022];5(3):213-20. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1054>

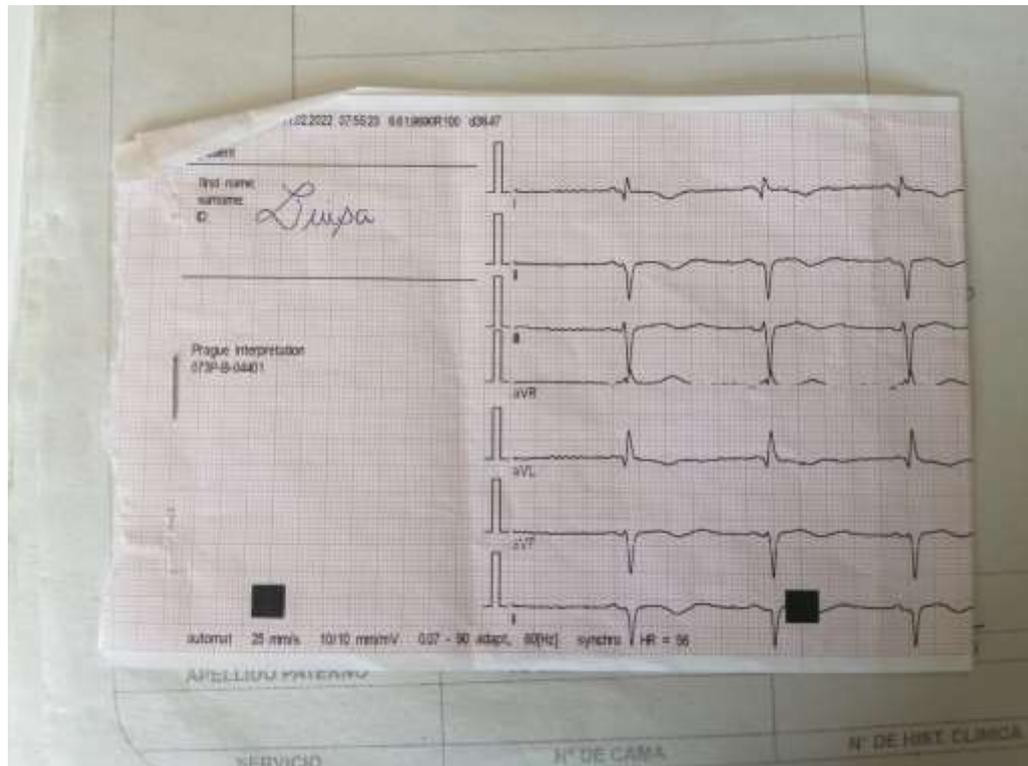
19. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Mar 06]; 13(2): 71-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>.
20. Mastrapa Y, Gibert-Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 5 Mar 2022]; 32 (4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
21. Posada Morales MN, Mora Espinoza BM. Interpretación de la teoría de Kristen Swanson para un cuidado humanizado. *Metas Enferm* abr 2014; 17(3): 69-7
22. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
23. Carranza-Esteban R, Caycho-Rodríguez T, Salinas-Arias S, Ramírez-Guerra R, Campos-Vilchez C, Chuquista-Orci K, Pérez-Rivera J. Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 16 Feb 2022]; 35 (4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>
24. Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2022 Mar 06]; 8(4): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
25. de la Torre Fonseca Luis M.. Lesión miocárdica en el paciente con COVID-19. *CorSalud* [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Feb 16]; 12(2): 171-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000200171&lng=es. Epub 01-Jun-2020.

26. García Dorado. Fisiopatología del daño miocárdico por isquemia-reperfusión: nuevas oportunidades terapéuticas en el infarto agudo de miocardio. *Revista Española Cardiológica* [Internet]. 2019 [citado 16 Feb 2022]; Vol 26 (22) páginas 199-209, Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-fisiopatologia-del-dano-miocardico-por-articulo-13132052>
27. Jose Rosado, Pedro Moris. Fisiopatología de la enfermedad cardiovascular en pacientes con COVID-19. Isquemia, trombosis y disfunción cardiaca. [Internet]. 2019 [citado 16 Feb 2022]; Vol 20 (E) páginas 2-8, Disponible EN <https://www.revespcardiol.org/es-fisiopatologia-enfermedad-cardiovascular-pacientes-con-articulo-S1131358720300285>
28. Oliva Marín JE. SARS-CoV-2 origen, estructura, replicación y patogénesis. *Alerta* 2020; 3(2) DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v3i2.9619>
29. Asociación Española de Enfermedad Cardiológica. Factores de riesgo. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/causas-factores-riesgo-enfermedad-prevencion>
30. Vanegas V. Marvin. Factores asociados a infarto agudo del miocardio en los pacientes ingresados en el hospital Antonio Lenin Fonseca durante el 2015. Tesis para obtener el Título de Especialista en Emergencia. 2016, Nicaragua.
31. García C, Molina L, Subirana I, Sala J, Bruguera J, Arós F. Diferencias en función del sexo en las características clínicas, tratamiento y mortalidad a 28 días y 7 años de un primer infarto agudo de miocardio. Estudio RESCATE II. *Rev. Esp. Cardio.* 2014; 67(1):28–35
32. Chavarriaga JC, Beltrán J, Senior JM, Fernández A, Rodríguez A, Toro JM. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. *Acta Med. Col.* 2014; 39(1): 1-8
33. Acosta S. Cuidado de enfermería en la administración de medicamentos. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá:

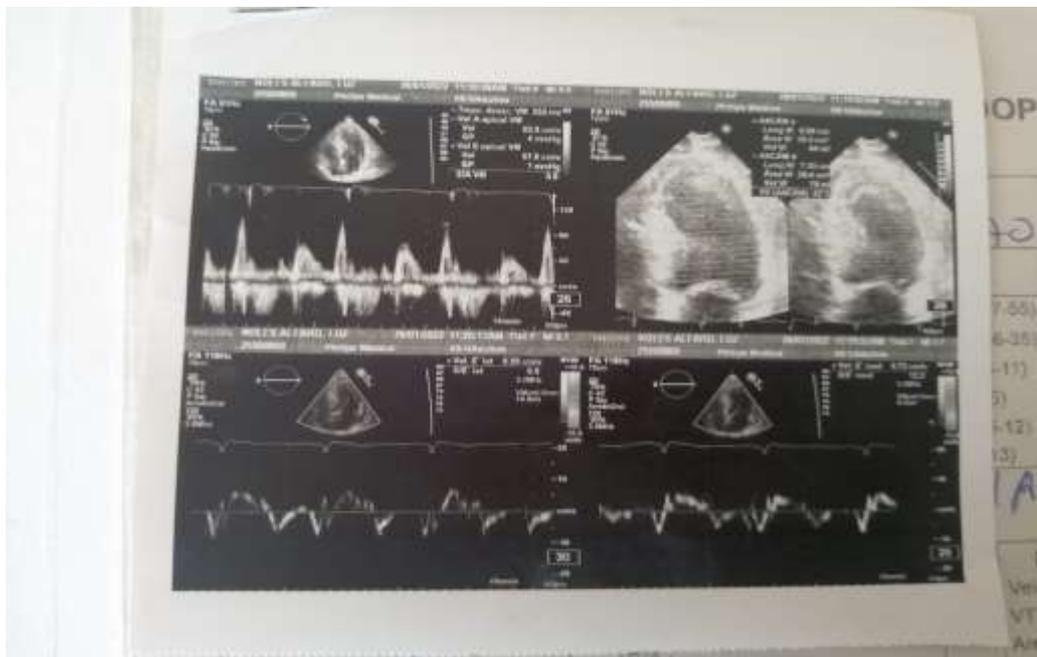
Unibiblos 2010. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/diagnostica/pruebas-utilizadas-diagnostico-infarto>

ANEXOS

Electrocardiograma



Ecocardiograma



Enzimas cardiacas:

CPK:

HOSPITAL NACIONAL "DANIEL A. CARRIÓN"
LABORATORIO CLÍNICO

22/01/2022 13:00

[REDACTED]

CPK 115 HASA : 98.25 VR (< 5.0 ng/ml)

CPK MB HASA
MAYO MEDICO
CTMP 2017

CPK MB HASA 26/01

Notas	Apellido	Nombre
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

TROPONINAS:

INMUNOLOGIA

NOMBRE : [REDACTED] FECHA : 29/01/22

EXAMEN	RESULTADO
TROPONINA I	36.58

VALOR NORMAL : << 0.5 ng/ml

Troponina

PRUEBA ANTIGENICA:

Formulario de registro de paciente hospitalizado con COVID-19.

34. Servicio: Clínica / quirófano Coma Asistencia postoperatoria

35. Lugar de Procedimiento: Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de cuidados intermedios Trauma shock Sala de procedimientos Otro: Coronología

36. ¿El paciente estuvo en ventilación mecánica? Sí No

37. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Sí No

38. ¿El caso tiene el tipo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? Sí No

39. ¿El paciente presenta infección asociada a la atención en salud (IAAS)? Sí No Desconocido

V. CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

40. Método de egreso: Alta médica Alta voluntaria Retenido Fallecido

41. Fecha de alta, si aplica: / / 41. Fecha de referencia, si aplica: / /

VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

42. Evolución del paciente: Recuperado Favorable Desfavorable Fallecido

VI. MUERTE ASOCIADA A COVID-19 - SI EL PACIENTE FALLECIÓ CONSIGNAR ESTA SECCIÓN

43. Fecha de defunción, si aplica: / / 45. Hora de defunción: / /

44. Lugar de defunción: Hospital / clínica Vivienda Centro de aislamiento temporal Via Pública Centro penitenciario Otros

46. Clasificación de la muerte por COVID-19: Muerte sospechosa de la COVID-19 (en investigación) Muerte por NO COVID-19

47. Criterio de la MUERTE por COVID-19: 1. Virológico 4. Necro Epidemiológico 2. Serológico 5. Clínico 3. Radiológico 6. Clínico 7. GINADEF

VI. LABORATORIO (Correspondiente o evento actual) - sólo consignar si el resultado es positivo

48. Prueba molecular: Fecha de toma de muestra: / / Tipo de muestra: Fecha de resultado: RESULTADO: Positivo Negativo

49. Prueba Antígeno: Fecha de toma de muestra: 07.02.22 Tipo de muestra: HNF Fecha de resultado: 07.02.22 RESULTADO: Positivo Negativo

50. Seroprevalencia genérica: Sí No 51. Método de estudio: Serológico Otro

VI. PREVENCIÓN

52. Primera educación (ANTECEDENTES): Presente en consulta Sí No

53. Fuente confirmatoria actual: Prueba molecular Prueba serológica Prueba serológica

54. Fuente de toma de muestras: Prueba de muestra de síntomas Prueba de muestra de contacto

55. Clasificación de la infección: Infección oportunista Infección oportunista

VI. INVESTIGADOR

56. Firmado y sellado: Dr. Carlos Zapata Cabrera
MI CASPTOLOLA
0467 67014

CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE CON IMA



FOTO: 1

Se muestra al personal de enfermería brindando el cuidado humanizado a paciente con Dx de IMA.

CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE CON IMA



FOTO: 2

Se muestra al personal de enfermería realizando la administración de medicamentos por bomba de infusión a paciente con Dx de IMA.