



FACULTAD DE ENFERMERÍA Núm. 2

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON SHOCK
CARDIOGÉNICO

PRESENTA

L.E. GUADALUPE MARÍN MANZANO.

ASESORES:

M.C.E. NORMA ANGÉLICA BERNAL PÉREZ TEJADA.

DRA. MARIA LETICIA ABARCA GUTIERREZ.

ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO. JUNIO DE 2021.

ÍNDICE

II. Introducción.....	4
III. Justificación.....	5
IV. Objetivos.....	5
4.1 General.....	5
4.2 Especifico.....	5
V. Metodología	6
VI. Marco teórico.....	7
6.1. Enfermería como profesión disciplinaria.....	7
6.1.2 El cuidado como objeto de estudio.....	7
6.2. Proceso atención de enfermería.....	7
6.3. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE...	13
6.4. Etapas del proceso atención de enfermería	16
6.4.1. Valoración	16
6.4.2. Diagnóstico	17
6.4.3. Planeación	18
6.4.4. Implementación.....	19
6.4.5. Evaluación.....	21
6.4.6. Problemática de salud de la persona.....	22
6.4.7. Diagnóstico y tratamiento.....	23
VII. Desarrollo del Proceso de Atención de enfermería.....	24
7.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado.....	24
7.2. Diagnóstico de Enfermería según el caso.....	27
7.3. Planificación de intervenciones.....	28
7.4. Ejecución de intervenciones.....	29
7.5. Evaluación.....	30
VIII. Conclusiones.....	31
IX. Bibliografía.....	32

II. INTRODUCCIÓN

El shock cardiogénico es un estado clínico y hemodinámico muy complejo que conlleva una falta de riego sanguíneo en los órganos más importantes del cuerpo humano a causa de un infarto de miocardio masivo.

Las causas que lo producen son múltiples, pero en todas ellas, existe un indicador común, la falla de bomba impulsora de sangre, la cual se manifiesta por disminución de la presión arterial sistólica menor a 80mm Hg, y/o diastólica menor a 30 mmHg. Además de manifestaciones generales, como la astenia, adinamia, malestar general, cefalea, oliguria, diaforesis, etc., a la cual se añaden datos específicos de la patología que lo produce, como la arritmia en problemas de conducción, o soplos en patologías valvulares o de pared, mencionándose como causa principal de este cuadro al infarto de miocardio.

La mayoría de los pacientes con shock cardiogénico terminan con insuficiencia orgánica multisistémica: una afección que tiene una tasa de mortalidad en torno al 50% durante los primeros 30 días después de la aparición del cuadro clínico, Piqueras (2021). Por lo tanto, para su manejo integral se hospitalizan en las unidades de cuidados intensivos, lo que demanda que la enfermera utilice una metodología científica, que en este caso es un Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual se estructura la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano, Jara (2016).

El presente Proceso de Atención de Enfermería se desarrolló mediante la taxonomía Nanda para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros y las interrelaciones NIC-NOC para establecer los resultados esperados de las intervenciones sugeridas para el paciente, basándose en la valoración previa de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, se presenta la clasificación de datos como parte fundamental para llegar al proceso del razonamiento diagnóstico, estructurado de acuerdo a la taxonomía II de la NANDA, la cual utiliza un sistema

multiaxial, se clasifica y se prioriza en la etapa de planeación y de acuerdo a esta priorización se realizarán tres planes de cuidados que incluye las intervenciones de NOC y NIC .

III. JUSTIFICACIÓN

Existen dos aspectos que definen a un paciente crítico; el primero es el que establece la necesidad de ejercer sobre él una serie de controles estrictos lo que se conoce como monitoreo y el segundo es el que reconoce la necesidad del empleo de tratamientos especiales y/o inmediatos que de no ser aplicados de forma adecuada comprometen la salud y entorpecen la evolución del tratamiento y aquí es donde radica la importancia de un personal propiamente capacitado.

El personal de enfermería al contribuir en el tratamiento multidisciplinario del cardiópata exige poseer el conocimiento y aptitudes para el manejo del cuidado del paciente que se encuentra en unidades críticas. Por lo tanto, resulta interesante poder estratificar el riesgo del shock cardiogénico y averiguar los predictores pronósticos de los pacientes mediante un método científico como el “Proceso Enfermero” y así como futura enfermera especialista en cuidado crítico contribuir en el conocimiento de las intervenciones que apoyen a una adecuada evolución del paciente.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

1. Aplicar los conocimientos científicos fundamentados, razonados y planeados, a fin de resolver las necesidades de salud centrados en la persona desde su padecimiento hasta su egreso hospitalario.

4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
2. Establecer planes de cuidados individuales.
3. Actuar para resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

V. METODOLOGÍA

La metodología guiada está basada en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, la cual utiliza el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades.

Valoración por necesidades de Virginia Henderson:

1. Respiración
2. Alimentación/Hidratación
3. Eliminación.
4. Movilización
5. Sueño/Descanso.
6. Vestirse/Desvestirse
7. Temperatura corporal
8. Higiene y estado de la piel
9. Evitar peligros/Seguridad
10. Comunicación
11. Creencias/Valores
12. Trabajar/Realizarse
13. Recrearse
14. Aprender

Para el desarrollo del tema, fueron seleccionados los diagnósticos enfermeros que, según la literatura y la experiencia obtenida de las prácticas avanzadas del programa de especialidad, son los que generalmente se pueden encontrar en los pacientes. Así mismo, fue recolectada información relacionada con el tema de artículos de investigación, documentación oficial y la técnica de investigación fue mediante la historia clínica y exploración física del paciente.

Con esto se planea, aplicar los conocimientos científicos fundamentados, razonados y planeados, a fin de resolver necesidades de salud centrados en la persona desde su padecimiento hasta su rehabilitación.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Enfermería como profesión disciplinaria

6.1.2 El cuidado como objeto de estudio

Antes de conceptualizar «cuidado de enfermería» es necesario y fundamental reconocer que el cuidado representa el núcleo de su quehacer profesional y que desde el punto de vista disciplinar es el objeto del conocimiento de enfermería. Cuando se habla de cuidado de enfermería se refiere al conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico científico, orientadas a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve. Caracterizado por acciones intencionales, sistematizadas, organizadas, con autonomía basadas en evidencia científica, realizadas con el fin de garantizar que una persona, familia o comunidad con problemas reales o potenciales de salud reciban la atención de enfermería de calidad promoviendo un sentido de protección y seguridad a la persona cuidada. *Lineamientos técnicos para la aplicación del Proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud* (2019).

6.2. Proceso atención de enfermería

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

Etapas de valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos, procedente de distintas fuentes para determinar el estado de salud de una persona. La etapa de valoración incluye pasos los cuales son: recolección, organización, análisis e interpretación de datos. Comienza con la historia clínica que se realiza a través de entrevistar a la persona, familia, comunidad y revisión de otras fuentes

durante la cual se obtienen datos objetivos y subjetivos, utilizando técnicas como la observación y la exploración física. Los datos subjetivos son los que se recogen con la información proporcionada por la persona, familia y comunidad y se obtienen con la información observable a través de la vista, olfato, oído y tacto, y medibles durante la exploración física. Para registrar ambos tipos de datos se utilizan instrumentos, los cuales detallan la información recolectada. Al obtener los datos el profesional de enfermería utiliza el conocimiento para procesar la información aportada por la persona, la cual debe ser a profundidad para poder analizar y sintetizar los datos que llevarán a la identificación del problema de salud o diagnósticos de enfermería.

Etapa diagnóstica

Es la etapa dentro del PAE en la cual, el profesional de enfermería diagnostica problemas reales o de riesgo, que en virtud de su formación y experiencia están capacitados y autorizados a tratar, incluye los siguientes pasos: identificación de problemas, establecimiento del diagnóstico y establecimiento de prioridades, estos son los que servirán de base para definir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados. Los diagnósticos de enfermería se crearon desde los años 60, la asociación de enfermeras norteamericanas (ANA) adopta los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones y los resultados esperados en enfermería que sirven de guía para los cuidados.

Etapa de planificación

En esta etapa se procede a la planeación de los cuidados de enfermería que dan respuesta a los problemas identificados en la etapa anterior y que conducen a la prevención, reducción, eliminación y el deseo de aumentar el bienestar o actualizar el potencial de salud humano.

Incluye los siguientes pasos: definir las prioridades en los cuidados, formular los resultados esperados con sus indicadores, seleccionar las intervenciones y actividades del cuidado de enfermería. Las intervenciones y actividades de cuidado son individuales y específicas, cada una de ellas incluye varias actividades y estas pueden ser: Independientes: son acciones autónomas basadas en el conocimiento y la experticia del profesional en enfermería que no necesitan la

indicación de otro profesional de la salud. Dependientes: son las actividades ejecutadas con base a normas y protocolos o prescripciones indicadas por escrito, debidamente firmadas y selladas por un profesional de salud. Interdependientes: son las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

Etapa de ejecución

Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

En esta etapa el profesional de enfermería debe pensar y reflexionar sobre lo que está haciendo y consiste en la realización de las actividades para prevenir, resolver y controlar los problemas, incluye preparación, intervención y documentación, para ello es necesario:

Delegar: es el traspaso de las funciones manteniendo la responsabilidad legal de la misma para la realización de las actividades. Delegar en enfermería implica cuatro puntos claves:

- La tarea correcta, hacia una persona que desempeña funciones similares.
- A la persona correcta.
- A través de la comunicación correcta.
- Realizando la evaluación correcta.

Realizar: es ejecutar el plan de cuidados en forma satisfactoria, se requieren habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas, que se implementan de manera simultánea; a continuación, se hace referencia a algunos comportamientos que están incluidos en dichas habilidades.

- Habilidades cognitivas, incluye: solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento y pensamiento crítico.
- Habilidades interpersonales: comunicación, afecto, sensibilidad, saber escuchar, demostración del interés por ayudar.
- Habilidades técnicas: administrar medicamentos, movilización del paciente, bañar en cama, alimentación, entre otros.

Registrar: es realizar un registro del cuidado, consignándose toda la información relativa a una persona y resumir todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación,

como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas, entre los tipos de registros, destacan los siguientes registros de notas de enfermería.

Tipos de registros de notas enfermería.

- Sistema orientado a problema.
- Sistema de registro sobre un área de interés específica.

Sistema orientado a problema SOAPIE: Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona en el que incorpora las etapas del proceso de enfermería al registro diario que se enfoca a problemas. Así como observaciones, intervenciones y evaluaciones que realiza el personal de enfermería.

La sigla **SOAPIE** corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos subjetivos

O: Datos objetivos

A: Registro del diagnóstico de enfermería

P: Plan de atención, se registra el resultado de la planificación, comprende lo que enfermería planifica hacer

I: Se registra las intervenciones realizada en la persona, familia o comunidad

E: Evaluación de los resultados esperados, se evalúa la eficacia de la intervención con base a puntuación inicial y esperada de los indicadores.

Sistema de registro con un área de interés específico: Es el método que permite identificar, registrar, organizar y evaluar las intervenciones de enfermería descritas en el plan de cuidados la cual contiene los siguientes elementos.

D: Datos subjetivos y objetivos

A: Acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado

R: Respuestas de la persona a las intervenciones.

En este sistema las notas constan de dos partes, una de foco de interés y otra la nota de progreso. El número de notas de progreso dependerán de la condición del paciente (continuidad del cuidado). La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a una persona puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Etapas de evaluación

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados tomando en cuenta la medición de los indicadores. Existen tres tipos de evaluación de acuerdo con el momento en que se realiza:

Evaluación continua: se debe realizar durante o inmediatamente después de una intervención ejecutada y permite realizar modificaciones puntuales en dicha intervención. También puede hacerse en cada turno las veces que la persona regrese al establecimiento y se le haga seguimiento comunitario.

Evaluación 0: es la que se realiza a intervalos determinados, ejemplo, una vez a la semana. Permite modificar el plan de cuidados en función de las necesidades de la persona.

Evaluación final: indica el estado de la persona en el momento de resolver un problema, ya sea que se encuentre hospitalizado o atención ambulatoria, también si es dado de alta incluye la consecución de objetivos, la evaluación de la capacidad del paciente para auto cuidarse y la necesidad del continuo de las intervenciones en el primer nivel.

Entre las diferentes técnicas para llevar a cabo los tipos de evaluación se destaca para fines del PAE, las discusiones de caso, a continuación, en qué consisten.

Discusiones de caso

Es la técnica utilizada para garantizar la continuidad de la ejecución de los planes de cuidados y la evaluación de los resultados en el estado de salud de la persona, es la discusión de caso clínico, que consiste como su nombre lo dice, en la discusión conjunta entre miembros del equipo de enfermería, destinada a analizar el plan de cuidados en ejecución, con finalidad analítica, evaluativa, reflexiva y de continuidad de las intervenciones, tanto en el área hospitalaria, como en primer nivel de atención.

Esta técnica posee una serie de objetivos, entre los que se mencionan:

1. Analizar y evaluar la atención prestada.
2. Consensuar planes de cuidados.
3. Compartir experiencias enriquecedoras para los demás, sobre los planes de cuidados de determinadas personas.
4. Modificar actuaciones del plan de cuidados y darles continuidad.
5. Aumentar los conocimientos de los participantes de la discusión.
6. Identificar nuevos diagnósticos y necesidades de la persona.

Características

Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

- Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado); que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.
- Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).
- Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el(los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

El juicio crítico

Es la "aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La/el enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. El profesional de enfermería hace uso de ese pensamiento crítico durante el contacto que tiene con los pacientes y

así mejorar la calidad del cuidado que proporciona. Lo importante para el juicio crítico es que la enfermera adquiera confianza y competencia en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

6.3. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

Modelo de enfermería: Es el conjunto de conceptos sistemáticamente contruidos, científicamente basados y lógicamente estructurados. Un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distintivo, individual e integral.

Teoría de enfermería: Es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería expresados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir un cuidado de enfermería. Los conceptos contenidos en las teorías y modelos ofrecen al profesional de enfermería una perspectiva para considerar la situación del paciente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información.

El modelo de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. Es totalmente compatible con el paciente, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

Necesidades básicas

Las 14 necesidades básicas 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.

Cuidados básicos: Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo con las necesidades de cada persona.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia: Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía: Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida: Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

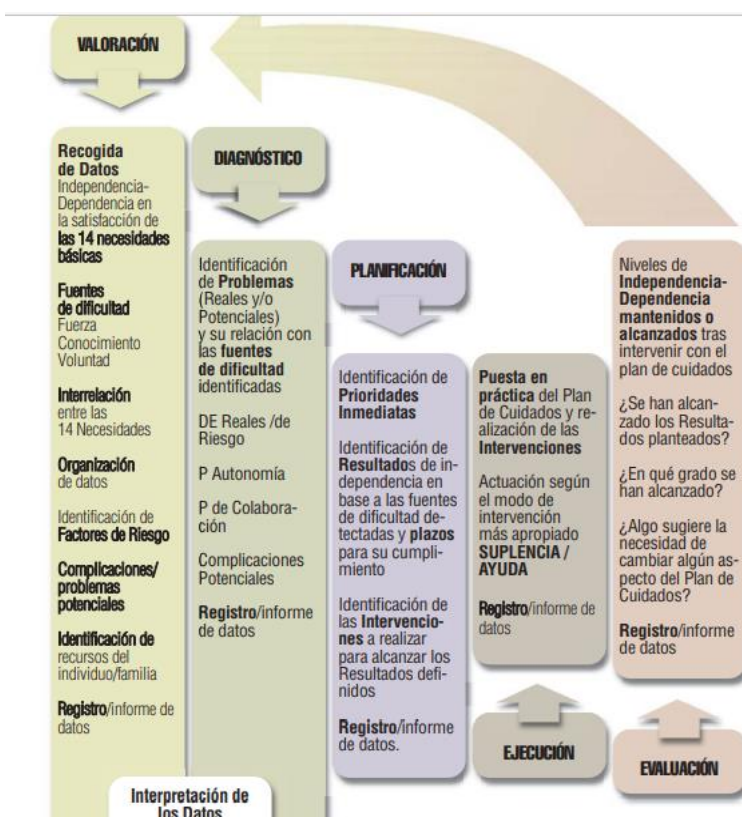
Relación del Proceso Enfermero con el modelo de Cuidados de Virginia Henderson

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando un método propio para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El Proceso Enfermero se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera

- Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.

- Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del Proceso de Atención de Enfermería permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.



6.4. Etapas del proceso atención de enfermería.

6.4.1. Valoración

Generalidades

1. Realizar la valoración sobre el estado de salud de la persona para la aplicación del PAE, utilizando la técnica de observación, anamnesis y examen físico.

2. Realizar la obtención de los datos directamente de la persona e indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados y de la historia clínica.

Recolección de datos

Área hospitalaria

1. Realizar la valoración, tomando en cuenta la especificación del servicio y la condición de la persona, debe hacerse de acuerdo con:
 - Valoración global: llenado completo del formulario.
 - Valoración focalizada: en la cual llenara el formulario por patrones o necesidades interferidas que requieran Intervenciones inmediatas en un primer momento y completar la información en no más de 48 horas.

Área comunitaria

1. Realizar la valoración focalizada, centrada en conocer aspectos específicos del problema, fundamentados en los requisitos universales de autocuidado, del desarrollo y desviación de la salud, lo cual describirá en el formato del PAE comunitario.

Organización y análisis de datos

1. Realizar análisis e interpretación de los datos por patrones, necesidades o requisitos interferidos para llegar a la identificación de etiquetas diagnósticas de enfermería.
2. Listar las etiquetas diagnosticas identificadas, de la valoración.

6.4.2. Diagnostico

Cuando se ha finalizado de revisar los datos que conoce sobre la persona seleccionada, y se han identificado las etiquetas diagnosticas proceda a lo siguiente:

1. Establecimiento de prioridades

Realizar la priorización de los diagnósticos de enfermería de acuerdo con el conocimiento y experiencia de la enfermera/o. Tomar en cuenta los siguientes aspectos para la priorización del diagnóstico:

- Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.

- Los problemas que se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados.

2. Estructuración del diagnóstico de enfermería

Construir el diagnóstico utilizando el formato PES, si es real incluye:

Problema de salud o etiqueta relacionado con (r/c) o factores relacionados y evidenciado por (e/p) Sintomatología o características definitorias. Ejemplo:

- (P) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C (E) mucosidad excesiva E/P (S) alteración de la frecuencia respiratoria.

Si el diagnóstico es de *riesgo* incluye problema o etiqueta relacionado con(r/c) etiología o factores relacionados.

- Ejemplo: (P) Riesgo de alteración de la diada materno fetal r/c (E) compromiso fetal de oxígeno a causa de convulsiones.

6.4.3. Planeación

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y estructurar los diagnósticos de enfermería, iniciara la fase de planificación; y es en este momento, en que se elabora el plan de cuidados de enfermería, que permitirá ayudar, solucionar, disminuir o reducir el efecto de los problemas de la persona.

Estructuración del plan de cuidados

Registrar en el plan de cuidados, el diagnóstico de enfermería estructurado, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería, en ese sentido los elementos que requiere aplicar son:

Establecer los resultados de enfermería, realizando los siguientes pasos:

- Elegir el resultado que considere más adecuado en cada caso, y para ello debe tener en cuenta: el diagnóstico de enfermería, la definición y los factores relacionados, las características de cada persona: factores cognitivos, creencias, procesos psicológicos, edad, sexo, nivel educativo enfermedades o situaciones relacionadas con la salud, recursos disponibles.

- Seleccionar los indicadores del resultado que permitan medir la condición de mejora de la persona, con la utilización de escalas de medición.
- Debe evaluar los indicadores globalmente con la escala de medición definida.
- Debe definir la puntuación basal del resultado “antes de las intervenciones” tomando en cuenta la frecuencia de las puntuaciones de los indicadores o las puntuaciones bajas de 1 o 2, lo cual indica mayor afectación de la salud de la persona.
- Después de puntuar a la persona sobre el resultado seleccionado, se determina la puntuación deseada, a obtener una vez desarrolladas las intervenciones de enfermería lo que le permitirá evaluar cambios en el estado de salud de la persona.
- Determinar el tiempo en el cual espera lograr los resultados, tomando en cuenta la puntuación basal y la deseada con el grado comprometido de la salud de la persona.

Determinar las intervenciones de enfermería de la taxonomía NIC realizando los siguientes pasos:

- Elegir las intervenciones que considere más apropiadas en cada caso, y para ello debe tener en cuenta: el diagnóstico de enfermería, la definición y los factores relacionados, los resultados de enfermería seleccionados, la aceptación de la persona a la intervención seleccionada.
- Una vez elegida la intervención, la enfermera/o seleccionara las actividades a ejecutar.
- Elegir del listado de actividades que existen en cada intervención, las más adecuadas para contribuir al cuidado de la persona, además si lo considera pertinente puede posteriormente agregar otras actividades al plan.

6.4.4. Implementación

Ejecución del plan por enfermeras(os), auxiliares de enfermería de cada servicio, según corresponda.

Área Hospitalaria:

1. Recibir el o los pacientes con expediente por enfermera(o) jefe de unidad o responsable del turno, revisando los planes de cuidados, notas de enfermería y condición de la persona.
2. Realizar rondas de monitoreo por la enfermera(o) supervisora y jefe de unidad, para constatar el cumplimiento de los cuidados planificados.
3. Ejecutar las intervenciones planificadas por la enfermera/o al que se asigne la persona con PAE elaborado, de acuerdo con las necesidades identificadas, de forma continua durante los diferentes turnos definidos en cada establecimiento.
4. Registrar en formatos de enfermería establecidos, todas las Intervenciones ejecutadas y la evaluación de los resultados en los diferentes turnos.
5. Dar seguimiento a la enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje proporcionada, cuando se han definido intervenciones educativas la persona.

Área comunitaria

1. Monitorear y supervisar expediente por enfermera(o) supervisora local, quien es responsable de revisar los planes de cuidados definidos, así como las notas de enfermería.
2. Ejecutar las intervenciones planificadas por la enfermera/o a la persona a la que se le elaboró PAE, de acuerdo con las necesidades identificadas, de forma continua durante la permanencia en establecimiento, en la comunidad por promotor(a) o familia y Ecos Familiares en donde se cuente con éstos.
3. Dar seguimiento a las intervenciones planificadas, de acuerdo con las necesidades de la persona de forma continua hasta la resolución del problema.
4. Registrar en formatos de enfermería establecidos todas las Intervenciones ejecutadas y la evaluación de los resultados.

Registro de las intervenciones

1. Elaborar las notas de enfermería necesarias, según los cuidados proporcionados, el contenido de éstas debe cumplir los aspectos siguientes:
 - Al iniciar el PAE registrar la atención de enfermería aplicando el método SOAPIE.
 - Elaborar notas de evolución describiendo, la valoración diaria o durante el seguimiento de la persona y las intervenciones de enfermería ejecutadas del plan, los resultados de las

intervenciones se registrarán dependiendo del momento en que se realicen, inmediatamente después de una intervención, para evaluar modificaciones del plan de cuidados, para medir el resultado de los cuidados.

2. Realizar los registros respectivos de las acciones proporcionadas, por todo el personal de enfermería que participe de manera activa en la ejecución del plan de cuidados de la persona de forma simultánea a la asistencia.

6.4.5. Evaluación

La enfermera/o que ejecute el plan de cuidados debe:

1. Realizar evaluación continua durante o inmediatamente después de una intervención ejecutada, en cada turno o las veces que la persona regrese al establecimiento o se le haga seguimiento comunitario.
2. Realizar medición de los indicadores elegidos en el resultado esperado, tomando en cuenta la condición del paciente y la puntuación diana global, antes de las intervenciones y posterior a las intervenciones.
3. Realizar evaluación final al ser dado de alta si ha estado hospitalizado o al finalizar una atención por determinado diagnóstico de enfermería identificado en las UCSF o en el domicilio; incluye el logro de los resultados, la evaluación de la capacidad del paciente para auto cuidarse y la necesidad del continuo de las intervenciones en el primer nivel.
4. Realizar discusión de caso clínico para evaluación de resultados.

Discusiones de caso

Área Hospitalaria

1. Debe realizarse cuando la enfermera jefa de unidad o enfermera responsable del turno valore la necesidad de hacer revisión de la efectividad en la ejecución del plan elaborado a la persona.
2. Debe participar el personal que esté laborando durante el turno.
3. Debe tomar en cuenta la participación de la o el auxiliar de enfermería que tiene asignado el paciente.

4. Enfermera(o) jefe de unidad hospitalaria debe asignar el personal de enfermería para que realice los cambios en el proceso de atención, acordados durante la discusión.
5. Deben registrar en libro establecido, los datos de la persona a quien se le realizó discusión de caso.

Área Comunitaria

1. La enfermera supervisora local debe realizar mensualmente en el establecimiento o en reuniones de microredes, la discusión de caso clínico o cuando valore la necesidad de hacer revisión de la efectividad en la ejecución del plan elaborado a la persona.
2. Para la ejecución de las discusiones de caso se realizarán de acuerdo a la clasificación de los establecimientos de primer nivel y el número de recursos de enfermeras/os con que se dispone, en UCSF intermedias y especializadas con más de dos recursos de enfermeras/o en el establecimiento UCSF Básicas en reuniones técnico-administrativas de enfermería de la micro red.
3. Registrar en libro establecido datos de la persona a quien se le realizó discusión de caso.

6.4.6. Problemática de salud de la persona

Es trasladado al servicio de Urgencias por familiares tras la pérdida del conocimiento, durante la exploración en su ingreso se encuentra obnubilado, débil, irritable, extremidades inferiores frías y edematizadas, palidez de tegumentos y hemodinámicamente inestable: TA 70/50, FC de 147 latidos por minuto, FR 35 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, saturación de 85%, glicemia capilar de 54 mg/dl, llenado capilar de 5 segundos, Glasgow 9.

A su ingreso presenta nuevamente pérdida del conocimiento y se observa en la monitorización cardíaca una fibrilación ventricular la cual revierte a ritmo sinusal tras desfibrilación y ministración de una dosis de Adrenalina, posteriormente se inicia sedación para apertura la vía aérea con apoyo de ventilación mecánica e inicio de aminas. Posteriormente se valora TAC craneal la cual aparece normal, se toma electrocardiograma y se valoran estudios de laboratorio obteniendo elevación de

leucocitos 27843 y elevación de Troponina I (0.417 ng/ml). Posteriormente ingresa al servicio de Medicina Interna.



6.4.7. Diagnóstico y tratamiento

Diagnostico medico actual

- Arritmia cardiaca
- Shock cardiogénico

Tratamiento

- Farmacológico: Noradrenalina 8 mg en 100 cc de SS 0.9% a DR, Propofol 1 gramo a DR, bromuro de vecuronio 20 mg en 100 cc de SS 0.9%, dobutamina 1 ampula en 100 cc de SS 0.9%, Ceftriaxona 1 gramo cada 24 horas, furosemida cada 6 horas, paracetamol 1 gramo PRN, enoxoparina 60 mg cada 24 horas.
- Ventilación mecánica invasiva: Fio: 80% PEEP: 6 FR: 12 Volumen corriente: 500 ml, relación I:E 2:1, manteniendo una saturación de 98%.
- Instalación de catéter venoso central de 7.5 Fr, sonda vesical Foley #16, sonda nasogástrica, cánula orotraqueal de numero 8 ubicada en comisura labial izquierda introducida hasta 22 cm.
- Ayuno y control estricto de líquidos.
- Control de ingresos y egresos.
-

VII. Desarrollo del Proceso de Atención de enfermería

7.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado

Sexo: Masculino

Edad: 68 años

Lugar de nacimiento: Santiago de Querétaro, Qro.

Ocupación: Maestro jubilado

Religión: Católica

Estado civil: Casado

Socioeconómico: Tiene casa propia y cuenta con todos los servicios básicos: luz, agua y drenaje.

Fecha de ingreso: 25 de marzo de 2021.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial controlada con Captopril 25 mg cada 8 horas con 10 años de evolución.
- Hospitalización anterior por TA descontrolada.
- Sin antecedentes de cardiopatía.
- Alergias negadas
- Hábitos nocivos: no alcohol, ni café, consumo de tabaco 2 o 3 veces por semana.

Antecedentes de familiares

- Padres diabéticos, fallecen por complicaciones.

Respiración

Ventilación mecánica invasiva: Fio: 80% PEEP: 6 FR: 12 Volumen corriente: 500 ml, relación I:E 2:1, manteniendo una saturación entre 96% y 98%. con cánula orotraqueal de numero 8 ubicada en comisura labial izquierda introducida hasta 22 cm. Se auscultan crepitan3tes en partes basales con presencia de secreciones bronquiales moderadas y espesas. Presentaba extremidades inferiores frías, palidez de tegumentos y una frecuencia respiratoria de 35 respiraciones por minuto.

Alimentación/Hidratación

Peso: 50 kg Talla: 155 cm IMC: 20'8.

A su ingreso presenta glicemia capilar de 54 mg/dl a lo cual se ministran 30 cc de Dextrosa al 50%, se mantiene en valoración hasta llegar valor normal. Posteriormente se inicia esquema de insulina de acción rápida cada 6 horas.

Portador de sonda nasogástrica con ayuno. A las 48 horas se inicia nutrición enteral 1600 kcal en tres tomas.

Eliminación

Ingresa con oliguria y se coloca Sonda Foley #16, e inicio de diuresis posterior al tratamiento con Furosemida con control de ingresos y egresos. En días posteriores mejora eliminación de diuresis de características amarillas claras.

Abdomen simétrico, blando y depresible a la palpación, evacuaciones poco abundantes y semilíquidas, sin moco, ni sangre.

No presenta contenido gástrico a la valoración del uso de sonda nasogastrica. Durante las aspiraciones endotraqueales se presentan secreciones moderadas y espesas, con rastros de sangre.

Movilización

Debido a su inestabilidad hemodinámica y sedación se encuentra en reposo absoluto, con fuerza y tono muscular disminuidos, cabecera elevada 30°, movilización lateral con ayuda del personal con vigilancia de catéteres insertados. Movilización en cada turno.

Sueño y descanso

Estado de sedo analgesia con infusiones continua de bromuro de vecuronio, Propofol y buprenorfina. RASS de -5 con sedación muy profunda, sin respuesta a estímulos.

Vestirse/Desvestirse

Encamado solo con bata clínica.

Temperatura corporal

En el primer día de su ingreso presentó hipertermia 38 °C la cual disminuyó ante tratamiento con paracetamol y medios físicos. Afebril al momento de la valoración con piel fría al tacto.

Higiene y estado de la piel

Por turno se realizaban colutorios con clorexhidina y agua inyectable. Higiene diaria mediante baño de esponja y cambio de sábanas. Con presencia de sonda vesical valorando inserción y correcto funcionamiento, aseo de genitales.

Mucosas orales semihidratadas, la piel se mantiene íntegra a excepción de punto de inserción de catéter venoso central subclavio derecho el cual se encontraron sin datos de infección. Curación con técnica estéril con uso alcohol y yodopovidona.

Extremidades con buena coloración y frías al tacto.

Evitar peligros/seguridad

Debido a la sedoanalgesia no presentaba dolor, escala Behavioral Pain Scale (BPS) ≤ 3 .

Colchón de aire para prevención de escaras, con colocación de sábanas en área de mayor presión y bajo las extremidades superiores para minimizar el edema en las zonas declives, cambios de posición por turno y barandales de cama en alto debido al alto riesgo de caídas.

Vigilancia estrecha de constantes vitales mediante la monitorización cardíaca: Frecuencia cardíaca de 78 lpm, tensión arterial 118/78, FR 18 respiraciones, saturación de 97%, temperatura de 36.8 °C, glucosa 203 mg/dl, llenado capilar 4 segundos, pupilas isocóricas normoreactivas.

Exámenes auxiliares

Gasometría arterial: Ph: 7.54 PO₂: 90.8 PCO₂: 28.9 HCO₃: 23.2

Electrolitos: K 3.2 Na 142 Ca 7.1 Cl 120

Glucosa: 203 mg/dl

Comunicación

Incapacidad para la comunicación debido a la sedoanalgesia con RASS de -5 sedación muy profunda.

Creencia/Valores

No valorable.

Trabajar/Realizarse

No valorable.

Recrearse

No valorable.

Aprendizaje

No valorable

7.2. Diagnóstico de Enfermería según el caso

Deterioro del intercambio gaseoso (00030)

Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 4: Función respiratoria

Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

Factor relacionado: ventilación – perfusión

Característica definitoria: Gasometría arterial anormal PH: 7.54 PaO₂: 90.8 PaCO₂: 28.9

Disminución del gasto cardiaco (00092)

Dominio 4: Actividad/reposo Clase: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Factor relacionado: alteración de la poscarga.

Característica definitoria: Piel fría, oliguria, prolongación del tiempo de llenado capilar.

Riesgo de síndrome de desuso (00040)

Dominio 4: Actividad / Reposo Clase 2: Actividad / Ejercicio

Definición: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Factor de riesgo: alteración del nivel de conciencia e inmovilización mecánica.

Las complicaciones de la inmovilidad pueden incluir úlceras por presión, estreñimiento, estasis de las secreciones pulmonares, trombosis, infección del tracto urinario y/o retención de orina, disminución de la fuerza o la resistencia, hipotensión ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, deterioro de la imagen corporal e impotencia.

7.3. Planificación de intervenciones.

Clasificación de resultados NOC / Deterioro del intercambio gaseoso (00030)

Estado respiratorio intercambio gaseoso (0402)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

- 040209 Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂)
- 040210 pH arterial

Clasificación de resultados NOC / Disminución del gasto cardiaco (00092)

Efectividad de la bomba cardíaca (0400)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

- 040020 Gasto urinario

Perfusión tisular: periférica (0407)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

- 040715 Llenado capilar de los dedos de las manos.
- 040710 Llenado capilar de los dedos de los pies.
- 040710 Temperatura de extremidades caliente.

Clasificación de resultados NOC / Riesgo de síndrome de desuso

Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)

- 020401 Úlceras por presión.
- 020402 Estreñimiento.
- 020412 Tono muscular

7.4. Ejecución de intervenciones

Intervenciones NIC / Deterioro del intercambio de gases (00030)

Manejo ácido base, alcalosis respiratoria

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido base.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO₂ bajos y de PaCO₂ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Mantener despejadas las vías aéreas (succionar, insertar o mantener vías aéreas artificiales, fisioterapia torácica).
- Facilitar una higiene bucal frecuente.
- Observar el funcionamiento y distensión gastrointestinal para evitar la disminución de los movimientos diafragmáticos.

Intervenciones NIC / Disminución del gasto cardiaco (00029)

Monitorización de líquidos

- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos.
- Vigilar ingreso y egresos.
- Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.
- Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis.
- Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina.
- Observar niveles de albúmina de orina y suero.

Precauciones circulatorias

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- No iniciar punción IV, ni extraer sangre de la extremidad afectada.

- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Evitar infecciones en heridas
- Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.

Intervenciones NIC / Riesgo de síndrome de desuso (00040)

Cambio de posición

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición.
- Colocar en posición terapéutica especificada.
- Poner apoyos en las zonas adematosas (almohadas debajo de los brazos).
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
- Realizar giros según lo indique el estado de la piel.

Manejo de la nutrición

- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

7.5. Evaluación

La evolución del paciente se valoró mediante el uso de NOC, que se han evaluado al inicio del plan, al final y cuando se presentó un cambio significativo en la situación clínica de la paciente.

Tras la implementación del plan de cuidados con respecto al diagnóstico del deterioro de intercambio de gases mejoraron levemente ante la mejora de la técnica de aspiración de secreciones y fomentación de expansión torácica mediante una buena posición. Respecto al diagnósticos de la

disminución del gasto cardiaco los signos mejoraron debido al seguimiento farmacológico con Furosemida, se continuo con el control de ingresos y egresos por turno.

No presentó ninguna complicación durante el tiempo de seguimiento pero no se pudo establecer una puntuación previa, ya que no se disponía de información o resultados previos en los cuales basarse.

VIII. CONCLUSIONES

El Shock Cardiogénico puede definirse como un estado patológico asociado a determinados procesos, cuyo denominador común es la hipoperfusión tisular en diferentes órganos y sistemas, que si no se corrige puede llegar a producir lesiones celulares irreversibles y fracaso multiorgánico.

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica. La aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando taxonomías estandarizadas permite evaluar en cualquier momento tanto, el progreso del paciente, como la efectividad de la actividad enfermera, garantizando así unos cuidados de calidad.

El disponer de un recurso que permita la aplicación del proceso de atención de enfermería y el uso de lenguajes estandarizados facilitaría el seguimiento de los pacientes y la evaluación de su progreso, así como, determinar qué actividades enfermeras son efectivas y cuáles no. Además, permitiría la estandarización de actividades para los problemas de colaboración.

En el caso planteado, analizando la puntuación de los indicadores a lo largo del proceso, se puede comprobar que las intervenciones enfermeras contribuyen a la mejora de la situación clínica del paciente, aunque algunos de los diagnósticos de enfermería tratados no se hayan resuelto en el momento del alta a la unidad de hospitalización.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Jara F., Lizano A. (2016) Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Scielo*, 13 (4). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632016000400208
2. Guía de practica clínica. Tema I El Proceso de Atención de Enfermería. Recuperado de: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
3. Orellana A., Alvarenga C., Alabí F (2019). Lineamientos técnicos para la aplicación del Proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud. Recuperado de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosaplicacionprocesoatencionenfermeriariisv1.pdf>
4. Alba M., Bellido J, Cárdenas V., et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.