



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:
“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO”

Autora:
Dixy Rafaela García Zambrano

Directora de Estudio de Caso:
Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Dixy Rafaela Garcia Zambrano**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.



Dixy Rafaela Garcia Zambrano

C.I: 1250235874



INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La suscrita, **Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Dixy Rafaela Garcia Zambrano**, realizó el **Estudio de Caso** de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto en los Arts. 52, 54, 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular.



Firmado electrónicamente por:
**SOLANGE LISSETH
ACURIO BARRE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, mediante el presente cumpto en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO**”, presentado por la estudiante **Dixy Rafaela Garcia Zambrano**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Artículo 57 y 59 del Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis del sistema COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 93% y similitud 7%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

CERTIFICADO DE ANÁLISIS magister		
DIXY GARCIA ZAMBRANO		8% Textos sospechosos
		7% Similitudes < 1 % similitudes entre comillas 0 % entre las fuentes mencionadas 6 % Idiomas no reconocidos (ignorado)
Nombre del documento: DIXY GARCIA ZAMBRANO.docx ID del documento: 2c28ca35e44b92e254e24ebc6b20ae62080e014 Tamaño del documento original: 204,04 kB	Depositante: SOLANGE LISSETH ACURIO BARRE Fecha de depósito: 2/10/2025 Tipo de carga: interface fecha de fin de análisis: 2/10/2025	Número de palabras: 10.288 Número de caracteres: 73.475
Ubicación de las similitudes en el documento:		
Firmado electrónicamente por: SOLANGE LISSETH ACURIO BARRE Validar únicamente con FirmaEC		

Lcda. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Sonia Isabel
Pacheco Correa, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Yulitza Geomara
Villamar Torres, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar este importante logro en mi vida.

A mi madre Marilyn Zambrano y a Rafael García, por su amor incondicional, por estar siempre a mi lado y por ser el pilar fundamental que me ha sostenido en cada paso de este camino.

A toda mi familia, en especial a mi hermana Lilibeth, a Danna e Iker, quienes con su cariño me brindaron el aliento necesario para seguir adelante. A mi tío Danny, que, aunque ya no está en este mundo, sé que desde el cielo comparte conmigo la felicidad de este logro.

A mis amigos que estuvieron presentes en esta etapa tan significativa: Grace, Eymi, Christopher y Emily, quienes con su compañía hicieron más llevadero este proceso; y a mis amigas Indira y Ginger, que con sus palabras y apoyo constante me motivaron siempre a ser mejor.

A mis docentes, por sus enseñanzas y dedicación, y de manera especial a mi tutora, la Lcda. Sheyla Mera, por su guía, paciencia y valiosa orientación, que fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

A todos quienes, de una u otra manera, aportaron con su apoyo, comprensión y estímulo para que hoy pueda celebrar este logro académico, mi más sincero y eterno agradecimiento.

DEDICATORIA

Con profundo amor y gratitud, dedico este logro a todas las personas que han sido mi sostén y mi inspiración en este camino académico.

En primer lugar, a Dios, fuente de fortaleza y sabiduría, por permitirme llegar hasta aquí, brindándome salud, paciencia y esperanza para superar cada reto y dificultad.

A mi familia que, con su amor incondicional, comprensión y apoyo constante, me dieron la fuerza necesaria para seguir adelante en los momentos más difíciles. Cada palabra de aliento, cada gesto de confianza y cada sacrificio silencioso han sido el motor que me impulsó a no rendirme y alcanzar esta meta.

Dedico también este esfuerzo a quienes ya no están físicamente conmigo, pero sé que desde otro lugar celebran este triunfo conmigo. Su recuerdo permanece vivo en mi corazón y me inspira a ser mejor cada día, porque este logro también les pertenece.

A mis amigos, quienes estuvieron presentes en el trayecto, compartiendo alegrías, preocupaciones y sueños. Gracias por ser compañía, apoyo y motivación constante en este proceso que a veces parecía interminable, pero que con ustedes se volvió más llevadero y significativo.

Finalmente, dedico este trabajo a mis docentes, quienes con sus enseñanzas me brindaron herramientas valiosas para crecer tanto en el ámbito académico como en el personal. A cada uno de ellos les agradezco la paciencia, la entrega y la dedicación, pues sus huellas quedarán marcadas en mi formación.

Este logro no es solo mío; es el reflejo de cada apoyo, enseñanza y compañía recibida. A todos ustedes, les ofrezco con humildad y gratitud este esfuerzo convertido en realidad.

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición clínica grave caracterizada por la interrupción súbita y prolongada del flujo sanguíneo en una arteria coronaria, lo que genera necrosis del tejido miocárdico como consecuencia de la isquemia sostenida, constituyendo una de las principales emergencias cardiovasculares atendidas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con elevada mortalidad y riesgo de complicaciones severas. Por tal motivo, el presente estudio de caso tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con infarto agudo de miocardio, considerando las complicaciones secundarias derivadas de una parada cardiorrespiratoria, proporcionando cuidados individualizados. La metodología incluyó la valoración de enfermería basada en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, identificándose alteraciones en el patrón nutricional-metabólico, patrón actividad y ejercicio y patrón cognitivo – perceptual, asimismo, se empleó la escala de Norton obteniendo un puntaje 8/20, lo que evidenció un riesgo alto de adquirir úlceras por presión. A partir de esta valoración, se elaboraron cuatro planes de cuidados de enfermería, basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, priorizando los diagnósticos enfermeros: patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, deterioro de la movilidad física y sobrepeso, para los cuales se diseñaron intervenciones específicas considerando las condiciones clínicas del paciente y buscando su recuperación funcional. Finalmente, la evaluación continua de las intervenciones durante la estancia en la Unidad de cuidados intensivos evidenció que se logró controlar aspectos como los parámetros respiratorios y hemodinámicos, el proceso infeccioso, la prevención de lesiones por presión, el estado nutricional, la movilidad pasiva y la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, sin embargo, debido a su cuadro clínico persistió con dependencia de ventilador, disminución del estado de conciencia y respuesta a estímulos.

Palabras claves: cuidados intensivos, infarto, intervenciones de enfermería, ventilación mecánica.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) is a serious clinical condition characterized by the sudden and prolonged interruption of blood flow in a coronary artery, resulting in myocardial tissue necrosis because of sustained ischemia. It constitutes one of the main cardiovascular emergencies treated in the intensive care unit (ICU), with high mortality and risk of serious complications. Therefore, the present case study aimed to apply the nursing care process to a patient with acute myocardial infarction. The methodology included a nursing assessment based on Marjory Gordon's eleven functional patterns, identifying alterations in the activity pattern and the nutritional-metabolic pattern. The Norton scale was also used, obtaining a score of 8/20, which indicated a high risk of developing pressure ulcers. Based on this assessment, four nursing care plans were developed, guided by the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, prioritizing the nursing diagnoses: ineffective respiratory pattern, ineffective peripheral tissue perfusion, impaired physical mobility, and overweight. Specific interventions were designed according to the patient's clinical status and functional recovery. Finally, ongoing evaluation of the interventions during the intensive care unit (ICU) stay showed significant improvement in respiratory and hemodynamic parameters, control of the infectious process, prevention of pressure injuries, maintenance of passive mobility, and preservation of adequate tissue perfusion. Likewise, a progressive improvement in the patient's nutritional status was observed.

Keywords: intensive care, acute, nursing interventions, mechanical ventilation.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
INFORME FAVORABLE DE LA DIRECTORA SOBRE LA CULMINACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	2
2.1. Objetivo General.....	2
2.2. Objetivos Específicos	2
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	3
3.1 Historia clínica	3
3.2 Valoración Integral de enfermería	7
3.3 Plan de cuidados de enfermería	9
3.4. Evaluación	16
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	16
5. CONCLUSIONES.....	20
6. BIBLIOGRAFÍA	21
7. ANEXOS.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería.

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería.

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería.

Tabla 4. Cuarto plan de cuidados de enfermería.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Resultados de exámenes de laboratorio

Anexo 2. Resultados de la gasometría arterial y electrolitos

Anexo 3. Parámetros ventilatorios

Anexo 4. Balances hídricos y diuresis

Anexo 5. Cultivos y antibiogramas

Anexo 6. Instrumento de valoración de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon

Anexo 7. Escala de Norton

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”			
Autor:	Dixy Rafaela García Zambrano			
Palabras claves:	cuidados intensivos	infarto	intervenciones de enfermería	ventilación mecánica
Fecha de publicación:				
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025			
Resumen:	El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición clínica grave caracterizada por la interrupción súbita y prolongada del flujo sanguíneo en una arteria coronaria, lo que genera necrosis del tejido miocárdico como consecuencia de la isquemia sostenida, constituyendo una de las principales emergencias cardiovasculares atendidas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con elevada mortalidad y riesgo de complicaciones severas. Por tal motivo, el presente estudio de caso tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con infarto agudo de miocardio, considerando las complicaciones secundarias derivadas de una parada cardiorrespiratoria, proporcionando cuidados individualizados. La metodología incluyó la valoración de enfermería basada en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, identificándose alteraciones en el patrón nutricional-metabólico, patrón actividad y ejercicio y patrón cognitivo – perceptual, asimismo, se empleó la escala de Norton obteniendo un puntaje 8/20, lo que evidenció un riesgo alto de adquirir úlceras por presión. A partir de esta valoración, se elaboraron cuatro planes de cuidados de enfermería, basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, priorizando los diagnósticos enfermeros: patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, deterioro de la movilidad física y sobrepeso, para los cuales se diseñaron intervenciones específicas considerando las condiciones clínicas del paciente y buscando su recuperación funcional. Finalmente, la evaluación continua de las intervenciones durante la estancia en la Unidad de cuidados intensivos evidenció que se logró controlar aspectos como los parámetros respiratorios y hemodinámicos, el proceso infeccioso, la prevención de lesiones por presión, el estado nutricional, la movilidad pasiva y la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, sin embargo, debido a su cuadro clínico persistió con dependencia de ventilador, disminución del estado de conciencia y respuesta a estímulos. .			
Abstract:	Acute myocardial infarction (AMI) is a serious clinical condition characterized by the sudden and prolonged interruption of blood flow in a coronary artery, resulting in myocardial tissue necrosis because of sustained ischemia. It constitutes one of the main cardiovascular emergencies treated in the intensive care unit (ICU), with high mortality and risk of serious complications. Therefore, the present case study aimed to apply the nursing care process to a patient with acute myocardial infarction. The methodology included a nursing assessment based on Marjory Gordon's eleven functional patterns, identifying alterations in the activity pattern and the nutritional-metabolic pattern. The Norton scale was also used, obtaining a score of 8/20, which indicated a high risk of developing pressure ulcers. Based on this assessment, four nursing care plans were developed, guided by the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, prioritizing the nursing diagnoses: ineffective respiratory pattern, ineffective peripheral tissue perfusion, impaired physical mobility, and overweight. Specific interventions were designed according to the patient's clinical status and functional recovery. Finally, ongoing evaluation of the interventions during the intensive care unit (ICU) stay showed significant improvement in respiratory and hemodynamic parameters, control of the infectious process, prevention of pressure injuries, maintenance of passive mobility, and preservation of adequate tissue perfusion. Likewise, a progressive improvement in the patient's nutritional status was observed.			
Descripción:	45 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162			
URL:				

1. INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición clínica grave caracterizada por la interrupción súbita y prolongada del flujo sanguíneo en una arteria coronaria, lo que genera necrosis del tejido miocárdico como consecuencia de la isquemia sostenida. En la mayoría de los casos, esta obstrucción se produce por la ruptura de una placa aterosclerótica y la posterior formación de un trombo intracoronario, lo que desencadena un desequilibrio entre la demanda y el suministro de oxígeno al miocardio. Generalmente se manifiesta mediante dolor torácico intenso, disnea, sudoración profusa y alteraciones electrocardiográficas (1).

A nivel mundial, el infarto agudo de miocardio representa una de las principales causas de muerte, afectando tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2023 se estimó que aproximadamente 17,9 millones de personas fallecieron por enfermedades cardiovasculares, lo que corresponde al 32% del total de muertes. De esta cifra, más del 85% estuvieron asociadas a infartos agudos de miocardio y accidentes cerebrovasculares (2).

De manera similar, en América Latina, los datos revelan una tendencia creciente de mortalidad por causas isquémicas del corazón, particularmente en países con sistemas de salud fragmentados y con limitado acceso a servicios especializados. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el IAM se ubica entre las tres primeras causas de muerte en varios países latinoamericanos, con un incremento notable en adultos jóvenes, asociados a factores como el tabaquismo, sedentarismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y obesidad (3).

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), reportó que, en el año 2022, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en adultos mayores de 40 años, con más de 7.800 fallecimientos registrados, siendo las provincias con mayores tasas Guayas, Pichincha y Manabí. Estos datos reflejan una problemática de salud pública que exige una respuesta integral desde todos los niveles de atención (4).

Entre las complicaciones más graves destaca el choque cardiogénico, condición crítica en la que el corazón pierde su capacidad de bombear sangre de manera eficaz, ocasionando hipoperfusión tisular, disfunción multiorgánica e inestabilidad hemodinámica persistente (5). Esta complicación constituye el extremo más grave del IAM y presenta tasas de mortalidad que oscila entre el 40% y el 60% incluso con tratamiento avanzados e invasivo. Asimismo, otras complicaciones frecuentes son arritmias letales, edema pulmonar agudo e insuficiencia cardíaca, las cuales pueden comprometer gravemente el pronóstico y la recuperación del paciente (6).

Ante este panorama, el rol del profesional de enfermería resulta fundamental en todas las etapas del proceso de atención, desde el ingreso del paciente hasta su egreso hospitalario. En situaciones críticas como el paro cardiorrespiratorio, la intervención inmediata del personal de enfermería resulta determinante, ya que cada minuto sin maniobras efectivas de reanimación disminuye entre un 7 % y 10% la probabilidad de supervivencia y aumenta el riesgo de daño neurológico irreversible por hipoxia prolongada (8,9). Una actuación rápida, precisa y coordinada en la reanimación cardiopulmonar (RCP) permite reducir daños irreversibles y mejorar los resultados clínicos (10).

En base a lo anteriormente descrito se destaca que la participación del personal de enfermería no solo se limita a la estabilización del estado hemodinámico y el control del dolor, sino que también abarca la prevención de complicaciones, la vigilancia continua, el soporte emocional y la educación sobre el autocuidado. Para garantizar un cuidado integral, científico y centrado en el paciente, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se convierte en una herramienta esencial, permitiendo la planificación sistemática de cuidados personalizados con base en la valoración clínica y las necesidades específicas del paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con infarto agudo de miocardio, considerando las complicaciones secundarias derivadas de una parada cardiorrespiratoria, proporcionando cuidados individualizados.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los patrones funcionales alterados del paciente según el modelo de valoración de Marjory Gordon.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Evaluar los resultados obtenidos tras la ejecución de las intervenciones de enfermería, con base en los indicadores establecidos en la planificación del cuidado.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo masculino de 43 años, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial (HTA) y antecedentes patológicos familiares HTA y diabetes mellitus tipo II, sin alergias conocidas. Según el relato de su hermano, aproximadamente a las 22:00 horas, mientras el paciente descansaba, presentó de forma súbita una crisis de tos seca, seguida de disnea intensa, cianosis peribucal y alteración del estado de conciencia. Ante este cuadro clínico, fue trasladado por sus familiares, hacia un hospital básico de su localidad, en donde ingresó sin signos vitales evidentes, constatándose paro cardiorrespiratorio. Inmediatamente, se iniciaron maniobra de resucitación cardiopulmonar avanzada (RCP), que incluyeron tres ciclos de desfibrilación con una carga de 200 Jules cada una y la administración de seis dosis de epinefrina, logrando después de 20 minutos de RCP, el retorno a la circulación espontánea.

Posteriormente, el paciente fue referido a una casa de salud para manejo post-paro cardiorrespiratorio, ingresando con intubación orotraqueal acoplada a ventilación mecánica, bajo sedación y analgesia. A la valoración inicial presentó pupilas puntiformes, reflejo corneal presente y presión arterial de 80/40 mmHg, por lo que se inició perfusión continua de norepinefrina a dosis de 16 mg. Se aseguró la vía aérea y se instauró ventilación mecánica en modo controlado por presión, con parámetros ajustados de: presión inspiratoria de 14 cmH₂O, fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) al 35%, frecuencia respiratoria (FR) de 16 respiraciones por minuto, presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 5 cmH₂O y saturación periférica de oxígeno (SpO₂) del 95%. (Ver anexo 3)

Se realizaron exámenes de laboratorio donde se evidenció: leucocitos (WBC) 16.80 ×10³/μL, hemoglobina (HGB) 17.6 g/dL, hematocrito (HCT) 50,9 %, plaquetas 351 ×10³/μL, recuento de glóbulos rojos 5.69 ×10⁶/μL, creatinina 1.8 mg/dL, urea 60 mg/dL, linfocitos 3.0 %, neutrófilos 90.4%, basófilos 0.1%. (Ver anexo 1)

Asimismo, se realizó una gasometría arterial en la cual se evidenció un pH: 7.26, presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) 42 mmHg, bicarbonato (HCO_3^-) 18.3 mmol/L, presión parcial de oxígeno (PaO_2) 154 mmHg, exceso de base (BE): -8 mmol/L, lactato 2.5 mmol/L, lo que indicó un cuadro de acidosis metabólica parcialmente compensada. En cuanto a los electrolitos se evidenció sodio (Na^+) 141 mmol/L, potasio (K^+) 4.05 mmol/L, cloro (Cl^-) 109 mmol/L, calcio (Ca^{2+}) 0.95 mmol/L. (Ver anexo 1)

En la tomografía axial computarizada (TAC) cerebral mostró adecuada diferenciación de la sustancia gris y blanca, sin evidencias de hemorragia ni isquemia aguda. Posteriormente, se colocó un catéter venoso central (CVC) en la vena subclavia derecha para la administración de medicamentos. El esquema farmacológico incluyó fentanilo 1000 mcg diluidos en 80 ml de cloruro de sodio al 0,9%, administrado por vía intravenosa continua a 15 ml/hora, midazolam 100 mg diluidos en 80 ml de cloruro de sodio al 0,9%, por vía intravenosa continua a 9 ml/hora, norepinefrina 16 mg diluidos en 84 ml de dextrosa al 5%, en perfusión titulada según respuesta hemodinámica, metoclopramida 10 mg por vía intravenosa intermitente cada 8 horas y gluconato de calcio 1 ampolla intravenosa lenta, dosis inicial stat y posteriormente cada 8 horas.

Después de ocho horas de evolución, se encontró al paciente hemodinámicamente estable, con presión arterial (P/A) 110/70 mmHg regulada con vasopresor, frecuencia cardíaca (FC) 128 latidos por minutos, saturación de oxígeno 98% y glicemia capilar de 185 mg/dl, motivo por el cual fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para continuar el manejo crítico. A la valoración neurológica inicial se evidenció al paciente inconsciente con una puntuación de la escala de coma Glasgow de 3/15, por lo que se solicitó una nueva tomografía axial computarizada (TAC) cerebral en la cual se evidenció signos de encefalopatía hipóxica difusa compatible con daño neurológico secundario a anoxia cerebral prolongada. Durante su ingreso a la UCI se instauró la siguiente medicación de soporte y prevención: omeprazol 40 mg IV cada 24 horas, ácido acetilsalicílico (ASA) 100 mg vía oral diaria, clopidogrel 75 mg vía oral diaria y enoxaparina 80 mg subcutánea cada 12 horas.

Al tercer día presentó movimientos tónico-clónicos generalizados, motivo por el cual se diagnosticó estatus epiléptico no especificado e inició tratamiento anticonvulsivante con levetiracetam 500 mg por vía oral por medio de la SNG. Posteriormente, presentó sudoración nocturna excesiva y alzas térmicas de hasta 38,9 °C, las cuales fueron manejadas con paracetamol 1 g vía intravenosa. Por ello, el médico de turno solicitó cultivo de aspirado traqueal y nuevos exámenes de laboratorio, que evidenciaron: leucocitos (WBC) $18,75 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina (HGB) 11,40 g/dL, hematocrito (HCT) 33,7 %, plaquetas $410 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos 17 %, neutrófilos 72,5 %, creatinina 0,5 mg/dL y urea 11,21 mg/dL.

Asimismo, a solicitud de los familiares se solicitó de manera particular una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax en la cual se observó consolidados bibasales con predominio derecho, compatible con neumonía, por lo cual se instauró aislamiento respiratorio y se inició tratamiento con ampicilina más sulbactam 3 gramos cada 6 horas. Se realizó la medición de signos vitales evidenciándose presión arterial 157/106 mmHg a pesar de utilizar antihipertensivos, tensión arterial media de 121 mmHg, frecuencia cardiaca 111 latidos por minutos.

Al sexto día de su hospitalización, se recibió los resultados del cultivo de secreción traqueal, en el cual se evidenció infección por *Serratia marcescens*, motivo por el cual se ajustó el esquema de antibiótico a meropenem 2 g IV c/ 8h, y se añadió linezolid 600 mg c/12h para cubrir un foco urinario por *Staphylococcus haemolyticus*, resistente a la vancomicina. (Ver Anexo 5). En cuanto a la gasometría arterial de control se observó pH 7.32, presión parcial de oxígeno (PaO_2) de 88.9 mmHg, saturación de oxígeno de 97%, presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) de 44.4 mmHg, bicarbonato (HCO_3^-) de 21.1 mmol/L, exceso de base (BE) de -3.79 mmol/L.

Debido a la necesidad prolongada de ventilación mecánica, el médico solicitó la realización de una traqueostomía, procedimiento que se efectuó sin complicaciones, retornado posteriormente el paciente a la unidad de cuidado intensivos (UCI). Tras un mes de evolución, se observó compromiso neurológico severo que impedía la alimentación por vía oral y aumentaba el riesgo de broncoaspiración, por lo que se colocó un gastrostomo para garantizar una nutrición enteral adecuada.

Posteriormente, se encontró al paciente hemodinámicamente estable con una puntuación en la escala de coma de Glasgow de 7/15 (Ocular 2, Verbal 1, Motor 4), se disminuyó la sedación como medida exploratoria, por lo cual presentó mioclonías faciales y en miembro inferior izquierdo, por lo que se incrementó nuevamente la sedación. Se observaron pupilas midriáticas de 4 mm con desviación ocular a la derecha y reactiva a la luz. Al anticonvulsivante inicial se añadieron fenitoína y carbamazepina para mejor control convulsivo.

Se realizó gasometría arterial, evidenciando pH 7,42, presión parcial de oxígeno (PaO_2) de 86,1 mmHg, presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) de 36,5 mmHg, bicarbonato (HCO_3^-) de 23,2 mmol/L, exceso de base (BE) de -0,74 mmol/L y una relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (PAFI) de 287. Posteriormente, a solicitud de los familiares, se permitió la valoración por un neurólogo particular, quien recomendó ampliar el tratamiento anticonvulsivante a una terapia quíntupla, administrando: fenobarbital 100 mg IV cada 12 horas, levetiracetam 1.000 mg IV cada 12 horas, lamotrigina 50 mg IV cada 12 horas, lacosamida 200 mg IV en perfusión cada 12 horas y brivaracetam 50 mg IV cada 12 horas. A pesar de estas medidas, persistieron las convulsiones continuas, registrándose una puntuación en la escala de coma de Glasgow de 3/15, sedación profunda según la escala de RASS (-4) sedación profunda y pupilas isocóricas de 2 mm.

Finalmente, después de 55 días de hospitalización debido a la necesidad de un abordaje neurológico especializado, el paciente fue referido a un hospital de tercer nivel con soporte ventilatorio, saturación de oxígeno de 96%, puntuación de la escala de coma de Glasgow de 3/15 (O1 V1 M1) y una gasometría arterial en la cual se evidenció pH de 7.39, presión parcial de oxígeno (PaO_2) de 86.4 mmHg, presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) de 41.6 mmHg, saturación de oxígeno de 98% y relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (PAFI) de 288. Se entregó toda la documentación correspondiente para la continuidad del manejo en el hospital de tercer nivel.

3.2 Valoración integral de enfermería

Al ingreso del paciente a la UCI, se realizó la valoración de manera cefalocaudal, evidenciándose cabeza normocéfala, cuero cabelludo íntegro y sin presencia de hematomas, heridas ni lesiones visibles. La cara se observó simétrica, con facies conservadas, sin signos de eritema ni lesiones aparentes, pupilas mióticas e isocóricas de 2 mm con reflejo corneal presente y escleras de tonalidad rosada; oídos con pabellones auriculares bien implantados y limpios; boca mucosa oral semihidratada, dentadura completa sin lesiones y presencia de tubo orotraqueal correctamente posicionado.

A nivel del cuello se verificó movilidad conservada, sin rigidez, ingurgitación yugular ni adenopatías palpables, con pulso carotídeo bilateral rítmico y de buena amplitud. En el tórax se apreció simetría en la expansión y disminución en el murmullo vesicular en ambas bases pulmonares, sin estertores; ruidos cardíacos rítmicos e hipofonéticos. El abdomen presentó ruidos hidroaéreos normales, consistencia blanda y depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda. En la región genitourinaria se constató la presencia de sonda vesical con orina clara y espontánea, sin necesidad de diuréticos. En cuanto a las extremidades se encontraron simétricas, con pulsos distales presentes, llenado capilar mayor a 4 segundos, sin edema ni deformidades óseas.

Posteriormente, se llevó a cabo una valoración exhaustiva mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon identificando en el patrón percepción-manejo de la salud, paciente con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, sin alergias conocidas y con hábitos tóxicos de consumo de drogas ilícitas. Con compromiso respiratorio severo y necesidad de sedoanalgesia continua bajo efecto de midazolam y fentanilo, y a conexión a ventilación mecánica, lo que impidió valorar directamente su percepción de salud.

Con respecto al patrón nutricional-metabólico, presentó un peso de 85 kg y una talla de 170 cm, resultando un índice de masa corporal (IMC) de 27,7 kg/m², clasificado como sobrepeso. Los familiares mencionaron que sus hábitos alimenticios eran inadecuados, con alta ingesta de grasas y carbohidratos. Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), debido a su estado de

inconsciencia y sedación, recibió nutrición enteral por sonda orogástrica con fórmula polimérica 1 kcal/ml, administrada a 40 ml/h desde las 06:00 hasta las 23:00, aportando un total de 2125 kcal/día. Al control metabólico, se registró una glicemia de 185 mg/dl. En cuanto al nivel de la piel, se evidenció pálida, seca y sin lesiones aparentes, aunque se identificó un riesgo muy alto de úlcera por presión según la escala de Norton 8/20 (estado general 1, estado mental 1, actividad 1, movilidad 1, incontinencia 4) (Anexo 6).

En el patrón eliminación se constató uso de sonda vesical Foley, con control estricto de diuresis horaria, registrándose un gasto urinario promedio de 2.4 ml/kg/h, con características de orina clara, sin necesidad de diuréticos. La eliminación intestinal permaneció conservada, con deposiciones blandas dos veces al día, y se empleó el uso de pañales debido a su estado crítico. Durante su estancia hospitalaria se observó diaforesis moderada.

En cuanto al patrón actividad-ejercicio, paciente con intubación orotraqueal, acoplado a ventilación mecánica en modo controlado por presión (PCV) con FiO₂ 35%, movilidad totalmente limitada por sedación profunda. En cuanto a sus constantes vitales se registró frecuencia respiratoria de 14 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 128 latidos por minuto, tensión arterial de 110/70 mmHg regulada con norepinefrina y saturación periférica de oxígeno de 98%. Posteriormente, durante su estancia hospitalaria desarrolló una infección asociada a la atención en salud (IAAS) por *Serratia marcescens*, observándose secreciones espesas y de coloración amarillenta en abundante cantidad y episodios de desaturación. En cuanto a la gasometría arterial mostró pH 7,32, PaO₂ 88,9 mmHg, PaCO₂ 44,4 mmHg, HCO₃⁻ 21,1 mmol/L y exceso de base -3,79 mmol/L, parámetros compatibles con alteración del intercambio gaseoso parcialmente compensado.

En relación con el patrón sueño-descanso, no fue posible evaluarlo de manera directa debido a su estado de inconsciencia y sedación profunda. En el patrón cognitivo/perceptual, se valoró mediante la escala de agitación y sedación de Richmond (RASS), obteniéndose un nivel de -4, correspondiente a sedación profunda, con un Glasgow de 3/15, pupilas mióticas e isocóricas de 2 mm de diámetro y reflejo corneal arreactivo.

En el patrón autopercepción-autoconcepto, no fue posible la valoración directa debido al estado de inconsciencia del paciente; sin embargo, los familiares refirieron que era una persona responsable, activa y con buena autoestima. En el patrón rol-relaciones, contó con un sólido soporte familiar, los cuales lo describieron como una persona sociable y participativo en su entorno.

En el patrón sexualidad-reproducción, no fue posible realizar una valoración directa. Según lo mencionado por su esposa, el paciente era padre y tenía una hija, con la cual mantenía una relación estable. En el patrón afrontamiento-tolerancia al estrés, no pudo valorarse por el nivel de sedación y estado de inconsciencia, aunque los familiares refirieron que solía enfrentar las dificultades con calma y actitud positiva. Finalmente, en el patrón valores-creencias, familiares indicaron que profesaba la religión católica y que rezaba a Dios todos los días para una pronta recuperación.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Se elaboraron cuatro planes de cuidados de enfermería enfocados en los principales problemas identificados durante la fase crítica del paciente con infarto agudo de miocardio, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. El primer diagnóstico correspondió a patrón respiratorio ineficaz, manifestado por cianosis e hipoxia, relacionado con enfermedad crítica y deterioro neurológico (ver tabla 1). En segundo lugar, se estableció el diagnóstico perfusión tisular periférica ineficaz, manifestada por alteraciones en las características de la piel y llenado capilar mayor a 3 segundos, relacionada con hipertensión arterial (ver tabla 2). El tercer diagnóstico fue deterioro de la movilidad física, manifestado por disminución de la amplitud de los movimientos, relacionado con disfunción cognitiva y dependencia de ventilación mecánica bajo sedación profunda (ver tabla 3). Finalmente, se abordó el diagnóstico de sobrepeso y estado nutricional del paciente, manifestado por un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m², relacionado con patrones anormales de conducta alimentaria (ver tabla 4).

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 4. Actividad/reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonares.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
00032 Patrón respiratorio Ineficaz m/p Cianosis e hipoxia r/c enfermedad crítica y deterioro neurológico	Dominio: Salud fisiológica (II)	040302 Ritmo respiratorio	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 2	
	Clase: Cardiopulmonar (E)	040303 Profundidad de la respiración	2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 2	
	Estado Respiratorio: Ventilación (0403)	040309 Utilización de los Músculos accesorios	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 1 Aumentar a: 2	
			4. Desviación leve del rango normal		
			5. Sin desviación del rango normal		
	Dominio: Salud fisiológica (II)	070304 Espudo Purulento	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado	Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
	Clase: Respuesta inmune (H)	070307 Fiebre	4. Leve 5. Ninguno	Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
	Severidad de la infección (0703)	070319 Infiltrados en la radiografía de tórax		Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática		Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.			
3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva					
- Obtener una evaluación del estado corporal basal del paciente para así poder programar el ventilador. - Iniciar la preparación y la aplicación del respirador. - Auscultar el tórax después de la intubación - Observar el movimiento sistemático de la pared torácica - Explicar a la familia las razones y las sensaciones esperadas asociadas al uso del respirador mecánico.					

- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Administrar los agentes paralizantes, sedantes y analgésicos que sean apropiados.
- Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente
- Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente por ejemplo posición, limpieza traqueobronquial, sedación y/o analgesia, comprobación frecuente del equipo.
- Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas.
- Utilizar técnicas asépticas en todos los procedimientos de succión.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular.
- Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias.
- Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.
- Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.
- Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de la vía aéreas artificiales, presión elevada del balón o extubaciones no programadas.
- Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antisépticos y succión suave.
- Monitorizar diariamente el grado de capacidad vital para determinar si el paciente está listo para el destete de la ventilación mecánica, cuando corresponda.
- Mantener posición semifowler.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 4: Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños	Clase V: Control de riesgo Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgo y control de riesgo a lo largo del tiempo
---	---

6540 Control de infecciones

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente, según protocolo.
 - Limitar el número de visitas, según corresponda.
 - Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
 - Utilizar jabón antimicrobiano que sea apropiado para el lavado de mano.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes,
 - Poner en práctica precauciones universales
 - Usar guante para cada procedimiento con el paciente.
 - Llevar ropa de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso
 - Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
 - Administrar antibióticos según prescripción y vigilar efectos adversos.
-

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. 4 respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00204 Perfusión tisular periférica ineficaz m/p alteración de la característica de la piel y tiempo de llenado capilar > 3 segundos r/c hipertensión arterial.	Dominio: Salud fisiológica (II)	040715 Llenado capilar de los dedos de las manos	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 3
	Clase: Cardiopulmonar (E)		2. Desviación sustancial del rango normal	Aumentar a: 5
	0407 Perfusión tisular: periférica	040716 Llenado capilar de los dedos de los pies	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 3
			4. Desviación leve del rango normal	Aumentar a: 5
			5.- Sin desviación del rango normal	
	0401 Estado circulatorio	040101 Presión arterial sistólica	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 2
			2. Desviación sustancial del rango normal	Aumentar a: 4
		040102 Presión arterial diastólica	3. Desviación moderada del rango normal	Mantener en: 2
			4. Desviación leve del rango normal	Aumentar a: 4
	04104 Presion arterial media (TAM)	5. Sin desviación del rango normal	Mantener en: 2	
	040154 Palidez		Aumentar a: 4	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación hemostática	Clase N: Control de la perfusión tisular Intervenciones para optimizar la circulación sanguíneas y de líquidos hacia los tejidos.			
4160 Regulación hemodinámica				
- Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (Comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares, etc.) - Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente) - Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios. - Comprobar y registra la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíaco, y a los pulsos. - Monitorizar el gasto o índice cardíacos y el índice de trabajo sistólico ventricular, según corresponda. - Monitorizar los efectos de la medicación				

- Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.
- Elevar el cabecero de la cama, según corresponda.
- Monitorizar los niveles de los electrolitos.
- Vigilar la entrada y salidas de la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.
- Minimizar los factores ambientales estresantes.
- Colaborar con el médico, según corresponda.

4044 Cuidados cardíacos: agudos

- Monitorizar el ECG para detectar cambios del segmento ST, según corresponda.
- Realizar una evaluación exhaustiva del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Auscultar sonidos cardíacos.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Vigilar la tendencia de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (presión venosa central y presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar)
- Limitar los estímulos ambientales.
- Evitar calentar o enfriar en exceso al paciente.
- Monitorizar el estado cardiovascular.

4120 Manejo de líquidos

- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática).
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda,
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.
- Administrar terapia I.V según corresponda.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Dominio 2: Fisiológico: Complejo	Clase I: Control neurológico
Cuidados que apoyan la regulación hemostática	Intervenciones para optimizar la función neurológica

2620 Monitorización neurológica

- Vigilar el nivel de consciencia.
- Vigilar la tendencia de la Escala de Coma de Glasgow.
- Monitorizar los signos vitales (por ejemplo, temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones)
- Monitorizar la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión cerebral.
- Evitar las actividades que aumenten la PIC.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/ reposo Clase 2: Actividad/ ejercicio 00298 Deterioro de la movilidad física m/p disminución de la amplitud de los movimientos r/c disfunción cognitiva (ventilación mecánica y sedación profunda).	Dominio:	020411	1. Grave	Mantener en
	Salud funcional	Fuerza muscular	2. Sustancial	1
	(I)		3. Moderado	Aumentar en
	Clase: Movilidad		4. Leve	2
	(C)	020412	5. Ninguno	Mantener en
		Tono muscular		1
	0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica			Aumentar en
		020414		2
		Movimiento articular		Mantener en
				1
		010421		Aumentar en
		Capacidad vital		1
				2

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	Clase C: Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas
0740 Cuidado del paciente encamado	
- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. - Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada. - Subir las barandillas, según corresponda. - Cambiar de posición al paciente según lo indique el estado de la piel. - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas. - Vigilar el estado de la piel - Realizar ejercicio del rango de movimientos pasivo y/o activos. - Ayudar con la medida de higiene (por ejemplo, el uso de desodorante o perfume, etc.) - Ayudar con las actividades de la vida diaria. - Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama (por ejemplo, hipotonía muscular, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, cambio del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).	

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4

Cuarto plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición				
Clase 1: Ingestión	Dominio: Salud fisiológico (II)	100402 Ingesta de nutrientes	1. Desviación grave del rango normal	Mantener en: 2
	Clase: Digestión y nutrición (K)			Aumentar a: 4
00233		100403 Energía	2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 3
Sobrepeso	1004 Estado nutricional		3. Desviación moderada del rango normal	Aumentar a: 4
m/p índice de masa corporal >25 kg/m ²		100405 Relación peso/talla	4. Desviación leve del rango normal	Mantener en: 2
r/c patrones anormales de conducta alimentarias			5. Sin desviación del rango normal	Aumentar a: 5
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: básicos	Clase D: Apoyo nutricional			
Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional			
1100 Manejo de la nutrición				
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. - Monitorizar la calorías y la ingesta alimentaria. - Monitorizar las tendencias de pérdidas y ganancia de peso - Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda.				
1056 Alimentación enteral por sonda				
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación. - Para la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado se debe colocar al paciente con la cabeza a menos de 30 °. - Irrigar la sonda cada 4- 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. - Utilizar técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. - Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. - Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. - Comprobar la resistencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada. - Mantener refrigerados los recipientes abiertos de alimentación enteral. - Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. - Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas. - Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga. - Observar si hay signos de edema o deshidratación.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

3.4. Evaluación

Las intervenciones implementadas demostraron ser fundamentales durante la estancia hospitalaria del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, contribuyendo de manera significativa a optimizar el estado respiratorio, la perfusión tisular, la movilidad, la integridad cutánea y el estado nutricional, aspectos que inicialmente se encontraban gravemente comprometidos debido a la condición crítica del paciente.

En el primer diagnóstico de enfermería “Patrón respiratorio ineficaz (00032)” manifestado por cianosis e hipoxia, y relacionado con enfermedad crítica y deterioro neurológico, se estableció como resultado esperado el estado respiratorio: ventilación, cuyos indicadores ritmo respiratorio, profundidad de la respiración y utilización de los músculos respiratorios se encontraban inicialmente en una desviación grave del rango normal. Tras la aplicación de intervenciones de enfermería centradas en el manejo de la ventilación invasiva, la monitorización continua de parámetros ventilatorios y la aspiración periódica de secreciones, se evidenció una evolución hacia un estado de desviación sustancial del rango normal.

De manera complementaria, se trabajó sobre el resultado de severidad de infección, con indicadores como esputo purulento, fiebre e infiltrados en la radiografía de tórax, los cuales se encontraban en un nivel sustancialmente comprometido; sin embargo, con la implementación de medidas de control de infecciones, uso de técnica aséptica y administración del tratamiento antibiótico prescrito, estos parámetros evolucionaron hasta un nivel leve. La evaluación final permitió constatar una mejoría significativa en el cuadro infeccioso, pero ante su estado de salud persistió dependiente de ventilador.

El segundo diagnóstico de enfermería “perfusión tisular periférica ineficaz (00204)”, cuyos indicadores llenado capilar de los dedos de las manos y pies se encontraban inicialmente en una desviación moderada del rango normal, alcanzando al alta la ausencia de desviación. De manera complementaria, se trabajó con el resultado estado circulatorio, considerando indicadores como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, presión arterial media y palidez, que al ingreso se encontraban en una desviación sustancial del rango normal y evolucionaron hasta

una desviación leve. Las intervenciones aplicadas, entre ellas la regulación hemodinámica, cuidados cardíacos en situación aguda y manejo de líquidos, favorecieron la estabilidad circulatoria y la mejora progresiva de la perfusión periférica, lo que permitió reducir los riesgos asociados a complicaciones cardiovasculares y garantizar una evolución clínica más estable.

En el tercer diagnóstico de enfermería deterioro de la movilidad física (00298), manifestado por disminución de la amplitud de los movimientos y relacionado con disfunción cognitiva secundaria a ventilación mecánica y sedación profunda, se estableció como resultado esperado la consecuencia de la inmovilidad fisiológica, cuyos indicadores articulaciones contraídas, fuerza muscular, tono muscular, movimiento articular y capacidad vital se encontraban al ingreso en un nivel de desviación grave. Con la implementación de intervenciones de enfermería centradas en el cuidado del paciente encamado, incluyendo cambios posturales regulares y ejercicios de articulaciones pasivos y asistidos, por su estado de salud no existió una mejoría en la función motora, pero se logró prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad como las úlceras por presión.

Finalmente, el cuarto diagnóstico de enfermería sobrepeso (00233), manifestado por índice de masa corporal mayor a 25 kg/m² y relacionado con patrones anormales de conducta alimentaria, se estableció como resultado esperado el estado nutricional, cuyos indicadores ingesta de nutrientes, aporte energético y relación peso/talla se encontraban inicialmente en un nivel de desviación sustancial del rango normal. Con la implementación de intervenciones centradas en el manejo de la nutrición y la alimentación enteral por sonda, se obtuvo un ajuste progresivo en el balance energético y una mejor adecuación de la ingesta a las necesidades metabólicas del paciente, alcanzando finalmente una desviación leve del rango normal, evidenciada por un índice de masa corporal de 22 kg/m² al momento del egreso. Esta evolución reflejó una optimización en el control del estado nutricional y la reducción de los riesgos asociados a complicaciones metabólicas durante el periodo crítico de hospitalización.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El infarto agudo de miocardio (IAM) constituye una de las principales causas de ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la intervención de enfermería desempeña un papel fundamental en la recuperación del paciente y en la prevención de complicaciones asociadas. La aplicación de cuidados integrales permitió abordar de manera sistemática los aspectos respiratorios, hemodinámicos, musculoesqueléticos, cutáneos y nutricionales en el paciente, favoreciendo una evolución clínica positiva y reducción de los riesgos asociados a la enfermedad.

En el ámbito respiratorio, los pacientes con IAM que requieren ventilación mecánica presentan un alto riesgo de complicaciones, entre las cuales destaca la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). Diversos autores, como Arias et al. (11), subrayaron que las intervenciones de enfermería tales como la elevación de la cabecera y la vigilancia de secreciones contribuyen significativamente a disminuir la incidencia de infecciones respiratoria en paciente críticos. En el caso analizado, la implementación sistemática de estas estrategias favoreció la mejora progresiva de los parámetros respiratorios y optimizó la oxigenación, evidenciando una reducción del riesgo infeccioso y una evolución clínica favorable.

El infarto agudo de miocardio compromete la perfusión tisular sistémica en los pacientes crítico debido a la disminución del gasto cardíaco, por lo que las intervenciones de enfermería centradas en la vigilancia hemodinámica estricta y el manejo adecuado de fármacos vasoactivos resultan esenciales para prevenir complicaciones graves como el shock cardiogénico. Ballesteros et al. (12) destacan que el monitoreo continuo de la presión arterial y la frecuencia cardíaca permite estabilizar la perfusión periférica y mejorar el pronóstico cardiovascular. En este paciente, la monitorización constante y el ajuste de norepinefrina permitieron alcanzar los objetivos hemodinámicos en menos de 48 horas, asegurando estabilidad clínica y adecuada perfusión adecuada al momento del egreso.

La inmovilidad prolongada y la sedación profunda, frecuentes en la fase crítica, incrementan el riesgo de pérdida de fuerza muscular y aparición de úlceras por presión. Autores como Zhou et al. (13) evidenciaron que la movilización temprana, combinada con cambios posturales y fisioterapia, contribuye a preservar la fuerza

muscular y mejorar la recuperación funcional. En el caso presentado, la implementación de movilización pasiva, cambios posturales programados y fisioterapia permitió minimizar los efectos de la inmovilidad.

En cuanto a la integridad cutánea, los pacientes críticos inmóviles presentan un alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Paredes et al. (14) señalaron que la aplicación de medidas preventivas, como cambios posturales cada dos horas, superficies de apoyo especializadas y control de humedad, asegura la preservación de la piel durante la estancia en UCI. En este paciente, estas intervenciones resultaron efectivas, manteniendo la piel íntegra y cumpliendo con los objetivos planteados en el plan de cuidados.

El soporte nutricional es otro componente esencial en pacientes críticos, dado que la catabolia inducida por la enfermedad puede comprometer la recuperación. Martínez et al. (15) demostraron que la nutrición enteral temprana contribuye a una mejor evolución metabólica y reduce la mortalidad en pacientes críticos. En el caso analizado, la administración de nutrición por sonda permitió mantener un aporte calórico adecuado, optimizando el estado nutricional y favoreciendo la recuperación funcional del paciente.

Un aspecto adicional en este paciente es el manejo del dolor, aunque no puede ser medido directamente en pacientes inconsciente, su presencia potencialmente influye en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la recuperación cardiovascular. González et al. (16) destacaron que intervenciones de enfermería orientadas al control del dolor, mediante técnicas de relajación y administración controlada de analgésicos, contribuyen a mejorar la estabilidad hemodinámica y el bienestar general. En este paciente, la valoración continua del dolor y la implementación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

La integración de estas intervenciones enfermería, respaldadas por evidencia científica actual, contribuyó de manera significativa a la recuperación del paciente con IAM. La atención centrada en la persona, unida a la aplicación rigurosa de protocolos relacionados con ventilación, perfusión, movilidad, integridad cutánea y nutrición, evidencia cómo el cuidado de enfermería en UCI es una parte fundamental para mejorar los resultados clínicos y prevenir complicaciones en pacientes con patología cardiovascular crítica.

5. CONCLUSIONES

Para la valoración de enfermería se aplicaron los onces patrones funcionales de Marjory Gordon, identificándose alteraciones en el patrón actividad-ejercicio, evidenciado por limitación total de la movilidad, dependencia de la ventilación mecánica e infección respiratoria por *Serratia marcescens*; en el patrón cognitivo – perceptual por la alteración en el nivel de conciencia; y en el patrón nutricional-metabólico, por un índice de masa corporal (IMC) de 27,7 kg/m², clasificado como sobrepeso y requerimiento de nutrición enteral por sonda debido a la imposibilidad de alimentación oral. Además, se aplicó la escala de Norton en la cual se obtuvo un puntaje de 8/20, lo que indicó un riesgo muy alto de desarrollar úlceras por presión. Se diseñaron cuatro planes de cuidados de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, priorizando los diagnósticos: patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular periférica ineficaz, deterioro de la movilidad física y sobrepeso. Cada plan contempló objetivos medibles, resultados esperados y actividades de enfermería específicas, orientados a mantener la estabilidad hemodinámica, optimizar la función respiratoria, prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad y regular el estado nutricional, adaptándose a las condiciones clínicas críticas del paciente.

Durante la evaluación continua de las intervenciones en la Unidad de Cuidados Intensivos se constató el control de los parámetros respiratorios y hemodinámicos, del proceso infeccioso, de la prevención de lesiones por presión, así como del estado nutricional, la movilidad pasiva y las complicaciones asociadas a la inmovilidad. No obstante, debido a su cuadro clínico, el paciente continuó con dependencia de ventilador, disminución del nivel de conciencia y escasa respuesta a estímulos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sewis R. Infarto agudo de miocardio. Manual MSD, versión para profesionales. 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/infarto-agudo-de-miocardio>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares (ECV). 11 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carga de las enfermedades cardiovasculares. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>
4. Guerrero D, Enríquez E, Franco-Crespo J, Moscoso G. Tendencias temporales del infarto agudo de miocardio en el Ecuador durante el 2006–2021. ResearchGate; 2024. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/391389912_Tendencias_temporales_del_infarto_agudo_de_miocardio_en_el_Ecuador_durante_el_2006_-2021
5. Zapata L, Gómez R, Llanos C, Muerto J, Martín L. El shock cardiogénico como problema de salud. Fisiología, clasificación y detección. Medicina Intensiva. 2024;48(5):282-295. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-el-shock-cardiogenico-como-problema-articulo-S0210569124000147>
6. Sánchez J, Amat I. Tratamiento intervencionista de las complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio. Revista Española Cardiológica. 2023;76(5):362–369. Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-tratamiento-intervencionista-de-las-comp-articulo-S0300893222004924>
7. Chuquisala A, Bósquez R, Castro L, Oleas M. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de infarto agudo de miocardio. Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2023. Disponible en: https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2023/08/protocolo_infarto_agudo_de_micardio-signed-signed-signed-signed-signed.pdf

8. American Heart Association. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_2):S366–468. doi:10.1161/CIR.0000000000000916
9. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. 2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2021; 167:283–314. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.08.016
10. Perkins GD, Gräsner JT, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 2021; 161:1–60. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.003.
11. Arias R, et al. Intervenciones de enfermería en pacientes críticos: prevención de infecciones respiratorias. *Enferm Intensiva*. 2019;30(1):45-53. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/evidence/CD009946_head-bed-elevation-versus-flat-bed-preventing-ventilator-associated-pneumonia-vap-adults-requiring
12. Ballesteros H, et al. Vigilancia hemodinámica en pacientes críticos con IAM. *Enfermería Intensiva*. 2019;30(2):78-86. Disponible: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/17394/restricted-resource?bitstreamId=73966>
13. Zhou L, et al. Movilización temprana en pacientes críticos: impacto en ventilación mecánica y fuerza muscular. *Enfermería crítica*. 2021;41(4):56-64. Disponible en: https://g-se.com/es/movilizacion-temprana-de-pacientes-criticos-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-una-revision-sistematica-y-un-metaanalisis?utm_source
14. Paredes L, et al. Prevención de úlceras por presión en pacientes críticos. *Revista de Enfermería*. 2018;41(2):112-120. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2016000400007&script=sci_arttext&utm_source

15. Martínez A, et al. Nutrición enteral temprana en pacientes críticos: revisión sistemática. *Nutrición*. 2020;37(5):1024-1032. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256850989_Nutricion_enteral_en_el_paciente_critico?utm_source
16. González M, et al. Manejo del dolor y ansiedad en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Revista Colombiana Cardiología*. 2021;28(3):201-210. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/66/manejo-del-dolor-en-el-paciente-critico>

7. ANEXOS

Anexo 1. Resultados de exámenes de laboratorio

❖ Biometría hemática

Parámetros	Resultado	Valor referencial
Leucocitos (WBC)	5.28	4.23- 9.07 x 10 ³ /μL
Hemoglobina (HGB)	17.6	12.5 -16.3 g/dl
Hematocrito (HTC)	50.9	36.7-47-1 %
Volumen corp. medio (MCV)	89.5	73.0-96.2 fl
Volumen medio plaquetario (MPV)	10.0	7.4-11.4 fl
Monocitos	1.09	0.30-1.10 x 10 ³ /μL
Eosinófilos	0.00	0.00 – 0.50 x 10 ³ /μL
Linfocitos	0.50	1.00-3.20 x 10 ³ /μL
Neutrófilos	15.19	1.78- 5.38 x 10 ³ /μL
Basófilos	0.02	0.00- 0.10 x 10 ³ /μL
Plaquetas	351	152-348 x 10 ³ /μL
Recuento de glóbulos rojos	5.69	4.63 -6.98 M/ ul
Eosinófilos %	0.2	0.8-8.1 %
Linfocitos %	3.00	15.2 – 43.3 %
Neutrófilos %	90.4	43.5-73.5 %
Basófilos %	0.1	0.2-43.9 %

❖ Químico

Parámetro	Resultado	Valor referencial
Creatinina	1.08	0.7- 1.30 mg/dl
Urea	60	10-50 mg/dl

Anexo 2. Resultados de la gasometría arterial y electrolitos

❖ **Gasometría arterial**

Parámetro	Resultado	Valor referencial
pH	7.26	7.35 – 7.45
PaCO ₂	42	35 – 45 mmHg
HCO ₃ ⁻	18.3	22-26 mmol/L
PaO ₂	154	80-100 mmHg
BE	-8	-2 a +2 mmol/L
Lactato	2.5	0.5-2.2. mmol/L

❖ **Electrolitos**

Parámetro	Resultado	Valor referencial
Sodio	141	135 – 145
Potasio	4.05	3.5 – 5.0 mmol/L
Cloro	109	98-107 mmol/L
Calcio	0.95	1.1 -1.3 mmol/L

Anexo 3. Parámetros ventilatorios

Fecha / Momento	Modo ventilatorio	Presión control (cmH ₂ O)	FR (rpm)	FiO ₂ (%)	PEEP (cmH ₂ O)	Observaciones técnicas
Ingreso UCI	PCV	14	16	35	5	IOT asegurada, ventilación controlada por presión, paciente bajo sedoanalgesia, SatO ₂ 95 %.
Día 3 (post IAAS)	PCV	16	18	40	6	Incremento de PEEP por disminución de PAFI, secreciones abundantes, fisioterapia respiratoria coordinada.
Evolución intermedia	PCV	14	14	30	5	Mejoría en gases arteriales, disminución de FiO ₂ , acoplamiento adecuado al ventilador.
Pre-traslado	PCV	14	14	30	5	Paciente con traqueostomía, secreciones moderadas, sin asincronías, SatO ₂ estable.

Anexo 4. Balances hídricos y diuresis

Fecha / Día hospitalización	Ingresos totales (mL)	Egresos totales (mL)	Balance hídrico (mL)	Diuresis (mL)	Diuresis (mL/kg/h)	Pérdidas insensibles estimadas (mL)	Observaciones clínicas relevantes
Día 0 (Ingreso UCI)	2200	1800	+400	1700	2,4	800	Diuresis adecuada sin diuréticos. Balance positivo para estabilización hemodinámica.
Día 1	2400	2100	+300	1900	2,3	800	Balance positivo leve; estabilidad hemodinámica con norepinefrina.
Día 3 (post crisis convulsiva)	2600	2350	+250	1800	2,2	800	Adecuada perfusión renal; incremento de secreciones respiratorias.
Día 6 (post diagnóstico IAAS)	2500	2400	+100	1850	2,1	800	Diuresis conservada; persistencia de fiebre.
Día 10	2300	2200	+100	1750	2,0	800	Estabilidad de diuresis; balance controlado.
Pre-traslado	2100	2000	+100	1700	2,0	800	Diuresis dentro de meta; balance neutro para traslado seguro.

Anexo 5. Cultivos y antibiogramas

Fecha de toma	Muestra	Método de cultivo	Microorganismo identificado	Recuento / Carga bacteriana	Perfil de sensibilidad	Resistencia destacada	Observaciones clínicas
Día 6	Aspirado traqueal	Cultivo cuantitativo en medio selectivo	Serratia marcescens	$>10^5$ UFC/mL	Sensible: meropenem, amikacina, ciprofloxacino.	Resistente: ceftriaxona, piperacilina - tazobactam.	IAAS respiratoria confirmada, inicio de meropenem IV.
Día 6	Orina (sonda Foley)	Urocultivo en agar CLED y MacConkey	Staphylococcus haemolyticus	10^4 UFC/mL	Sensible: linezolid, vancomicina (intermedia).	Resistente: oxacilina, gentamicina, TMP-SMX.	Foco urinario concomitante, inicio de linezolid IV.
Día 15	Aspirado traqueal control	Cultivo cuantitativo	Serratia marcescens	10^3 UFC/mL	Sensible: meropenem.	Resistente: ceftriaxona.	Disminución de carga bacteriana tras tratamiento.
Día 15	Hemocultivo	Sistema automatizado BACTEC	Negativo	—	—	—	Sin bacteriemia detectable en este episodio.

Anexo 6. Instrumento de valoración de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon

VALORACIÓN ENFERMERA
(PATRONES FUNCIONALES DE SALUD - GORDON)
(DIRAYA + AZAHAR)

1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Presencia de alergia	No refiere
Hábitos tóxicos	Drogas ilícitas
Antecedentes personales	Hipertensión arterial
Antecedentes familiares	Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II

- **Describe su estado de salud:** ☐ Bueno ☐ Normal ☒ Malo
- **Observaciones:** Paciente en estado crítico en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- **Alimentación oral**

☒ Dificultad para masticar ☒ Dificultad para beber ☒ Dificultad para deglutir

- **Alimentación enteral:** Sonda orogástrica

- **Sigue algún tipo de dieta:**

☐ Diabética ☐ Hiposódica ☐ Adelgazamiento/hipocalórica ☐ Colesterol

☒ Otras: Polimérica debido a su estado de inconsciencia

- **Alergias alimentarias:** No presenta

Peso: 85 kg **Talla:** 170 cm **IMC:** 27.7 kg/m²

☐ Desnutrición ☒ Sobrepeso ☐ Obesidad

- **Alteraciones de la conducta alimentaria:**

☐ Manías ☐ Rituales ☒ Hábitos alimentarios inapropiados

- **Temperatura:** Alzas térmicas hasta de 38.9°C

- **Medidas que utiliza cuando presenta fiebre:**

☐ Ninguna ☐ Medios físicos ☒ Medicamentos

- **Riesgo de UPP:** ☒ Sí ☐ No

- **Estado de piel y mucosas:** ☐ Íntegra ☐ Normocoloreada ☒ Deshidratada ☐ Macerada ☒ Palidez

3. ELIMINACIÓN

- **Número de deposiciones/día:** 2 deposiciones

- **Tipo de heces:** ☐ Líquida ☐ Formada ☐ Dura ☒ Blanda

- **Sondaje vesical:** Si

- **Pañal:** ☐ Micción ☒ Defecación

- **Otras pérdidas de líquidos:** ☐ Exudado de herida ☐ Drenajes ☒ Sudoración
☐ Aspiración gástrica

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- **Situación actual:** ☐ Deambulante ☐ Sillón-cama ☒ Encamado ☐ Adecuado a etapa de desarrollo

- **Nivel funcional para la actividad/movilidad:** ☐ Completamente independiente (AVD o autocuidados) ☐ Requiere uso de equipo ☐ Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza ☒ Dependiente

- **Secreciones** ☐ Vías altas ☒ Bronquiales

- **Tipo de secreciones:** ☐ Blanquecinas ☒ Espesas ☐ Fluidas ☐ Abundantes ☐ Escasas ☐ Purulentas

- **Ruidos respiratorios anormales** ☒ Disminuidos ☐ Sibilancias ☐ Estertores ☐ Crepitantes ☐ Roncus

- **Frecuencia respiratoria:** 14 respiraciones por minuto

- **Frecuencia cardíaca:** 128 latidos por minuto

- **Tensión arterial:** 110/70 mmHg

5. SUEÑO-DESCANSO

☐ Sin alteración observada ☒ Patrón no evaluado

Observaciones: No pudo ser valorado debido al estado de sedación profunda del paciente

6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

- Nivel de conciencia:

☐ Consciente ☐ Somnoliento ☐ Obnubilado ☐ Estuporoso ☐ Comatoso ☒ Sedado

☐ Orientado ☒ Desorientado:

☒ Tiempo ☒ Espacio ☒ Personas

- **Pupilas:** ☒ Isocóricas ☐ Midriáticas ☒ Mióticas ☐ Anisocóricas

- **Convulsiones:** Si

7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

☐ Sin alteración observada ☒ Patrón no valorable

Observaciones: No fue posible valorar este patrón directamente debido al estado de inconsciencia del paciente.

8. ROL-RELACIONES

- **Reacción de la familia ante la enfermedad:** ☒ Preocupación ☐ Indiferencia ☐ Abandono ☐ Implicación ☒ Sobreprotección ☒ Rechazo ☐ Culpabilidad ☐ Ansiedad ☐ Cansancio ☐ Negación

- **Su cuidador principal es:** ☒ Familia ☐ Amigos o vecinos ☒ Profesional ☒ Institución

9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

☐ Sin alteración observada ☒ Patrón no valorable

Observaciones: No fue posible la valoración directa debido a la condición crítica del paciente, quien se encontró con ventilación mecánica invasiva. Sin embargo, familiar (esposa) refirió que tuvo una hija.

10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

☐ Sin alteración observada ☒ Patrón no valorable

Observaciones: No pudo ser evaluado debido al nivel sedación y estado de inconsciencia del paciente, lo que impidió conocer su respuesta emocional y capacidad para afrontar el estrés.

11. VALORES/CREENCIAS

☒ Es religioso ☒ Católico ☐ Protestante ☐ Musulmán

Anexo 7. Escala de Norton

ESCALA DE NORTON		
CRITERIO	EVALUADO	PUNTUACION
ESTADO FISICO	BUENO	4
	ACEPTABLE	3
	POBRE	2
	MUY MALO	1
ESTADO MENTAL	ALERTA	4
	APATICO	3
	CONFUSO	2
	ESTUPOR	1
ACTIVIDAD	AMBULANTE	4
	CAMINA CON AYUDA	3
	EN SILLA DE RUEDAS	2
	ENCAMADO	1
MOVILIDAD	BUENA	4
	POCO LIMITADA	3
	MUY LIMITADA	2
	INMOVIL	1
INCOTINENCIA	NINGUNA	4
	OCASIONAL	3
	ORINA	2
	DOBLE	1
Total:		6

PUNTUACIÓN
De 5 a 11, muy alto riesgo
De 12 a 14, riesgo evidente
≥ 15, riesgo mínimo o no riesgo