# Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente con choque cardiogénico

# Autores y Validadores

**Autores :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mtra. Olga Lozano Rangel | Maestría en Ciencias de la Salud | IMSS | UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI |
| Mtra. Adriana Galeana Gudiño | Maestría en Administración de Hospitales y Salud Publica | IMSS | UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI |

**Validación interna:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lic. Isabel Ramos Melgar | Licenciatura en Enfermería | IMSS | UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI |

| **NIVEL:**<br><br>TERCER | **ESPECIALIDAD:**<br><br>CARDIOLOGIA | **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION DEL CHOQUE CARDIOGENICO** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ***PROBLEMA DE COLABORACION*** | | ***RESULTADOS DE ENFERMERIA*** | | | |
| | | **RESULTADO** | **INDICADORES** | **ESCALA DE MEDICION** | **PUNTUACION DIANA** |
| Choque cardinogénico secundario a insuficiencia ventricular izquierda m/p disminución del gasto cardiaco, disminución de la presión arterial sistémica, deterioro de la presión de perfusión coronaria, vasoconstricción sistémica, índice cardiaco < 2.2 L/min/m² y presión capilar pulmonar (enclavamiento) >18 mmHg. | | **RESULTADO:**<br>Efectividad de la bomba cardiaca | • Índice cardiaco.<br>• Presión sanguínea sistólica.<br>• Presión sanguínea diastólica.<br>• Presión venosa central. | 1 Desviación grave del rango normal<br><br>2 Desviación sustancial del rango normal<br><br>3 Desviación moderado del rango normal<br><br>4 Desviación leve del rango normal<br><br>5 Sin desviación del rango normal | Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |

| ***INTERVENCIONES DE ENFERMERIA*** | |
|---|---|
| **INTERVENCION :** Monitorización hemodinámica invasiva | **INTERVENCION:** Manejo del shock cardiaco. |
| Actividades:<br>• Ayudar en la inserción y extracción de líneas hemodinámicas invasivas (Swan-Ganz o de flotación).<br>• Monitorizar la frecuencia y ritmo cardiacos.<br>• Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.<br>• Monitorizar la presión sanguínea (sistólica, diastólica y media), presión venosa central/aurícula derecha, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar/arterial pulmonar enclavada.<br>• Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.<br>• Utilizar equipo de gasto cardiaco de sistema cerrado.<br>• Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción del catéter cada 4 horas.<br>• Observar si se produce rotura del balón (evaluar la resistencia al inflarlo y permitir que el balón se desinfle de forma pasiva; después, obtener la presión capilar pulmonar/arterial enclavada).<br>• Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección.<br>• Administrar líquidos y /o expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del margen especificado.<br>• Administrar agentes farmacológicos para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del margen especificado. | Actividades:<br>• Observar signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.<br>• Observar síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardiacas elevadas o ángor).<br>• Administrar oxígeno suplementario.<br>• Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad.<br>• Favorecer la reducción de la precarga (con vasodilatadores o con balón intraaòrtico.<br>• Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (mantener presión arterial media > 60mmHg)<br>• Preparar al paciente para revascularización cardiaca (intervención coronaria percutánea)<br>• Mantener la precarga óptima por administración de líquidos I.V. o diuréticos.<br>• Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitación u otros sonidos adventicios.<br>• Controlar y evaluar indicadores de hipoxia tisular(saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato). |

| ***INTERVENCIONES DE ENFERMERIA*** | |
|---|---|
| **INTERVENCION :** Regulación hemodinámica | **INTERVENCION:** Manejo de la terapia trombolitica |
| Actividades:<br>• Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.<br>• Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.<br>• Auscultar los sonidos cardiacos.<br>• Comprobar y registrar la frecuencia, el ritmo cardiaco y los pulsos.<br>• Vigilar los niveles de electrolitos.<br>• Monitorizar el gasto cardiaco o índice cardiaco e índice de trabajo ventricular izquierdo<br>• Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad.<br>• Evaluar los efectos secundarios de fármacos inotrópicos.<br>• Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.<br>• Observar si hay edema periférico, distensión de vena yugular y sonidos cardiacos.<br>• Monitorizar la presión enclavada capilar pulmonar/arterial y la presión venosa central.<br>• Mantener el equilibrio de líquidos.<br>• Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores.<br>• Administrar medicación antiarrìtmica.<br>• Realizar sondaje vesical.<br>• Minimizar/eliminar los factores ambientales estresantes. | Actividades:<br>• Comprobar la identidad del paciente.<br>• Obtener la historia de la enfermedad actual y antecedentes médicos.<br>• Realizar una exploración física (aspecto general, frecuencia cardiaca, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura, grado de dolor, estatura y peso).<br>• Explicar todos los procedimientos al paciente /familiar.<br>• Obtener una pulsioximetría y aplicar oxígeno si es adecuado.<br>• Realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones.<br>• Iniciar una vía intravenosa.<br>• Preparar el trombolìtico.<br>• Administrar el trombolìtico según pautas específicas de administración.<br>• Administrar medicaciones adicionales según prescripción.<br>• Evitar la obtención de muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas.<br>• Controlar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, el grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, la ingesta y la eliminación, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas según las indicaciones.<br>• Observar signos de hemorragia.<br>• Preparar para iniciar medidas de soporte vital básico y avanzado si está indicado.<br>• Preparar para el traslado para la curación definitiva( cateterización cardiaca, UCI) |

| ***INTERVENCIONES DE ENFERMERIA*** | |
|---|---|
| **INTERVENCION:** Intubación y estabilización de vías aéreas. | **INTERVENCION:** Manejo de las vías aéreas artificiales. |
| Actividades:<br>• Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal<br>• Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesarios, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados y vigilar al paciente por sí aparecieran complicaciones durante la inserción.<br>• Auscultar el tórax después de la intubación.<br>• Inflar el globo del tubo endotraqueal.<br>• Fijar el tubo endotraqueal.<br>• Verificar la colocación del tubo con una radiografía de tórax, asegurando la canulaciòn de la tráquea 2 a 4 cm por encima de la carina.<br>• Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes superiores, mediante montajes y pivotes giratorios de catéter flexibles, y soportando los tubos durante el giro, la aspiración, desconexión y reconexión del ventilador. | Actividades:<br>• Disponer de una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal.<br>• Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de líquidos.<br>• Inflar el globo del tubo endotraqueal.<br>• Mantener inflado el globo del tubo endotraqueal durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.<br>• Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo endotraqueal al otro lado de la boca.<br>• Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal.<br>• Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos.<br>• Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus de las vías aéreas.<br>• Iniciar la aspiración endotraqueal.<br>• Instituir medidas que impidan retirar de manera accidental el tubo endotraqueal: fijar la vía aérea artificial, administrar sedación y relajantes musculares y disponer de sujeción en los brazos.<br>• Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe.<br>• Realizar fisioterapia torácica, si procede. |

| ***INTERVENCIONES DE ENFERMERIA*** | |
|---|---|
| **INTERVENCION :** aspiración de las vías aéreas | **INTERVENCION:** cuidados cardiacos agudos |
| Actividades:<br>• Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.<br>• Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Informar al paciente y familia sobre la aspiración.<br>• Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara.<br>• Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.<br>• Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.<br>• Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal.<br>• Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado.<br>• Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mmHg).<br>• Observar el estado de oxígeno del paciente y estado hemodinámico (nivel de presión arterial media y ritmo cardiaco), inmediatamente antes, durante y después de la succión.<br>• Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.<br>• Detener la succión traqueal y suministrar oxigeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia y/o desaturaciòn.<br>• Anotar tipo y cantidad de secreciones obtenidas. | Actividades:<br>• Seleccionar la menor derivación del ECG para la monitorización continua.<br>• Obtener ECG de 12 derivaciones.<br>• Auscultar sonidos cardiacos.<br>• Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.<br>• Vigilar el estado neurológico.<br>• Vigilar la función renal.<br>• Controlar los electrolitos que puedan aumentar el riesgo de disritmias (potasio, y magnesio en suero).<br>• Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos (presión venosa central y presión pulmonar de cuña capilar/arterial).<br>• Comprobar la efectividad de la oxigenoterapia.<br>• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno, hemoglobina y gasto cardiaco.<br>• Evitar la formación de trombos periféricos (cambios de posición cada 2 horas y administración de anticoagulantes en dosis bajas).<br>• Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor y la isquemia.<br>• Controlar la eficacia de la medicación.<br>• Mantener un ambiente inductor al descanso y a la curación. |

BIBLIOGRAFIA:


- Wilkinson J, Ahern N. Manuel de diagnósticos de enfermería. 9ª edición. Editorial Pearson Prentice Hall. España 2008
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2a Edición. Ed. Elsevier Mosby , España 2007
- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª edición. Ed. Elsevier Mosby. España 2009
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014 Ed Elsevier , España 2013
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanso E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª Edición. Editorial Elsevier Mosby España 2009
- Ackley B, Ladwig B. Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Editorial Elsevier, España 2007


FECHA DE ELABORACION: DICIEMBRE 2012 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Abril 2014