



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

**DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA DE ENFERMERIA**

**TEMA DE CASO CLINICO:
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE SEXO
MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON SHOCK CARDIOGENICO**

AUTORA:

JUANA YAJAIRA ESTRADA ESTRELLA

TUTORA:

LCDA. AMADA GOMEZ

BABAHOYO- LOS RIOS – ECUADOR

2019-2020

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Justificación.....	8
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. Objetivo General	9
1.2.2. Objetivos Específicos.....	9
DATOS GENERALES DEL PACIENTE	10
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	10
2.2. Anamnesis.....	11
2.3. Exploración Clínica.....	11
FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	5
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	5
NANDA:.....	7
NOC:	7
NIC:	7
NANDA:.....	8
NOC:	8
NIC:	8
NANDA:.....	9
NOC:	9
NIC:	9

2.4. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	11
2.5. SEGUIMIENTO	11
2.6. OBSERVACIONES	13
2. CONCLUSIÓN	14
Bibliografía	15
ANEXOS	16

DEDICATORIA

Dedico con todo mi amor y cariño a mis padres Juan Euclides Estrada Orna y Aida Moraima Estrella Espinoza por estar conmigo apoyándome cada instante de mi vida, a mis hijos Johan Sneyder Vera Estrada y Axel Anderson Vera Estrada ya que ellos son mi inspiración para seguir superándome y ser su ejemplo a seguir porque la vida nos trae muchos obstáculos y ellos tendrán que saber superarlos.

A todas aquellas personas que dudaron y no creyeron en mí, aquellos que esperaban que fracasara en la culminación de mis estudios, aquellos que me subestimaron por no creerme capaz y a todos aquellos que pensaron que me rendiría en el proceso de mi carrera.

Yajaira Estrada Estrella

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por estar guiándome en cada paso de mi vida juntos con mis padres Juan Euclides Estrada Orna y Aida Moraima Estrella Espinoza quienes han sido el pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo, confianza, cariño y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo que me han brindado para poder hacer realidad éste sueño.

Agradezco a mi tutora Lcda. Amanda Gómez por estar pendiente en todo este proceso ya que con su aporte y su asesoramiento logre culminar el presente Caso Clínico.

Al Dr. Nelson Noé Espinel Núñez quien se ha convertido en un gran amigo y un ejemplo a seguir quien a pesar de su alta demanda de labores ha dedicado una parte de su tiempo para compartirme sus conocimientos e ayudarme en todo este proceso de titulación.

Yajaira Estrada Estrella

**TEMA DE CASO CLINICO:
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE SEXO
MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON SHOCK CARDIOGENICO**

RESUMEN

Se presenta a continuación el proceso de atención de enfermería en paciente de sexo masculino de 48 años de edad que presenta shock cardiogénico.

Siendo una de las patologías con más altos porcentajes de mortalidad en pacientes con antecedentes diabéticos e hipertensos, es un tema muy importante para realizar un estudio de caso, debido que el personal de enfermería son los encargados de brindar cuidados fundamentales y directos al paciente, el cual va a cumplir el rol de dirigir todos los aparatos cardiológicos, y respiradores para sostener una ventilación mecánica si lo llegara necesitar.

Por ende, llevaremos un adecuado proceso de atención de enfermería en paciente que presenta shock cardiogénico, para valorarlo clínicamente en todas sus afectaciones, dándole un cuidado preciso para la recuperación de su salud, basándose en las diferentes teorías de enfermería.

Palabras clave: shock cardiogénico, mortalidad, ventilación mecánica, proceso de atención de enfermería

ABSTRACT

The process of nursing care in a 48-year-old male patient with cardiogenic shock is presented below.

Being one of the pathologies with the highest percentages of mortality in patients with diabetic and hypertensive antecedents, it is a very important topic to carry out a case study, since the nurse is in charge of providing primary and direct care to the patient, where he fulfills the role of managing all cardiological devices, and respirators to maintain mechanical ventilation if warranted.

Therefore, we will carry out a process of nursing care in patients with cardiogenic shock, to assess them clinically in all their affectations, giving them adequate care for the recovery of their health, based on different nursing theories.

Key words: cardiogenic shock, mortality, mechanical ventilation, nursing care process

INTRODUCCION

El shock cardiogénico es cuando el corazón no tiene la capacidad de mantener un gasto cardíaco adecuado para sustituir las demandas metabólicas tisulares considerado un estado de hipoperfusión tisular severo. Se determina clínicamente por exposiciones de la baja del flujo sanguíneo al cerebro, riñones y piel.

En el presente estudio "Utilización de Streptokinasa y activador tisular del plasminógeno en arterias coronarias ocluidas" la incidencia del shock fue de 7.2%. La mortalidad continúa siendo muy elevada variando de 50% a 80% o mayor de acuerdo a los diferentes reportes de la literatura médica.

El Proceso de Atención de Enfermería siendo una de las herramientas más importante ayuda a realizar las actividades con los pacientes de una manera sistemática, dando así resultados dignos de un profesional de enfermería, por ende, en este estudio de caso clínico de shock cardiogénico vamos a llevar a cabo las etapas del proceso de atención de enfermería donde se realizara una valoración física, diagnóstico de enfermero, planificación y ejecución de las actividades evaluando los cuidados dados donde se demostrarán habilidades, conocimientos y flexibilidad del enfermero con el trato hacia el paciente.

I. MARCO TEÓRICO

SHOCK CRADIOGENICO

Son numerosas las fuentes consultadas que definen el SC como un síndrome inquietante debido a su prevalencia, gravedad y mortalidad, llegando a obtener cifras de hasta el 80% de los casos. A pesar de que su incidencia ha ido disminuyendo entre un 10 y un 15% con el tiempo y los avances diagnósticos y terapéuticos, el shock cardiogénico continúa siendo una de las causas de muerte más frecuente en pacientes con patología cardíaca aguda. La complejidad que este cuadro clínico presenta, hace necesario un diagnóstico precoz y un abordaje eficaz. En este manejo inicial, será de manera esencial garantizar una vía aérea segura y permeable, seguido de las medidas primordiales para establecer nuevamente la perfusión celular y reestablecer así el aporte adecuado de oxígeno celular y la función ventricular. (Pascual, 2020)

En el presente trabajo se describen y explican las características principales de este tipo de shock, así como los distintos tratamientos y técnicas que permitan un manejo del mismo más eficiente. Al mismo tiempo se debate y se analiza la labor que enfermería debe llevar a cabo en este tipo de situaciones y trata de unificar criterios basados en la evidencia que repercutan en una práctica clínica de calidad. (alonzo, 2019)

La mayoría de los casos se produce por la presencia de infarto agudo de miocardio, cursando con pérdida de más del 40% del miocardio ventricular izquierdo. En la ocasión de infarto del ventrículo derecho se produce una reducción de la distensibilidad diastólica y disfunción sistólica del mismo, con el resultado de un estado sensible a volumen y no a presión como lo es el del ventrículo izquierdo. (Fierro, 2016)

De igual modo, el deterioro de alguna de las estructuras funcionales del corazón (válvulas, músculos papilares, pared libre, etc.) causado por isquemia aguda o necrosis, puede producir un shock cardiogénico per se o bien contribuir junto a la lesión del ventrículo izquierdo al shock, comportándose como un fallo del ventrículo izquierdo. Por último, otras causas que pueden

desencadenar un shock cardiogénico incluyen la miocarditis aguda y las arritmias mantenidas. (Carrasco, actualizado en el año 2020)

CAUSAS DE SHOCK CARDIOGÉNICO

Dificultad para el llenado cardiaco

- Neumotórax a tensión
- Ventilación a presión positiva
- Taponamiento cardiaco
- Pericarditis contractiva
- Alteraciones de la distensibilidad miocárdica y cambio de la geometría ventricular
- Pérdida de la sincronía aurículo ventricular
- Taquiarritmias
- Coartación de la aorta
- Mixomas

Aumento de la postcarga

- Estenosis aórtica severa
- Tromboembolismo pulmonar

Disfunción cardiaca

- **Disminución de la contractilidad**
 - Infarto Agudo del Miocardio (*IAM*)
 - Miocarditis
 - Miocardiopatías
 - Tóxicos
- **Flujo regurgitante**
 - Comunicación interventricular

(Carballosa, recuperado en el año 2019)

ETIOLOGÍA

El Shock Cardiogénico genuino es producido por el daño intrínseco de la función contráctil del músculo cardíaco. La causa más común de Shock

Cardiogénico es el infarto agudo de miocardio (IAM), y por estudios patológicos se relaciona con más del 40% de compromiso de la masa muscular. Otras patologías que pueden causar daño taxativo de la función contráctil son: miocarditis, cardiomiopatía dilatada, depresión miocárdica en shock séptico y como secuela posterior al paso por la bomba de circulación extracorpórea durante la cirugía cardiovascular. Las demás causas que provocan SC y que no impulsan al principio alteración de la contractilidad son los problemas mecánicos como: insuficiencia mitral (IM), ruptura del septum interventricular (Wilmer Alfonso Barros Arévalo, 2017)

EPIDEMIOLOGIA.

La causa más recurrente del Shock Cardiogénico es el IAM, y su incidencia es del cerca del 8% de todos los infartos. En esta enfermedad la mortalidad permanece todavía superiores a treinta días, a cantidades que llegan del 40 - 60%. El 70 % las muertes por infarto de miocardio se generan por shock cardiogénico.

de los pacientes que ingresan a hospital con SCACEST y desarrollan shock solo el 15% lo muestra al ingreso, en tanto que 85% lo produce a lo largo de la internación.

(Terapia Intensiva- Cardiología Critica, 2014)

FISIOPATOLOGÍA

El shock cardiogénico se produce luego de un infarto extenso o de una intensa isquemia miocárdica, con deterioro de función sistólica el ventrículo izquierdo y de la contractibilidad con caída del índice cardiaco (IC).

La respuesta neuro humoral del sistema simpático y de la renina-angiotensina produce vasoconstricción y taquicardia. La combinación de hipotensión arterial y un Reducido condiciona la disminución de la perfusión sistemática, de la hipoperfusión orgánica y coronaria con mayor isquemia, necrosis y mayor

deterioro hemodinámico, lo que cierra la espiral descendente que lleva la muerte.

(Terapia Intensiva- Cardiología Crítica, 2014)

Estudios diagnósticos

La historia clínica y la exploración física ofrecen datos importantes para detectar el SC y orientar el diagnóstico de las causas corregibles.

El electrocardiograma de 12 derivaciones debe ser llevado a cabo en forma instantánea al ingreso del tolerante, para ubicar cambios isquémicos, infarto o arritmias. En esos pacientes con infarto inferior y Shock Cardiogenico, es necesaria la ejecución de un EKG con precordiales derechas para excluir la extensión al ventrículo derecho.

Radiografía de tórax

Rara vez es normal. Se puede visualizar cardiomegalia y congestión pulmonar o edema pulmonar. En disección aórtica se puede visualizar mediastino ensanchado y separación entre la calcificación de la íntima y el borde adventicial > de 1 cm. (Hofer, 2008)

Ecocardiograma de urgencias

Insustituible para corroborar el diagnóstico de la disfunción ventricular izquierda y de la presencia de complicaciones mecánicas como causales del Shock Cardiogenico. Además, puede predecir el pronóstico al no existir hipercinesia compensadora de la pared no afectada por el acontecimiento actual. Permite corroborar o descartar otras causas de SC como disección de aorta, taponamiento cardíaco, endocarditis infecciosa en insuficiencia valvular, estenosis aórtica severa y signos de tromboembolismo pulmonar masivo.

(cuidado critico cardiovascular, 2003)

Balón de contrapulsación intraaórtico

El balón de contrapulsación intraaórtico es el dispositivo de soporte mecánico para el tratamiento de shock cardiogénico en las últimas cuatro décadas. Para los pacientes con Shock Cardiogénico, el empleo del Balon de Contrapulsación

intraaortico es una recomendación de clase IB de acuerdo con la american collage of cardiology foundation y la american heart association.

Su uso mejora la perfusión coronaria por la inflamación diastólica. A través de la rápida deflación presistólica de la aorta, reduce la poscarga, y el VI eyecta desde una tensión diastólica final menor. Además, reduce el consumo de O₂ miocárdico por menor tensión parietal, aunque tiene poco efecto sobre el IC.

(Terapia Intensiva- Cardiología Critica, 2014)

Terapia farmacológica.

Si la causa es un síndrome coronario agudo, inicie tratamiento farmacológico para dolor tipo cardíaco.

mantener aporte/consumo miocardio además de restaurar gasto cardiaco y perfusión órganos.

la administración líquidos se maneja en base a la fisiopatología y requiere monitoreo continuo

uso de agentes vasopresores

Bajo supervisión de especialista en traslados prolongados.

Inicie fármacos intravenosos inotrópicos por vía periférica.

Dopamina intravenosa en infusión (ampollas de 200 mg/5ml).

Para la dilución, mezcle 400 mg en 250 ml de Dx5% en agua o SS al 0,9%.

Inicie con una dosis de 5ug/kg/min e ir aumentando progresivamente hasta 20 ug/kg/min.

Contraindicado en taquiarritmias e hipertensión.

(Protocolo de atencion prehospitalarias en emergencias medicas MSP, 2011)

Intervención Enfermera. Medidas generales a adoptar:

- Anamnesis:

Antecedentes personales:

Hábitos tóxicos

Cardiopatías previas

Traumatismos

Enfermedades previas de interés

- Medición de las constantes vitales de forma continua. (TA, FC, FR, SatO₂, Temperatura)
- Administración de oxígeno para mantener SatO₂ > 95%
- Valorar Ventilación Mecánica Invasiva (VMI). Preparación de material y fármacos necesarios para desarrollar dicho procedimiento.
- Colocación de sonda vesical para controlar el débito urinario.
- Colocación de catéteres periféricos
- Preparación de material para inserción catéter venoso central
- Colocación de catéter venoso central para diagnosticar la Presión Venosa Central (PVC) y la saturación venosa central de oxígeno (SVcO₂)
- Preparar medicación (aminas vasoactivas) y sueroterapia
- Exámenes de laboratorio (hemograma, bioquímica, coagulación)
- Realizar Gasometría Arterial
- Radiografía de Tórax
- Verificación de SNG.
- Determinación de glucosa y lactato sérico. Es vital la importancia de también conocer la concentración del lactato sérico, aunque a pesar de su inespecificidad, la persistencia de niveles alterados de lactato ha sido descrita como un buen marcador pronóstico metabólico.
- Administración hemoderivados, en caso indicado. Desde el instante en que se identifica el SC tienen que empezar las acciones terapéuticas, por tal de conseguir los objetivos deseados. Favorecer el bienestar del paciente. Informar

al paciente o a su familia, sobre las pruebas y procedimientos que se le realizan. (intervención enfermera en el shock cardiogénico, 2012)

Intervención Enfermera. Medidas específicas a adoptar:

- Vigilancia estricta del paciente orientado a detectar signos de empeoramiento clínico:
- Hipotensión importante
- Cambios en el nivel de conciencia
- Comprobar los valores de PVC o resto de parámetros si se instauran terapias de termodilución mediante catéter de Swan-Ganz (Presión Arterial Pulmonar (PAP), Presión Capilar Pulmonar (PCP) o bien sistema PiCCO (Índice Cardíaco (IC), Índice Resistencia Vasculares Sistémicas (SVRI), Índice de Agua extra pulmonar (ELWI) Controlar los efectos secundarios de los fármacos que se administran con especial atención a las aminas vasoactivas. (intervención enfermera en el shock cardiogénico, 2012)

1.1. Justificación

El SC es un cuadro clínico y hemodinámico grave, pero tratable y con razonable pronóstico de recuperación. Cada vez existe mayor evidencia de que una revascularización precoz permite a estos pacientes disfrutar de una sobrevida y una aceptable calidad de vida.

Las personas que sufren de shock cardiogénico necesitan cuidados especiales debido a los signos, síntomas, el 20% de personas que sufren esta patología mueren por esta causa al no tener los cuidados adecuados. Estos datos no han cambiado por más de una década, por tal razón se ve justificado en este estudio de caso clínico para demostrar el papel de la enfermera en los cuidados del paciente.

El estudio de caso trata la realización un plan de cuidado acorde a la valoración física que se le da al paciente ayudará a brindar los cuidados necesarios mediante las actividades establecidas de acorde a la patología basando en la prescripción médica donde nos ayudará al mejoramiento de su salud del paciente, en donde se podrá demostrar los resultados obtenidos

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de sexo masculino de 48 años de edad con shock cardiogénico

1.2.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar científicamente la patología manifestada por el paciente
- Establecer diagnóstico de enfermería de acuerdo a los problemas identificados,
- Dar seguimiento al plan de cuidados de enfermería aplicado a fin de contribuir en la pronta recuperación del paciente.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- **sexo: masculino**
- **edad: 48 años**
- **ocupación: visitador medico**
- **estado civil: casado**
- **raza: mestizo**
- **instrucción: superior**
- **grupo sanguíneo o Rh negativo**
- **religión: católica**
- **lugar de residencia: GUAYAQUIL**

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del Motivo de la Consulta

paciente de sexo masculino de 48 años de edad que ingresa al área de emergencia del HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR en compañía de familiar de manera ambulatoria consciente orientado en tiempo y espacio, fascias pálidas, mucosas orales semihúmedas, por presentar dolor precordial tipo opresivo que se irradia a espalda y brazo de lado izquierdo, se acompaña de sensación de cansancio disnea ortopnea y, con presencia de tos sin expectoración, con signos vitales: frecuencia cardiaca: 115 latidos x min, frecuencia respiratoria: 15 x min, presión arterial: 130/89 mmhg, saturación oxígeno: 90%, glicemia: 89 mg/dl, por lo cual paciente pasa al área de uci ,presentando disnea, hipertenso, no responde a volumen , se instaura infusión de norepinefrina, aplicando sedo analgesia e intuban al paciente además colocan dispositivo de soporte mecánico cardiocirculatorio balón de contrapulsación (intraaórtico)

Hábitos:

- **ALCOHOL: ocasional**
- **TABACO: No refiere**

<i>ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES</i>	<i>ANTECEDENTES FAMILIARES</i>	<i>ANTECEDENTES ALERGICOS</i>	<i>ANTECEDENTES QUIRURGICOS</i>
Hipertensión Arterial controlada	Padre: Hipertenso Madre: No refiere	No Refiere	No refiere

2.2. Anamnesis

paciente ingresa al área de emergencia presenta dolor precordial tipo opresivo que se irradia a espalda y brazo de lado izquierdo que se acompaña de sensación de cansancio disnea y ortopnea, presencia de tos sin expectoración, frecuencia cardiaca: 115 latidos x min ,frecuencia respiratoria: 15 x min, presión arterial: 130/89 mmhg, saturación oxígeno: 90%, glicemia: 89 mg/dl, por lo cual medico refiere su ingreso a sala de uci , hemodinámica mente inestable con soporte de noradrenalina y dobutamina bajo asistencia respiratoria mecánica con alteración de la función renal presentando disuria, retención urinaria, y enzimas cardiacas aumentadas, requirente de medicación vasopresor en altas dosis , aun dependiente de ventilador aparece como complicación acidosis respiratoria.

2.3. Exploración Clínica

valoración cefalocaudal

- **piel- faneras:** fascias pálidas, mucosas orales semihúmedas,
- **cabeza:** normo cefálica, palidez leve
- **cuero cabelludo:** bien implantado, no presenta lesiones, de color negro,
- **frente:** tamaño amplio, sin pliegues
- **cejas:** negras, bien implantadas.
- **párpados:** simétricos
- **ojos:** pupilas isocóricas reactivas, Glasgow 15/15
- **orejas:** con pabellón auricular bien implantado.
- **boca:** macroglosia, paladar blando íntegro, labios normales

- **cuello:** simétrico, no ingurgitación yugular.
- **extremidades:** simétricas, presencia de edema.
- **tórax:** simétrico, utilización de músculos accesorios respiración, campos pulmonares con presencia de crepitantes en región basal
- **abdomen:** blando depresible no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes
- **columna vertebral:** normal
- **espalda:** simétrica sin malformaciones.
- **ingle – periné:** presenta disuria y retención urinaria
- **cadera:** simétrica.

signos vitales

- | | |
|--|---------------------------------|
| ➤ Frecuencia cardíaca: 115 latidos x min | ➤ Presión arterial: 130/89 mmhg |
| ➤ Frecuencia respiratoria: 15 x min | ➤ Temperatura: 37°C |
| | ➤ Saturación oxígeno: 90% |
| | ➤ Glicemia: 89 mg/d |

Valoración de enfermería por patrones funcionales (M. Gordon)

Patrón 1: percepción / manejo de la salud:

- patrón alterado debido que los signos vitales se encuentran inestables causas por la cual paciente es hipertenso y tiene antecedentes familiares, paciente refiere que es hipertenso con tratamiento

Patrón 2: nutricional y metabólico:

- patrón funcional alterado debido que el paciente presenta palidez, no se implementa alimentación por el motivo que el paciente esta con asistencia mecánica respiratoria.

Patrón 3: eliminación:

- patrón alterado debido que presenta alteración de la función renal presentando disuria, retención urinaria, también presenta dolor precordial tipo opresivo que se irradia a espalda y brazo de lado izquierdo

Patrón 4: actividad / ejercicio:

- signos vitales alterados
presión arterial 130/89
frecuencia cardiaca 115x´
saturación de oxígeno 90%
- presenta fatiga, debilidad debido a la hipertensión, disnea y ortopnea, presencia de tos sin expectoración por lo cual no le permite al paciente realizar ninguna actividad física, y estar en absoluto reposo.

Patrón 5: sueño / descanso:

- alterado se administró sedo analgesia e intubaron al paciente además colocan dispositivo de soporte mecánico cardiocirculatorio, por lo cual existe una alteración en el patrón de sueño, debido a que el paciente se encuentra bajo sedación,

Patrón 6: cognitivo / perceptual:

- patrón alterado debido que el paciente está bajo sedación, aunque se observa, irritable, y realiza movimientos que afectan a su estado, por lo cual entra en ansiedad intrahospitalaria

Patrón 7: autopercepción / autoconcepto:

- alterado debido que se instaura asistencia mecánica respiratoria, por lo cual no hay una comunicación verbal. Motivo por el cual la familia refiere que está preocupada

Patrón 8: Rol / relaciones:

- familia funcional al momento permanecen al pendiente del paciente, pidiendo información al personal de salud

Patrón 9: sexualidad / reproducción:

- sin alteraciones

Patrón 10: adaptación / tolerancia al estrés

- patrón alterado por parte del paciente debido que presenta estrés intrahospitalario, ante la situación que esta pasando paciente se encuentra bajo sedación.

Patrón 11: valores y creencias:

- católico

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

percepción / manejo de la salud
nutricional y metabólico
Eliminación
actividad / ejercicio
sueño/ descanso
cognitivo / perceptual
autopercepción / autoconcepto
adaptación / tolerancia al estrés

EXÁMENES DE LABORATORIO

HEMOGRAMA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	V. NORMALES
GLOBULOS BLANCOS	10300	mm3	5 – 10 mil

GLOBULOS ROJOS	5.4	mm3	4.5 – 5.5 millones
HEMOGLOBINA	15	g/dl	12 -18
HEMATOCRITOS	45%	%	M:37 – 47 H:43 -52
PLAQUETAS	294	K/ul	150 – 450 mil
NEUTROFILOS	78	%	50 – 70
LINFOCITOS	13	%	20 – 40
MONOCITOS	7	%	3 – 12
EOSINOFILOS	0	%	0.5 – 5
BASOFILOS	0	%	0.0 - 1.0

QUIMICA SANQUINEA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	V. NORMALES
GLUCOSA	108	mg/dl	70 – 110
UREA	100	mg/dl	19 – 43
CREATININA	10	mg/dl	0.80 – 1.5
SODIO	137.00	mEq/l	135.00 – 145.00
COLORO	104.60	mEq/l	98.00 – 107.00
POTASIO	7.60	mEq/l	3.50 – 5.10

GASOMETRIA ARTERIAL

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	V. REFERENCIALES
PH	7.3		7.35 y 7.45
PCO2	29	mmHg	38 a 42
PO2	119	mmHg	75 a 100
BICARBONATO	19	mEq/L	22 a 28
SATURACION O2	90	%	94 a 100

CARDIOVASCULAR

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES	V. NORMALES
CREATINA	24	UI/l	<12

CINASA MB			
CREATINA CINASA	169	UI/l	CK M: 24 -195 CK F: 24 -170
TROPONIN A I (TNI)	2.36	ng/L	Punto de corte: 14 ng/L. <14ng/L: baja probabilidad de IAM. >50ng/L: alta probabilidad de IAM.
TROPONIN A T (TNT)	14.9l	ng/ml	0.12 – 0.60
PEPTIDO NATRIURETICO	7345	pg/mL	Menor de 300 pg/mL. IC poco probable.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

PRESUNTIVO:

- ❖ síndrome coronario agudo

DIFERENCIAL:

- ❖ choque cardiogénico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- ❖ shock cardiogénico

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

a continuación, se analizará el origen del problema

- **biológica:** refiere antecedentes familiares
- **física:** presenta irritabilidad, y disnea, y piel pálida, disuria.
- **ambientales:** no refiere ningún problema de parte de la familia
- **sociales:** familia económicamente estable

NANDA:

TIPO: REAL

Dominio 4: actividad / reposo clase1: reposo / sueño
DX: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)

M
E
T
A
S

R/C: Ansiedad, fatiga de los músculos respiratorios

Dominio: salud fisiológica

Clase: cardiopulmonar

Etiqueta: 0415 estado respiratorio

Campo: fisiológico complejo

Clase: control respiratorio

Etiqueta: 3350 monitorización respiratoria

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

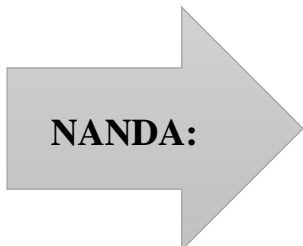
E/P: Disnea, patrón respiratorio anormal

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
disnea			x		
sonidos respiratorios adventicios			x		
Inquietud	x				
Tos			x		
Vías aéreas permeables			x		
Saturación de oxígeno			x		

ACTIVIDADES

- Control continuo de signos vitales.
- Monitorizar niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes siguiendo las normas del centro y según lo indicado
- Auscultar sonidos respiratorios observando las áreas de disminución, o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios
- Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente
- Instaurar tratamiento de fluido terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.



Dominio11: seguridad y protección **Clase 1:** Infección
DX: RIESGO DE INFECCION (0004)

R/C: procedimientos invasivos

M
E
T
A
S

Dominio: salud fisiológica

Clase: respuesta inmune

Etiqueta: severidad de la infección (070)

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: seguridad

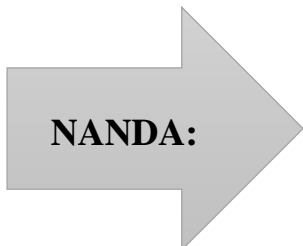
Clase: control de riesgos

Etiqueta: protección contra las infecciones 6550

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
dolor			X		
Malestar general			x		
Trastorno cognitivo					
Infiltrados en la radiografía de tórax		x			
hipersensibilidad				x	

- ACTIVIDADES**
- Monitorización continua
 - Observar signos y síntomas de la infección sistémica y localizada
 - Mantener la asepsia para paciente de riesgo
 - Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso
 - Fomentar una ingesta nutricional suficiente
 - Notificar los resultados de cultivos positivos al personal medico
 - Proporcionar los cuidados adecuados en la piel en las zonas vulnerables
 - Control estricto de balance hídrico
 - Cuidados de accesos periféricos y centrales
 - Cuidados de catéter urinario.



X TIPO: REAL

Dominio 3: eliminación. **Clase1:** sistema urinario
DX: DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA (00016)

R/C: MULTICAULIDAD

E/P: disuria, retención urinaria

M
E
T
A
S

Dominio: salud fisiológica

Clase: Eliminación (F)

Etiqueta: 0504 función renal

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: fisiológico básico

Clase(B) control de la eliminación

Etiqueta: 0590 manejo de la eliminación urinaria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Balance de ingesta y diuresis en 24 horas			x		
Diuresis en 8 horas					
Color de la orina		x			
Fatiga, malestar				x	

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia consistencia, olor, volumen y color
 - Monitorizar signos vitales
 - Control de ingesta y excreta
 - Evidenciar si hay síntomas de fatiga, cansancio
 - Observar si hay síntomas de retención urinaria
 - Cuidado de catéter urinario.
 - Controlar la diuresis
 - Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida
 - Control de glicemia cada 6 horas.

2.4. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Las diferentes teorías de enfermería que existe en la actualidad este estudio de caso se enfocan en la teoría de **Florence Nightingale**, debido que el enfermero es apto para cuidar al paciente en cualquier entorno que se encuentre adaptándolo de una manera donde pueda haber un mejor cuidado en la salud de las personas, basándose en teorías filosóficas, donde se tendrá por objetivos metas que ayuden en la recuperación del paciente.

Por lo cual esta teoría nos ayudara a:

- Obtener un mejor rendimiento por parte del personal de enfermería
- Proponer objetivos generales para nuestro paciente
- Trabajar en cualquier entorno que el personal de enfermería se encuentre
- Demostrar habilidades y destrezas obtenidas a raves de la practica
- Poner en prácticas teorías para poder brindar un integro cuidado hacia el paciente

2.5. SEGUIMIENTO

- 31/08/2019: paciente que ingresa a sala de emergencia presenta dolor precordial tipo opresivo que se irradia a espalda y brazo de lado izquierdo que se acompaña de sensación de cansancio disnea y ortopnea, presencia de tos sin expectoración.
- 1/9/2019 paciente con dificultad respiratoria, hipertenso, no responde a volumen, se instaura infusión de norepinefrina, se sedo analgesia, fue

intubado al paciente además se coloca dispositivo de soporte mecánico cardiocirculatorio balón de contrapulsación intraaórtico

➤ 2 septiembre 2019: bajo sedación hemo dinámicamente inestable con soporte de noradrenalina y dobutamina bajo asistencia respiratoria mecánica con alteración de función renal y enzimas cardiacas aumentadas

➤ 3 / 4 septiembre 2019: hemodinámica mente inestable requirente de medicación vasopresor en altas dosis, aun dependiente de ventilador aparece como complicación acidosis respiratoria

➤ 6 de septiembre se evidencia leve mejoría a nivel hemodinámico, se retira el balón de contrapulsación intraaórtica, continua bajo asistencia respiratoria mecánica

➤ 7 / 8 de septiembre del 2019

presenta mejoría hemodinámica se logra disminuir dosis y suspender medicación inotrópica.

9/ 10 septiembre 2019

paciente hemodinámicamente estable, por lo cual se decide retirar la sedación, además los parámetros ventilatorios son adecuados motivo por el cual se logra programar la extubación de el mismo con óptimos resultados.

➤ 13 septiembre 2019

paciente que se mantiene consciente orientado, con evolución favorable hemodinámica, función respiratoria preservada, función renal en mejoría, análisis de laboratorio en parámetros aceptables por lo que se decide que sea dado de alta de uci y sea trasladado a sala de medicina interna.

2.6. OBSERVACIONES

El paciente con shock cardiogénico ha tenido una evolución con resultados satisfactorios tanto para el personal de salud, así mismo como la familia, donde se brindó cuidados basándose en el diagnóstico médico y enfermero, siguiendo el debido tratamiento, y el plan de cuidado, se pudo observar cómo iba evolucionando de manera satisfactoria al pasar los días.

Se brindó cuidados mediante técnicas y métodos que ayudaran a su estado de respiratorios, se ayudó a mejorar el estrés y ansiedad intrahospitalaria.

De la misma manera se dio a conocer a los familiares, sobre el estado actual del paciente, informando de manera que iba evolucionando.

2. CONCLUSIÓN

La valoración que se llevó a cabo con el paciente nos reveló datos importantes para poder elaborar un diagnóstico enfermero donde se realizó las actividades de enfermería de una manera sistemática, en conjunto con el personal médico siguiendo las debidas normas y protocolos de la unidad hospitalaria donde se encuentra el paciente.

Por lo cual se dio a conocer que el proceso de atención de enfermería es una de las herramientas más importante que el profesional de enfermería debe realizar al momento de ingresar al paciente, y durante su estancia en el Hospital.

Se ha demostrado que el shock cardiogénico es una patología de alto riesgo que puede llevar a la muerte si el personal de enfermería no brinda los cuidados de manera correcta.

Bibliografía

cuidado crítico cardiovascular. (2003). *shock cardiogenico*. Bogota Colombia: sociedad colombiana de cardiología.

alonzo, p. (2019). manejo inicial del shock cardiogenico. *gredos*, 142.

Carballosa, d. I. (recuperado en el año 2019). shock cardiogenico. *revista de las ciencias de la salud de cienfuego*.

Carrasco, D. O. (actualizado en el año 2020). SHOCK: Enfoque diagnóstico y terapéutico en el adulto. *scielo*, 19.

Fierro, J. (2016). Choque cardiogénico manual de atención para emergencias cardiovasculares. Quito, Quito, Ecuador.

Hofer, M. (2008). *Radiología del Tórax: Atlas de aprendizaje sistemático* . buenos aires: medica panamericana.

intervención enfermera en el shock cardiogénico. (2012). 4.

Pascual, D. M. (4 de marzo de 2020). *En búsqueda de la asistencia idónea en el shock cardiogénico post-IAM*. Obtenido de sociedad española de cardiología : <https://secardiologia.es/blog/11408-impella-frente-a-bcioa-en-busqueda-de-la-asistencia-idonea-en-el-shock-cardiogenico-post-iam>

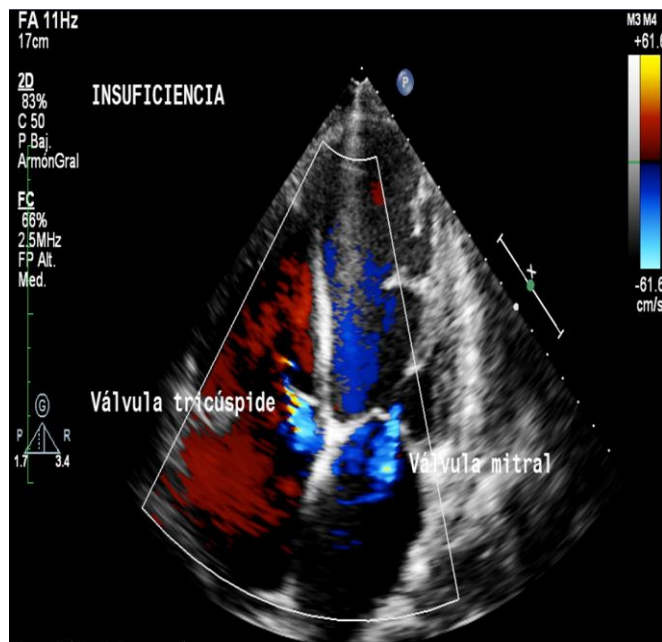
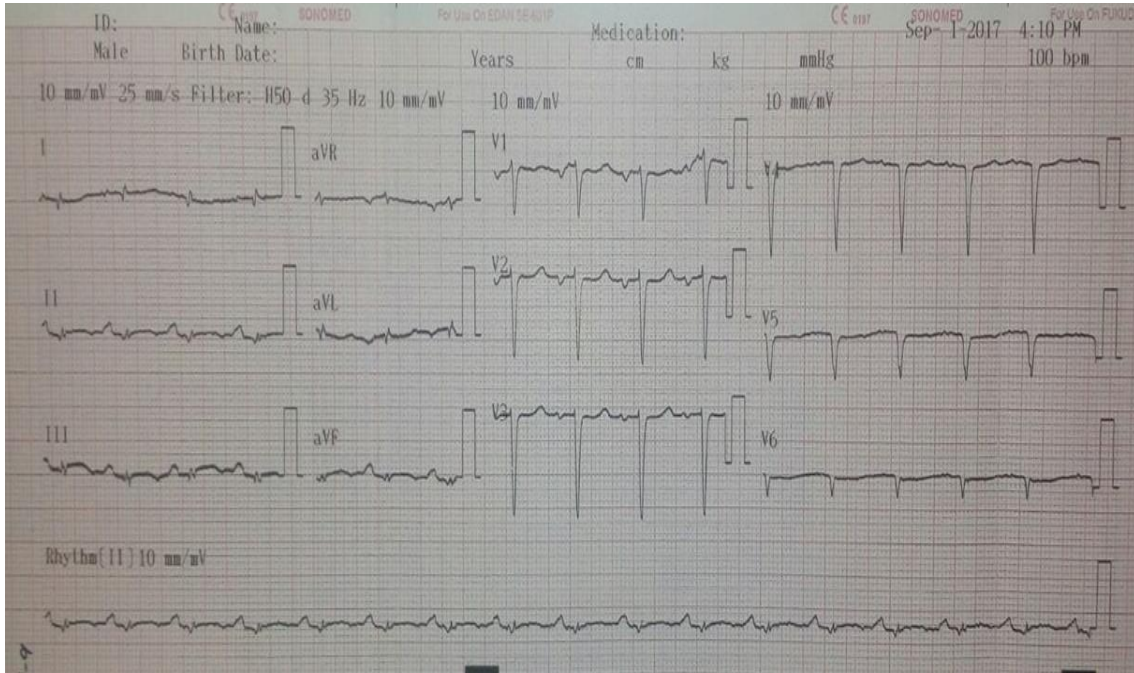
Protocolo de atención prehospitalarias en emergencias medicas MSP. (2011). quito.

Terapia Intensiva- Cardiología Crítica. (2014). *cardiología crítica*. Argentina: Panamericana.

Wilmer Alfonso Barros Arévalo, M. W. (2017). *Shock cardiogénico*. mexico.

ANEXOS

EXAMENES COMPLEMENTARIOS




PACIENTE HOSPITALIZADO



Document Information

Analyzed document	JUANA.ESTRADA.CASO.CLINICO.PARA.REVISION.docx (D78431910)
Submitted	9/1/2020 4:59:00 AM
Submitted by	Ligia
Submitter email	lvargas@utb.edu.ec
Similarity	10%
Analysis address	lvargas.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://es.slideshare.net/yohanaguevaradlpozo/tipos-de-shock-40940688 Fetched: 11/6/2019 6:27:28 PM	 3
W	URL: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/55_56_07.pdf Fetched: 4/16/2020 2:21:55 AM	 7
