



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado (a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 60 AÑOS DE
EDAD CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

AUTORA

STEFANIA DANIELA MONAR PADILLA

TUTOR

LCDA. MORA MONTENEGRO MARIANA

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-------------------------------|
| DEDICATORA | I |
| AGRADECIMIENTO | II |
| TITULO DEL CASO CLÍNICO | III |
| RESUMEN | IV |
| ABSTRACT | V |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| I. MARCO TEORICO | 2 |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 1.2 OBJETVOS | 8 |
| 1.2.1 Objetivo General..... | 8 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 8 |
| 1.3 DATOS GENERALES..... | 9 |
| II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO | 10 |
| 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE | 10 |
| 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (AMNAMESIS)..... | 11 |
| 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)..... | 11 |
| 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, REALIZADOS A SU INGRESO..... | 14 |
| 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL..... | 16 |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTO A RELIZAR | 16 |
| 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES | 20 |
| 2.8 SEGUIMIENTO | 21 |
| 2.9 OBSERVACIONES | 23 |
| CONCLUSIONES | ¡Error! Marcador no definido. |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS | 24 |

DEDICATORA

Dedico este trabajo Dios por haber sido mi guía a lo largo de todos estos años de formación académica y darle vida a mis padres para que me vean convertirme en una gran profesional

Mis padres el Sr. Luis Monar y, en especial a mi madre la Sra. Gladys Padilla quien siempre ha estado en las buenas y en las malas apoyándome, y acompañándome en mis interminables noches de estudio. Mis hermanas y hermano que a pesar de nuestras indiferencias siempre me han prestado su hombro para recostarme en él y poder recargar energía.

Mis sobrinas porque en ellas encontré la fortaleza para seguir mi camino siempre pensando en un futuro mejor para todos.

Mi tutora de Internado Lcda. Catalina Hidalgo que gracias a su cariño, esmero y comprensión pude sacar adelante mis prácticas, convirtiéndose en un pilar fundamental en mi formación como profesional de la salud.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco Dios por haberme guiado a lo largo de todos estos años y haberme dado la fortaleza necesaria para enfrentar cada obstáculo que se atravesó en mi camino.

Mis padres por haberme dejado el legado más grande que se le puede dejar a un hijo, el estudio. Mi sobrina Joselyn Muñoz por toda la ayuda que me brindo en estos años de formación académica

Mi tutora por ayudarme en la culminación de mi estudio de caso clínico guiándome e instruyéndome en cada etapa de este proyecto.

Y para finalizar quiero agradecer a cada uno de mis compañeros quienes estuvieron en las buenas y en las malas, y que hoy en día me siento muy feliz de haber terminado una etapa más de mi vida junto a ellos, deseándole lo mejor en su vida profesional.

.

TITULO DEL CASO CLÍNICO
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 60 AÑOS CON
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio hace referencia a la necrosis miocárdica que se produce por la obstrucción aguda de una arteria coronaria. Los principales síntomas son: dolor precordial, con irradiación hacia cuello y mandíbula, y brazo izquierdo. También existe presencia de disnea, diaforesis, náusea y vómito. El diagnóstico se basa principalmente en el electrocardiograma y el hallazgo de biomarcadores cardíacos. El tratamiento inicial consiste en el uso de anticoagulantes, betabloqueantes, antiagregantes plaquetarios, estatinas y terapia de reperfusión.

El presente estudio de caso se lo realizó con la finalidad de evidenciar como influye el correcto actuar del personal de enfermería ante un Paciente de 60 años con infarto agudo de miocardio, iniciando por la valoración cefalocaudal y los patrones funcionales de Marjory Gordon, con la finalidad de describir el estado del paciente y evaluar cada intervención planteada como son: cuidados cardíacos, Manejo del dolor, y nivel de ansiedad. Dando como resultado la evolución favorable del paciente.

Palabras Claves: Necrosis, dolor precordial, diaforesis, biomarcadores serológicos, electrocardiograma.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction refers to myocardial necrosis that occurs due to the acute obstruction of a coronary artery. The main symptoms are: chest pain, with irradiation to the neck and jaw, and the left arm. There is also the presence of dyspnea, diaphoresis, nausea and vomiting. The diagnosis is mainly based on the electrocardiogram and the finding of cardiac biomarkers. Initial treatment consists of the use of anticoagulants, beta-blockers, antiplatelet agents, statins, and reperfusion therapy.

The present case study was carried out in order to demonstrate how the correct action of the nursing staff influences before a 60-year-old patient with acute myocardial infarction, starting with the cephalocaudal evaluation and the functional patterns of Marjory Gordon, with the aim to describe the patient's condition and evaluate each proposed intervention such as: cardiac care, pain management, and anxiety level. Resulting in the favorable evolution of the patient.

Key Words: Necrosis, chest pain, diaphoresis, serological biomarkers, electrocardiogram.

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio es la muerte o necrosis del músculo cardíaco conocido como miocardio que se da como resultado de una obstrucción del flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Se consideran 2 tipos de infarto de miocardio según la interpretación del electrocardiograma: Infarto de miocardio con elevación del segmento ST (afección total del musculo cardíaco), Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (No afecta por completo la pared celular).

Las manifestaciones cónicas del infarto agudo de miocardio aparecen súbitamente y requieren de una atención rápida y oportuna ya que representa un alto índice de mortalidad si no es tratada a tiempo. Entre sus principales signos y síntomas se encuentra el dolor opresivo en región centro-torácica con irradiación a brazo, hombro, cuello y mandíbula, sobre todo del lado izquierdo.

A través del proceso de atención de enfermería se busca establecer las intervenciones propicias que debe tener el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes con infarto agudo de miocardio de manera racional, lógica y sistemática, para la pronta recuperación del paciente y su integración a la sociedad.

I. MARCO TEORICO

Definición

El infarto agudo de miocardio hace referencia a la necrosis miocárdica producida por la obstrucción coronaria, procedida a un síndrome isquémico inestable. En la práctica, el infarto se evalúa y se diagnostica en base a la clínica, pruebas bioquímicas, electrocardiograma, imagen, y la valoración patológica. (Barrayo-Sánchez , Rosas-Peralta, Perez-Rodríguez , Almeida-Gutiérrez , & Arriaga-Dávila, 2018)

Epidemiología

La enfermedad coronaria es la primera causa de defunciones cardiovascular y su atribución a la morbilidad se estima en unos 650,000 casos cada año. La mayor causa de mortalidad se relaciona directamente con el infarto agudo de miocardio (IMA) (250,000/año) y su incidencia varía considerablemente de una comunidad a otra, cuyas cifras fluctúan entre 0,8 y 7,5 por cada 1.000 habitantes anualmente; afecta más a los varones y su incidencia es de mayor relevancia en adultos (55-65 años). (Escobar Cruz & Mariño Serrano, 2016)

En el Ecuador el infarto agudo de miocardio es la enfermedad más temida dentro de las enfermedades cardiovasculares, su incidencia es cerca de las 40000 personas anualmente, ocupando el primer lugar entre las causas de fallecimiento por enfermedades cardiovasculares; estimando que un ecuatoriano sufre un infarto cada 12 minutos. (Moreno Martín, Mejía Moya, Fernández Nieto, & Sánchez Núñez, 2016)

Factores de Riesgo

Se estima cinco factores de riesgo principales: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hipercolesterolemia, tabaquismo. En más del 90% de los casos los pacientes poseen más de un factor de riesgo (Morán Salinas, Duarte Fariña, & Ortiz Galeano, 2019)

Fisiopatología

Entre sus principales causas se encuentra la aterosclerosis coronaria, cuya característica es la acumulación excesiva de tejido fibroso y lípidos en la pared vascular. El exceso de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en sangre, conlleva al incrustamiento en la pared arterial, principalmente en partes de epitelio lesionado por tabaquismo o hipertensión. Estos depósitos, llamados placas o ateromas, emergen a la luz del vaso, estrechándolo y obstruyendo el flujo de la sangre. Si la capa fibrosa de la placa es delgada, el núcleo graso puede aumentar de tamaño, provocando su rotura y dando paso a la formación de un émbolo que pasa a circulación sistémica, teniendo como resultado final la formación de un trombo. La estructura anatómica de las arterias coronarias, es un predisponente a los mecanismos del aterosclerosis, debido a su trayecto tortuoso, facilita sitios propicios para el desarrollo de ateroma, o la obstrucción por trombo. (Rangel Echeagaray, 2016)

Clínica

Dolor o Malestar en zona precordial, con posibles otras localizaciones como la epigástrica o interescapular, que aparece en reposo o en actividad. La molestia puede describirse como algo que pesa, quema, aprieta, ahoga, arde, o simplemente como dolor, de intensidad variable. Inusualmente es punzante o muy localizada. Datos importantes radican en la posible irradiación a zonas como cuello, mandíbula, hombros, brazos (mayor relevancia en el lado izquierdo), o

espalda, y la agrupación de manifestaciones como disnea, frialdad, sudoración, náuseas y vómitos (Coll Muñoz , Valladares Carvajal , & González Rodríguez, 2016)

Medios Diagnósticos

Biomarcadores Séricos De Necrosis De Miocardio

Se realiza el diagnóstico del infarto agudo de miocardio cuando se elevan en sangre los marcadores más sensibles y específicos de necrosis: la fracción MB de la CPK (CPK-MB) y troponinas cardíacas; reflejando el daño en el miocardio, pero no indicando su mecanismo de aparición, de tal forma que un valor alterado sin evidencia clínica de isquemia, es obligatorio para la búsqueda de otras causas de lesión.

- CPK-MB: Se eleva a las 4-8 horas tras el Infarto agudo de miocardio y vuelve a sus valores normales en dos o tres días, su elevación sostenida debe hacer sospechar en un origen no cardíaco.
- Troponinas T e I: la troponina en sangre es un indicador, específico y altamente sensible de necrosis celular miocárdica. Aparecen en sangre a pocas horas del inicio (3h), alcanzando sus concentraciones máximas a las 12-48 horas, y persistir elevadas 7-10 días. (Coll Muñoz , Valladares Carvajal , & González Rodríguez, 2016)

Otras determinaciones de laboratorio

Lípidos séricos: Es indispensable un perfil lipídico en todos los pacientes con Infarto agudo de miocardio dentro de las 24-48 horas al inicio de ingreso. Esto en base al éxito del tratamiento con estatinas, para mejorar la función endotelial e inhibir la formación de trombos. (Coll Muñoz , Valladares Carvajal , & González Rodríguez, 2016)

Hallazgos hematológicos: La alteración de la cifra de leucocitos ocurre en las primeras dos horas al comienzo del dolor torácico, y alcanza el máximo a los 2 a 4 días después del infarto, volviendo a la normalidad en una semana. (Coll Muñoz , Valladares Carvajal , & González Rodríguez, 2016)

Electrofisiología Cardíaca

- Onda P: corresponde a la despolarización de las aurículas.
- Intervalo PR: Es el intervalo entre el inicio de la onda P, hasta el inicio del complejo QRS.
- Complejo QRS: corresponde a la despolarización ventricular
- Segmento ST: Primera parte de la repolarización ventricular. Inicia desde el final del complejo QRS al comienzo de la onda T
- Onda T: Representa la repolarización ventricular
- Intervalo QT: Representa el periodo completo de despolarización y repolarización de los ventrículos. (Zavala-Villeda, 2017)

IAM Según Electrocardiograma

Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento St. (Transmural)

Se produce tras la oclusión total o subtotal del flujo coronario, comprometiendo todo el espesor miocárdico. Muchos de los pacientes que tienen como manifestación primaria elevación del segmento ST, evolucionan y terminan presentando ondas Q en el ECG. (Harrison T. , y otros, 2016)

Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento st. (Subendocárdico)

Ocurre tras el compromiso del tercio interno del miocardio, en la cual la tensión mural es máxima y el flujo sanguíneo miocárdico es susceptible a cambios en la circulación (sin afectar al grosor de la pared del corazón). Se evidencia la depresión del segmento ST o inversión de la onda T. No aparecen ondas Q. (Harrison T. , y otros, 2016)

TRATAMIENTO

Manejo inicial

Se coloca al paciente en posición semifowler, colocación de acceso intravenoso periférico, oxigenoterapia y monitorización continua (Electrocardiograma), para identificar si existe presencia de desviación del segmento ST y arritmias cardiacas. (González Ferreiro, y otros, 2015)

Alivio del dolor

Opiáceos (Morfina) Si se produce efecto vagotónico (hipotensión, bradicardia) tras la administración de morfina, se debe proceder con atropina.

- En caso de hipersensibilidad a la morfina se procede con meperidina
- Si hay presencia de vómitos se debe usar antieméticos
- Evitar inyecciones intramusculares. (Coll Muñoz , Valladares Carvajal , & González Rodríguez, 2016)

Tratamiento Antiisquemico

- Beta-bloqueadores (atenolol)
- Nitratos (nitroglicerina) (No recordable en caso de presión arterial sistólica (PAS) menor de 90 mmHg, presencia de bradicardia o taquicardia y sospecha de Infarto de ventrículo derecho (VD)

Tratamiento Antitrombotico

Posee dos componentes: fármacos anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios (aspirina y copidogrel) (Harrison T. , y otros, 2016)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La razón por la cual se plantea este estudio de caso es debido a la importancia que tiene el actuar del personal de enfermería frente a pacientes con infartos agudo ya que dicha patología conlleva altos índices de morbi-mortalidad y una actuación oportuna conlleva a salvaguardar la vida del paciente.

La anamnesis en un paciente cardiaco es la principal fuente de información para llegar a realizar un diagnóstico efectivo y oportuno, permitiendo el desarrollo pertinente de un plan de cuidado con adecuadas intervenciones para brindar cuidados de alta calidad y brindar seguridad reduciendo así las comorbilidades que conlleva dicha patología.

El proceso de atención de enfermería se realizará en base al conocimiento adquirido a lo largo de la preparación académica y el desarrollo de habilidades obtenidas en las practicas Pre-profesionales.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con infarto agudo de miocardio en base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC

1.2.2 Objetivos Específicos

- Valorar el estado cardiovascular del paciente a través de la exploración, Auscultación, observación y entrevista
- Establecer los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos obtenidos de la valoración.
- Aplicar las intervenciones planteadas en el proceso de atención de enfermería
- Evaluar los resultados obtenidos dentro del proceso de atención de enfermería

1.3 DATOS GENERALES

Tabla 1. Elaboración de tabla de datos generales del paciente

| | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| Nombre y Apellidos: | Cevallos Cerfontaine Jaime Eduardo |
| Historia Clínica: | 270564 |
| Sexo: | Masculino |
| Edad: | 60 años |
| Estado Civil: | Casado |
| Grupo Sanguíneo: | o+ |
| Raza: | Mestizo |
| Lugar y Fecha de Nacimiento: | Pichincha 21/12/1959 |
| Lugar de procedencia: | Quito-Carcelén |
| Residencia Actual: | Quito-Carcelén |
| Religión: | Católico |
| Ocupación | Jubilado |
| Hijos | 3 Varones, 2 Mujeres |
| Nivel de estudios: | Estudios Superiores |
| Nivel sociocultural/económico: | Medio |

Elaborado por: Stefania Monar

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de 60 años, ingresa al servicio de UCI por presentar dolor precordial que se irradia hacia hemimandíbula y brazo izquierdo y episodios de síncope. Se realiza pruebas de enzimas cardíacas observando que las mismas se encuentran elevadas. En electrocardiograma se observa frecuencia cardíaca 80 lpm, ritmo sinusal sin elevación del segmento ST, ondas T negativas en DI, DIII, AVF.

Al examen físico se observan facies pálidas, manifestaciones de dolor y estado ansioso a través de muecas, diaforesis y piel fría. A la auscultación se evidencia corazón rítmico normofonético.

Tabla 2. Antecedentes Patológicos

| Antecedentes Patológicos Personales | Antecedentes Familiares | Antecedentes Quirúrgicos | Hábitos Tóxicos |
|---|--------------------------------|---|---------------------------|
| Hipotiroidismo Hipertensión Arterial Diabetes Nefropatía Diabética | Madre: Diabetes | Cirugía de retinopatía diabética Amputación Transfemorales Angioplastia más stent | Fumador desde los 30 años |

Elaborado por: Stefania Monar

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (AMNAMESIS)

Paciente de 60 años con múltiples comorbilidades ingresa al servicio de UCI por manifestar dolor precordial típico que se irradia hacia hemimandíbula y brazo izquierdo y episodios de síncope de aproximadamente 14 horas de evolución. Al realizar la entrevista paciente se muestra ansioso y manifiesta sentir miedo a la muerte.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Tabla 3. Valoración cefalocaudal del paciente

| | |
|--------------------------------------|--|
| Cabeza | Normo cefálico, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello, limpio sin pediculosis. Paciente con antecedentes de ceguera. Se observan facies pálidas, manifestaciones de dolor y estado ansioso a través de muecas. Glasgow: 14/15. |
| Cuello | cuello simétrico no se observa lesiones o cicatrices, no hay presencia de masas |
| Torax | Tórax simétrico expandible, adecuada entrada de aire, murmullo vesicular presente. Corazón rítmico normofonético. |
| Abdomen | Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. |
| Extremidades superiores e inferiores | Apuntación transfermoral de pierna derecha. No se observa edemas, pulsos distales presente. Escala |

| | |
|--|---|
| | Daniels 5/5, llenado capilar 2 segundos Presencia de diaforesis. |
|--|---|

Elaborado por: Stefania Monar

Tabla 4. Medidas Antropométricas

| | |
|--------------|---------|
| Peso | 75 Kg |
| Talla | 1,75 cm |
| IMC | 24,5 |

Elaborado por: Stefania Monar

Tabla 5. Signos vitales

| | |
|--------------------------------|--------|
| Temperatura | 36,0°C |
| Frecuencia Cardíaca | 85 lpm |
| Frecuencia respiratoria | 26 min |
| Tensión Arterial | 165/90 |
| Spo2 | 89% |

Elaborado por: Stefania Monar

VALORACIÓN POR "PATRONES FUNCIONALES DE SALUD" (según Marjory Gordon)

Tabla 6. Valoración por patrones funciones según Marjory Gordon

| | |
|--|--|
| PATRÓN 1 PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD: | Familiares del paciente refieren que no tiene buen apego a los tratamientos médicos, lo que ha conllevado el empeoramiento de su salud. Paciente fumador desde los 30 años. |
| PATRÓN 2 NUTRICIONAL – METABOLICO | Familiar del paciente refiere que lleva una dieta baja en sal y grasa. |

| | |
|--|---|
| | Se evidencia Piel sudorosa, pálida, fría al tacto. |
| PATRÓN 3 ELIMINACIÓN | Eliminaciones conjuntas presentes. |
| PATRÓN 4 ACTIVIDAD/EJERCICIO | Apuntación transfermoral de pierna derecha y ceguera por lo cual tiene poca movilidad. Paciente con apoyo de oxígeno |
| PATRÓN 5 SUEÑO/ DESCANSO | Debido al dolor el paciente se encuentra inquieto. |
| PATRÓN 6 PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN | Percepción de los sentidos alterados (Antecedente de ceguera) |
| PATRÓN 7 AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO | Paciente refiere buena percepción de sí mismo. |
| PATRÓN 8 ROL - RELACIONES | Paciente al cuidado de su esposa de 65 años quien es su cuidadora principal. Mantiene buena relación con los hijos. |
| PATRÓN 9 SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN: | Limitada debido a su estado de salud y edad. |
| PATRÓN 10 ADAPTACIÓN TOLERANCIA | Se observan manifestaciones de dolor y estado ansioso a través de muecas. Paciente refiere sentir miedo a la muerte. |
| PATRÓN 11 VALORES Y CREENCIA | Paciente católico, refiere que confía en la voluntad de Dios. |

Elaborado por: Stefania Monar

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- Patrón 1 Percepción – Manejo De La Salud
- Patrón 2 Nutricional Metabólico
- Patrón 4 Actividad/Ejercicio:
- Patrón 10 Adaptación Tolerancia

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, REALIZADOS A SU INGRESO

Exámenes de laboratorio

Tabla 7. Biometría Hemática

| Biometría Hemática | Resultado | Valor Referencial |
|---|------------------|--------------------------|
| Leucocitos | 5.6 mmx3 | 4 -10 mmx3 |
| Neutrófilos | 3.03/mm3 | 2.2 - 7/mm3 |
| Linfocitos | 1.20/mm3 | 1.1-4/mm3 |
| Monocitos | 0.39 | 0.3-0.9/mm3 |
| Eosinofilos | 0.17/mm3 | 0.03-0.7/mm3 |
| Bacofilos | 0.02/mm3 | 0.01-0.09/mm3 |
| Hemoglobina | 13.6 g/dL | 13 -17 g/dL |
| Hematocrito | 40.9% | 40 -54 % |
| Volumen corp. Medio (MCV) | 88.40 | 80-94 |
| Conc. Media hemog. (MCH) | 29.2 | 27-31.2 |
| Conc. corp. media (MCHC) de hemo | 33.0 | 32-36 |
| Volumen medio plaquetario (MPV) | 10.0 | 7.4-10.4 |
| Plaquetas | 280 /mm3 | 150 – 500 /mm3 |

Elaborado por: Stefania Monar

Tabla 8. Química Sanguínea

| Química Sanguínea | Resultado | Valor Referencial |
|--------------------------|------------------|--------------------------|
|--------------------------|------------------|--------------------------|

| | | |
|----------------------|-----------|-----------------|
| Glucosa | 139 mg/dL | 70– 100 mg/dL |
| Triglicéridos | 77 | 0-150 |
| Colesterol | 145 | 135-200 |
| HDL | 48 | 40-60 |
| LDL | 89.75 | 0 - 129 |
| Urea | 98 mg/dl | 15-40 mg/dl |
| Creatinina | 2.1 mg/dL | 0.6 -1.1 mg/dL |
| cloro | 112 mEq/L | 98-107 mEq/L |
| Potasio | 4.22 | 3.5-5.5 mEq/L |
| sodio | 136 mEq/L | 135 a 145 mEq/L |

Elaborado por: Stefania Monar

Tabla 9. Tiempos de coagulación

| Tiempos de coagulación | de | Resultado | Valor Referencial |
|---|-----------|------------------|--------------------------|
| Tiempo Protombina | De | 13.5 | 10.8-14.5 segundos |
| Tiempo Tromboplastina Parcial Activado | De | 37.0 | 20-33.3 segundos |

Elaborado por: Stefania Monar

Tabla 10. Enzimas Cardiacas

| Enzimas Cardiacas | Resultado | Valor Referencial |
|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Troponina T | 442.20 | |
| Troponina I | 3.14 | 0.02-0.06 |
| CK MB | 23.49 | 0-24 U/L |

Elaborado por: Stefania Monar

Exámenes Complementarios

Electrocardiograma

Presencia de isquemia subepicárdica en cara inferior, sin cambios en el ST, No patrón de bloqueos

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Presuntivo:

- Angina Inestable

Diferencial:

- Aneurisma disecante de la aorta
- Embolia Pulmonares
- Tromboembolismo pulmonar

Definitivo

Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTO A RELIZAR

Bilógicas: Paciente con múltiples comorbilidades.

Física: Apuntación transfermoral de pierna derecha lo que le impide realizar actividad física.

Ambiental: Fumador desde los 30 años

Social: Esposa refiere que gracias al sueldo de la jubilación pueden vivir tranquilo, también recalca recibir apoyo económico de parte de sus hijos.

NANDA: 00200
NOC: 0405
NIC: 4040

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca (00200)

R/C: Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del segmento St

E/P: Presencia de isquemia subepicárdica en cara inferior, sin cambios en el ST, No patrón de bloqueos. Elevación de enzimas cardiacas

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0405: Perfusión Tisular Cardiaca

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

Campo 2: Fisiológico Complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Etiqueta 4040: Cuidados Cardiacos

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| Hallazgo del electrocardiograma | | | x | ✓ | |
| Enzimas Cardiacas | | | x | ✓ | |
| Diaforesis profusa | | | X | ✓ | |

Antes X Después ✓

ACTIVIDADES

1. Monitorizar signos vitales con frecuencia
2. Monitorizar cambios del segmento st en electrocardiograma
3. Monitorizar enzimas cardiacas.
4. *Monitorizar estado hídrico
5. Realizar una valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de extremidades)

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dolor agudo (00132)

R/C: Agentes lesivos biológicos (Infarto agudo de miocardio)

E/P: Facies de dolor, diaforesis, expresión verbal (Dolor precordial que se irradia hacia hemimandíbula y brazo izquierdo)

M
E
T
A
S

Dominio 5: Salud Percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

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

Campo I: Fisiológico Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| Dolor Referido | | X | | ✓ | |
| Expresiones Faciales de dolor | | X | | ✓ | |
| Diaforesis | | x | | ✓ | |

Antes X Después ✓

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia. Calidad intensidad y factores desencadenante
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor optimo mediante analgesia prescrita.
- Observar signos no verbales de molestia.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos

NANDA: 00146
NOC: 1211
NIC: 5820

M
E
T
A
S

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

Ansiedad (00146)

R/C: Amenaza de muerte.

E/P: miedo, tensión y nerviosismo

Dominio III: Salud Psicosocial

Clase M: Bienestar psicológico

Etiqueta 1211: Nivel de ansiedad.

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| Tensión Facial | | X | | ✓ | |
| Ansiedad verbalizada | | X | | ✓ | |
| Fatiga | | X | | ✓ | |

Antes X Después ✓

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

Etiqueta 5820: Disminución de la ansiedad

- ACTIVIDADES**
1. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 2. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 3. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
 4. Ayudar a animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La revisión de la literatura en las diferentes fuentes consultadas permitió identificar al modelo de adaptación de Callista Roy por su capacidad de afrontamiento y tolerancia al estrés. La utilización de este modelo se establece de acuerdo a una valoración inicial considera los estímulos y conductas del paciente cardiaco a lo largo de la evolución de su enfermedad, y permite su participación en el proceso de recuperación.

2.8 SEGUIMIENTO

Día 1:

Paciente de 60 años ingresa al área de UCI por presentar dolor precordial que se irradia a hemimandíbula y brazo izquierdo, con apoyo de oxígeno a 1 litro por cánula nasal. Paciente refiere ansiedad ante la hospitalización y refiere sentir miedo a la muerte.

Actividades realizadas:

- Control de signos vitales: T/A: 140/89, F.C 89, F/R 25, T° 36, 6°, SpO2 90%.
- Administración de medicamentos según prescripción medica
 - Insulina Lantus 16 UI SC am y Humalog 5 UI prepanciales
 - Levotiroxina 25 mcg VO QD
 - Losartán 100 mg VO QD
 - Clopidogrel 75 mg VO QD
 - Simvastatina 20 mg VO QD
 - Carbonato de calcio una tableta VO QD
 - Furosemida 40 mg VO QD
 - Complejo B Una tableta VO QD
- Calcio una Tableta de VO
- Balance Hídrico
- Monitoreo continuo
- Confort

Día 2:

Paciente refiere disminución del dolor y la ansiedad. Menciona que ha podido descansar bien, pero que se siente triste porque extraña a su familia.

Actividades realizadas:

- Control de signos vitales: T/A: 140/89, F.C 89, F/R 25, T° 36, 6°, SpO2 90%.
- Administración de medicamentos según prescripción medica
 - Insulina Lantus 16 UI SC am y Humalog 5 UI prepanciales
 - Levotiroxina 25 mcg VO QD

- Losartán 100 mg VO QD
- Clopidogrel 75 mg VO QD
- Simvastatina 20 mg VO QD
- Carbonato de calcio una tableta VO QD
- Furosemida 40 mg VO QD
- Complejo B Una tableta VO QD

Calcio una Tableta de VO

- Balance Hídrico
- Monitoreo continuo
- Confort
- Recanalización de vía periférica
- Toma de muestra para valoración médica.

Día 3

Paciente consciente, orientado, no se observan facies de dolor, pero aún se observa signos de ansiedad. Al momento no ha presentado alteraciones en electrocardiograma, ni de enzimas cardiacas.

Valoración por parte de cardiología efectiva, por lo cual se decide posible traslado del paciente a medicina interna, para seguimiento.

Actividades realizadas:

- Control de signos vitales: T/A: 140/89, F.C 89, F/R 25, Tº 36, 6º, SpO2 90%.
- Administración de medicamentos según prescripción medica
 - Insulina Lantus 16 UI SC am y Humalog 5 UI prepanciales
 - Levotiroxina 25 mcg VO QD
 - Losartán 100 mg VO QD
 - Clopidogrel 75 mg VO QD
 - Simvastatina 20 mg VO QD
 - Carbonato de calcio una tableta VO QD
 - Furosemida 40 mg VO QD
 - Complejo B Una tableta VO QD

- Calcio una Tableta de VO QD en el almuerzo
 - Ácido Fólico 50 mg VO QD
- Balance Hídrico
- Monitoreo continuo
- Confort

2.9 OBSERVACIONES

- Paciente colaborador y activo, lo cual permitió realizar los procedimientos e intervenciones necesarias para su evolución favorable.
- Los cuidados de enfermería se enfatizaron en disminuir el dolor, ansiedad y la monitorización continua, con resultados favorables.

CONCLUSIONES

- Al llevar a cabo el proceso de atención de enfermería en un paciente con afección cardíaca en donde existe un alto índice de mortalidad, permitió desarrollar destrezas para identificar las acciones oportunas y llevarlas a cabo de manera eficiente, salvaguardando la vida del paciente y evitando futuras complicaciones.
- La monitorización continua a través del electrocardiograma y de las enzimas cardíacas en un paciente con infarto agudo de miocardio es de vital importancia debido a que se determina la evolución del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Escobar Cruz, P. L., & Mariño Serrano, R. Y. (2016). Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Multimed. Revista Médica. Granma*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul165j.pdf>
- Moreno Martín, G., Mejía Moya, C. S., Fernández Nieto, M. I., & Sánchez Núñez, R. (2016). Incidencia y manejo del infarto agudo miocárdico con elevación del segmento ST, Hospital José. *Enfermería Investiga*, 7(4). Obtenido de [file:///C:/Users/Manager/Downloads/Dialnet-IncidenciaYManejoDelInfartoAgudoMiocardicoConEleva-6194285%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Manager/Downloads/Dialnet-IncidenciaYManejoDelInfartoAgudoMiocardicoConEleva-6194285%20(6).pdf)
- Rangel Echegaray, T. (2016). Plan de Cuidados Estandarizado del IAM. *Lascasas*, 12(2). Obtenido de http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0898.pdf?fbclid=IwAR0eMrnV6Xh7gC7-3ONZzmcBt1hceqH_35UrQh9TBxm2EFZ7Bcyk8cnnUUU
- Barrayo-Sánchez , G., Rosas-Peralta, M., Perez-Rodríguez , G., Almeida-Gutiérrez , E., & Arriaga-Dávila, J. (2018). Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Código I. *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im181e.pdf>
- Coll Muñoz , Y., Valladares Carvajal , F., & González Rodríguez, C. (2016). Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica. *scielo*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf10206.pdf>
- González Ferreiro, R., Raposeiras Roubín, S., Abu Assi, E., Castiñeiras Busto, M., García Acuña, J., & González Juanatey, J. R. (2015). Tratamiento no invasivo del infarto agudo de miocardio. Perfil clínico de los pacientes y variables predictoras de mal pronóstico. *Revista Española de Cardiología*, 68(4). Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-content-articulo-S0300893214006599?redirect=true>

Harrison, T., Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2016). *Manual de Medicina Interna* (19 ed.). Mexico: McGRAW-HILL.

Morán Salinas, A. J., Duarte Fariña, R. F., & Ortiz Galeano, I. (2019). Frecuencia de factores de riesgo coronarios en pacientes con infarto agudo de miocardio en el Servicio de Cardiología del Hospital de Clínicas. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(2). Obtenido de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000200057&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Núñez-González, S., Aulestia-Ortiz, S., Borja-Villacrés, E., & Simancas-Racine, D. (2018). Mortalidad por enfermedades squémicas del corazón en Ecuador, 2001-2016: estudio de tendencias. *scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n8/0034-9887-rmc-146-08-0850.pdf>

Zavala-Villeda, J. A. (2017). Descripción del electrocardiograma normal y lectura del electrocardiograma. *Medigraphic*, 40. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171bj.pdf>

ANEXOS

```

H. GENERAL SAN FRANCISCO          IORD152  20/08/11
Visualizar Resultados de Laboratorio  Ñ791P34D1 16:39:57
EF1791997                          HIDALGO CALAHORRANO
Paciente : C 1705926879 CEVALLOS CERFONTAINE JAIME EDUARDO H.C. 270564
Origen: UM 2119100000 Dp ..... 1142
                                         Orden No. 2869803
                                         PÁGINA:01

EXAMEN: TROPONINA I - QUIMICA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/29 19:46 VALOR REFERENCIAL
TROPONINA I.....: 3.14                0.02 - 0.06

EXAMEN: CK-MB - QUIMICA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/29 19:42 VALOR REFERENCIAL
CK-MB.....: 23.49                    0 - 24
    
```

```

H. GENERAL SAN FRANCISCO          IORD152  20/08/11
Visualizar Resultados de Laboratorio  Ñ791P34D1 16:41:03
EF1791997                          HIDALGO CALAHORRANO
Paciente : C 1705926879 CEVALLOS CERFONTAINE JAIME EDUARDO H.C. 270564
Origen: UM 2119100000 Dp ..... 1543
                                         Orden No. 2869969
                                         PÁGINA:01

EXAMEN: TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) - HEMATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 08:05 VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).....: 13.5    10.8 - 14.5
INR.....: 1.13

EXAMEN: TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP) - HEMATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 08:05 VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP).....: 37.0  20 - 33.3

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 08:02 VALOR REFERENCIAL
Leucocitos (WBC).....: 4.81              4.5 - 10
Hemoglobina (HGB).....: 11.1            14.0 - 18
Més...
F3=Salir          F17=Inicio          F18=Final
    
```

```

H. GENERAL SAN FRANCISCO          IORD152  20/08/11
Visualizar Resultados de Laboratorio  Ñ791P34D1 16:41:03
EF1791997                          HIDALGO CALAHORRANO
Paciente : C 1705926879 CEVALLOS CERFONTAINE JAIME EDUARDO H.C. 270564
Origen: UM 2119100000 Dp ..... 1543
                                         Orden No. 2869969
                                         PÁGINA:02

Hematocrito (HCT).....: 33.6            43.3 - 52.8
Volumen corp. medio (MCV).....: 88.40    80 - 94
Conc. media hemog. (MCH).....: 29.2      27 - 31.2
Conc. media hemog. (MCH).....: 29.2      27 - 31.2
Conc. corp. media (MCHC) de hemo...: 33.0    32 - 36
Volumen Medio Plaquetario (MPV)....: 10.0    7.4 - 10.4
Monocitos.....: 0.39                    0.3 - 0.9
Eosinófilos.....: 0.17                  0.03 - 0.7
Eosinófilos.....: 0.17                  0.03 - 0.7
Linfocitos.....: 1.20                   1.1 - 4
Neutrofilos.....: 3.02                   2.2 - 7
Basófilos.....: 0.02                    0.01 - 0.09
Plaquetas.....: 240.000                  130 - 450
Plaquetas.....: 240.000                  130 - 450
Més...
F3=Salir          F17=Inicio          F18=Final
    
```

```

H. GENERAL SAN FRANCISCO          IORD152  20/08/11
Visualizar Resultados de Laboratorio  Ñ791P34D1 16:41:03
EF1791997                          HIDALGO CALAHORRANO
Paciente : C 1705926879 CEVALLOS CERFONTAINE JAIME EDUARDO H.C. 270564
Origen: UM 2119100000 Dp ..... 1543
                                         Orden No. 2869969
                                         PÁGINA:03

Recuento de globulos rojos.....: 3.80    4.7 - 6.1
Monocitos %.....: 8.1                   5.5 - 10.8
Eosinófilos %.....: 3.5                  0.5 - 8.0
Linfocitos %.....: 24.9                  30.5 - 45.5
Linfocitos %.....: 24.9                  30.5 - 45.5
Neutrofilos %.....: 62.9                 40 - 65
Basófilos %.....: 0.4                    0.2 - 1
Ancho distribución G.R.C.V%.....: 10.7    11.5 - 15.5
Més...
F3=Salir          F17=Inicio          F18=Final
    
```

```

H. GENERAL SAN FRANCISCO          IORD152  20/08/11
Visualizar Resultados de Laboratorio  Ñ791P34D1 16:41:03
EF1791997                          HIDALGO CALAHORRANO
Paciente : C 1705926879 CEVALLOS CERFONTAINE JAIME EDUARDO H.C. 270564
Origen: UM 2119100000 Dp ..... 1543
                                         Orden No. 2869969

EXAMEN: TROPONINA I - QUIMICA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 06:26 VALOR REFERENCIAL
TROPONINA I.....: 2.12                0.02 - 0.06
PÁGINA:04

EXAMEN: ELECTROLITOS NA- K CL EN SUE - QUIMICA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 06:33 VALOR REFERENCIAL
CLORO.....: 112                        98 - 107
POTASIO.....: 4.22                      3.5 - 5.5
SODIO.....: 142.7                       135 - 148

EXAMEN: NITROGENO UREICO (BUN) /UREA - QUIMICA
Muestra No. 01 Asignada a: 2019/09/30 06:20 VALOR REFERENCIAL
UREA.....: 194                          17 - 43
Més...
F3=Salir          F17=Inicio          F18=Final
    
```