



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

**Dimensión práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de licenciado en Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**Proceso de atención de enfermería en adulto mayor de 80 años de edad con
fibrilación ventricular.**

AUTOR

GILSON ALEXANDER ALCANTARA ESPINOZA

TUTORA

ESTRADA CONCHA TANIA ISABEL

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2020 - 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL:	7
1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:	7
1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE	8
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	8
2.4 INFORME DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	12
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	14
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. 14	
2.7 FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA EN ENFERMERÍA	19
2.8 SEGUIMIENTO:.....	19
2.9 OBSERVACIONES.....	20
III. CONCLUSIONES.....	20
IV. REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS	21
V. ANEXOS	23

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos Generales del paciente	8
Tabla 2 Patrones funcionales alterados	12
Tabla 3 Informe de exámenes de laboratorio	12
Tabla 4 Resultados de pruebas de imágenes	13
Tabla 5 Plan de Cuidados	17

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por ser mi guía a lo largo de mi vida, por darme la fuerza para nunca rendirme ante ninguna adversidad y protegerme en todo momento.

A mis padres, **José Alcántara e Irene Espinoza** por ser los pilares fundamentales de mi vida, por toda su confianza y enseñanza que me han brindado día a día, por los valores que me han inculcado desde pequeño, por los consejos y palabras de aliento que nunca faltaron para animarme en los momentos difíciles.

A mi hermano **Joel Alcántara** por ser ese apoyo incondicional en los buenos y malos momentos, por ser un hermano y amigo a la vez y por compartir esta travesía a mi lado que llamamos vida.

Alcántara Espinoza Gilson Alexander

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por llevarme en el camino del bien, por todo el amor que me brindan y el apoyo e impulso incondicional para poder alcanzar mis metas. También agradezco los valores éticos inculcados y la convicción para no dejar que me rindiera cuando estuve en mis peores momentos.

A mis abuelos por ser los motivos de mi felicidad, por mostrarme los caminos que hay en la vida, por sus consejos con toda su experiencia, para poder sobrellevar el día a día, y gracias también por enseñarme la manera de ver las cosas desde una perspectiva tan correcta como solo ellos pueden hacerlo.

A mi novia por ser mi apoyo y recorrer esta travesía paso a paso junto a mí, por toda la enseñanza que me ha brindado en el tiempo que llevamos juntos, y por siempre mostrarme el lado bueno de la vida.

A mi tutora por guiarme en cada paso a lo largo de la elaboración de mi proyecto, siendo así mi guía, brindándome sus conocimientos y apoyo incondicional.

Agradezco de la misma manera a la Universidad técnica de Babahoyo por ser mi segunda casa y por toda la enseñanza brindada por parte de sus docentes y personal administrativo a lo largo de toda mi carrera universitaria

Alcántara Espinoza Gilson Alexander

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR DE 80
AÑOS DE EDAD CON FIBRILACIÓN VENTRICULAR.**

RESUMEN

El presente estudio de caso se basa en el proceso de atención de enfermería de un paciente adulto mayor con fibrilación ventricular, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda. Al ser la fibrilación ventricular una patología que pone en peligro la vida del paciente se planteó como objetivo general de este proyecto, realizar el proceso de atención de enfermería a un adulto mayor de 80 años de edad con fibrilación ventricular, ingresado en el hospital Alfredo Noboa Montenegro. Se ejecutará el proceso de atención de enfermería siguiendo un orden, desde su valoración inicial y durante su evolución, aplicando conocimientos tanto teóricos como prácticos, para elaborar un plan de cuidados basado en el diagnóstico enfermero, que permita obtener información del paciente sobre su estadía dentro del hospital. Para la ejecución del proyecto se tiene como objetivos específicos realizar el correcto diagnóstico de enfermería mediante la valoración cefalocaudal del paciente, establecer la atención inicial en donde se tomará en cuenta el deterioro hemodinámico y el riesgo de muerte, los cuales son los diagnósticos enfermeros a tratar. Se aplicarán acciones que permitan obtener información detallada durante la estadía del paciente en el hospital para poder obtener una evolución con resultados positivos, que favorezcan en la recuperación del paciente.

Palabras claves: Fibrilación Ventricular – Adulto mayor - Diagnóstico - Plan de cuidados – Evolución

ABSTRACT

This case study is based on the nursing care process of an elderly patient with ventricular fibrillation, at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital in the city of Guaranda. Since ventricular fibrillation is a pathology that endangers the life of the patient, the general objective of this project was to carry out the nursing care process to an adult over 80 years of age with ventricular fibrillation, admitted to the Alfredo Noboa hospital Montenegro. The nursing care process will be executed following an order, from its initial assessment and during its evolution, applying both theoretical and practical knowledge to develop a care plan based on the nursing diagnosis, which allows obtaining information from the patient about their stay within of the hospital. For the execution of the project, the specific objectives are to make the correct nursing diagnosis through the cephalocaudal assessment of the patient, to establish the initial care where hemodynamic deterioration and the risk of death will be taken into account, which are the nursing diagnoses to be treated. Actions will be applied to obtain detailed information during the patient's stay in the hospital in order to obtain an evolution with positive results, which favor the recovery of the patient.

Keywords: Ventricular Fibrillation - Elderly - Diagnosis - Care Plan - Evolution

INTRODUCCION

La fibrilación ventricular es un tipo de arritmia que consiste en una serie de contracciones ventriculares, no coordinadas, ineficaces y muy rápidas, que puede llegar a producir la muerte, si no se aplican las acciones necesarias.

Existen varios factores que aumenta el riesgo de padecer fibrilación ventricular, entre ellos antecedentes familiares de muerte súbita, en cuanto al estilo de vida, se estima que el consumo de alcohol y la falta de actividad física aumentan el riesgo de padecer dicha patología, también hay que tener en cuenta que la fibrilación ventricular se presenta en el 3 al 12% de los pacientes que sufren infarto de miocardio, por lo tanto, existe un mayor riesgo en aquellos pacientes.

Este tipo de arritmia se puede presentar en una variedad de patologías, vinculándose usualmente a enfermedad de las arterias coronarias, apareciendo como muerte súbita cardiaca. También es común que aparezca después de la aplicación de medicamentos antiarrítmicos, en presencia de hipoxia, isquemia o secundario a una fibrilación auricular. Dentro de las manifestaciones clínicas, los pacientes llegan a padecer síncope, apnea, crisis convulsiva y si no es tratada a tiempo puede llegar a la muerte. Cuando se realiza el examen físico al tomar la presión arterial, no va a ser cuantificable y a la auscultación los ruidos cardíacos no van a ser audibles.

En la actualidad no existe una clara estadística sobre la incidencia o prevalencia sobre los casos de fibrilación ventricular, pero se estima que la padecen 12.1% por cada 100.000 personas, siendo la principal causa de muerte súbita cardiaca, representando del 15 al 20% de muertes por causas cardiovasculares a nivel mundial.

El profesional de enfermería tiene como prioridad el cuidado y atención del paciente, mediante una metodología del diagnóstico que incluye una valoración adecuada, por lo que, debido a la gravedad de esta patología, se decide elaborar un proyecto, cuyo objetivo es realizar el proceso de atención de enfermería a un adulto mayor de 80 años de edad con fibrilación ventricular, ingresado en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

I. MARCO TEORICO

FIBRILACIÓN VENTRICULAR

El termino fibrilación fue dado por Vulpian en 1874, definiéndola como un movimiento fibrilar y señaló que el avance de la fibrilación ventricular poseía 3 fases distintas. En 1887 MacWilliam observo que podía darse fin a un episodio de fibrilación ventricular mediante descargas eléctricas repetitivas aplicadas por medio de electrodos. Finalmente, en 1912 Hoffman registro el primer Electrocardiograma de un episodio de fibrilación ventricular en un ser humano. (K. Aras, W. Kay, & R. Efimov, 2017)

En la actualidad la fibrilación ventricular, se define como un tipo de arritmias que simboliza una alteración importante del latido cardiaco, en esta patología el ritmo cardiaco se vuelve más rápido (más de 300 latidos por minuto) y puede llegar a provocar la muerte o un importante daño cerebral en un tiempo de 3 a 5 minutos, si no se aplican las acciones medicas correspondientes a este tipo de complicación cardiaca. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

Cuando se dan tres o más episodios de fibrilación ventricular en un periodo de 24 horas, toma el nombre de fibrilación ventricular refractaria o tormenta eléctrica, este tipo tiene como característica que no responde al tratamiento con desfibrilador. (Sueño, Holmgren, Merrill, & L. Simon, 2018)

No existe una estadística clara de cuál es la incidencia o prevalencia de la fibrilación ventricular, pero se sabe que esta patología es la causa principal de muerte súbita cardiaca, la cual tiene una incidencia anual del 15 al 20% a nivel mundial, representando más de la mitad de las muertes por casusas cardiovasculares. (Glinge, Sattler, Jabbari , & Tfelt-Hansen, 2016)

Se estima que aproximadamente entre el 4 al 5% de los paros cardiacos extrahospitalarios se caracteriza por fibrilación ventricular que no cede ante intentos de desfibrilación, la cual se conoce como fibrilación ventricular refractaria, y su incidencia se calcula en 0.5 a 0.6 por 100.000 personas. (M. Bell, H. Lam, Kearney, & S. Hira, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Son múltiples los factores que pueden intervenir tanto en la aparición como en la evolución de la fibrilación ventricular, entre ellos el estilo de vida, en el que diversos estudios sugieren que el consumo de alcohol aumenta significativamente el riesgo de padecer fibrilación ventricular. (Jabbari, 2016)

Estudios han demostrado que la falta de actividad física tiende a duplicar el riesgo de padecer fibrilación ventricular en los casos que se presenta con infarto de miocardios, mientras que el mantener una actividad física moderada disminuye el riesgo por medio de un mejor equilibrio simpático – vagal. (M De Ferrari, Dusi, Ruffinazzi, Gionti, & Cacciavillani, 2019)

Diversos estudios han comprobado que la fibrilación ventricular se presenta en el 3 al 12% de los casos de infarto de miocardio, los cuales resultan en paro cardíaco súbito, de ellos la mayoría han fallecido, siendo más frecuente en ancianos. (Glinge, Sattler, Jabbari , & Tfelt-Hansen, 2016)

Los antecedentes familiares de muerte súbita se desarrollan como factor independiente de la fibrilación ventricular, aquellos pacientes con fibrilación auricular tienen un riesgo mucho mayor de padecer fibrilación ventricular debido a un infarto de miocardio con elevación del segmento ST previo. En cierta población se identificaron factores como, edad mas joven, ausencia de angina e infartos anteriores. (Jabbari, 2016)

CAUSAS DE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR

La fibrilación ventricular se puede presentar en diferentes patologías, asociándose frecuentemente a enfermedades de las arterias coronarias (EAC), o en algunos casos constituyendo un episodio terminal.

Dentro de los episodios cardiovasculares que se relacionan con fibrilación ventricular se incluye la muerte súbita cardíaca (MSC), la cual se aparece con más frecuencia en la mañana. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

Es común que la fibrilación ventricular aparezca durante la aplicación de fármacos antiarrítmicos (FAA), en presencia de hipoxia, isquemia, en fibrilación auricular, en frecuencias ventriculares muy rápidas como en el caso del síndrome de preexcitación, o posterior a una descarga eléctrica durante la cardioversión, y también durante la estimulación ventricular competitiva cuando se requiere suprimir una taquicardia ventricular. En pacientes no hospitalizados la cardiopatía isquémica es la causa más común de fibrilación ventricular. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

MECANISMOS DE LA FIBRILACION VENTRICULAR

Dentro del musculo ventricular existen impulsos cardiacos que no se han controlado los cuales estimulan secuencialmente a diferentes partes del ventrículo provocando una reexcitacion continua que no para, lo cual da como resultado una fibrilación ventricular.

Cuando ocurre una reexcitacion continua, no se producen contracciones coordinada de los ventrículos, ya que no existe dilatación ni contracción de las cámaras ventriculares, lo cual genera una disminución del volumen sistólico, por lo tanto, no habría una adecuada perfusión sanguínea hacia los tejidos corporales, lo que ocasionaría la muerte. (Solera Madrigal & Bujan Murillo , 2020)

Diversos estudios han demostrado que la fibrilación ventricular avanza en 4 etapas o fases, las cuales son: de iniciación, transición, mantenimiento y evolución.

La etapa de iniciación se destaca por la presencia de complejos ventriculares prematuros o también llamados taquicardia ventricular no sostenida, los cuales son latidos rápidos, que contribuyen a la disfunción del miocardio, estando presentes en el 16 al 24% de todos los latidos cardiacos. Suelen originarse en el miocardio ventricular, fibras de Purkinje, músculos papilares y áreas en las que ha habido infartos o fibrosis, se cree que su origen puede deberse a posdespolarizaciones las cuales pueden ser tempranas, tardías o anormales. (E. Krummen, Ho, T. Villongco, Hayase, & A. Schricker, 2016)

En la etapa de transición intervienen mecanismos dinámicos que aparecen cuando se activan rápidamente los desencadenantes, los cuales ocasionan enlentecimiento de la conducción, bloqueo del frente de onda y a su vez promueven el inicio de la reentrada funcional; dentro de esos mecanismos se encuentran heterogeneidad en la duración del potencial de acción, restitución pronunciada de la duración del potencial de acción, alternancia y restitución de la velocidad de conducción. (E. Krummen, Ho, T. Villongco, Hayase, & A. Schricker, 2016)

Dentro de la etapa de mantenimiento aparecen patrones de activación como rotores que se localizan por lo general en áreas de fibrosis, estas localizaciones se mantienen en su ubicación en cada episodio de fibrilación ventricular. (E. Krummen, Ho, T. Villongco, Hayase, & A. Schricker, 2016)

En cuanto a la etapa de evolución, esta es rápida y continua, debido a que existe una isquemia profunda al igual que una lesión miocárdica, los mecanismos presentes en esta etapa dependerán básicamente del estadio en el que se encuentra la fibrilación ventricular, en su etapa tardía puede mantenerse mediante la activación rápida de las fibras de Purkinje, por lo tanto el tratamiento consiste en desfibrilación y reperfusión, la cual debe realizarse rápidamente. (E. Krummen, Ho, T. Villongco, Hayase, & A. Schricker, 2016)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Dentro del grupo de manifestaciones clínicas que produce la fibrilación ventricular se encuentra: síncope que se acompaña con la pérdida de conocimiento, apnea el cual consiste en la interrupción de la respiración durante el sueño, crisis convulsiva y finalmente si esta arritmia no es tratada puede llegar incluso a la muerte.

Al examen físico la presión arterial no se puede medir y los ruidos cardiacos tienden a desaparecer, en cuanto a la actividad de las aurículas estas continuaran su funcionamiento, latiendo a un ritmo independiente por un lapso de tiempo o en respuesta a los estímulos que producen los ventrículos fibrilantes, hasta el cese de la actividad eléctrica del corazón. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

DIAGNOSTICO

Con respecto al diagnóstico de fibrilación ventricular incluye exámenes de rutina, química sanguínea como enzimas cardiacas, electrolitos y función tiroidea, también se debe realizar otros exámenes como detección toxicológica, electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiografía, prueba de esfuerzo, monitorización con Holter o telemetría, angiografía coronaria con o sin ventriculografía y resonancia magnética. (Visser, F van der Heijden, A Doevendans, & A Wilde, 2016)

En cuanto al electrocardiograma, se caracteriza por la aparición de ondulaciones irregulares de contorno y amplitud variada no va a haber presencia del complejo QRS, los segmentos ST y las ondas T, las cuales son características de dicho estudio. Cuando existe la presencia de ondas fibrilatorias de amplitud fina (0,2 mV) en la fibrilación ventricular prolongada, estas suelen asociarse a una peor tasa de supervivencia, llegando en algunos casos a confundirse con una asistolia. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

En pacientes jóvenes menores de 45 años que poseen bajo riesgo de enfermedad coronaria, la tomografía coronaria la angiografía por resonancia magnética son exámenes de elección. Existen pruebas adicionales obligatorias como la provocación con ergonovina o acetilcolina y la aplicación de bloqueador de los canales de calcio. (Visser, F van der Heijden, A Doevendans, & A Wilde, 2016)

TRATAMIENTO

La base del manejo de una fibrilación ventricular es la reanimación básica y avanzada. El tratamiento de elección en la fibrilación ventricular consiste en la aplicación inmediata de una descarga eléctrica de corriente continua no sincronizada con un voltaje de 200 -400 Joules. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

En cuanto a la reanimación cardio pulmonar se debe aplicar solamente cuando esté listo el material de desfibrilación o cuando el tiempo de inactividad cardiaca ha sido prolongado, hay que tener en cuenta que en la desfibrilación mientras menor sea el tiempo en el que corazón este inactivo, menor será el voltaje de Joules que se aplique. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

Se tomará en cuenta masaje torácico siempre y cuando la circulación no sea suficiente a pesar de haber logrado llegar al ritmo sinusal normal. La aplicación de anestesia dependerá del estado en el que se encuentra el paciente, pero no siempre es necesario. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

Una vez que la arritmia ha sido convertida a ritmo normal es muy importante controlar el ritmo y aplicar medidas que eviten la aparición de una nueva arritmia, se puede utilizar medicamentos tales como lidocaína, bretilio, procainamida o amiodarona. En algunos casos el colapso cardio vascular es acompañado de una acidosis metabólica, pero hay que tener en cuenta que si la arritmia se detiene en un tiempo de 30 a 60 segundos esta acidosis metabólica no sucederá. (P. Zipes, Libby, & O. Bonow, 2019)

En aquellos casos en los que existe riesgo de que vuelva a ocurrir otro episodio, la elección es la aplicación de un Desfibrilador Automático Implantable (CDI), el cual se utiliza como alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de las arritmias malignas. La utilización de Desfibrilador Automático Implantable ha hecho posible una disminución del 30 % del riesgo de muerte súbita cardiaca en pacientes con arritmias ventriculares malignas (AVM). (Echazabal Leal , Perez Martinez, & Cruz Ssa, 2018)

1.1 JUSTIFICACION

El estudio de este caso clínico va dirigido a orientar como se realiza el proceso de atención de enfermería de la población adulto mayor con fibrilación ventricular sumado a patología cardiaca de base, y como este proceso influye en la evolución clínica del paciente.

Actualmente la fibrilación ventricular representa una gran problemática a nivel mundial, debido a que esta relacionado con las muertes súbitas cardiacas, en especial en la población adulto mayor, por lo cual es importante realizar un buen proceso de atención de enfermería, que implique actuar rápidamente ante una emergencia, esperando reducir tanto el tiempo de acción, como el riesgo de mortalidad, y que también contribuya a que la evolución del paciente sea favorable.

Con este proyecto se espera implementar un plan de cuidados, que brinde información útil y relevante, sobre cómo debe actuar el personal de enfermería, desde la evaluación inicial, y durante su evolución, mediante el diagnóstico enfermero debido, para verificar que la atención brindada en base al plan de cuidados elaborado ayude en la mejoría del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General:

Realizar el proceso de atención de enfermería a un adulto mayor de 80 años de edad con fibrilación ventricular, ingresado en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.2.2 Objetivo Específicos:

- Establecer un correcto diagnóstico de enfermería mediante la valoración cefalocaudal del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería, basado en las necesidades del paciente.
- Determinar la evolución del paciente, mediante la aplicación del plan de cuidados.

1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Tabla 1 Datos Generales del paciente

Nombre y Apellido	MA. TO. EL
Fecha de Nacimiento	11-04-1939
Lugar de nacimiento	Guaranda
Nacionalidad	Ecuatoriana
Grupo cultural	Mestizo
Edad	80 años
Sexo	Masculino
Estado civil	Soltero

Fuente: Historia clínica de paciente

Elaborado por: Gilson Alcántara.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Paciente de 80 años, de ocupación agricultor, es ingresado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro por sufrir pérdida súbita de conocimiento con caída al suelo, acompañado de ausencia de pulsos periféricos. En el examen físico se observa edema de miembros inferiores hasta las rodillas que deja fóvea.

Antecedentes Personales: Infarto agudo de miocardio hace 1 año y hace 2 años se detecta cardiopatía dilatada descompensada en tratamiento con bisoprolol 5mg cada día y clopidogrel 75 mg y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica exacerbada.

Antecedentes Familiares: No refiere

2.2 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Paciente masculino de 80 años, acude a hospital acompañado de familiar por control de su patología de base, en el transcurso de espera, sufre una pérdida súbita de conocimiento con caída al suelo, personal médico lo asiste y ante la ausencia de pulsos periféricos, recibe soporte vital básico en el primer momento, luego de lo cual deciden poner en monitoreo, el primer ritmo observado es fibrilación ventricular por lo que se decide realizar desfibrilación, y tras una descarga se logra llegar a ritmo sinusal, paciente con tensión arterial mantenida, y sedado, se realiza electrocardiograma en donde se evidencia elevación de segmento ST en derivaciones V1, V4 y V3, se decide mantener en observación con oxigenación y monitoreo continuo para controlar su evolución. Familiar que acompañaba refiere que momentos antes de la pérdida de conocimiento, el paciente manifestaba tener dificultad para respirar y taquicardia, lo cual refiere como sensación de ahogo, y latidos muy rápidos en el pecho. Luego de permanecer en observación, y al ver la evolución favorable, se decide el ingreso de paciente al área de medicina interna para su seguimiento, control de patología de base y para proceso de referencia para colocación de Dispositivo desfibrilador implantable. En donde es interrogado y manifiesta molestias previas al evento, con un tiempo de evolución de 15 días, caracterizada por dolor torácico de leve intensidad, edema de miembros inferiores y disnea de medianos esfuerzos. En medicina interna se monitorea continuamente por lo que el paciente evoluciona favorablemente y se decide traslado a unidad de tercer nivel para colocación de dispositivo.

2.3 Examen Físico (Exploración Clínica)

Signos Vitales

Presión arterial: 110/60 mmHg

Frecuencia cardiaca: 90 lpm

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Temperatura: 36.7 °C

Saturación de oxígeno: 91% con FiO 21%

Peso: 70 kg

Talla: 165.4 cm

IMC: 25.6

Cabeza: Correctamente alineada a la línea media del cuerpo, implantación capilar de acorde con la edad, higiene conservada.

Cara: Fascie normal, piel con pérdida de elasticidad, sin lesiones.

Ojos: Pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, conjuntivas pálidas, escleras blancas.

Nariz: Fosas nasales sin presencia de secreciones.

Boca: Comisuras simétricas, piezas dentales incompletas, mucosas semihúmedas, lengua con presencia de capa saburral, móvil.

Cuello: Simétrico, sin presencia de adenopatías.

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada, piel sin lesiones.

Pulmones: Murmullo vesicular disminuido, presencia de estertores crepitantes bilaterales

Corazón: Ruidos cardiacos irregulares, presencia de soplo sistólico mitral y tricúspideo grado II/VI.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos peristálticos normales, presencia de reflujo hepatoyugular, no tumoraciones palpables, piel sin lesiones.

Extremidades superiores: Simétricas, sin presencia de edema, no presenta dolor a la palpación, piel con pérdida de la elasticidad, sin lesiones.

Extremidades inferiores: Simétricas, presencia de edema hasta las rodillas que deja fóvea, presencia de cicatriz de aproximadamente 5 cm en rodilla derecha.

VALRACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

Patrón 1: Percepción / manejo de Salud:

Paciente presenta antecedentes de enfermedades cardiacas hace varios años por lo que cumple con las prescripciones médicas para preservar su salud de la mejor manera, aunque varias veces sufre recaídas.

Patrón 2: Nutricional Y Metabólico

Familiares del paciente refieren que tiene alimentación balanceada, consume alimentos 3 veces al día.

Patrón 3: Eliminación

Familiares refieren que presentaba molestias al miccionar y realizar sus deposiciones ya que solía estar estreñido.

Patrón 4: Actividad / Ejercicio

Familiares refieren que realiza poca actividad física.

Patrón 5: Sueño/ Descanso

Familiares refieren que el paciente duerme aproximadamente 8 horas al día, no manifiesta dificultad para conciliar el sueño.

Patrón 6: Cognitivo / Perceptual:

Posible alteración debido a actividad cognitiva, familiares refieren que solía olvidar cosas, pero que cuenta con todos los sentidos correctamente.

Patrón 7: Autocontrol / Autoconcepto:

Familiares refieren que no se enojaba con facilidad y que era bastante amigable con los miembros de la familia.

Patrón 8: Rol Y Relaciones

Familiares refieren que siempre ha mantenido buenas relaciones con la familia.

Patrón 9: Sexualidad / Reproducción

Genitales correctamente implantados.

Patrón 10. Adaptación / Tolerancia Al Estrés

Familiares refieren que suele preocuparse por su estado de salud y que esto le causa estrés a menudo.

Patrón 11: Valores Y Creencias

Familiares refieren ser católicos y creer en Dios

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Tabla 2 Patrones funcionales alterados

Patrón 1: Percepción y manejo de salud.
Patrón 3: Eliminación
Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

Fuente: Autor

Elaborado por: Gilson Alcántara

2.4 Informe de exámenes complementarios realizados.

Tabla 3 Informe de exámenes de laboratorio

Pruebas	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Biometría Hemática.			
Glóbulos blancos	7300	mm ³	4400 – 11500
Neutrófilos	5475	mm ³	2000 – 8000
Linfocitos	1752	mm ³	1000 – 4400
Eosinófilos	73	mm ³	80 – 440

Neutrófilos %	75	%	50.0 – 70.0
Linfocitos %	24	%	25.0 – 40.0
Eosinófilos %	1	%	2.0 – 4.5
Hemoglobina	12.4	g/dL	12.0 – 15.4
Hematocrito	40	%	35.0 – 47.0
Volumen corpuscular medio	93	fl	76.0 – 96.0
HB corpuscular media	38.6	pg	27.0 – 33.0
Concentración HB corpuscular	33.1	g/dL	32.0 – 36.0
Plaquetas	313	10 ³ /mm ³	150 – 450
Tiempos de Coagulación			
TP	13.8	seg	10.4 – 14.1
TTP	24.3	seg	23.4 – 36.2
Química Sanguínea			
Glucosa en ayunas	113.6	Mg/dl	70 – 115
Urea	73.5	Mg/dl	15 – 50
Creatinina	0.94	Mg/dl	0.6 – 1.1
Na	150	mmol/L	135 – 145
K	4.4	mmol/L	3.5 – 5.0

Fuente: Historia clínica de paciente

Elaborado por: Gilson Alcántara.

Tabla 4 Resultados de pruebas de imágenes

Examen	Informe
Electrocardiograma post desfibrilación	Ritmo sinusal normal, intervalo P-R y Q-T normales. Elevación de segmento ST en V1, V2 y V3
Ecocardiograma	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiomiopatía dilatada - Disfunción sistólica moderada del Ventrículo Izquierdo - Disfunción diastólica del Ventrículo Izquierdo - Función sistólica del Ventrículo Derecho conservada en condiciones basales.

Fuente: Historia clínica de paciente

Elaborado por: Gilson Alcántara.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo

Diagnostico Presuntivo:

Paro cardiorrespiratorio

Diagnostico Diferencial:

- Infarto Agudo de Miocardio
- Fibrilación Auricular

Diagnóstico Definitivo:

- Fibrilación Ventricular más Parada cardiorrespiratoria
- Cardiopatía Dilatada Descompensada

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

El caso clínico en estudio esta realizado en un paciente masculino de 80 años de edad, con diagnóstico definitivo de cardiopatía dilatada descompensada más fibrilación ventricular. A continuación, se analizará el origen del problema

- **Biológica:** No presenta antecedentes familiares con patologías predisponentes como cardiacas y respiratorias.
- **Física:** Paciente padece enfermedades vinculadas con el sistema circulatorio como cardiopatía dilatada e infarto agudo de miocardio previo.
- **Ambientales:** no refiere ningún aspecto que indique una influencia ambiental en el estado de salud del paciente.
- **Sociales:** No influye ya que familiares refieren que el paciente tenía buenas relaciones con su entorno familiar y social.

Todo profesional de enfermería debe de realizar procedimientos que ayuden al cuidado del paciente, para estabilizarlo y contribuir en su recuperación, para ejecutarlos se debe elaborar el proceso de atención de enfermería, con lo cual se determina de manera específica los cuidados a aplicar, teniendo en cuenta los patrones disfuncionales que están afectando la salud del paciente.

Intervenciones por seguir serán:

- Control de Signos vitales
- Estudio electrocardiográfico
- Control de Diuresis
- Maniobras de reanimación básicas y avanzadas

Tratamiento de Urgencia:

Desfibrilación: Procedimiento terapéutico cuyo objetivo es transmitir a través del musculo cardiaco una cantidad de carga eléctrica de gran magnitud, que logre despolarizar una parte critica de miocardio, que provoque la restauración de la actividad eléctrica sincronizada del corazón y también poder recuperar la circulación del paciente.

Se aplico una descarga eléctrica de 360 Jules con lo cual se logro revertir a ritmo sinusal.

NANDA:00239
NOC: 0414
NIC: 4040

Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239).

R/C: antecedentes de enfermedad cardiovascular, hipertensión, edad mayor a 65 años

E/P: síncope, disnea, taquicardia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
ritmo cardiaco				x	
Presión arterial sistólica				x	
Presión arterial diastólica				x	
Saturación de oxígeno					x
Pulsos periféricos				x	
Ritmo respiratorio			x		

Dominio: 2 Salud fisiológica.

Clase: E Cardiopulmonar.

Etiqueta: Estado cardiopulmonar (0414)

Campo: 2 Fisiología compleja.

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Etiqueta: (4040) cuidados cardiacos

ACTIVIDADES

- Monitorizar el estado cardiaco.
- Monitorizar la aparición de arritmias cardiacas.
- monitorizar los signos vitales frecuentemente.
- realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica. (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- proporcionar terapia antiarrítmica según las políticas del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación según corresponda).
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes médicas.

M
E
T
A
S

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

NANDA:00029

NOC: 0416

Disminución del gasto cardiaco (00029).

R/C Cambios electrocardiográficos (arritmias), coloración de la piel anormal (pálida)

E/P: Disminución de los pulsos periféricos, piel fría y sudorosa taquicardia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión arterial sistólica				x	
Presión arterial diastólica				x	
Equilibrio electrolítico y acido base			x		
Gasometría arterial media			x		
Frecuencia cardiaca				X	
Ruidos respiratorios auscultados			x		
Ritmo respiratorio			x		

Dominio: 2 Salud fisiológica.

Clase: E Cardiopulmonar.

Etiqueta: Perfusión tisular celular (0416)

Campo: 2 Fisiología compleja.

Clase: N. Control de la perfusión tisular.

Etiqueta: (4090) manejo de la arritmia

ACTIVIDADES

1. Administrar soporte vital básico según corresponda.
2. Facilitar la realización de un ECG de 12 derivaciones según corresponda.
3. Asegurar una monitorización continua de ECG a la cabecera del paciente.
4. Monitorizar los cambios en el ECG que aumente el riesgo de desarrollar arritmias.
5. Canalizar y mantener una vía IV según corresponda.
6. Enseñar a los familiares los riesgos asociados a la arritmia.
7. Enseñar a un miembro de la familia la reanimación cardio pulmonar.

M
E
T
A
S

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

Tabla 5 P...

Fuente: Autor

Elaborado por: Gilson Alcántara.

OBJETIVOS	INTERVENCION INTERDEPENDIENTE	INTERVENCION INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Valorar signos vitales.	Registrar los valores en la hoja de evolución	Valorar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la temperatura.	Evaluar constantemente el estado fisiológico del paciente	los signos vitales están dentro de los parámetros normales.
Vigilar el nivel de conciencia	Evaluar el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow	Valorar la respuesta verbal, ocular y motora.	Evaluar el estado de conciencia	Paciente se adormecido por la anestesia
Brindar oxigenoterapia según corresponda	Mantener oxigenoterapia el tiempo necesario.	Administración de oxigenoterapia según necesidad del paciente	Evaluar si los resultados son satisfactorios	Paciente tiene una saturación mayor de 93 %.
Administración de medicamentos	Ejecutar los 10 correctos para la administración de medicamentos	Administrar crema para el tratamiento de las quemaduras post descargas	Evaluar los resultados de la administración medicamentosa	Paciente reacciona favorablemente a medicamentos.
Continuar con la valoración de enfermería	Valoración cefalocaudal	Vigilar posible presencia de edema o cianosis periférica o central	Evaluar si los resultados son satisfactorios	Paciente al momento no presenta cianosis, aunque presenta edema de miembros inferiores
Brindar instrucciones a los familiares del paciente	Medir los conocimientos de los familiares acerca de la patología en cuestión	Reforzar con conceptos básicos en base a la patología para que puedan actuar de forma oportuna y ayuden a la recuperación del paciente	Brindar instrucciones acerca de la patología	Familiares reciben de buena forma las instrucciones brindadas

2.7 Fundamentos de la teoría en enfermería

Existen varias teorías de enfermería, pero decidí elegir la teoría de Callista Roy la cual se fundamenta en la adaptación biosocial con el entorno con el fin de preservar la salud ya que esta se adapta en mi medición de intervenciones enfermero-paciente y así hacer una correcta valoración para luego tener un diagnóstico y continuar con mi plan de cuidados.

Está dividida en cuatro parámetros, pero la más importante para mi caso clínico sería:

Área fisiológica:

- Circulación: La perfusión sanguínea debe ser adecuada para poder gozar de buena salud ya que está vinculada con el sistema circulatorio y los problemas cardiacos del individuo
- Oxígeno: Para saber que tenemos un buen intercambio gaseoso se debe saturar más del 94% de O₂.
- Líquido: Se debe consumir al menos 2 litros de agua al día para mantener una correcta hidratación
- Sueño: Para cumplir con este parámetro se debe dormir al menos 8 horas por día
- Actividad: La actividad física es muy importante tanto en el aspecto motor como psicológico para evitar el estrés
- Alimentación: La alimentación debe ser balanceada y cantidad al menos unas 3 veces por día.

2.8 Seguimiento:

Durante el seguimiento al paciente se le realizó desfibrilación y se le administró medicamentos antiarrítmicos por lo que se pudo estabilizar. El paciente se mantuvo en observación donde se valoraban sus signos vitales, su estado de conciencia y su ritmo cardiaco de manera continua para evitar un posible evento que ponga en riesgo su salud.

Tiempo después el paciente fue ingresado al área de medicina interna donde seguirá con su recuperación, al momento del traslado sus signos vitales estaban en un parámetro normal y sin mayores complicaciones.

2.9 Observaciones

Paciente adulto mayor de 80 años que sufre un cuadro de fibrilación ventricular y evoluciona de manera satisfactoria gracias a las acciones aplicadas de manera eficiente y oportunas.

De la misma manera se mantiene en observación y se sugiere su traslado al área de medicina interna, lo cual es platicado con los familiares por lo que al estar de acuerdo se procede al traslado. El área de medicina interna se adecua con los instrumentos y materiales necesarios para cubrir las necesidades del paciente y su patología donde seguirá con su evolución y sus posibles estudios que garanticen una correcta recuperación para luego su posible alta médica.

III. CONCLUSIONES

Por medio del presente estudio de caso se ha podido constatar en primer orden la importancia que tiene el proceso de atención de enfermería en la valoración, cuidados y toma de decisiones con fundamentos científicos en pacientes con patologías tan graves que su complicación puede ser tan rápida que un minuto es suficiente para salvar o perder la vida del paciente.

La atención rápida y oportuna es la calve fundamental en este tipo de cuadros críticos, así como mantener la calma para que al momento de actuar esto no influya en la toma de decisiones y accionar de enfermería.

También es muy importante realizar una buena anamnesis ya que la recaudación de información por medio de los familiares y el examen físico son parte fundamental para obtener un buen diagnóstico ya que de allí partiremos con la elaboración de un plan de acción seguido de su ejecución y por último la evolución para constatar si nuestro plan de cuidados a influido de forma positiva en la salud del paciente.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- E. Krummen, D., Ho, G., T. Villongco, C., Hayase, J., & A. Schricker, A. (2016). Ventricular fibrillation: triggers, mechanisms and therapies. *Future Cardiology*, 12(3), 373-390. doi:10.2217 / fca-2016-0001
- Echazabal Leal , M., Perez Martinez, E., & Cruz Ssa, R. (Mayo de 2018). Cardioversor-desfibrilador automático implantable a paciente con. *Revista Finlay*, 8(2), 149 - 154.
- Glinge, C., Sattler, S., Jabbari , R., & Tfelt-Hansen, J. (Septiembre de 2016). Epidemiology and genetics of ventricular fibrillation during acute myocardial infarction. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(9), 789-797. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2016.09.006
- Jabbari, R. (2016). Ventricular fibrillation and sudden cardiac death during myocardial infarction. *Revista Medica Danes*, 63(5), 1 - 17.
- K. Aras, K., W. Kay, M., & R. Efimov, I. (Diciembre de 2017). Ventricular Fibrillation: Rotors or Foci? Both. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 10(12). doi:10.1161/CIRCEP.117.006011
- M De Ferrari, G., Dusi, V., Ruffinazzi, M., Gionti, V., & Cacciavillani, L. (2019). Physical Inactivity Is a Risk Factor for Primary Ventricular Fibrillation. *J Am Coll Cardiol*, 73(16), 2117-2118. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.063
- M. Bell, S., H. Lam, D., Kearney, K., & S. Hira, R. (2018). Management of Refractory Ventricular Fibrillation (Prehospital and Emergency Department). *Cardiol Clin*, 36(3), 395-408. doi:10.1016/j.ccl.2018.03.007
- P. Zipes, D., Libby, P., & O. Bonow, R. (2019). *Braunwald Tratado de cardiologia* (11 ed.). Barcelona: ELSEVIER.

Solera Madrigal, J., & Bujan Murillo, S. (2020). Efectos electrofisiológicos de la ranolazina ante el estiramiento cardíaco. *Revista medica de la universidad de Costa Rica*, 14(1), 34-44. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/41751/42149>

Sueño, A., Holmgren, H., Merrill, R., & L. Simon, E. (Julio de 2018). Refractory ventricular fibrillation in patient taking Lamictal. *The American Journal of Emergency*, 36(7), 1324.e1-1324.e2.

Visser, M., F van der Heijden, J., A Doevendans, P., & A Wilde, A. (Mayo de 2016). Idiopathic Ventricular Fibrillation: The Struggle for Definition, Diagnosis, and Follow-Up. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 9(5). doi:10.1161/CIRCEP.115.003817

V. ANEXOS

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
NOTA DE INGRESO

Ministerio de Salud Pública

TA: 125/75mm/Hg. FC: 137 /min¹ FR: 30 x¹ I^o: 36.7 axilar SAT 93% con FIO2 21%

Paciente orientado afebril.

Piel: elasticidad conservada, caliente
Unas: llenado capilar menor a 3 segundos
Cabello: normocéfalo, no lesiones
Torax: de implantación normal de acuerdo al sexo y a la edad.
Ojos: pupilas normoreactivas a la luz y acomodación, conjuntivas rosadas.
Oídos: no se observa salida de líquido a través del conducto auditivo externo.
Nariz: fosas nasales permeables, mucosa no eritematosa, sin secreción.
Boca: Mucosas Orales semihúmedas
Cuello: Movilidad pasiva conservada, sin adenopatías
Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada.
Corazón: Ruidos cardíacos irregulares, taquicárdicos, soplo sistólico mitral y tricúspideo grado II/VI
Pulmones: Murmullo vesicular disminuido estertores-crepitantes en ambas bases pulmonares.
Abdomen: Blando, depresible, no tumoraciones palpables, reflujo hepatoyugular. RHA presentes.
Extremidades: edema de miembros inferiores que llega hasta la rodilla, que deja fovea
Región Lumbar: puño percusión negativa.
RIG: no valorada.
Examen neurológico:

Diagnostico:

- CARDIOPATIA DILATADA DESCOMPENSADA
- FIBRILACION VENTRICULAR

PLAN DIAGNÓSTICO

- BH, QS, Electrolitos
- Rx Estándar de tórax
- TP, TTP
- EKG

PLAN TERAPÉUTICO

- INGRESO A CARDIOLOGIA
- DISH
- ANTIHIPETENSIVOS

PLAN EDUCACIONAL.

- Informar a familiares sobre el estado y pronóstico del paciente

Dra. Johana Armillas Rojas
MEDICO GENERAL
 DRA. JOHANA ARMILLAS

HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
CODIGO HGANM- 16092019- 230222

Apellido Paterno: MANTILLA, Tomas
 Apellido Materno: ELIAS, Tomas
 Primer Nombre: ELIAS, Tomas
 Segundo Nombre: ELIAS, Tomas
 Edad: 40 años
 Sexo: M
 Fecha de Entrega: 16-09-2019

1. HISTORIAL

2. UROANALISIS

TEMPERATURA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA	ADRENALINA

3. QUIMICA

DETERMINACION	REFERENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACION	REFERENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN ORINA	111.8	mg/dl	10-115	UREA	158-170	mg/dl	15-30
UREA	73.5	mg/dl	15-30	CREATININA	0.94	mg/dl	0.6-1.1
CREATININA	0.94	mg/dl	0.6-1.1	PROTEINA TOTAL	6.94	mg/dl	6.0-8.5
PROTEINA TOTAL	6.94	mg/dl	6.0-8.5	ALBUMINA	4.74	g/l	3.5-5.2
ALBUMINA	4.74	g/l	3.5-5.2	GLOBULINA	2.20	g/l	2.3-3.3
GLOBULINA	2.20	g/l	2.3-3.3	ALBUMINA/GLOBULINA	2.1	mg/dl	2.3-2.2
ALBUMINA/GLOBULINA	2.1	mg/dl	2.3-2.2				

RESPLIC ELVIS NOBOA Na 150 mmol/l K.4.4 mmol/l

6. SECRECIONES VAGINALES

Act 99 319 Cl
 Drogas de uso regular
 200 mg 200 mg 200 mg

7. AGLUTINACIONES FEBRILES

8. OTROS

CRISTALOGRAFIA
 PSA

9. TEST DE EMBARAZO

SANGRE
 HECE

10. HELICOBACTER PYLORI

SANGRE
 HECE

11. ESPECIALES

PROTEINAS EN 24 HORAS:
 HEPATITIS B:
 HEPATITIS A:
 CALIDAD DE LA MUESTRA: ADECUADA (X) INADECUADA ()
 OBSERVACION:
 MEDICO SOLICITANTE: dr c carrasco
 HORA DE TOMA DE MUESTRA: 17h40pm
 HORA DE ENTREGA DE RESULTADO: 18h30pm
 FIRMA LABORATORISTA