



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO DE 53 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

AUTOR

CARLOS ARMANDO ORTIZ SANCHEZ

TUTOR

LIC. TANIA ESTRADA COCHA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019 – 2020

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1 Justificación.....	17
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo General.....	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 Datos Generales	19
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	19
Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. 19	
2.1 Motivo de Consulta	19
2.2 Antecedentes	19
2.3 Historial Clínico del Paciente.....	20
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	20
2.4 Examen físico (exploración clínica).....	20
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	25
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	26
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	26
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	15
2.8 Seguimiento.....	17
2.9 Observaciones.....	20
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	22

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a mi familia sobre todo a mi madre que es la que siempre me ha apoyado a mi padre por sus noches de desvelo trabajando solo para brindarnos esa educación que él hubiese querido tener y a la universidad con todos sus docentes que como tales me han brindado todo su apoyo incondicional para poder forjarme como un buen profesional.

Carlos Armando Ortiz Sánchez

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme las fuerzas y la voluntad de poder llegar hasta este momento tan importante en mi vida. A mis padres por siempre estar apoyándome para que salga adelante, a mis familiares que siempre me han dado es voto de apoyo para que no me rinda y saque adelante a mi familia a cada uno de los maestros que hicieron este sueño posible por cada una de sus enseñanzas por cada consejo que me fue convirtiendo en una persona llena de conocimientos y virtudes para poder así tener un futuro mejor.

Carlos Armando Ortiz Sánchez

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO DE 53 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

RESUMEN

Los síndromes coronarios agudos están conformados por la angina inestable de pecho y el infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST. Estas enfermedades son muy comunes ya a nivel mundial por lo que a su vez está afectando a gran parte de la población.

Para la evaluación de estas patologías es muy necesario conocer bien lo que son sus signos y síntomas que la identifican como por ejemplo dolor en el pecho o dolor precordial, dificultad para respirar, vómitos y mareos, indigestión, etc.

Por lo consiguiente el interrogatorio y la toma un electrocardiograma son de gran ayuda aquí podemos evaluar y determinar un mejor diagnóstico.

Este presente trabajo se realizó con el fin de evidenciar de una mejor manera la fisiopatología, las causas, diagnóstico, prevención y tratamiento del paciente con síndrome coronario agudo.

Palabras claves: Síndrome coronario angina infarto de miocardio

ABSTRACT

Acute coronary syndromes are formed by unstable angina pectoris and acute myocardial infarction with or without ST segment elevation. These diseases are very common already worldwide so it is affecting a large part of the population.

For the evaluation of these pathologies it is very necessary to know well what are its signs and symptoms that identify it such as chest pain or chest pain, difficulty breathing, vomiting and dizziness, indigestion, etc.

Therefore, the interrogation and the complementary exams are of great help since here we can have a better diagnosis.

This present work was carried out in order to demonstrate in a better way the pathophysiology, the causes, diagnosis, prevention and treatment of acute coronary syndrome.

Keywords: Syndrome, Coronary, Angina, Infarction, Myocardium.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo es una de las enfermedades más complejas debido a su gran importancia en el mundo de la medicina ya que este representa una de las principales causas de mortandad a nivel mundial, por lo cual la padecen muchas personas con el transcurso de los años.

En el presente caso clínico trata de un paciente con síndrome coronario sin elevación del segmento ST evidenciando por una anguina inestable de pecho la cual presento el siguiente cuadro sintomatológico: piel sudorosa, fatiga, dolor precordial que irradia a miembro superior derecho, disnea de mediano esfuerzo y astenia.

La razón por la cual hacemos esta investigación es para determinar cuáles son los factores que influyen en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades y de esta manera.

El paciente ingreso con una presión de 150/90 para disminuir la presión el medico indico darle 10 mg de amlodipino VO STAT, y que se evaluara el estado neurológico del paciente, administramos cloruro de sodio al 0,9% para recompensar la falta de líquidos, administramos nitroglicerina en parche y ayudamos a disminuir el dolor y mejoraremos el flujo de sangre en el torrente sanguíneo ya que este abre los vasos sanguíneos para que la sangre fluya y administramos oxígeno cuando tratamos este tipo de pacientes ya que este ayudara a mantener los niveles de oxigenación adecuados, que eviten la hipoxia tisular.

Los resultados obtenidos después este diagnóstico y tratamiento fueron satisfactorios ya que ayudamos al paciente a mejorar su estado de salud, evitamos posibles complicaciones y brindamos cuidados de enfermería focalizados a mejorar el estado de salud del paciente.

I. MARCO TEÓRICO

Fisiología del Corazón:

I. MARCO TEÓRICO

Anatomía del Corazón:

Se sitúa dentro del mediastino y se apoya sobre el diafragma, es un musculo que se compone por tres capas de tejido: epicardio, miocardio y endocardio. El tamaño del corazón depende la contextura fisiológica de cada persona y sus características como edad y peso. Su función es bombear sangre a todas las regiones del cuerpo humano para mantener las funciones de cada sistema. (Alexanderson, 2017)

Fisiología del Corazón:

El corazón es en realidad un complejo de dos bombas conectadas en serie. El corazón izquierdo está compuesto por la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo, separados por la válvula mitral. La contracción del ventrículo izquierdo es responsable de bombear sangre a todos los órganos sistémicos excepto los pulmones. Durante la contracción de los ventrículos, la sangre sale proyectada del ventrículo izquierdo a través de la válvula aórtica hacia un conducto tubular único llamado aorta.. (Rhoades & Bell, 2018)

Electrofisiología Cardíaca:

Según la autora (Costanzo, 2019) Los impulsos eléctricos del corazón son captados mediante las ondas de electrocardiograma.

Onda P: Representa la despolarización de las aurículas. No comprende la repolarización auricular, que permanece oculta por el complejo QR.

Intervalo PR: Es el intervalo entre el inicio de la onda P y el inicio de la onda Q.

Complejo QRS: Representa la despolarización de los ventrículos.

Intervalo QT: Es el intervalo entre el inicio de la onda Q y el final de la onda T. Representa el periodo completo de despolarización y repolarización de los ventrículos.

Segmento ST: Es el segmento que va del final de la onda S al inicio de la onda T. Es isoeléctrico. Representa el periodo durante el cual los ventrículos están despolarizados.

Onda T: Representa la repolarización ventricular.

Síndrome Coronario Agudo:

Este síndrome está conformado por la Angina Inestable y el Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. Es un conjunto de patologías clínicas que se manifiestan con aporte inadecuado de oxígeno al tejido miocárdico debido a un bloqueo o interrupción total o parcial del flujo sanguíneo de las arterias coronarias. Se presenta como una obstrucción mecánica por una placa de ateroma, el cual evoluciona hasta romperse o erosionar la placa de ateroma que está formada por lípidos y células inflamatorias. (Saturno, 2017)

Etiología:

La causa más importante y común para que se produzca este síndrome es la presencia de aterosclerosis que se define como la acumulación de placas de lípidos oxidados y células inflamatorias en las paredes de las arterias. Provocando un estrechamiento progresivo de la luz del vaso sanguíneo, lo cual compromete la circulación y la perfusión de los tejidos. (Saturno, 2017)

Definición de Angina Inestable:

Se define como angina inestable a la manifestación de dolor torácico intenso producido por un bloqueo de los vasos sanguíneos del corazón causado por el flujo insuficiente de oxígeno en el tejido cardíaco, esta oclusión es transitoria y puede progresar hasta provocar la oclusión total de los vasos sanguíneos causando un ataque cardíaco. (Alexanderson, 2017)

Signos y Síntomas de Angina Inestable: Dolor precordial en la zona retroesternal intenso de tipo punzante u opresivo, de nueva aparición o reciente aparición, presenta una mayor duración en cada episodio, su duración debe ser mayor a 20 minutos, disminuye cuando el paciente se encuentra en reposo. (Alexanderson, 2017)

Diagnóstico de Angina Inestable:

El primer paso en el diagnóstico es la obtención de una historia clínica breve y dirigida, orientada hacia los principales factores de riesgo cardiovascular, así como los fármacos utilizados por el paciente en la actualidad y la semiología del dolor precordial para determinar la probabilidad de que el paciente esté presentando una urgencia cardiovascular. Toma de signos vitales para verificar la estabilidad hemodinámica del paciente y la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos. (Alexanderson, 2017)

Tratamiento:

Proporcionar un ambiente relajado y reposo. El tratamiento farmacológico consiste en administrar Nitritos como la Nitroglicerina que actúa como relajante del músculo miocárdico restableciendo la circulación, Morfina por vía intravenosa para disminuir el dolor, Beta bloqueadores como Carvedilol o Propranolol, Antiagregantes Plaquetarios como Ácido Acetil Salicílico. (Alexanderson, 2017)

Definición de Infarto Agudo de Miocardio:

El taponamiento de las arterias coronarias produce un desajuste entre la oferta y demanda de oxígeno en el tejido cardíaco lo que genera un estado de isquemia miocárdica; que produce lesiones en las células con alteraciones en sus funciones y estructuras con cambios reversibles e irreversibles que culminan en la muerte celular. Por esta razón es importante mantener el equilibrio entre la perfusión del corazón para evitar lesiones irreversibles con necrosis del miocardio determinando la extensión del infarto agudo de miocardio. (Gelpi & Buchholz, 2018)

Signos y síntomas de Infarto Agudo de Miocardio:

Se presenta con síntomas y signos de isquemia del miocardio, en el reposo o con mínimo ejercicio. Son parecidos a los de la angina e incluyen dolor retroesternal o molestias que se pueden irradiar al maxilar inferior, hombro izquierdo o brazo de

ese lado. El dolor torácico puede estar acompañado de disnea, náusea, diaforesis o síncope, o bien, el dolor puede ser el único síntoma. (Papadakis & McPhee, 2017)

Diagnóstico:

El diagnóstico de IM agudo requiere que se cumpla una combinación de criterios, entre ellos: la detección de un aumento o una disminución de biomarcadores cardiacos, Síntomas de isquemia, Cambios significativos en el ST-onda T en ECG de 12 derivaciones, Aparición de ondas Q patológicas en el ECG. (Romo, Acosta, Cano, & Iglesias, 2016)

Tratamiento:

Los objetivos terapéuticos incluyen control de la isquemia, tratamiento antiplaquetario, anticoagulante y prevención de episodios futuros mediante modificación de factores de riesgo. Se emplean fármacos para revertir la isquémica como nitroglicerina que actúa como vasodilatador venoso, coronario y arterial sistémico. En conjunto con tratamiento para el dolor con Sulfato de morfina además se utilizan Beta bloqueadores, Fármacos Inhibidores del Sistema Renina Angiotensina, Estatinas y Ácido Acetil Salicílico. (Ciesielski & De Fer, 2018)

Complicaciones:

Después que el musculo cardiaco estuvo expuesto a isquemia se pueden desarrollar diversas complicaciones, entre ellas se menciona la ruptura cardiaca que se manifiesta con perdida abrupta de la conciencia y paro cardiaco con taponamiento masivo en pericardio e ingurgitación yugular predomina en las personas que tienen antecedentes de hipertensión, otra de las complicaciones es la Ruptura del tabique interventricular se produce un deterioro brusco con edema pulmonar y choque, su diagnóstico se realiza mediante ecocardiografía. (Alexanderson, 2017)

Abordaje del Paciente en Urgencias con Dolor Precordial:

Todos los pacientes que acuden a la sala de emergencias con síntomas de dolor precordial o retroesternal es considerado como síndrome coronario agudo hasta que se demuestre otro diagnóstico que sea contrario, el tratamiento clínico debe ser dinámico mediante la obtención de información mientras se trata los síntomas. El primer paso es obtener la historia clínica del paciente con detalles breves sobre los principales factores de riesgo cardiovascular, incluyendo los fármacos utilizados por el paciente, vigilar los síntomas que sean significativos de urgencia cardiovascular en el que pueda comprometerse su vida. Con la finalidad de evaluar la estabilidad hemodinámica del paciente se realiza la toma de signos vitales y la monitorización cardíaca mediante un electrocardiograma de doce derivaciones. (Alexanderson, 2017)

Electrofisiología Cardíaca:

Según la autora (Costanzo, 2019) Los impulsos eléctricos del corazón son captados mediante las ondas de electrocardiograma.

Onda P: Representa la despolarización de las aurículas. No comprende la repolarización auricular, que permanece oculta por el complejo QR.

Intervalo PR: Es el intervalo entre el inicio de la onda P y el inicio de la onda Q (despolarización inicial del ventrículo).

Complejo QRS: Representa la despolarización de los ventrículos.

Intervalo QT: Es el intervalo entre el inicio de la onda Q y el final de la onda T. Representa el periodo completo de despolarización y repolarización de los ventrículos.

Segmento ST: Es el segmento que va del final de la onda S al inicio de la onda T. Es isoeléctrico. Representa el periodo durante el cual los ventrículos están despolarizados.

Onda T: Representa la repolarización ventricular.

Síndrome Coronario Agudo:

Este síndrome está conformado por la Angina Inestable y el Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. Es un conjunto de patologías clínicas que se manifiestan con aporte inadecuado de oxígeno al tejido miocárdico debido a un bloqueo o interrupción total o parcial del flujo sanguíneo de las arterias coronarias. Se presenta como una obstrucción mecánica por una placa de ateroma, el cual evoluciona hasta romperse o erosionar la placa de ateroma que está formada por lípidos y células inflamatorias. (Saturno, 2017)

Etiología:

La causa más importante y común para que se produzca este síndrome es la presencia de aterosclerosis que se define como la acumulación de placas de lípidos oxidados y células inflamatorias en las paredes de las arterias. Provocando un estrechamiento progresivo de la luz del vaso sanguíneo, lo cual compromete la circulación y la perfusión de los tejidos. (Saturno, 2017)

Definición de Angina Inestable:

Se define como angina inestable a la manifestación de dolor torácico intenso producido por un bloqueo de los vasos sanguíneos del corazón causado por el flujo insuficiente de oxígeno en el tejido cardíaco, esta oclusión es transitoria y puede progresar hasta provocar la oclusión total de los vasos sanguíneos causando un ataque cardíaco. (Alexanderson, 2017)

Signos y Síntomas de Angina Inestable: Dolor precordial en la zona retroesternal intenso de tipo punzante u opresivo, de nueva aparición o reciente aparición, presenta una mayor duración en cada episodio, su duración debe ser mayor a 20 minutos, disminuye cuando el paciente se encuentra en reposo. (Alexanderson, 2017)

Diagnóstico de Angina Inestable:

El primer paso en el diagnóstico es la obtención de una historia clínica breve y dirigida, orientada hacia los principales factores de riesgo cardiovascular, así como los fármacos utilizados por el paciente en la actualidad y la semiología del dolor precordial para determinar la probabilidad de que el paciente esté presentando una urgencia cardiovascular. Toma de signos vitales para verificar la estabilidad hemodinámica del paciente y la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos. (Alexanderson, 2017)

Tratamiento:

Proporcionar un ambiente relajado y reposo. El tratamiento farmacológico consiste en administrar Nitritos como la Nitroglicerina que actúa como relajante del músculo miocárdico restableciendo la circulación, Morfina por vía intravenosa para disminuir el dolor, Beta bloqueadores como Carvedilol o Propanolol, Antiagregantes Plaquetarios como Ácido Acetil Salicílico. (Alexanderson, 2017)

Definición de Infarto Agudo de Miocardio:

El taponamiento de las arterias coronarias produce un desajuste entre la oferta y demanda de oxígeno en el tejido cardíaco lo que genera un estado de isquemia miocárdica; que produce lesiones en las células con alteraciones en sus funciones y estructuras con cambios reversibles e irreversibles que culminan en la muerte celular. Por esta razón es importante mantener el equilibrio entre la perfusión del corazón para evitar lesiones irreversibles con necrosis del miocardio determinando la extensión del infarto agudo de miocardio. (Gelpi & Buchholz, 2018)

Signos y síntomas de Infarto Agudo de Miocardio:

Se presenta con síntomas y signos de isquemia del miocardio, en el reposo o con mínimo ejercicio. Son parecidos a los de la angina e incluyen dolor retroesternal o molestias que se pueden irradiar al maxilar inferior, hombro izquierdo o brazo de

ese lado. El dolor torácico puede estar acompañado de disnea, náusea, diaforesis o síncope, o bien, el dolor puede ser el único síntoma. (Papadakis & McPhee, 2017)

Diagnóstico:

El diagnóstico de IM agudo requiere que se cumpla una combinación de criterios, entre ellos: la detección de un aumento o una disminución de biomarcadores cardiacos, Síntomas de isquemia, Cambios significativos en el ST-onda T en ECG de 12 derivaciones, Aparición de ondas Q patológicas en el ECG. (Romo, Acosta, Cano, & Iglesias, 2016)

Tratamiento:

Los objetivos terapéuticos incluyen control de la isquemia, tratamiento antiplaquetario, anticoagulante y prevención de episodios futuros mediante modificación de factores de riesgo. Se emplean fármacos para revertir la isquémica como nitroglicerina que actúa como vasodilatador venoso, coronario y arterial sistémico. En conjunto con tratamiento para el dolor con Sulfato de morfina además se utilizan Beta bloqueadores, Fármacos Inhibidores del Sistema Renina Angiotensina, Estatinas y Ácido Acetil Salicílico. (Ciesielski & De Fer, 2018)

Complicaciones:

Después que el musculo cardiaco estuvo expuesto a isquemia se pueden desarrollar diversas complicaciones, entre ellas se menciona la ruptura cardiaca que se manifiesta con perdida abrupta de la conciencia y paro cardiaco con taponamiento masivo en pericardio e ingurgitación yugular predomina en las personas que tienen antecedentes de hipertensión, otra de las complicaciones es la Ruptura del tabique interventricular se produce un deterioro brusco con edema pulmonar y choque, su diagnóstico se realiza mediante ecocardiografía. (Alexanderson, 2017)

Abordaje del Paciente en Urgencias con Dolor Precordial:

Todos los pacientes que acuden a la sala de emergencias con síntomas de dolor precordial o retroesternal es considerado como síndrome coronario agudo hasta que se demuestre otro diagnóstico que sea contrario, el tratamiento clínico debe ser dinámico mediante la obtención de información mientras se trata los síntomas. El primer paso es obtener la historia clínica del paciente con detalles breves sobre los principales factores de riesgo cardiovascular, incluyendo los fármacos utilizados por el paciente, vigilar los síntomas que sean significativos de urgencia cardiovascular en el que pueda comprometerse su vida. Con la finalidad de evaluar la estabilidad hemodinámica del paciente se realiza la toma de signos vitales y la monitorización cardíaca mediante un electrocardiograma de doce derivaciones. (Alexanderson, 2017)

Disnea:

Se define como un síntoma subjetivo que expresa en paciente como la falta de aire, no es exclusiva de las enfermedades cardíacas ya que puede presentarse como producto de otras alteraciones como la enfermedad pulmonar intrínseca o la anemia. (Saturno, 2017)

Clasificación de la Disnea:

Según el autor (Schwartzstein, 2016)

- **Disnea de esfuerzo:** Si aparece al realizar esfuerzos, con la puntualización de si son grandes, medianos o pequeños. En el cardíaco la disnea de esfuerzo es progresiva.

- **Disnea de decúbito:** Que se alivia con la posición erecta (ortopnea). Puede alcanzar distintos grados de intensidad, siendo progresiva con el de cúbito.
- **Disnea paroxística:** Se caracteriza por aparecer durante la noche mientras el paciente se encuentra dormido. Esto lo obliga a despertarse súbitamente creando una situación de desesperación al no poder recibir la cantidad necesaria de aire.
- **Disnea de reposo:** Si aparece incluso sin realizar ningún tipo de esfuerzo.

Astenia:

Se define como una sensación inespecífica de falta de energía o una sensación subjetiva de agotamiento ante un esfuerzo mínimo. Este síntoma debe diferenciarse de la debilidad neurológica que se define como la debilidad de uno más músculos. Es un síntoma frecuente especialmente en adultos mayores, lo cual se asocia con fatiga y somnolencia. No es infrecuente en los pacientes, sobre todo en ancianos, que se presenten con falta generalizada de progreso, la cual puede incluir elementos de fatiga y debilidad, según la causa. (Kasper, Fauci, Hauser, & Longo, 2017).

1.1 Justificación

La importancia del presente estudio de caso sobre síndrome coronario agudo se debe a todo tipo de complicaciones que se presenta durante esta patología las cuales han ido avanzando conforme a los años. En Latinoamérica y el Caribe según estudios realizados en el Acta Medica del Centro de la ciudad de Santa Clara – Cuba (PEREZ, 2019) representan un 31% de las muertes.

La base fundamental para el desarrollo de este tema es dar a conocer cuáles son las manifestaciones clínicas, diversos factores que lo generan como el estrés, la obesidad o el colesterol e inclusive la depresión, signos y síntomas de alarma de esta patología y sobre todo como darle un respectivo tratamiento a tiempo.

También aquí conoceremos cual es el papel fundamental del profesional de enfermería que como un buen promotor de la salud debe brindar ya que ellos deben transmitir y difundir buenas prácticas clínicas y de bioseguridad las cuales ayuden a mejorar el estado de salud del paciente.

Con el siguiente estudio de caso beneficiaremos a gran parte de los población en este caso al paciente con este tipo de patología ya que promoveremos la salud y daremos a conocer cuáles son las principales causas y consecuencias que se originan cuando esta enfermedad no es tratada a tiempo ya que en caso de que haya complicaciones estos deben de asistir de inmediato al centro de salud más cercano.

Ayudaremos a concientizar a la población que esta patología es de gran importancia a nivel social como una enfermedad de alto riesgo que puede afectar a tanto adultos como jóvenes lo cual se puede prevenir llevando un estilo de vida apropiado.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con síndrome coronario agudo, que ayude al mejoramiento de la salud brindando una atención de calidad al paciente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un Plan de Enfermería enfocado en el mejoramiento de la salud.
- Ayudar al mejoramiento de la salud brindando una atención de calidad.
- Educar a los pacientes sobre factores predisponentes que ayudan a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

1.3 Datos Generales

Nombres: AA.PP

Sexo: Masculino

Edad: 53 años

Lugar de procedencia: Guaranda – San Miguel

Escolaridad: Secundaria

Fecha de ingreso: 26/09/2018

Servicio: Medicina Interna

Cama: 22

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

2.1 Motivo de Consulta

Disnea, dolor precordial, astenia.

2.2 Antecedentes

ANTECEDENTES PERSONALES

✓ TOXICOLÓGICOS

- Alcoholismo: No refiere
- Tabaquismo: No refiere
- Drogadicción: No refiere

✓ QUIRÚRGICOS

Colecistectomía hace 40 años.

✓ TRAUMATISMO

No refiere

✓ TRANFUNSIONALES

Ninguno

✓ ALÉRGICOS

No refiere

✓ INFECCIO-CONTAGIOSOS

Ninguno

Antecedentes familiares

✓ **FAMILIARES**

No refiere

2.3 Historial Clínico del Paciente

Historia clínica: 28935

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente refiere cuadro clínico de más o menos 15 minutos de evolución con dolor precordial tipo opresivo de fuerte intensidad de inicio súbito que se irradia a miembro superior derecho acompañado de parestesias de miembros superiores y región cervical además se acompaña de diaforesis. Cuadro que se intensifica con el pasar de los minutos por lo que es traído a esta casa de salud

2.4 Examen físico (exploración clínica).

Estado General: Paciente en regulares condiciones generales, fascie dolorosa, piel en estado normal, dolor precordial, disnea, mas astenia, con un EVA 8/10, mucosas deshidratadas, higiene conservada, extremidades en flexión normal y con eliminaciones presentes.

Nivel de Hidratación: Deshidratación moderada evidenciado mediante inspección se observa piel de aspecto pálido y resequedad en las mucosas, a la palpación se evidencia resequedad en la piel, nemotérmico.

Valoración por regiones

Cráneo: Normo cefálica.

Cuero cabelludo: Sin lesiones, sin enrojecimiento.

Cabello: Entrecano, implantación de acuerdo al sexo y la edad.

Cara: Facie normal, pálida e hidratada.

Cejas: Implantación normal, espesor normal.

Ojos: Pupilas isocóricas, reactivas a la luz,

Orejas: Simétricas, CAE permeables, sin problemas auditivos.

Nariz: Mucosa deshidratadas, buena implantación de vello nasal, tabique simétrico.

Boca: Labios poco hidratados, interior de boca con prótesis dentaria, encía y mucosa pálida, lengua y mucosas normocoloreadas.

Cuello: Normal, sin adenopatías palpables.

Tórax: Simétrico con disminución de la expansibilidad, murmullo vesicular conservado y sin lesiones.

Abdomen: Blando depresible no doloroso a la palpación

Miembros superiores e inferiores: No presenta fracturas ni deformidades, piel sudorosa, llenado capilar normal, con dolor que radica en el brazo izquierdo.

Genitourinario: Sin presencia de cicatrices, ni lesiones, abundante vello púbico.

Signos Vitales:

PA: 150/90

FC: 78 lpm.

T°: 36,5 °C

FR: 22 Rpm.

SpO2: 90%

Medidas Antropométricas:

Peso: 87,2 KG

Talla: 1.70 cm.

IMC: 30,17 (Obesidad tipo I)

EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS DEL CUERPO HUMANO

Técnicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Sistema Nervioso:

Se encuentra con alteraciones del estado de conciencia, con respuesta a estímulos externos, además presenta leve deterioro del estado neurológico, astenia, con presencia de ansiedad y hostigamiento.

Sistema Respiratorio:

Patrón respiratorio aumentado, presenta disnea de esfuerzo mediana con 27 respiraciones por minuto, a la inspección se observa tórax simétrico expansibilidad normal, leve retracción costal, a la auscultación se evidencia murmullo vesicular conservado de intensidad normal.

Sistema Cardiovascular:

Frecuencia cardíaca de 78 latidos por minutos con presión arterial de 150/90 mmhg, presenta dolor precordial a nivel del pecho que se irradia al miembro superior izquierdo con una escala de EVA de 8/10 a la auscultación no presenta soplos cardíacos.

Sistema Digestivo: A la auscultación manifiesta ruidos hidroáereos presentes, abdomen distendido blando depresible a la palpación con eliminaciones presentes.

Sistema Osteomioarticular:

Tono muscular aumentado en extremidades, presencia de vía periférica en extremidad superior derecha para hidratación y medicación. Reflejos presentes, movimientos de extremidades conservados.

Sistema Genitourinario:

Se evidencia genitales correspondientes al sexo masculino sin ningún tipo de anomalías, patrón de eliminación normal en frecuencia de micciones.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON)

1. Patrón de percepción-manejo de la salud:

El paciente refiere que su estado de salud es regular, manifiesta cumplir con el régimen terapéutico y realizar acciones para su bienestar.

Hábitos higiénicos: Buena higiene personal.

Vacunas: Vacunas completas.

Alergias: Ninguna

Existencia de hábitos tóxicos: Ninguno

Accidentes laborales, tráfico y domésticos: No

2. Patrón nutricional-metabólico.

La evaluación de sus antecedentes médicos nos indica que el cambio su dieta porque antes consumía bebidas azucaradas, frituras y muchos carbohidratos.

El paciente actualmente mantiene una dieta hiposódica y baja en grasa, su apetito es normal e ingiere líquidos en cantidad normal, ingiere 3 comidas al día y 2 refrigerios entre comidas. Su dieta consiste en pocos carbohidratos, consume proteínas, poco consumo de grasas.

Altura: 1.70 cm

Peso: 87.2 kg.

IMC: 30.17

Lo que nos indica que hay obesidad tipo 1

Temperatura: 36,5 °C

Condiciones de piel, mucosas y membranas: Piel sudorosa, pálida, fría al tacto.
Mucosas hidratadas.

3. Patrón de eliminación:

Función excretora

Eliminación vesical: normal, eliminaciones presentes, 4 veces al día, sin dificultad para orinar.

Eliminación Intestinal: Deposiciones normales, 2 veces por día, consistencia sólida

Piel: Piel sudorosa, fría al tacto, sin lesiones.

4. Patrón de actividad y ejercicio:

Dificultad para realizar actividad física intensa por afección cardiovascular con manifestación de disnea mediana de 27 respiraciones por minuto.

Mantiene su tono muscular realizando caminatas como actividad recreativa y de ocio junto a su familia.

El paciente antes del diagnóstico de la enfermedad mantenía una conducta sedentaria.

PA: 150/90 mm Hg

Frecuencia Respiratoria: 22 Rpm.

5. Patrón sueño - reposo.

Paciente descansa tranquilo, sin novedades.

6. Patrón Cognitivo Perceptivo:

Percepción de los sentidos en estado normal. No utiliza dispositivos médicos como audífonos, anteojos, etc.

Patrón cognitivo alterado por la presencia de dolor agudo de tipo opresivo en la región precordial que se irradia a miembro superior derecho.

7. Patrón autopercepción-auto concepto

Percepción adecuada de su apariencia física, mantiene buena autoestima.

8. Patrón rol y relaciones

Relación armoniosa con la familia. Desempeña el rol de padre de 2 niños y mantiene buenas relaciones interpersonales.

9. Patrón sexualidad;

Número de parejas sexuales: 1, actividad sexual normal.

10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés:

Reconoce los factores estresantes de su entorno, por su condición médica debe evitar situaciones de estrés. El ambiente hospitalario resulta estresante para el paciente.

11. Patrón valores y creencias:

Prácticas religiosas normales, pertenece a la religión católica.

Patrones Funcionales Alterados.

- Patrón 2: Nutricional – Metabólico
- Patrón 4: Actividad – Ejercicio
- Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

PRUEBA LEUCOCITARIA	VALOR	UNIDAD DE FACTOR	VALOR REFERENCIAL
Glóbulos Blancos	7300	10 ³ /ul	14.00-12.00
Granulocitos:	-		50.0-50.0
Linfocitos:	22%		2.0-10.0
Célula Media:	-	10.6/UL	4.50-6.20
Glóbulos Rojos:	-	G/dl	4.50-6.20
Hemoglobina:	17.9		11.0-17.0
Hematocrito:	54%		35.0-55.0
Vol. corp. medio:		fL	80.0-100.0
Hemo. Corp. Medio	31.0	Pg	26.0-34.0
Conc. HGB. CORP. Medio	34.2	g/dl	31.0-35.0
Plaquetas	239000	10 ³ /ul	150-45
Vol. plaquet. Medio	-	fL	7.0-11.0
Fibrinógeno		Mg/dl	200-400mg/dl

TGO: 23 U/L

TGP: 48 U/L

COLESTEROL: 234 mg/dl

TRIGLICERIDOS: 123 mg/dl

TROPONINA: 1.5 NG/ML

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo:

Según los síntomas que presenta el paciente; dolor a nivel precordial que irradia a brazo izquierdo, disnea y astenia más los exámenes complementarios que se le realizaron se presume el diagnóstico de anguina de pecho inestable.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial se realizó tomando en cuenta las posibles patologías compatibles con los síntomas pero desde una perspectiva holística:

Pericarditis, anemia, aneurisma aórtico

Diagnóstico Definitivo:

Angina de pecho inestable (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST).

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

Los signos y síntomas iniciaron progresivamente con un dolor precordial que radicaba en el brazo izquierdo, dificultad para respirar acompañada de astenia, considerados como síntomas de angina inestable lo que nos refería como un factor fundamental para diagnosticar el síndrome coronario agudo.

Además el paciente era un poco molesto por lo cual era difícil de tratarlo algo también que resaltaba era su poca actividad física y su sedentarismo para poder realizar sus actividades los hijos referían que tomaron las medidas adecuadas de bioseguridad para poder así cuidarlo provocando mucho estrés para el paciente y por la falta de conocimientos de sus hijos los cuales le provocaron un ambiente tenso el cual lo estresaba constantemente.

El paciente ingreso al área de emergencias con diagnóstico de anguina inestable. Se le realiza escala de EVA cada 4 horas, valoración de signos vitales, Ampicilina 160 mg diluir con 10 ml de Cloruro de Sodio 0,9% cada 6 horas. Luego de la valoración por los médicos del área de emergencias se lo traslada al área de medicina interna y proponen las siguientes metas clínicas: Disminuir el dolor precordial, Estabilizar frecuencia cardiaca y respiratoria, rehidratarlo y brindarle cuidados de confort.



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

DX: Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

NANDA: 00132
NOC: 1605
NIC: 1400

R/C: Dolor agudo

E/P: Fascie dolorosa, expresión verbal, dolor precordial y posición antálgica.

RESULTADO (NOC)

DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud

CLASE: Conducta de salud

ETIQUETA: Control del dolor (1605)

RESULTADO (NIC)

CAMPO: Fisiológico Básico

CLASE: Fomento de la comodidad física

ETIQUETA: Manejo del dolor (1400)

Indicadores	1	2	3	4	5
Utiliza analgésicos de forma apropiada	✗				✗
Reconoce los síntomas del dolor y factores sociales		✗			✗
Utiliza medidas de alivio no analgésicas	✗				✗
Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda		✗			✗

- Actividades**
- ✓ Toma de signos vitales, enfatizando la frecuencia cardiaca,
 - ✓ Evaluar el dolor según la escala internacional para la valoración del dolor EVA cada 2 horas.
 - ✓ Realizar ecocardiograma cada 12 horas.
 - ✓ Administrar la medicación prescrita.
 - ✓ Administrar oxígeno.
 - ✓ Enseñar técnicas no farmacológicas para manejo del dolor como aromaterapia, acupresión.

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

Disminución de la presión arterial:

Ingreso con una presión de 150/90 para disminuir la presión el médico indica darle 10 mg de amlodipino VO STAT, se evalúa el estado neurológico del paciente. La presión elevada puede producir daños a nivel cerebral produciendo daño neurológico permanente, además puede presentar convulsiones lo que indica una mala evolución en el paciente.

Hidratación:

La administración de líquidos es importante porque presenta signos de deshidratación moderada, con el cloruro de sodio recompensaremos la falta de líquidos que a su vez mejora el estado general del paciente.

Disminución del dolor precordial:

Con la administración de la nitroglicerina en parche ayudaremos a disminuir el dolor y mejoraremos el flujo de sangre en el torrente sanguíneo ya que este abre los vasos sanguíneos para que la sangre fluya, también teniendo al paciente relajado y descansando por lo menos 20 minutos ayudaremos a una mejor relajación de los músculos reduciendo el dolor.

Tratamiento de la disnea:

Es importante la administración de oxígeno cuando tratamos este tipo de pacientes ya que este ayudara a mantener los niveles de oxigenación adecuados, que eviten la hipoxia tisular y debemos encontrar la postura adecuada para que el paciente tenga un buen flujo de aire por lo general suele ser semifowler además debemos mejorar el grado de déficit de autocuidado del paciente en las actividades diarias que este realiza.

Realización de electrocardiograma:

Con la realización de un electrocardiograma puede evaluar la actividad eléctrica del corazón determinar si las arterias obstruidas del corazón están ocasionando el dolor en el pecho o un ataque cardíaco.

Esto se realiza desde la superficie del cuerpo y se representa mediante un papel con trazos gráficos los cuales simbolizan la actividad eléctrica de los ventrículos y las aurículas.

Medición de la escala EVA:

Con esta intervención de enfermería puede evaluar la intensidad de dolor del paciente y determinar si este era un dolor leve, moderado o severo.

Esto se realiza cuando un paciente manifiesta dolor y se lo evalúa en una escala del 1 al 10 para evidenciar el grado de dolor que este manifiesta y de esta forma bajar el grado de intensidad de dolor el paciente.

2.8 Seguimiento.

Se realizó seguimiento del paciente durante 4 días que duró su estancia hospitalaria, su estado de salud mejoro progresivamente mediante el tratamiento médico que se le administró, los cambios esperados fueron satisfactorios y el paciente recibió el alta al 6to día de hospitalización se le entrego un plan de alta en el que se le indica los cuidados a seguir e indicaciones generales.

REPORTES DE ENFERMERIA CON LA GUIA DE SOAPIE DE LOS DIAS DE SEGUIMIENTO

• 26/09/2018

Sr. Carlos Antonio Cambell Robalino, de 53 años de edad con diagnostico medico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, vaso espasmo coronario.

P: Dificultad para controlar el dolor, dificultad en el intercambio de oxígeno.

I: Control de signos vitales P.A: 120/100, FR 29 x', FC 78 x', T° 36,2 °C

- Aplicación de protocolo de identificación de pacientes,
- Administración de medicamentos prescritos.
- Colocación de dispositivo intravenoso sin heparina.
- Se realiza monitoreo constante
- Se realiza EKG

E: Paciente consiente, orientado, afebril, facies pálidas, mucosa orales secas, con cuello y tórax simétrico, presenta dolor precordial EVA 7/10, abdomen suave depresible a la palpación, con dispositivo intravenoso sin heparina.

• 27/09/2018

Paciente Carlos Antonio Cambell Robalino, de 53 años de edad con diagnostico medico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, vaso espasmo coronario. Ingresa al servicio de medicina interna para valoración con el cardiólogo.

P: Ansiedad ante la hospitalización, dificultad para controlar el dolor, riesgo de infección.

I: Valoración de signos vitales P.A: 120/90, FR 20 x', FC 60 x', T° 37 °C

- Posición semifowler
- Apoyo psicológico.
- Administración de medicamentos prescritos.
- Dieta hiposódica.
- Protocolo de prevención de caídas.

E: Paciente orientado en tiempo espacio y persona, con signos vitales dentro de parámetros normales, manifiesta no tener problemas para descansar, además de disminución del dolor 4/10 (EVA). Se encuentra con hidratación y medicamentos prescritos por el cardiólogo, valoración del EKG y pendiente exámenes de laboratorio.

• **28/09/2018**

Sr. Carlos Antonio Cambell Robalino, de 53 años de edad con diagnóstico médico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, vaso espasmo coronario.

P: Riesgo de infección, alteración hemodinámica.

- I: Valoración de signos vitales P.A: 110/70, FR 19 x', FC 70 x', T° 36 °C
- Control de curva térmica
- Administración de medicamentos prescritos.
- Monitoreo constante
- Cambios posturales

E: Usuario Carlos Antonio Cambell Robalino, estable en cuanto a constantes vitales, manifiesta disminución de la disnea con los cambios posturales. Monitoreo de constantes para determinar alteraciones en el estado hemodinámico. Se encuentra tranquilo y colaborador, con vía periférica permeable y pasando medicación prescrita.

30/10/2018

Paciente sr. Carlos Antonio Cambell Robalino, de 53 años de edad con diagnóstico médico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, vaso espasmo coronario.

P: Riesgo de infección, Riesgo de desequilibrio hemodinámico.

I: Valoración de signos vitales P.A: 100/80, FR 21 x', FC 60 x', T° 36 °C

- Posición semifowler
- Administración de medicamentos prescritos.
- Protocolo de lavado de manos.
- Cuidados de la vía periférica.
- Protocolo de prevención de caídas.

E: Paciente orientado en tiempo espacio y persona, con signos vitales dentro de parámetros normales, manifiesta mejoría en el dolor con los medicamentos prescritos y el médico internista decide darle el alta. Con todas las indicaciones sobre cuidados para su patología y seguimiento en esta casa de salud.

2.9 Observaciones.

El diagnóstico preliminar se formuló a partir de los signos y síntomas iniciales característicos del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST se brindó tratamiento con antihipertensivos en el área de Medicina Interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, durante el primer día sus síntomas se mantuvieron, además presentó disnea, dolor precordial que radicaba en el brazo izquierdo y astenia.

Con los exámenes complementarios como electrocardiogramas y químicos se determinó lo que es el síndrome coronario agudo. Los cuidados de enfermería se enfatizaron en disminuir el dolor precordial, tratar la disnea, la astenia, administrar líquidos para hidratación según la prescripción del médico, monitorear los signos vitales y vigilar los ingresos y egresos del paciente en cuanto a eliminación de diuresis e intestinal.

En los siguientes días se evidenció mejoría del estado general del paciente, la disnea se estabilizó, disminuyó el dolor precordial y las membranas mucosas se mantuvieron hidratadas, mejoró su patrón de dolor y por consiguiente la estabilización de las constantes vitales. Al quinto día de hospitalización se le otorga el alta con el respectivo plan de alta en el que constan los cuidados que deben brindar los hijos en el domicilio del padre, próxima cita para control en 15 días e indicaciones generales sobre higiene y reconocimiento de signos de alarma.

CONCLUSIONES

- El diseñar un plan de enfermería focalizado en las necesidades que más afectan a los pacientes nos ayudó a centrarnos en la parte más afectada del paciente resolviendo el problema de acuerdo a su prioridad.
- El brindar una atención de calidad ayudo a conseguir un conjunto de servicios terapéuticos y diagnósticos adecuados para mejorar la salud del paciente.
- El educar a los pacientes sobre los factores predisponentes que permiten desarrollar enfermedades cardiovasculares nos ayudó a prevenir posibles complicaciones y sin alteraciones sobre todo a nivel cardiovascular incentivando al paciente hacer dieta y ejercicio, fomentando un estilo de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexanderson, R. E. (2017). *Exploración Cardiovascular. Bases Fisiopatológicas* (2da Edición ed.). Ciudad de México: Manual Moderno.
2. Ciesielski, T., & De Fer, T. (2018). *Manual Washington de Medicina Interna Hospitalaria* (3ra Edición ed.). S. T. Louis - Missouri, Estados Unidos: Wolters Kluwer.
3. Costanzo, L. (2019). *Fisiología - Revisión de Temas* (7ma Edición ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer .
4. Gelpi, R., & Buchholz, B. (2018). *Neurocardiología - Aspectos Fisiopatológicos e Implicaciones Clínicas* (1° ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
5. Gomez, M., Rodriguez, C., & Yohadriz, L. (8 de Octubre de 2018). Correlación clínica y ecocardiográfica en la disfunción miocárdica en el shock séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Uyapar. Ciudad Guayana , Bolívar, Venezuela : ELSEVIER .
6. Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., & Longo, D. (2017). *Harrison. Manual de Medicina*. Ciudad de Mexico: Mc Graw Hill - Interamericana.
7. Papadakis, M., & McPhee, S. (2017). *Diagnostico Clínico y Tratamiento*. Ciudad de Mexico: Mc Graw Hill.
8. PEREZ, D. L. (2019). *Enfoque clínico y epidemiológico del S.C.A.* Santa Clara, Villa Clara, Cuba: Acta Medica Del Centro.
9. Rhoades, R., & Bell, D. (2018). *Fisiología Médica - Fundamentos de Medicina Clínica* (5ta Edición ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
10. Romo, F., Acosta, M., Cano, R., & Iglesias, J. (2016). *Enfoque actual del tratamiento farmacológico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST*. La Rioja, España: Dialnet.
11. Saturno, G. (2017). *Cardiología* (1era Edición ed.). Ciudad de Mexico, México: El Manual Moderno S. A. de C. V.

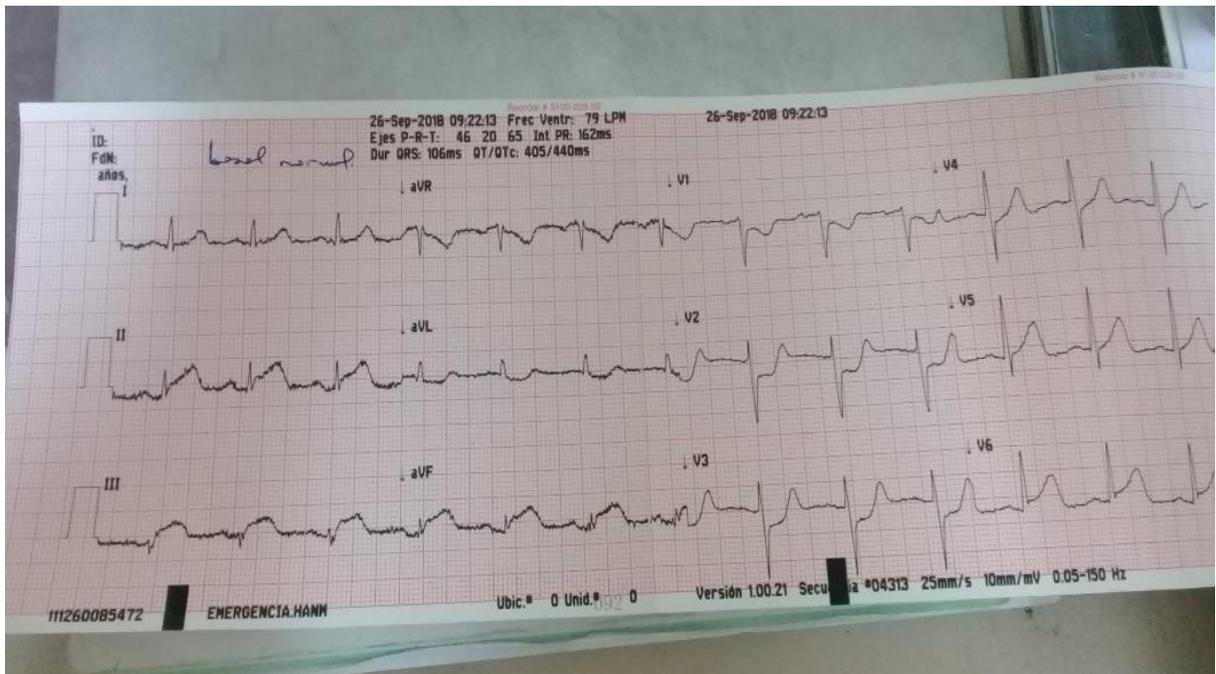
ANEXOS

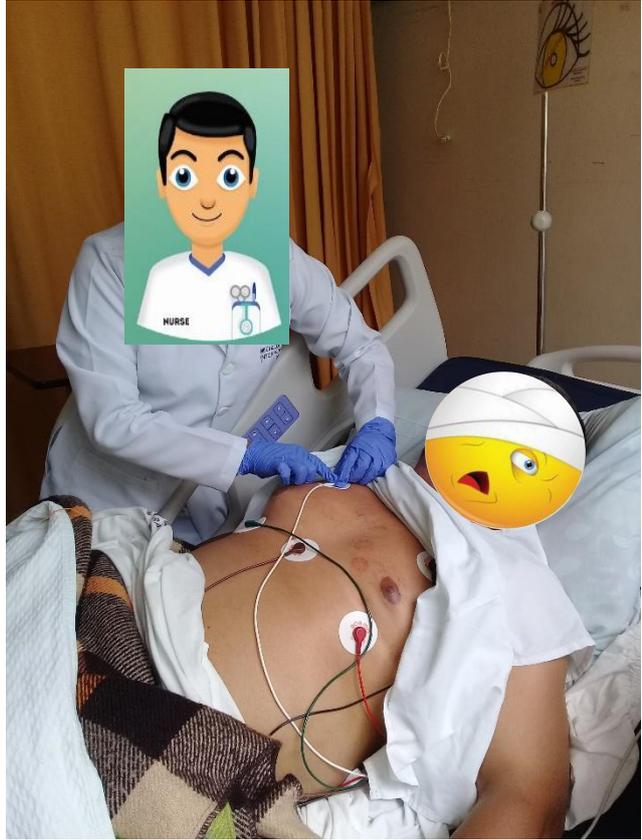
26-Sep-2018 09:22:13

5:00 PM

RITMO SINUSAL
NOTABLE ELEVACION DE ST, CONSIDERE LESION INFERIOR (MARCADA ELEVACION ST ST
INFLEXION NORMAL ONDA T EN II/aVF)
IM AGUDO
INTERPRETACION BASADA EN UNA EDAD POR DEFECTO DE 40 AÑOS

NO CONFIRMADO





CODIGO-HGANM-26092018-21042E

APELLIDO PATERNO CAMBELL		APELLIDO MATERNO ROBALINO EMERGENCIA		PRIMER NOMBRE CARLOS		SEGUNDO NOMBRE ANTONIO		EDAD 33	CEDULA DE IDENTIFICACION 4301441159
SERVICIO		FECHA DE ENTREGA		26-SEP-2018		HCL			

1 HEMATOLOGICO

HEMOGLOBINA	17.9	g/dl	VCM	95	f	RETICULOCITOS	3
HEMOGLOBINA	31.7	g/dl	HCM	31.7	f	GRUPO	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION PLACQUETAS	239.000		CHCM	33.3	f	FACTOR RH	
LEUCOCITOS	10.000		HIPOCROMIA		f	COOMBS	
NEUTRINOS		%	ANISOCIT		f	TIEMPO DE COAG	
CAVAD		%	POIKILO		f	TIEMPO DE SANG	
SEGUNDO	34	%	ET		f	TY P	
EOSIN	4	%	OSIS POLICIAO		f		

ANALISTA RESP LIC. TATIANA GILMAN

3 COPROLOGICO Y COMPLEMENTARIOS

COLOR	HEMPOL	ESPOGAS	FIBRAS
CONSIST	ORINA SANGRE OCULTA PNH	MICELIOS	ALAMBRON
PH		MOCO	ORACA
PROTOZOARIOS	QUIST	YEPD	HELMINTOS
			NUEVO
			LC
			BL

ROTAVIRUS:

2 UROANALISIS

ELEMENTAL	MICROSCOPIO
IDENTIDAD	ASPECTO
PH	INDICIOS / C
PROTEINA	ERITROCITOS / C
GLUCOSA	CELULAS
CEYONA	BACTERIAS
HEMOGLOBINA	INDICIOS
BILIRUBINA	MOCO
UROBILINOGEN O	CRISTALES
NIYRITO	CILINDROS
LEUCITOS	
GRAM:	

4 QUIMICA

DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACION	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUN	119.8	mg/dl	70-115	TRANSAMINASA PEROXIDA (ALTY)	48.0	u/l	31-41
GLUCOSA 2 HORAS		mg/dl	110-130	TRANSAMINASA OXALACETICA	23.2	u/l	31-35
UREA	27.7	mg/dl	15-50	FOSFATASA ALCALINA		u/l	Mn170
CREATININA	1.02	mg/dl	0.6-1.1	FOSFATASA ACIDA		mg/dl	Mn 200
BILIRUBINA TOTAL		mg/dl	Mn1.1	COLESTEROL TOTAL	234.0	mg/dl	Mn35
BILIRUBINA DIRECTA		mg/dl	Mn0.2	COLESTEROL HDL	43.0	mg/dl	
BILIRUBINA INDIRECTA		mg/dl	Mn0.85	COLESTEROL LDL	187.2	mg/dl	
PROTEINA TOTAL		g/dl	5.7-8.0	TRIGLICERIDOS	123.3	mg/dl	75-150
ALBUMINA		g/dl	3.5-5.2	HIEMO SERICO		u/l	Mn100
GLOBULINA		g/dl	2.3-3.3	AMILASA		u/l	Mn 60
ACIDO URICO		mg/dl	2.3-8.2	LIPASA		u/l	

ANALISTA RESP LIC. SONIA COLOMA SODIO 145 mmol/l POTASIO 3.8 mmol/l

5 SEROLOGIA

VIR	ASTO
VDRL	LATEX
WBCB	PCR

6 SECRECIONES VAGINALES

7 AGLUTINACIONES FEBRILES

8 OTROS

CRISTALOGRAFIA	
PSA	

9 TEST DE EMBARAZO

SANGRE	
ORINA	

10 HELICOBACTER PYLORI

SANGRE	
HECES	

11 ESPECIALES

PROTEINAS EN 24 HORAS: ORINA: 28-141 mg/ 24 horas LCR: 15-45 mg/ dl

HEPATITIS B:

HEPATITIS A: CALIDAD DE LA MUESTRA: ADECUADA (X) INADECUADA () OBSERVACION:

MEDICO SOLICITANTE DR. ADRIAN NOBOA

HORA DE TOMA DE MUESTRA: 10H34

HORA DE ENTREGA DE RESULTADO: 12H00

FIRMA LABORATORISTA

<p>Informe de Medicación</p> <p>HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO</p>	
<p>OMNI C 15284</p> <p>Fecha/hora 26/09/2018 09:34</p>	<p>Muestra 8184</p> <p>ID Pac. 1201441159</p> <p>Nombre CARLOS</p> <p>Apellido CAMBELL</p> <p>Muestra Sangre</p>
<p>Baro 554.1 mmHg</p> <p>Temp. 37.0 °C</p> <p>A/F adulto</p>	<p>PO2 97.0 mmHg</p> <p>PCO2 19.7 mmHg</p> <p>pH 7.508</p>
<p>Na Pendiente nOk 1074</p> <p>Cl No activado 1070</p> <p>ICa 0.755 mmol/L</p> <p>K Pendiente nOk 1074</p>	<p>Hct 50.9 %</p>
<p>BE -5.1 mmol/L</p> <p>BEef -7.8 mmol/L</p> <p>CHCO3 15.3 mmol/L</p> <p>CHCO3st 20.0 mmol/L</p> <p>SO2(c) 98.1 %</p> <p>Indice p/F 462.0 mmHg</p>	