



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON
INSUFICIENCIA CARDIACA MAS SARS-COVID19**

AUTORA

PRISCILA MONSERRATE MERO TUMBACO

TUTORA

MSc. ROSA MERCEDES BEDOYA VASQUEZ

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2020-2021

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	i
TEMA DEL CASO CLINICO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	10
1.2. OBJETIVOS	11
1.2.1. Objetivo General	11
1.2.2. Objetivo específico	11
1.3. DATOS GENERALES DEL PACIENTE	12
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	13
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes	13
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. 14	
2.3. Examen físico	14
2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	17
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	18
2.6. ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	18
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	23
2.8. Observaciones.	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	30

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios en mayor parte por haberme guiado siempre en cada paso que doy en mi vida, y en los momentos más difíciles haberme fortalecido.

A mis padres Manuel Mero y Lenny Tumbaco mi inspiración, mi ejemplo, mis más grandes amores, quienes siempre confiaron en mí, quienes han ido conmigo de la mano en cada paso junto con mis hermanos.

A mis abuelos por sus valiosos consejos y valores impartidos los llevo en mi corazón, en especial a mi mami Carmen Andrade mi ángel por haber sido quien me inspiro a seguir esta hermosa profesión, este logro es muy nuestro.

Finalmente lo dedico a mis tíos y demás familiares por todo lo que han hecho por mí.

PRISCILA MONSERRATE MERO TUMBACO

AGRADECIMIENTO

A todos mis familiares y amigos que han contribuido en mi vida con sus consejos y enseñanzas, gracias por tener la confianza en mí y su apoyo incondicional.

Además, quiero otorgar un agradecimiento especial a la Universidad Técnica de Babahoyo y sus docentes quienes estuvieron prestos a compartir sus enseñanzas y experiencias permitiéndome de esta manera aprender mucho para desarrollarme profesionalmente.

PRISCILA MONSERRATE MERO TUMBACO

TEMA DEL CASO CLINICO
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON
INSUFICIENCIA CARDIACA MAS SARS-COVID19

RESUMEN

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad, que afecta a una cantidad considerable de la población y que se convierte en un problema de salud pública tanto por los altos índices de prevalencia e incluso por el costo de los tratamientos que termina complicando abarcar en su totalidad a todos los pacientes.

Su cuadro clínico se desarrolla a partir del funcionamiento irregular del corazón donde no hay un adecuado bombeo de la sangre y posterior a esto se pueden manifestar síntomas y signos como la disnea o fatiga.

COVID19 enfermedad determinada como una pandemia, también resulta como un problema de salud pública, con altos índices de contagios y además de muertes, aun se desarrollan estudios para encontrar una cura definitiva, sin embargo, ya se cuentan con vacunas que están siendo administradas a la población, Su cuadro clínico principal es respiratorio sin embargo según las enfermedades clínicas adyacentes puede variar la sintomatología del paciente.

Esta dos enfermedades se relacionan entre sí y con lo que acontece en la actualidad es de suma importancia prestar atención a los síntomas de tal manera que se pueda deducir si el paciente puede estar presentando un cuadro de evolución de COVID19, un punto del que se puede partir es de que el paciente con insuficiencia cardiaca por lo general presenta disnea pero si esta se acompaña de tos o fiebre más un posible contacto con un paciente COVID positivo, daría un indicio de que el paciente es un caso sospechoso por lo cual se procede a actuar de manera inmediata con el fin de evitar que su cuadro se agrave.

PALABRAS CLAVES: insuficiencia cardiaca, COVID19, disnea, pandemia, SARS-COV-2

ABSTRACT

Heart failure is a disease that affects a considerable amount of the population and that becomes a public health problem both because of the high prevalence rates and even because of the cost of the treatments that ends up making it difficult to cover all of them. the patients.

Its clinical picture develops from the irregular functioning of the heart where there is not an adequate pumping of the blood and after this, symptoms and signs such as dyspnea or fatigue may appear.

COVID19 disease determined as a pandemic, also results as a public health problem, with high rates of infections and in addition to deaths, studies are still being developed to find a definitive cure, however, there are already vaccines that are being administered to the Its main clinical picture is respiratory, however, depending on the adjacent clinical diseases, the patient's symptoms may vary.

These two diseases are related to each other and to what is happening today, it is of utmost importance to pay attention to the symptoms in such a way that it can be deduced if the patient may be presenting a picture of evolution of COVID19, a point from which it can be The starting point is that the patient with heart failure usually has dyspnea but if this is accompanied by a cough or fever plus a possible contact with a positive COVID patient, it would give an indication that the patient is a suspected case, for which we proceed to act immediately in order to prevent your condition from worsening.

KEY WORDS: heart failure, COVID19, dyspnea, pandemic, SARS-COV-2

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es definida como una enfermedad del corazón de gran impacto mundial, en la cual, el mismo compromete su capacidad de bombear la sangre con normalidad y de esta manera se vuelve incapaz de proveer los requerimientos metabólicos periféricos necesarios para el buen funcionamiento del sistema cardiaco.

Por otro lado, se tiene la enfermedad llamada COVID19 provocada por el nuevo virus coronavirus causa de pandemia mundial como lo es el SARS-COV-2, esta enfermedad se considera infecciosa y es caracterizada por cuadros respiratorios en los pacientes contagiados, siendo el grupo de mayor riesgo los que se encuentran dentro de una edad muy avanzada, también aquellos quienes presenten patologías como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas e incluso cáncer ya que existe una mayor probabilidad de que desarrollen un cuadro grave.

Es muy importante resaltar que tanto la insuficiencia renal como el COVID19 pueden considerarse dos enfermedades que están estrechamente vinculadas, ya que en pacientes sanos que han sido contagiados posterior a su recuperación suelen presentar indicios de aparición de una enfermedad cardiaca como la antes mencionada, y en el caso de los pacientes con este antecedente es bastante alto el porcentaje de que su cuadro se vea agravado e incluso puedan llegar a fallecer.

De ahí la necesidad de crear una visión más profunda a la sociedad sobre el impacto que tiene este virus en la vida de las personas, y por eso se busca proveer toda la información necesaria con el fin de mantener cuidados tantos personales como de los familiares, de tal manera que se disminuyan los índices de contagios.

I. MARCO TEORICO

INSUFICIENCIA CARDIACA

DEFINICION: La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la incapacidad del corazón para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo y / o la incapacidad de mantener una presión de llenado anormalmente alta, por lo tanto, no solo no puede extraer suficiente sangre, sino que el cuerpo puede adaptarse a esta nueva situación debido a diferentes mecanismos de compensación, se compensará a corto plazo, pero a largo plazo producirá síntomas provocados por mantener una presión de llenado anormalmente alta (DR. FERNÁNDEZ & DR. MORENO, S.F).

ETIOLOGÍA

Las tres causas principales de insuficiencia cardíaca son: cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica relacionada con infartos previos y miocardiopatía dilatada, otras causas incluyen: arritmia, valvulopatía cardíaca, infección, enfermedad invasiva, alcoholismo, enfermedad endocrina y enfermedad genética (DR. PEREIRA, LIC. RINCÓN, & LIC. NIÑO, 2016).

En La población Latina tenemos identificados factores de riesgo, propios de raza como son: Obesidad y sobrepeso, Diabetes, Aterosclerosis, Dislipidemia, Síndrome Metabólico e Hipertensión arterial de difícil manejo (SILVA & LINAREZ, 2018).

FISIOPATOLOGÍA

En la insuficiencia cardíaca, es posible que el corazón no pueda proporcionar suficiente sangre para que los tejidos satisfagan sus necesidades metabólicas, el aumento de la presión en los pulmones o las venas sistémicas asociadas con esta

enfermedad puede promover la congestión de órganos, este cuadro puede deberse a una disfunción cardíaca sistólica o diastólica, o más comúnmente a ambas (HOWLETT, 2019).

Aunque la anomalía primaria puede ser una disfunción de los cardiomiocitos, el recambio de colágeno en la matriz extracelular también ha cambiado, los defectos cardíacos estructurales (como defectos de nacimiento, valvulopatías), arritmias (incluida la taquicardia persistente) y el aumento de las demandas metabólicas (como las debidas a tirotoxicosis) también pueden provocar insuficiencia cardíaca (HOWLETT, 2019).

EPIDEMIOLOGIA

Según los informes, la IC ha sido un importante problema de salud pública desde finales del siglo pasado, con 5,8 millones de pacientes en Estados Unidos y más de 23 millones en todo el mundo, representando de IC En los países desarrollados, la población representa el 2% de la población total y el 6% al 10% de la población mayor de 65 años, si se traslada a la población de Centroamérica y el Caribe, significará cientos de miles de pacientes afectados (SILVA & LINAREZ, 2018).

En Ecuador, la enfermedad cardíaca afecta aproximadamente a 1,4 millones de personas, lo que representa el 14% de la población adulta, la insuficiencia cardíaca es de especial importancia porque ocupa el primer lugar entre las cuatro enfermedades cardíacas más comunes, con más de 199.083 mil personas (VINUEZA, CHILUISA, & AVEIGA, 2019).

SIGNOS Y SINTOMAS

El curso de los síntomas de la insuficiencia cardíaca es amplio y variado, algunos síntomas no son muy claros, mientras que otros son más específicos, los síntomas de una mayor orientación son dificultad para respirar y fatiga en reposo

o cansancio, algunos pacientes lo atribuyen erróneamente a la edad. Entre estos se tiene disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas, pérdida de peso, fatiga y oliguria (NAVARRETE, 2012).

CLASIFICACION

Clínicamente la clasificación más usada es la propuesta por la New York Heart Association (NYHA), basada en los grados de Incapacidad Funcional.

- **Clase funcional I:** actividades ordinarias sin síntomas, sin restricciones a la actividad física.
- **Clase funcional II:** el paciente puede tolerar las actividades normales, pero la actividad física está ligeramente restringida y pueden producirse dificultades respiratorias con un esfuerzo vigoroso.
- **Clase funcional III:** la actividad física del paciente es más baja de lo normal, especialmente restringida por dificultades respiratorias.
- **Clase funcional IV:** el paciente tiene al menos dificultades respiratorias durante el ejercicio o el descanso, y no puede realizar ninguna actividad deportiva (DRA. HERMAN & DRA. RIVERA, S.F).

Se puede también apreciar la nueva clasificación, en la cual las 4 etapas van desde la "A" a "D" definiendo la insuficiencia cardíaca, los dos primeros representan la forma "preclínica" de la enfermedad y el segundo representa la forma clínica. Los pacientes con estadio "A" son asintomáticos y no tienen daño cardíaco, pero tienen factores de riesgo de insuficiencia cardíaca, aquellos clasificados como estadio "B" son asintomáticos, pero tienen signos de daño estructural en el corazón, los pacientes en etapa "C" son pacientes con daño cardíaco y síntomas, mientras que los pacientes en etapa "D" son pacientes con enfermedad avanzada (DRA. HERMAN & DRA. RIVERA, S.F).

DIAGNOSTICO

Para diagnosticar la insuficiencia cardíaca, el médico revisará cuidadosamente el historial médico del paciente y sus síntomas, y realizará un examen físico,

además de que también puede buscar factores de riesgo como presión arterial alta, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes (MayoClinic, 2020).

Después del examen físico, el médico también puede ordenar uno de los siguientes exámenes:

- ❖ Prueba de sangre.
- ❖ Radiografía de pecho
- ❖ Electrocardiograma.
- ❖ Ecocardiograma.
- ❖ Prueba de esfuerzo.
- ❖ Exploración por tomografía computarizada cardíaca.
- ❖ Imágenes por resonancia magnética (RM).
- ❖ Angiografía coronaria.
- ❖ Biopsia del miocardio (MayoClinic, 2020).

TRATAMIENTO

La gran cantidad de manifestaciones clínicas en la insuficiencia cardíaca hacen de su tratamiento un factor multifacético: mejorar la condición clínica, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente, prevenir la hospitalización y reducir la mortalidad, una variedad de fármacos diseñados para aliviar sus signos y síntomas, tales como: reducir la hipervolemia, favorecer la perfusión de los órganos periféricos y mejorar la hemodinámica del paciente, ya que esta última debe compensar el mecanismo neurohormonal (VINUEZA, CHILUISA, & AVEIGA, 2019).

Como se muestra en diferentes ensayos clínicos, los tres grupos farmacológicos que son fundamentales en el tratamiento de la IC son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los betabloqueantes como cualquier categoría funcional, en la primera línea de tratamiento se añadieron antagonistas de los receptores de mineralocorticoides a pacientes sintomáticos (VINUEZA, CHILUISA, & AVEIGA, 2019).

Además, según el estado clínico del paciente, se utilizan diuréticos, inhibidores del receptor de angiotensina (ARAI) y lisozima neutra. Si se utilizan inhibidores de canales, se utilizan inhibidores de receptores. 1 de angiotensina 2, y finalmente una combinación de dinitrato de hidralazina-isosorbida. Otro fármaco que ha mejorado los síntomas o reducido la hospitalización debido a sus efectos es la digital (digoxina) (VINUEZA, CHILUISA, & AVEIGA, 2019).

CORONAVIRUS - COVID 19

DEFINICION: El coronavirus es un grupo de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como la neumonía, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). Vale la pena señalar que la cepa de coronavirus (2019-nCoV) que causó el brote en China es nueva y previamente desconocida (BUPA, 2020).

COVID-19 es la enfermedad infecciosa recién descubierta causada por el coronavirus. Ambos eran desconocidos antes del brote de gripe aviar en Wuhan, China, en diciembre de 2019 (BUPA, 2020).

ETIOLOGIA

El síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es un beta-coronavirus previamente desconocido que se recogió en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China debido a una causa desconocida de pacientes con neumonía en diciembre de 2019. Encontrado en (BMJ, 2020)

Los coronavirus son una gran clase de virus de ácido ribonucleico (ARN) con envoltura, algunos de los cuales pueden causar enfermedades en humanos (por ejemplo, resfriado común, síndrome respiratorio agudo severo [SARS], síndrome respiratorio oriental), moderado [MERS]) y otra propagación entre mamíferos y

aves. Al igual que el SARS y el MERS, los coronavirus animales rara vez se transmiten a los humanos y luego se transmiten entre humanos (BMJ, 2020).

El SARS-CoV-2 pertenece al subgénero Sarbecovirus de la familia Coronavirus y es el séptimo coronavirus conocido que infecta a los humanos. Se ha descubierto que el virus tiene características similares al coronavirus del SARS de los murciélagos, pero diferente del SARS-CoV y MERS-CoV (BMJ, 2020).

FISIOPATOLOGIA

SARS-CoV-2 pertenece a la familia Coronaviridae, cuyos miembros causan enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas, El SARS-CoV-2 y otros coronavirus pueden usar la enzima convertora de angiotensina 2 (ECA2) para ingresar a las células del huésped (NORIA, BACHINI, & RAMOS, 2020).

La progresión de la enfermedad se puede dividir en tres etapas: a) etapa de infección temprana; b) pulmones; c) etapa de inflamación excesiva grave, en las primeras etapas de la infección, el virus penetra en el parénquima pulmonar y comienza a multiplicarse, esta etapa se caracteriza por síntomas leves y marca el inicio de la respuesta inmune innata mediada por monocitos y macrófagos. Datos de múltiples estudios muestran que los marcadores inflamatorios se encuentran elevados durante la infección (proteína C reactiva, interleucina 6, interferón, factor de necrosis tumoral, procalcitonina y ferritina, entre otros), favoreciendo la respuesta inflamatoria sostenida (NORIA, BACHINI, & RAMOS, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Saneamiento de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó 27 casos de neumonía de etiología desconocida, estas personas a menudo están expuestas a los mercados

mayoristas activos de mariscos, pescados y animales de Wuhan, incluidos siete casos graves. El inicio de los síntomas en el primer caso es del 8 de diciembre de 2019 (CCAES, 2021).

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron que el brote fue causado por un nuevo virus de la familia Coronavirus, que más tarde se denominó SARS-CoV-2, y las autoridades chinas compartieron su secuencia genética el 12 de enero, el 11 de marzo, la OMS declaró una pandemia mundial, desde el inicio hasta esta fecha en el informe, se han notificado más de 90 millones de casos en todo el mundo, de los cuales más de 2 millones de casos hay en España (CCAES, 2021).

En Ecuador se confirmó el primer lote de infectados el 28 de febrero de 2020, en la provincia de Guayas, siguió la provincia de Pichincha, con un rápido aumento en el número de casos, hasta el 30 de junio de 2020 se realizaron 2.254.293 pruebas diagnósticas. PCRRT adquirido, 81.161 casos positivos, 5.900 pacientes recuperados y 5.532 defunciones (DEFAZ, ESCOBAR, AUSAY, & GARCIA, 2020).

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas más comunes son fiebre, tos seca y dificultad para respirar. Las anomalías radiográficas y de laboratorio, como linfopenia y elevación de lactato deshidrogenasa, son comunes, pero inespecíficas (WIERSINGA, RHODES, & CHENG, 2020).

Las manifestaciones de COVID-19 incluyen portadores asintomáticos y enfermedades fulminantes caracterizadas por sepsis e insuficiencia respiratoria aguda, aproximadamente el 5% de los pacientes con COVID-19 y el 20% de los pacientes hospitalizados tienen síntomas graves y requieren cuidados

intensivos. más del 75% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 requieren oxígeno suplementario (WIERSINGA, RHODES, & CHENG, 2020).

MODO DE TRANSMISION

El virus COVID 19 se transmite principalmente a través de la saliva o las secreciones nasales que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda, por lo que es importante tomar precauciones (por ejemplo, cubrirse la boca con el codo doblado) al toser y estornudar (OMS, 2020).

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de rutina actual, se utiliza una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real para buscar ARN viral en secreciones respiratorias, saliva y muestras de frotis nasales o faríngeos (DÍAZ & TORO, 2020).

TRATAMIENTO

El tratamiento para individuos con COVID-19 incluye las mejores prácticas para el manejo de apoyo de la insuficiencia respiratoria hipóxica aguda (WIERSINGA, RHODES, & CHENG, 2020).

COVID-19 E INSUFICIENCIA CARDIACA

La pandemia actual de COVID-19 afecta particularmente a las personas en riesgo, como los pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardíaca o enfermedad cardiovascular, la insuficiencia cardíaca es una enfermedad de alta prevalencia con características específicas de manejo, y merece una atención especial en las circunstancias actuales (GARCÍA, FARRERO, & GONZÁLEZ, 2020).

Aproximadamente el 12% de los pacientes infectados con el virus presentan afectación cardíaca, como lo demuestran los niveles elevados de marcadores de daño miocárdico, se ha encontrado que, en comparación con aquellos sin afectación miocárdica, los pacientes con SARS-CoV-2 y daño miocárdico relacionado son mayores y tienen más comorbilidades como hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad vascular cerebral. A su vez, tendrán un SDRA más frecuente, la necesidad de ventilación mecánica no invasiva e invasiva y una mayor tasa de mortalidad, en un estudio realizado en Wuhan, la tasa de mortalidad fue del 10,5% para los pacientes con antecedentes de CV, del 7,3% para los pacientes con DM y del 6% para los pacientes con HT, todas estas cifras superan con creces la tasa de mortalidad mundial notificada del 2,3% (NORIA, BACHINI, & RAMOS, 2020).

PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA Y COVID-19 SOSPECHOSO / INFECTADO

En los pacientes que reciben asesoramiento sobre insuficiencia cardíaca es necesario valorar si se debe a un empeoramiento de su condición o si corresponde a un evento agudo, que puede estar relacionado con enfermedad coronaria o miocarditis viral, se deben evaluar los síntomas, realizar exámenes clínicos detallados y realizar un diagnóstico diferencial de la infección por SARS-CoV2. Además, en términos de manejo farmacológico, se deben considerar los posibles efectos cardiovasculares (LÓPEZ, CÁRDENAS, GIRALDO, & HERRERA, 2020).

PACIENTE INGRESADO CON IC Y SOSPECHA/INFECCIÓN POR COVID-19

En base a la experiencia acumulada, se estima que un 40% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 tienen enfermedad cardiovascular o cerebrovascular. en la serie de Wang et al., el 16,7% de los pacientes con COVID-19 desarrolló arritmia, un 7,2% experimentó daño miocárdico agudo y un 8,7% de pacientes desarrolló shock; estas tasas fueron más elevadas en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. De igual forma se ha documentado que los pacientes más graves presentan niveles significativamente

más elevados de troponina y péptidos natriuréticos, el daño miocárdico y la IC, ya sea sola o en combinación con insuficiencia respiratoria, representan hasta el 40% de la mortalidad en estos pacientes (GARCÍA, FARRERO, & GONZÁLEZ, 2020).

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso tiene como finalidad presentar una problemática de salud como lo es la insuficiencia cardíaca, que existe desde hace mucho tiempo y que se ve relacionada con el virus SARS-COV-2 responsable de ocasionar la enfermedad denominada COVID19, los factores que involucran estas dos enfermedades se definen por la acción del virus en las células del ser humano que desencadena una serie de complicaciones entre ellas cardiovasculares, en pacientes que pueden tener antecedentes patológicos cardíacos y aquellos que no poseen estos antecedentes.

Ahora bien, de estos factores expuestos se determina la importancia de mantener un estricto cuidado en los pacientes con insuficiencia cardíaca que, además, forman parte del grupo de alto riesgo para contagio por COVID19, sin embargo, desde la base de este caso clínico se expone la situación de un paciente contagiado por COVID que se encuentra en hospitalización.

El manejo de un paciente con una patología clínica de base en este caso la insuficiencia cardíaca, que se contagia por COVID19 se vuelve bastante complejo, ya que presenta cuadros clínicos bastantes críticos que incluso puede fallecer.

Es muy importante también enfocar en este caso clínico la actuación de enfermería ante los cuidados que se dan a la persona enferma de tal manera que ayude al individuo en todo su proceso desde que ingresa a una casa de salud y

su posterior progreso, y esto se relaciona con la teoría de Virginia Henderson y sus catorce necesidades básicas.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca más SARS-COVID 19

1.2.2. Objetivo específico

- ✓ Recopilar información mediante historia clínica, anamnesis y exámenes de laboratorio.
- ✓ Formular los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA, de acuerdo a los patrones disfuncionales de M. Gordon.
- ✓ Describir las intervenciones de enfermería según la taxonomía NIC, evaluando los resultados de las mismas según la taxonomía NOC

1.3. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: MIMZ

EDAD: 65 años

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Charapoto, 13 de agosto de 1955

LUGAR DE PROCEDENCIA: Charapoto, Manabi

RESIDENCIA ACTUAL: Quevedo, Coop. Salvador Allende

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: n/n

SEXO: Femenino

ANTECEDENTES PERSONALES: insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, hipotiroidismo, hipertensión arterial.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre (+) diabetes mellitus, Hermano (+) CA de próstata, Hermana con diabetes mellitus.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: cesárea 3, colecistectomía, cateterismo

ESTADO CIVIL: Unión Libre

HIJOS: 3 hijos

GRUPO SANGUINEO: O+

RELIGION: católica

OCUPACIÓN: ama de casa

ESCOLARIDAD: Básica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Motivo de la consulta

Paciente de sexo femenino de 65 años de edad que acude al área de emergencia del Hospital General IESS de Quevedo de manera ambulatoria en compañía de familiar, refiere presentar cuadro clínico de evolución de aproximadamente dos semanas caracterizado por disnea, fatiga, tos no productiva más mialgias más artralgias más alza térmica, refiere también haberse tratado de manera particular donde se determina diagnóstico de neumonía por COVID.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	ANTECEDENTES QUIRURGICOS
Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal Crónica, Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial, Obesidad Mórbida.	Madre (+) diabetes mellitus II, Hermano (+) CA de próstata, Hermana con diabetes mellitus II.	Cateterismo Colecistectomía Cesárea 3

ALERGIAS: PENICILINAS

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

Paciente femenino de 65 años de edad consciente, orientada en tiempo espacio y persona con cuadro clínico de aproximadamente dos semanas de evolución caracterizado por disnea de pequeños esfuerzos más fatiga más taquipnea más dolor moderado en tórax anterior y posterior más tos no productiva más mialgias más alza térmica no cuantificada más cefalea moderada y con saturación de 77%.

2.3. Examen físico

Valoración cefalocaudal

- **Cabeza:** normocéfalo, implantación capilar, sin cicatrices
- **Cara:** fascie pálidas, dolorosa
- **Ojos:** pupilas dilatadas, color café oscuro, cejas y pestañas implantadas.
- **Nariz:** mediana, mucosa nasal pálida.
- **Boca:** mucosas orales semihúmedas, sin presencia de placa dental.
- **Cuello:** simétrico sin adenopatías.
- **Tórax:** simétrico. **Respiratorio:** taquipneico con signos de distrés respiratorio, uso de musculatura accesoria soporte de oxígeno por mascarilla de reservorio, en la auscultación pulmonar con estertores dispersos en ambos campos pulmonares y murmullo vesicular disminuido hacia las bases. **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos y normofonéticos no se auscultan soplos.
- **Abdomen:** suave, depresible no doloroso a la palpación con presencia de cicatriz por anterior cirugía de colecistectomía.
- **Genitales:** normales, sin características relevantes, presencia de diuresis y deposiciones.

- **Miembros superiores:** simétricos funcionales:
- **Miembros inferiores:** simétricos funcionales.
- **Signos vitales:** presión arterial: 110/70 mmHg; FC: 90 por minuto; FR: 30 por minuto; temperatura: 36,5°C. saturación: 77%
- **Medidas antropométricas:** peso 80kg; talla 1.50m; IMC 35,6 (obesidad)

Valoración por Patrones según Marjory Gordon

Patrón Percepción-Manejo de la salud: Paciente de 65 años de edad quien esta consciente de su diagnóstico actual, colaboradora, facie pálida, refiere alergia a las penicilinas, no refiere mantener hábitos de consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Patrón nutricional metabólico: refiere que su alimentación no es adecuada según sus patologías, es decir, no mantiene una dieta estricta tan cual como lo requiere su organismo. Tiene un IMC de 35,6 lo que refleja obesidad.
ALTERADO

Patrón de eliminación: al momento paciente refiere mantener presente diuresis y deposiciones.

Patrón actividad-ejercicio: refiere que en las últimas dos semanas se ha visto limitada de realizar sus actividades con normalidad debido a su cuadro clínico ya que se cansa muy rápido encontrándose disneica y fatigada. **ALTERADO**

Patrón sueño-descanso: refiere que no mantener un patrón eficaz del sueño dentro de las dos últimas semanas ya que por sus condiciones actuales es muy incomodo poder dormir porque se siente intranquila. **ALTERADO**

Patrón cognitivo-perceptual: paciente atento, conciente, orientado en tiempo y espacio, sin problemas de audición o visión, gusto u olfato y tacto.

Patrón autopercepción-autoconcepto: no refiere sentimientos negativos, es extrovertida abierta al dialogo, es colaboradora

Patrón rol-relaciones: refiere que vive con su esposo, y con la familia de su hija menor, mantiene una buena comunicación con sus otros dos hijos y que son muy unidos todos.

Patrón sexualidad-reproducción: su primera menarquia fue a los 12 años, tuvo tres embarazos todos nacidos vivos por cesárea, no refiere si mantiene o no actividad sexual activa.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés: refiere sentirse preocupada por su situación y además sabe que no vera pronto a su familia y eso la hace sentir un poco triste además de que se siente intranquila al no saber cuánto tiempo estará hospitalizada. **ALTERADO**

Patrón valores-creencias: es una persona respetuosa, amable, cree mucho en Dios y dice que confía mucho y tiene fe que a pesar de esta adversidad que afronta ella se volverá a encontrar con su familia.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- Patrón nutricional-metabólico

- Patrón actividad-ejercicio
- Patrón sueño-descanso
- Patrón adaptación-tolerancia al estrés

2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

BIOMETRIA HEMATICA Y QUIMICA SANGUINEA

9/02/2020

	VALORES	
GLOBULOS BLANCOS	14,97	X10 ³ /ul
NEUTROFILOS #	10,87	X10 ³ /ul
LINFOCITOS #	3.32	X10 ³ /ul
NEUTROFILOS %	72.6	%
LINFOCITOS %	22,2	%
MONOCITOS	7.4	%
HEMOGLOBINA	13,6	g/dl
HEMATOCRITO	41,1	%
PLAQUETAS	533	X10 ³ /ul
CREATININA	1,8	mg/dl
GLUCOSA	100	mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0,12	mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,27	mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	0,39	mg/dl

AUTOR: Priscila Mero Tumbaco

FUENTE: Hospital General IEES Quevedo

TAC DE TORAX: 9/02/2020

INFORME: Se evidencian infiltrados con patrón de vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares, compromiso pulmonar aproximado del 90 al 95% con zonas de consolidación, sugestiva de proceso inflamatorio de Neumonía por COVID19

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico Presuntivo: COVID 19 VIRUS No Identificado, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto

Diagnostico Diferencial: Neumonía por COVID

Diagnóstico Definitivo: Hipertensión Arterial, COVID Virus Identificado, Insuficiencia Cardíaca, Hipotiroidismo

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

Paciente de 65 años de edad que ingresa al área de emergencia COVID por cuadro clínico crítico relacionada a diagnóstico de neumonía por COVID, se realiza análisis de la patología encontrándose los siguientes factores de riesgo.

Biológicos: antecedentes personales de patologías como Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Obesidad que actualmente se comprometen por la presencia de la enfermedad COVID19.

Ambientales: evitar la propagación de la enfermedad.

Físicos: discontinuidad de las consultas para tratar sus patologías debido a que por la pandemia no se abrió consulta externa en el hospital donde realizaba seguimiento a sus enfermedades, las medidas de prevención no se tomaron de la manera más estricta como se debían.

Sociales: uso de medidas de protección tanto para el paciente como para sus familiares, no fueron los más adecuados.

MEDICACION

HIDRATACION: cloruro de sodio 1000ml 0.9% pasar 21ml/ h

- Ampicilina/ Sulbactam 3 gramos IV cada 8 horas
- Claritromicina 500mg IV cada 12 horas
- Omeprazol 40mg IV cada día
- Paracetamol 1gr IV si la temperatura es >38,5
- Enoxaparina 80mg SC cada día
- Acetilcisteína 600mg IV cada 12 horas
- Dexametasona 8mg IV cada día

MEDIDAS GENERALES

- Monitorización de signos vitales
- Mantener en aislamiento- registrar visitas
- Medidas de protección personal (paciente): higiene de manos, mascarilla quirúrgica
- Comunicar novedades.

NUTRICIÓN

Dieta blanda

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA:

- ✓ Posición cabecera 45 grados en caso de ser necesario
- ✓ Oxígeno por mascarilla con reservorio a 15 litros

NANDA: 00033.
NOC: 0403.
NIC: 3390.

DX: DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA

R/C: factores metabólicos

E/P: disminución de la saturación de oxígeno, disnea

Dominio: 02 SALUD FISIOLÓGICA

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: Estado Respiratorio: Ventilación

Campo: Fisiológico Complejo

Clase: K Control Respiratorio

Etiqueta: Ayuda a la Ventilación

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia Respiratoria		x			✓
Utilización de músculos accesorios	x				✓
Disnea de Esfuerzo	x				✓
Disnea de reposo		x			✓
Ruidos respiratorios patológicos	x			✓	

ACTIVIDADES

1. mantener una vía aérea permeable
2. Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
3. Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión
4. Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios.
5. Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.
6. controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
7. Administrar medicamentos que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00032.
NOC: 0415.
NIC: 3320.

DX: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

R/C: fatiga de los músculos respiratorios

E/P: taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Dominio: 02 SALUD FISIOLÓGICA

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: Estado Respiratorio

Campo: Fisiológico Complejo

Clase: K Control Respiratorio

Etiqueta: Oxigenoterapia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia Respiratoria		x			✓
Saturación de Oxígeno	x			✓	
Uso de músculos accesorios	x				✓
Fiebre			x		✓
Tos	x			✓	

ACTIVIDADES

1. Mantener una vía aérea permeable
2. Vigilar el flujo de litros de oxígeno
3. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita
4. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
5. Asegurara la recolocación de la máscara/ cánula de oxígeno cada que sea retirada.
6. Observar la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de oxigenoterapia.

M
E
T
A
S

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

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

Sea cual sea la enfermedad, el paciente necesita realizar cambios y adaptarse a la nueva realidad, por lo que el rol de la enfermera es acompañar al paciente e incidir en el nuevo estilo de vida que debe llevar, brindándole información oportuna y relevante. La información estimula el cambio y la comodidad personales.

De esta manera basándose en los patrones afectados del paciente y sus necesidades es lícito coincidir con Virginia Henderson quien mediante sus catorce necesidades básicas plasma la importancia del rol de enfermería dentro del proceso de recuperación de una paciente hospitalizado, donde inicialmente el enfermero o enfermera se enfocara en brindar los cuidados a un paciente que no este facultado para cubrir sus necesidades y posteriormente lograr que luego el paciente pueda atenderse por si solo.

Como enfermeros es primordial establecer conductas adecuadas que influyan en la mejoría del paciente durante su hospitalización, como bien se sabe un paciente con COVID cuenta únicamente con la ayuda de un equipo de salud dentro de una unidad hospitalaria y al sentirse lejos de su familia pueden existir ciertas conductas de desapego de su recuperación y dejar de lado las indicaciones que se comparten, entonces el rol de enfermería asistencial juega un papel muy importante en este aspecto.

Seguimiento

9 de febrero del 2021

Se realiza el primer contacto con la paciente dentro de la unidad hospitalaria, al llegar por emergencia y con cuadro clínico delicado, la paciente ingresa con una situación clínica bastante inestable, se realizan exámenes complementarios, se

administra oxigenoterapia mediante mascarilla con reservorio a 15ltrs y se mantiene en área de emergencia respiratoria esperando disponibilidad de cupo para referencia por sus condiciones críticas.

11 de febrero del 2021

Paciente cursa su segundo día de hospitalización, aun se mantiene en condiciones clínicas delicadas se considera la necesidad de ventilación mecánica por lo que se espera aun cupo para hospital de mayor complejidad, debido a la constante infiltración de vías periférica se indica colocación de acceso venos central, y se efectúa pase de sala a cuidados intermedios.

17 de febrero del 2021

Paciente es pasada a sala de hospitalización COVID 1, por ahora con oxigenoterapia mediante cánula nasal a 4ltros se mantiene consciente, orientada en tiempo y espacio

22 de febrero del 2021

Paciente con oxigenoterapia aun dada por mascarilla con reservorio, no tolera aun la deambulaci3n y presenta disnea de mediano esfuerzo, se mantiene el destete progresivo, con exámenes de laboratorios actualizados y con signos vitales dentro de los parámetros normales.

09 de marzo de 2021

Paciente recibe alta médica, sus condiciones clínicas han mejorado, se mantiene sin soporte de oxígeno, y se determina que continúe tratamiento en casa, se brinda informaci3n a familiar sobre los cuidados al alta, se facilita documentaci3n con las recomendaciones de cuidados de la paciente además del tratamiento farmacológico que debe seguir. Se indica también que el paciente debe recurrir a un chequeo al cumplir los 14 días post alta.

2.8. Observaciones.

Paciente de 65 años de edad que se hospitalizó en el Hospital General IEES Quevedo desde el 9 de Febrero de 2021 que ingreso con cuadro clínico bastante crítico se procedió a brindar atención necesaria para mejorar su salud, se aplicaron medidas terapéuticas, soporte de oxigenoterapia, se realizaron exámenes de laboratorio, se mantuvieron interconsultas con nutricionista, en todo momento la paciente se mantuvo consciente y orientada en tiempo y espacio por lo que se procedió a explicar cada procedimiento que se realizaba teniendo el consentimiento de la misma, tuvo buenas respuestas antes los tratamientos que se le efectuaron, se realizó destete progresivo, además de la realización de ejercicios de espirometría, que contribuyeron eficazmente a su recuperación, además se adaptó a nuevos estilos de alimentación. Se decide el alta médica el día 9 de marzo de 2021.

Se realiza la indicación de que el paciente continúe su tratamiento desde casa ya que sus condiciones clínicas han mejorado y se informa que debe ser evaluado por un personal de la salud también si llega a presentar signos de alarma o por consiguiente una vez que cumpla los 14 días posteriores al alta para determinar como ha evolucionado.

CONCLUSIONES

- ✚ La insuficiencia cardiaca y el COVID19 toman un aspecto importante como problemas de salud publica en estos tiempos, son muy altas las estadísticas de personas que se encuentran con estas enfermedades y que se convierte en pacientes con tratamiento muy delicados y extensos que incluso pueden fallecer.
- ✚ Los pacientes con enfermedades de base como antecedentes patológicos como lo es la insuficiencia cardiaca son muy vulnerables y forman parte del grupo de alto riesgo en relación al contagio por COVID19 por eso se busca adoptar medidas estrictas de manejo de pacientes con complicaciones de su salud para evitar un posible contagio ante esta enfermedad.
- ✚ El proceso de atención de enfermería (PAE) constituye una herramienta fundamental en el trabajo diario, su adaptabilidad, amplitud y variedad lo hacen extensamente útil y aplicable a todos los pacientes, tratando a cada individuo como un ser único e integral, pero teniendo en cuenta las bases científicas que caracterizan a la enfermería como profesión.
- ✚ La recopilación de información sobre el estado de la paciente y su evolución permitió establecer diagnósticos de enfermería para de tal manera comprender más a fondo las complicaciones de la paciente y aplicar intervenciones basadas en la actuación del personal de enfermería para contribuir en la pronta recuperación de la paciente además de realizar un seguimiento del caso.

BIBLIOGRAFIA

1. BMJ. (21 de Febrero de 2020). *Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19)*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/aetiology>
2. BUPA. (Marzo de 2020). *COVID19 - CORONAVIRUS*. Obtenido de <https://www.bupasalud.com.ec/salud/coronavirus>
3. CCAES. (2021). Enfermedad por coronavirus, COVID-19. *INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA*, 1-111.
4. DEFAZ, S., ESCOBAR, N., AUSAY, J., & GARCIA, C. (2020). Características Clínico-Epidemiológicas de pacientes COVID 19 atendidos en las unidades operativas del Distrito de Salud 05D06, cantón Salcedo. *REVISTA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO I+D*, 1-8.
5. DÍAZ, F., & TORO, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *BVSALUD*, 183-205.
6. DR. FERNÁNDEZ, J., & DR. MORENO, R. (S.F). *Insuficiencia Cardíaca*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_10.pdf
7. DR. PEREIRA, J., LIC. RINCÓN, G., & LIC. NIÑO, D. (2016). Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento . *CorSalud*, 58-70.
8. DRA. HERMAN, C., & DRA. RIVERA, S. (S.F). *Nueva clasificación de la Insuficiencia Cardíaca: Otra forma de ver a nuestros pacientes*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/publicacion/nueva-clasificacion-de-la-insuficiencia-cardiaca-otra-forma-de-ver-a-nuestros-pacientes/>
9. GARCÍA, J., FARRERO, M., & GONZÁLEZ, J. (29 de Abril de 2020). *COVID-19 y pacientes con insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco y asistencia ventricular. Recomendaciones de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca*. Obtenido de <https://secardiologia.es/blog/rec-cardioclinics/11539-covid-19-y-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-trasplante-cardiaco-y-asistencia-ventricular-recomendaciones-de-la-asociacion-de-insuficiencia-cardiaca>
10. HOWLETT, J. (2019). *Insuficiencia cardíaca (IC)*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cardiovasculares/insuficiencia-card%C3%ADaca/insuficiencia-card%C3%ADaca-ic>

11. LÓPEZ, J., CÁRDENAS, P., GIRALDO, G., & HERRERA, A. (2020). Coronavirus – COVID 19: Más allá de la enfermedad pulmonar, qué es y qué sabemos del vínculo con el sistema cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 142-152.
12. MayoClinic. (29 de Mayo de 2020). *Insuficiencia cardíaca*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-failure/diagnosis-treatment/drc-20373148#:~:text=Para%20diagnosticar%20la%20insuficiencia%20card%C3%ADaca,las%20arterias%20coronarias%20o%20diabetes>.
13. NAVARRETE, S. (2012). Clasificación y diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. En *INSUFICIENCIA CARDÍACA* (págs. 704-711).
14. NORIA, F., BACHINI, J., & RAMOS, M. (2020). Coronavirus y sistema cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 221-226.
15. OMS. (2020). *CORONAVIRUS*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
16. SILVA, S., & LINAREZ, N. (2018). ACTUALIZACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: NUEVAS GUÍAS TERAPÉUTICAS. *REVISTA MED HONDUR*, 58-63.
17. VINUEZA, G., CHILUISA, A., & AVEIGA, C. (2019). Insuficiencia cardíaca: desafíos en la terapia farmacológica. *Revista Digital de Postgrado*, 1-10.
18. WIERSINGA, W., RHODES, A., & CHENG, A. (2020). Fisiopatología, transmisión, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA NETWORK*, 782-793.

ANEXOS

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA				CODIGO		LOCALIZACION				HISTORIA CLINICA						
IESS		HOSPITAL GENERAL QUEVEDO						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		226663						
								24 DE MAYO	QUEVEDO	LOS RIOS								
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			CEDULA DE CIUDADANIA						
MURILLO			ZAMBRANO			MARLENE			ISABEL			1202559801						
FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	GENERO	ESTADO CIVIL				INSTRUCCION				EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD					
2021/02/09	19:17	65	F	S	C	D	V	U	L	S	I	N	BAS	BACH	SUP	ESP		MSP
				X														
1 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO																		
<p>MOTIVO DE CONSULTA DISNEA TOS FATIGA ENFERMEDAD ACTUAL</p> <p>PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD NO AFILIADA IESS ACUDE EN TRANSPORTE PARTICULAR POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS MAS FATIGA MAS DOLOR MODERADO EN TORAX ANTERIOR Y POSTERIOR MAS FATIGA MAS TOS NO PRODUCTIVA MAS MIALGIAS MAS ARTRALGIAS MAS ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA REFIERE RECIBIR ATENCION MEDICA EN UNIDAD DE SALUD PARTICULAR DONDE SE DETERMINA DX DE NEUMONIA COVID AL MOMENTO CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CON DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS MAS DOLOR MODERADO EN TORAX ANTERIOR Y POSTERIOR MAS FATIGA MAS CEFALEA MODERADA CON SATURACION DE OXIGENO DE 77% RESIDE: SAN CAMILO - 15 DE NOVIEMBRE OCUPACION: AMA DE CASA NEXO EPIDEMIOLOGICO: NO REFIERE TELEFONO: 0992572107 APP: HTA - LOSARTAN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA HIPOTIROIDISMO INSUFICIENCIA CARDIACA OBESIDAD MORBIDA AQ: CATETERISMO HACE 6 AÑOS COLECISTECTOMIA CESAREA UTERINA (3)</p>																		
2 RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES																		
<p>PACIENTE FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON MULTIPLES CONMORBILIDADES, QUIEN INGRESO EN CONTEXTO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA, POR NEUMONIA VIRAL POR SOSPECHA DE COVID CON UN PATRON TOMOGRAFICO DEL 90% DE AFECTACION PULMONAR, SOBREGREGADA A NEUMONIA BACTERIANA, REQUIRIO SUPLEMENTO DE OXIGENO A ALTO FLUJO POR LO QUE SE MANTUVO EN CUIDADOS INTERMEDIOS SIN NECESIDAD DE VMI CUMPLIENDO ANTIBIOTICOTERAPIA PRESENTA EVOLUCION FAVORABLE SE REALIZA DESTETE DE OXIGENO CON BUENA TOLERANCIA SIN PRESENTAR TAQUIPNEA NI RETRACCIONES EN CONDICIONES DE MANEJO AMBULATORIO</p>																		
3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS																		
<p>2021/02/09 LEUCOCITOS 14.97 NEUTROFILOS # 10.87 LINFOCITOS # 3.32 NEUTROFILOS% 72.6 LINFOCITOS% 22.2 HEMOGLOBINA 13.6 HEMATOCRITO 41.1 PLAQUETAS 533 CREATININA 1.8 GLUCOSA -100MG BILIRUBINA DIRECTA 0.12 BILIRUBINA INDIRECTA 0.27 BILIRUBINA TOTAL 0.39 TAC DE TORAX PARTICULAR (09/02/2021) SE EVIDENCIA INFILTRADOS CON PATRON DE VIDRIO DESLUSTRADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, COMPROMISO PULMONAR APROXIMADO DEL 75%, CON ZONAS DE CONSOLIDACION, SUGESTIVA DE NEUMONIA VIRAL SUGESTIVA DE COVID-19</p> <p>2021/03/06 LEUCOCITOS 8.35 NEUTROFILOS% 54.5 LINFOCITOS% 32.7 ERITROCITOS 4.1 HEMOGLOBINA 11 HEMATOCRITO 34.7 PLAQUETAS 303 MUESTRA NO. 01 ASIGNADA A: 2021/03/06 06:16 GLUCOSA 102 MUESTRA NO. 01 ASIGNADA A: 2021/03/06 06:16 UREA 65 CREATININA 1.4</p>																		
4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS																		
<p>INDICACIONES: (1) MEDIDAS GENERALES: MANTENER EN AISLAMIENTO- RESTRINGIR VISITAS MEDIDAS DE PROTECCION PERSONAL (PACIENTE): HIGIENE DE MANOS, MASCARILLA MEDICA</p>																		

REDMI NOTE 8

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE DURANTE SU ESTADIA EN EL HOSPITAL

MEDIDAS DE PROTECCION PERSONAL (ENFERMERIA): HIGIENE DE MANOS, RESPIRADOR N95, GAFAS O PROTECCION FACIAL, BATA MANGA LARGA, GUANTES, ASEO BUCCAL Y PERSONAL DIARIO Y PRN

(2) NUTRICION:
 DIETA MECANICA HIPOSDICA DE PROTECCION RENAL + RECOMENDACIONES DE NUTRICION

(3) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA:
 POSICION DE CABECERA 45 GRADOS
 OXIGENO HUMEDO POR MASCARA SIMPLE A 5 LITROS POR MINUTOS
 BROMURO DE IPATROPIO 2 INHALACION CADA 8 HORAS POR AEROCAMARA

(4) HIDRATACION E INFUSIONES:
 DISH

(5) MEDICACION (MDRD 40.11 ML/MIN/1.73M2)
 RANITIDINA 50 MG EV C12H
 CEFTRIAXONE 1GR EV C12H (CUMPLIO TRATAMIENTO)
 ENOXAPARINA 40MG SC CD
 PARACETAMOL 1GR VO PRN SI TEMP MAYOR DE 37.5 C
 AMLODIPINO 10MG VO CD SPM
 LEVOTIROXINA 100 MCG VO CD EN AYUNAS
 SIMVASTATINA 40 MG VO OD

(6) PROCEDIMIENTOS:
 CONTROL DE GLICEMIA CAPILAR PRN Y REGISTRAR EN AS400. COMUNICAR A MEDICO DE TURNO
 CONTROL DE SIGNOS VITALES C/6 HORAS ESTRICTO (PA, FC, FR, SO2, TEMPERATURA) Y REGISTRAR EN AS400
 CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS + BALANCE HIDRICO
 USO DE MEDIAS ANTIEMBOlicas
 CAMBIOS POSTURALES CADA 2 HORAS
 LABORATORIO CONTROL: BIOMETRIA, UREA, CREATININA, ELECTROLITOS SERICO
 ESTUDIOS ESPECIALES: PCR TR PARA COVID-19 EN HISOPADO NASOFARINGEO (REALIZADO: NO, REPORTE: NO) SEROLOGIA REALIZADA NO REPORTE NO
 RX SIMPLE DE TORAX (REALIZADA SI 11.02.2021 E INFORMADA NO)
 TAC SIMPLE DE TORAX (REALIZADA SI 09.02.2021 E INFORMADA NO)
 EKG PRN
 NOTIFICAR EVENTUALIDAD

5 DIAGNOSTICOS

DE INGRESO		CIE	PRE	DEF	DE EGRESO		CIE	PRE	DEF
1	COVID 19 VURIS NO IDENTIFICADO	U072	X		HTA		I10		X
2	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	J80			COVID 19 VIRUS IDENTIFICADO		U071		X
3	HTA	I10		X	HIPORIROIDISMO		E039		X

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

ALTA MEDICA CON TRATAMIENTO MEDICO AMBULATORIO Y SEGUIMIENTO DOMICILIARIO POR 14 DIAS
 BROMURO DE IPATROPIO 2 INHALACIONES CADA 8 HORAS POR AEROCAMARA
 EJERCICIOS CON ESPIROMETRO O TRIFLO: REALIZAR 10-15 RESPIRACIONES CON EL ESPIROMETRO 3 VECES AL DIA (INSPIRE- TRATE DE LOGRAR QUE LA BOLITAS SUBAN LO MAS ALTO). CONTENGA LA RESPIRACION DURANTE 5 SEGUNDOS. LUEGO, EXHALE INTENSAMENTE
 PARACETAMOL 1GR VO SI TEMP MAYOR DE 38 C
 OMEPRAZOL: 20 MG VO CD
 AMLODIPINO 10MG VO CD SPM
 LEVOTIROXINA 100 MCG VO CD EN AYUNAS
 SIMVASTATINA 40 MG VO OD
 ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG QD POR 15 DIAS VO
 COMPLEJO B QD VO POR 30 DIAS.
 SIGNOS DE ALARMA
 SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA

B MEDICOS TRATANTES

NOMBRE	ESPECIALIDAD	CODIGO	FECHAS
1 DRA. MIRLA MARTINEZ	MEDICO INTERNISTA		09/03/2021
2 DRA. VIVIANA SAA	MEDICO GENERAL		09/03/2021

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	ASINTOMATICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO VOLUNTARIO	DEFUNCION ANTES 48 HORAS	DIAS ESTADIA
X					29
ALTA TRANSITORIA	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO INVOLUNTARIO	DEFUNCION DESPUES 48 HORAS	DIAS INCAPACIDAD
					14

FECHA 09/03/2021 MEDICO DRA /VIVIANA SAA FIRMA  CODIGO 4699

Dr. Viviana Saa A.
 MEDICO GENERAL
 C.I. 171576517T
 F. No 211 # 4699

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE DURANTE SU ESTADIA EN EL HOSPITAL

REDMI NOTE 8 ALIAD CAMERA

INDICACIONES DE ALTA

PACIENTE: MURILLO ZAMBRANO MARLENE ISABEL
CI: 1202559801

MEDIDAS GENERALES

BROMURO DE IPATROPIO 2 INHALACIONES CADA 8 HORAS POR AEROCAMARA
EJERCICIOS CON ESPIROMETRO O TRIFLO: REALIZAR 10-15 RESPIRACIONES CON EL ESPIROMETRO 3 VECES AL DIA (INSPIRE-
TRATE DE LOGRAR QUE LA BOLITAS SUBAN LO MAS ALTO), CONTENGA LA RESPIRACION DURANTE 5 SEGUNDOS. LUEGO,
EXHALE LENTAMENTE

MEDICACION

PARACETAMOL 1GR VO SI TEMP MAYOR DE 38 C
OMEPRAZOL: 20 MG VO CD
AMLODIPINO 10MG VO CD 5PM
LEVOTIROXINA 100 MCG VO CD EN AYUNAS
SIMVASTATINA 40 MG VO OD
ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG QD POR 15 DIAS VO
COMPLEJO B QD VO POR 30 DIAS

DIETA

BAJA EN SAL Y BAJA EN DULCE

SIGNOS DE ALARMA

EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA FIEBRE TOS ABUNDANTE DIFICULTAD RESPIRATORIA ACUDIR A EL AREA DE EMERGENCIA

SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA

INDICACIONES QUE SE DEBEN SEGUIR PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DESDE CASA