



CUIDADOS

El paciente con insuficiencia cardiaca aguda: caso clínico



Ana Rosa Alconero-Camarero^{a,*}, Jorge Arozamena-Pérez^b y Lluïsa García-Garrido^c

^a Departamento de Enfermería, Escuela de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, España

^b Unidad de Críticos Cardiológicos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^c Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Universitario Josep Trueta, Gerona, España

Recibido el 22 de octubre de 2013; aceptado el 27 de enero de 2014

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca;
Atención de enfermería;
Diagnóstico de enfermería

KEYWORDS

Heart failure;
Nursing care;
Nursing diagnosis

Resumen La insuficiencia cardiaca (IC) por su prevalencia, cronicidad, morbimortalidad y consumo de recursos constituye un problema prioritario desde el punto de vista sociosanitario, debido al envejecimiento de la población, a la falta de adherencia y la complejidad en los tratamientos.

Debido a la magnitud del problema está justificado establecer un plan de cuidados individualizado para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de IC. El caso se desarrolla en un hospital de tercer nivel, en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (UCC).

Para ello, elaboramos el plan de cuidados del paciente siguiendo los pasos del método científico y apoyándonos en la taxonomía NANDA, así como en la NOC y NIC para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The heart failure patient: A case report

Abstract Given its prevalence, high mortality rate, morbidity, chronicity and use of resources, heart failure (HF) is a priority issue from a social and health standpoint, due to the ageing population and to lack of adherence to and the complexity of treatment. For these reasons, an individualized care plan needs to be established to meet the real and potential needs of the patient diagnosed with HF.

A clinical case is presented of a patient admitted to the Cardiology Critical Care (CCC) unit of a tertiary hospital.

A patient care plan was prepared following the steps of the scientific method and relying on the NANDA taxonomy, and the NOC and NIC to design goals and nursing interventions, respectively.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alconear@unican.es (A.R. Alconero-Camarero).

Introducción

Según el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades cardiovasculares ocupan el 30,5% del total de defunciones; y dentro de estas, se encuentra la insuficiencia cardiaca (IC), siendo la tercera causa, precedida por las enfermedades isquémica y cerebrovascular¹. Su incidencia y prevalencia van en ascenso debido al aumento progresivo de la edad poblacional, la mejora en el cuidado, la supervivencia de enfermedades crónicas diversas y al hecho de que constituye el estadio final de muchas afecciones cardiacas en las que la supervivencia también se ha visto incrementada. La aparición súbita de la IC, o insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se ha convertido en uno de los problemas más importantes de salud pública, estimándose su prevalencia entre el 7 y el 18% en las personas mayores de 70 años².

La IC puede definirse como una anomalía estructural de la función cardiaca que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades metabólicas de los tejidos. Clínicamente, se define como un síndrome en el que los pacientes tienen síntomas (disnea, edemas maleolares y fatiga), signos (taquicardia, taquipnea, presión venosa yugular elevada, crepitantes pulmonares) y evidencia objetiva de disfunción mediante los estudios diagnósticos³.

Escasos son los estudios publicados en España sobre planes de cuidados de Enfermería en IC. Yera et al.⁴ determinan el impacto de la intervención educativa de enfermería posalta en 100 pacientes con IC. Los resultados de este estudio confirman una mejora en la educación de los pacientes y familiares, logrando una mayor autonomía y adhesión al tratamiento.

Este plan de cuidados se desarrolla en una Unidad de Críticos Cardiológicos (UCC). Siguiendo la perspectiva bifocal de Carpenito, identificamos diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁵ y complicaciones potenciales (CP). Para los DdE se identifican los criterios de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC)⁶ e intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC)⁶.

Este caso aporta conocimientos sobre la magnitud de un problema⁷, en el que es esencial el conocimiento de esta dolencia, tanto aguda como crónica, puesto que es el inicio de una sucesión de ingresos con gran impacto para el sistema socio-sanitario. De ahí el adecuado control y seguimiento, así como la educación para el autocuidado. Además, se evidencia la importancia de la continuidad en los cuidados cuando el paciente es trasladado a otra unidad o servicio sin haberse resuelto los DdE.

Descripción del caso

Juan R.R. de 78 años es hipertenso, diagnosticado de cardiopatía isquémica en el año 2010, exfumador y sin alergias medicamentosas. Consulta porque desde hace 2 días ha aumentado su disnea y ortopnea. Su tratamiento habitual es ácido acetilsalicílico 100 mg/día, ramipril 5 mg/día, budesonida inhalada, simvastatina 40 mg/día y atenolol 50 mg/día.

El diagnóstico en el momento del ingreso en la UCC es de ICA. Llega en posición de sedestación a 45°. Trae 2 vías

venosas periféricas, salinizadas, y oxigenoterapia administrada por mascarilla con reservorio al 100%.

Valoración general

Al ingreso se realiza una valoración por sistemas en la que se observa:

Sistema (S) neurológico: consciente y orientado, muy angustiado, con ligera alteración de la conciencia.

S. respiratorio: FR: 32 resp/min. Respiración estertorosa, audible a distancia. Intenso tiraje intercostal. Auscultación pulmonar: ruidos crepitantes en ambas bases pulmonares. SatO₂: 88%.

S. cardiocirculatorio: auscultación cardiaca: frecuencia cardiaca central a 110 lat/min, rítmica y filiforme; tensión arterial: 140/95 mmHg; ingurgitación yugular; pulsos periféricos pedios presentes.

S. digestivo: distensión abdominal, se ausculta peristaltismo. IMC: 29.

S. urinario: oligoanuria, orina colúrica.

S. cutáneo: palidez de piel y mucosas, diaforesis y frialdad (patrón «frío-húmedo»). Temperatura corporal 35,5 °C. No presenta lesiones cutáneas.

S. músculo-esquelético: deterioro de la movilidad, sin fuerzas para sostenerse ni para completar por sí mismo las actividades de la vida diaria. NYHA: IV. Edemas en miembros inferiores.

En la entrevista: Juan está muy inquieto e intenta quitarse la mascarilla de oxígeno; dice que se ahoga, que no sabe lo que le pasa y que se encuentra muy mal; apenas puede emitir palabras debido a la disnea que presenta, por lo que nos comunicamos con su esposa. Ella dice que su marido no puede hablar, que se ahoga, que le falta el aire. Comenta que está muy nerviosa, que nunca le había visto así y quiere llamar a sus hijos. Dice que le ve muy grave y que teme lo peor. Explica entre sollozos que, «cuando tuvo el infarto no le vi tan mal como ahora». «Dios mío se me muere. Ahora que no teníamos preocupaciones y vivíamos bien. ¿Por qué a nosotros?, ¿por qué?»

Pruebas diagnósticas: monitorización electrocardiográfica (derivación DII), electrocardiograma de 12 derivaciones, pulsioximetría, radiografía de tórax, analítica en sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, troponinas y D-dímeros, gasometría) y ecocardiograma.

Terapias: reposo absoluto (primeras 48 h); dieta absoluta (primeras 24 h) y restricción de líquidos (1.000 cc); catéteres venosos periféricos y sonda vesical; ventilación mecánica no invasiva (VMNI): BiPAP (primeras 24 h) y oxigenoterapia por cánulas nasales a 3 l/min (tras las primeras 24 h); tratamiento farmacológico (diuréticos, vasodilatadores, inotrópicos, opiáceos, IECA, anticoagulantes).

Diagnóstico

Durante el ingreso de Juan en la UCC, se valora en todo momento la aparición de signos y síntomas de los problemas interdependientes/CP derivados tanto de la enfermedad, como de la realización de los estudios diagnósticos y las terapias (tabla 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2647387>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2647387>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)