



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

**DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCION  
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO MAYOR CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

**AUTORA**

**JOSSELYN SADITH SALINAS MILLINGALLI**

**TUTORA**

**DRA.MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD**

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR**

**2021**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
<b>I. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1.1. Justificación .....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1 objetivo general .....	13
1.2.2 Objetivos específicos .....	13
1.3. Datos generales .....	13
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>14</b>
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. ....	14
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo .....	19
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales .....	22
2.8 Seguimiento al paciente.....	23
2.9 Observaciones .....	26
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

## DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación está dedicado principalmente a Dios quien me ha brindado la salud y vida para avanzar y culminar mi carrera de manera satisfactoria.

A mis padres quienes han sido el pilar fundamental tanto económica y emocionalmente a lo largo de esta carrera.

Y el personal de docencia que conforma la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo por impartir sus conocimientos de manera correcta durante el periodo académico teórico y práctico, por la paciencia, confianza y enseñanza.

*Josselyn Salinas*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a Dios por protegerme durante todo mi proceso académico, guiándome siempre por el buen camino y haber permitido estudiar tan noble carrera haciendo de mi un instrumento más de él.

A mis padres por su apoyo incondicional, paciencia y amor. Por enseñarme a no desfallecer y continuar a pesar de los obstáculos que pueden existir hasta lograr mis objetivos y metas.

A mi tutora la Dra. Gallegos Maritza por instruirme en mi tema investigativo aportando sus conocimientos de manera adecuada para la culminación de mi presente estudio.

Y a mis familiares que de una u otra manera han estado apoyándome y motivándome en el transcurso de esta carrera.

*Josselyn Salinas*

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

## RESUMEN

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico debido a la incapacidad funcional del corazón de bombear sangre para los diferentes tejidos y órganos, existen diferentes factores de riesgos entre los cuales tenemos: hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, entre otros. Según afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte a nivel mundial con un 31 % que representa 17,7 millones de personas, (OMS, 2017). Enrique Ruiz (presidente de la Sociedad Sudamericana de Cardiología) señala que en Ecuador existe un 14% de población con enfermedades cardíacas, calculando unas 199 mil personas con insuficiencia cardiaca, (Ruiz, 2018) .Esta enfermedad es caracterizada por una variedad de síntomas tales como disnea. edemas, fatiga, taquicardia, tos y sibilancias.

Concluyendo que la Insuficiencia Cardiaca Congestiva es una enfermedad crónica que necesita control de por vida, no obstante, con el tratamiento médico, un estilo de vida adecuado una alimentación correcta, los signos y síntomas se reducen evitando que la enfermedad avance progresivamente.

El objetivo del presente estudio de caso clínico es analizar la aplicación del proceso de atención de enfermería en un paciente de 79 años con insuficiencia cardiaca congestiva, mediante el uso de las herramientas aplicadas por el personal de enfermería como las etiquetas NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC para el correcto seguimiento y observación al paciente; además, se utilizaron los diferentes modelos de enfermería como Marjory Gordon con sus 11 patrones funcionales del paciente.

### **Palabras claves:**

Enfermedades cardíacas, presión arterial, Marjory Gordon, Nanda y Nic,

## **ABSTRACT**

Heart failure is a clinical syndrome due to the functional inability of the heart to pump blood to different tissues and organs, there are different risk factors among which we have: high blood pressure, sedentary lifestyle, obesity, smoking, among others. According to the World Health Organization (WHO), cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide with 31% representing 17.7 million people (WHO, 2017). Enrique Ruiz (president of the South American Society of Cardiology) points out that in Ecuador there is 14% of the population with heart disease, calculating some 199 thousand people with heart failure (Ruiz, 2018). This disease is characterized by a variety of symptoms such as such as dyspnea. edema, fatigue, tachycardia, cough and wheezing.

Concluding that Congestive Heart Failure is a chronic disease that needs life-long control, however, with medical treatment, a proper lifestyle, and a correct diet, the signs and symptoms are reduced, preventing the disease from progressing progressively.

The objective of this clinical case study is to analyze the application of the nursing care process in a 79-year-old patient with congestive heart failure, through the use of tools applied by the nursing staff such as NANDA labels, NOC results, and interventions. NIC for the correct follow-up and observation of the patient; In addition, different nursing models were used, such as Marjory Gordon with her 11 functional patient patterns.

### **Keywords:**

Heart disease, blood pressure, Marjory Gordon, Nanda and Nic.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca también conocida como insuficiencia cardiaca congestiva suele presentarse de diferentes formas clínicas en un paciente que padezca esta enfermedad, constituyendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel local y mundial. Según la OMS, el 50 % a nivel mundial ha sido el motivo principal para la atención prehospitalaria. (Alvarado & Baque, 2016)

La insuficiencia cardiaca se la define como un estado fisiopatológico en el que existe una deficiencia del corazón para bombear sangre en volúmenes adecuados para las diferentes necesidades metabólicas del organismo. En Ecuador las enfermedades cardiovasculares representan un 25% de la causa de muertes; de los cuales un 3% pertenece a la muerte por insuficiencia cardiaca. Según el estudio de Framingham, en estos últimos años aumentó de 2 por 1000 a la edad de 35 a 64 años y de 12 por 1000 entre 65 a 94 años. (Salinas, 2020)

Según Framingham Heart Study, en la actualidad, las personas con el diagnóstico de Insuficiencia cardiaca tienen como defunción para 30 días el 10 %, defunción para 1 año entre 20 a 30 % y finalmente para 5 años de 45 a 60 %. (Rodríguez, 2016)

El presente estudio de caso está basado en el análisis de la aplicación del proceso de atención de enfermería en adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva que presenta un cuadro clínico y sintomático de disnea de moderados a leves esfuerzos acompañado con palpitaciones, edema en miembros inferiores, fatiga, hipertensión arterial y taquipnea, teniendo como objetivo la aplicación del proceso de atención de enfermería para el cuidado, tratamiento y recuperación de la salud del paciente, el cual debe ser aplicado de manera sistemática en todas las etapas con el fin de obtener resultados satisfactorios en la salud del paciente.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **INSUFICIENCIA CARDIACA**

La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) se define como un síndrome clínico progresivo y crónico que resulta del deterioro funcional y estructural del llenado ventricular caracterizado por la presencia de hipertensión venosa pulmonar (disnea), sistémica (edema) y el gasto cardiaco bajo (fatiga), siendo uno de los factores de riesgo más comunes la diabetes mellitus, hipertensión arterial, las valvulopatías y las cardiopatías congénitas. (Centurion, 2018)

### **EPIDEMIOLOGIA**

Según datos del INEC en el año del 2015 la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es la cuarta causa de muerte en enfermedades cardiovasculares seguidas de la hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares, por otro lado, a nivel mundial es la primera causa de ingresos hospitalarios. La prevalencia de la ICC se localiza entre un 10% en adultos mayores de 70 años y en un 0,7% entre los 45 a 54 años; la incidencia es 2 veces mayor en pacientes con hipertensión arterial mientras que en pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio 5 veces mayor. (Calderon, 2020)

Es considerado un problema a nivel internacional que ha afectado a más de 20 millones de personas, considerándose que en países desarrollados afecta a la población adulta y adulta mayor en un 2 %, estimando de esta manera una problemática del sistema de salud más relevante a nivel público por su mortalidad y control. Es conocida como una patología que provoca costos sanitarios elevados, muerte y discapacidad. (Batallas & Rodriguez, 2015)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en el año 2014, informaron un total 4430 defunciones por cardiopatías isquémicas y 1316

fallecidos por insuficiencia cardiaca. Los factores de riesgo para esta enfermedad son el sodio sérico, función renal, presión arterial y estilo de vida. (Calderon, 2020)

## **FISIOPATOLOGIA**

Existen varios factores etiológicos y mecanismos que afianzan la aceleración y perpetuación de la insuficiencia cardiaca o insuficiencia cardiaca congestiva. en primer lugar, los sistemas neurohormonales que implican la respuesta a la insuficiencia cardiaca son el sistema angiotensina-aldosterona, la horma antidiurética y el sistema nervioso simpático. (Rodriguez, 2016)

Los mecanismos principales que producen insuficiencia cardiaca son la alteración primaria de la contractibilidad que es como consecuencia de una miocardiopatía dilatada de diversas causas o a su vez por una enfermedad cardiaca isquémica, por otro lado, la sobrecarga de presión o de volumen se da como consecuencia de hipertensión arterial y las taquiarritmias es frecuente en la fibrilación auricular o bradiarritmias. Esta enfermedad mencionada se caracteriza por la aparición de diferentes síntomas y signos secundarios, que contribuyendo a la activación progresiva de los mecanismos neuroendocrinos que controlan los líquidos corporales y la presión arterial. (Paredes, 2019)

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca se pueden dividir en típicos y menos típicos, detallados a continuación (Tabla1 y 2):

**Tabla 1: Síntomas de la insuficiencia cardiaca por Burguez (2017)**

<b>Síntomas menos típicos</b>	<b>Síntomas típicos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tos nocturna</li><li>• Depresión</li><li>• Sincope</li><li>• Sibilancias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disnea</li><li>• Ortopnea</li><li>• Disnea paroxística</li><li>• Fatiga, cansancio</li></ul>

- Pérdida de apetito
- Palpitaciones
- Sensación de hinchazón
- Confusión
- Edema en los tobillos

**Fuente:** (Burguez, 2017)

**Tabla 2: Signos de la insuficiencia cardiaca por Burguez (2017)**

<b>Signos menos típicos</b>	<b>Signos típicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crepitantes pulmonares</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Ascitis</li> <li>• Caquexia</li> <li>• Hepatomegalia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soplo cardiaco</li> <li>• Reflujo hepatoyugular</li> <li>• Ritmo de galope (R3)</li> <li>• Presión venosa yugular</li> <li>• Impulso apical desplazado lateralmente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derrame pleural</li> </ul>	

**Fuente:** (Burguez, 2017)

## CLASIFICACIÓN

La Asociación Estadounidense de Cardiología y el colegio Estadounidense de Cardiología en los últimos años desarrollaron una clasificación por estadio de la insuficiencia cardiaca congestiva, allí se incluye aquellos pacientes con síndrome clínico y también aquellos pacientes que no presentan síndrome clínico, pero puede desarrollarse la insuficiencia cardiaca. Esta clasificación nos facilita actuar de manera específica en la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano, descripción que se detalla en las tablas 3 y 4. (Piñeiro & Volberg, 2013).

**Tabla 3: Clasificación por estadio de la insuficiencia cardiaca congestiva**

<b>ESTADIO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>EJEMPLOS</b>
A	Pacientes con alto riesgo de presentar IC, pese a que no	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diabetes mellitus</li> <li>✓ Hipertensión arterial</li> </ul>

	presentan síntomas, ni signos. Estos pacientes no presentan anomalías estructurales o funcional del pericardio, miocardio y válvulas cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ APP de fiebre reumática</li> <li>✓ APF de miocardiopatías</li> </ul>
B	Pacientes que desarrollaron cardiopatías estructurales, sin embargo, no presentan signos ni síntomas de esta afección	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valvulopatía asintomática</li> <li>✓ Hipertrofia del ventrículo izquierdo</li> <li>✓ Infarto agudo de miocardio</li> </ul>
C	Paciente con cuadro clínico de insuficiencia cardíaca asociados con cardiopatías estructurales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disnea o fatiga</li> <li>✓ Pacientes asintomáticos con tratamiento por síntomas de IC</li> </ul>
D	Pacientes con presencia de cuadro clínico grave y cardiopatías estructurales, requiere de intervenciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pacientes ambulatorios que requieren soporte intravenoso continuo para aliviar los síntomas</li> <li>✓ Paciente internado en espera de trasplante</li> <li>✓ Paciente que requiere internación por tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica</li> </ul>

Fuente: (Piñeiro & Volberg, 2013)

**Tabla 4: Tipos y formas clínicas de presentación de la insuficiencia cardíaca congestiva**

Tipos y formas	Descripción
<b>IC crónica:</b>	Es definida como un síndrome clínico debido a la incapacidad de los ventrículos de eyectar a la sangre, necesaria para el metabolismo sin un aumento compensatorio de la presión auricular
<b>IC aguda:</b>	Es caracterizada por disnea cardiogénica y shock cardiogénico que es un síndrome caracterizado por hipotensión arterial y piel fría
<b>IC izquierda:</b>	Es aquella que predominan los síntomas de disnea y fatiga
<b>IC derecha:</b>	Es aquella que predominan los signos de edema
<b>IC sistólica:</b>	Es aquella que atribuye a la disminución de la contractibilidad del ventrículo izquierdo
<b>IC diastólica:</b>	Es aquella que la contractibilidad del ventrículo izquierdo es normal, pero existe evidencia de aumento de presiones en el llenado del VI en reposo o esfuerzo

Fuente: (Piñeiro & Volberg, 2013)

## **FACTORES DE RIESGO**

### **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para las personas que padecen de insuficiencia cardiaca, los niveles elevados de la presión arterial diastólica y sistólica constituyen el desarrollo de esta patología. Las hombres y mujeres con una presión arterial sobre los valores normales (> 120/80 mmHg) desarrollan de manera progresiva dicha enfermedad que los pacientes con una presión normal (normotensos). (Manjarrez, 2018)

### **Obesidad**

Es un factor de riesgo independiente de la insuficiencia cardiaca. La OMS calcula a nivel mundial que existe más de mil millones de adultos con sobrepeso de los cuales 300 mil de ellos son obesos. Varios pacientes con insuficiencia cardiaca han revelado que 15 a 35% son obesos y 30 a 60% de dichos pacientes tiene sobrepeso, constituyendo a nivel internacional la causa de mortalidad. (Tarraga, 2019)

### **Síndrome metabólico**

La incidencia del síndrome metabólico va aumentando y se encuentra presenta ya en jóvenes mayores de 20 años motivo por el cual un control temprano ayudaría a prevenir la presencia de insuficiencia cardiaca. El síndrome metabólico incluye tres de los siguientes: niveles bajos de HDL, hipergliceridemia, grasa abdominal e hiperglucemia en ayunas. (Batallas & Rodriguez, 2015)

### **Alcoholismo**

Según revista del Colegio Americano de Cardiología (JACC) el consumo excesivo de bebidas alcohólicas tiene un impacto negativo en la salud cardiovascular aumentando el riesgo de fibrilación auricular, infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca. (Folgarait, 2017)

## **Diabetes mellitus**

La relación de la insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus es bidireccional, señala el Dr. Esteban Jódar, debido a que la diabetes produce una arterioesclerosis acelerada (alteración vascular) que provoca enfermedades de pequeños vasos. Por otro lado, la grasa que está relacionada a los ácidos grasos libres de la diabetes se almacena en el corazón y forma una miocardiopatía diabética caracterizada por la presencia de disfunción ventricular. Estimando que el alrededor 40 % de pacientes con diabetes padecen de insuficiencia cardíaca. (Fundacion para diabetes Novo Nordisk, 2016)

## **DIAGNÒSTICO**

Para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca congestiva se toma en cuenta los criterios de Framingham, estableciendo en presencia de 2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores, describimos a continuación: (Gonzalez, Varela, Rodriguez, & Lado, 2011)

### **Criterios mayores (Gonzales, et al., 2011):**

- Disnea paroxística nocturna
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Galope por tercer ruido
- Reflujo hepato-yugular
- Perdida de > 4,5 kg de peso en tratamiento

### **Criterios menores (Gonzales, et al., 2011):**

- Edema de los miembros inferiores
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzos

- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Capacidad vital 1/3 de la prevista
- Taquicardia > 120 lat/min

## **HISTORIA CLÍNICA**

### **Antecedentes personales y familiares de interés.**

- Factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus) varones < 55 años y mujeres < 65 años.
- Enfermedades cardiovasculares previas (ictus, nefropatía, retinopatía y cardiopatía)
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas)
- Dieta
- Uso de medicamentos
- Insuficiencia renal, patología tiroidea y otras comorbilidades. (Gonzalez, et al., 2011)

### **Exploración física a realizar en pacientes con insuficiencia cardiaca**

- Signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno)
- Talla, peso y perímetro abdominal
- Determinar perfusión periférica: piel (fría sudorosa, seca cianosis, vasoconstricción)
- Auscultación cardiaca y pulmonar (determinar presencia de soplos, sibilancias, crepitantes) (Gonzalez, et al., 2011)

## **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

Existen pruebas necesarias para confirmar o descartar la disfunción cardiaca, por ello es indispensable realizarse un recuento hemático global para descartar anemias o policitemia secundaria; además de una bioquímica y análisis de orina para comprobar enfermedad hepática, renal y diabetes. (Negrín, et al., s.f.)

### **RX TÒRAX**

Todos los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva o con sospecha de la misma debe realizarse una radiografía de tórax que permite detectar cardiomegalia, confirma congestión pulmonar y evalúa otras causas de disnea (EPOC, enfisema, neumonía). (Gonzalez, et al., 2011)

### **ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)**

Realizar un electrocardiograma permite identificar en el paciente la posible etiología de la insuficiencia cardiaca lo cual va a permitir el tratamiento específico (trastornos del ritmo, isquemia, alteraciones de la conducción) y las terapias específicas (resincronización ventricular) (Gonzalez, et al., 2011)

### **ECOCARDIOGRAMA Y DOPPLER**

Se realiza un ecocardiograma y doppler en la evaluación inicial y seguimiento , ya que permite objetivar los trastornos estructurales miocárdicos, valvulares y pericárdicos , además de, definir la presencia de disfunción sistólica y diastólica. (Piñeiro & Volberg, 2013)

## **TRATAMIENTO**

### **Tratamiento no farmacológico:**

El tratamiento no farmacológico es tan necesario e importante como el tratamiento farmacológico para controlar y disminuir el riesgo progresivo de la insuficiencia cardiaca la actividad física o ejercicio físico es considerado un tratamiento favorable para el manejo de estos pacientes, los ejercicios indicados a realizarse son los aeróbicos y los ejercicios de fuerza, por otro lado, es necesario incluir una caminata de al menos por 30-45 minutos, 3 veces a la semana. (Paredes, 2019)

Además de la ingesta de alimentos bajos en sal y en sodio, es decir, una dieta hiposódica, el paciente debe evitar el consumo de sal en comidas y evitar los alimentos procesados que contienen altas cantidades de sal y sodio, así mismo, se recomienda dejar de fumar y consumir alimentos bajos en grasa. (Paredes, 2019)

### **Tratamiento farmacológico**

Según ensayos clínicos el manejo farmacológico ha cambiado gradualmente en los últimos 30 años con la administración de diferentes clases de fármacos que mejoran la morbilidad y mortalidad de la insuficiencia cardiaca, entre las clases de fármacos tenemos los Betabloqueantes, angiotensina II, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los inhibidores duales que bloquean los receptores de angiotensina y neprilisina demostrando su efectividad y mejoría en pacientes con IC. (Paredes, 2019)

### **Antihipertensivos**

El tratamiento con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o más conocidos como antihipertensivos son medicamentos que relajan los vasos sanguíneos y disminuyen la producción de aldosterona lo que lleva a una baja retención de sodio y a su vez mejora el flujo sanguíneo permitiendo que el musculo

cardiaca bombea sangre para cumplir sus funciones metabólicas sin mayor esfuerzo. (Paredes, 2019)

### **Betabloqueadores**

Esta clase de medicamentos ayudan a mejorar la estructura una función ventricular, además, reduce la presión arterial y frecuencia cardíaca, disminuye las arritmias cardíacas auriculares y ventriculares, mejoran la contractibilidad del miocardio, por otro lado, los betabloqueadores inhiben el sistema renina-angiotensina; en la tabla 5, se detallan los nombres de los medicamentos, presentación y dosificación. (Paredes, 2019)

**Tabla 5: Medicamentos betabloqueadores, presentación y dosificación**

<b>NOMBRES</b>	<b>PRESENTACION</b>	<b>DOSIS</b>
Carvedilol: carbatil, carvedil	Comprimidos, vía oral.	12,5 – 50 mg
Bisoprolol: concor	Comprimidos, vía oral.	2,5 – 10 mg
Metoprolol: lopresor	Comprimidos, vía oral.	50 – 100 mg

**Fuente:** (Paredes, 2019)

### **Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II)**

Los medicamentos ARA II son fármacos no peptídicos, diseñados para determinar si el bloqueo de receptores de la angiotensina con losartán de 50 mg/ 24 horas, ofrece ventajas de eficacia y seguridad, sobre la inhibición de la enzima convertidora de angiotensina con Valsartán de 80 mg/12 horas. La Sociedad Europea de Cardiología señala que los medicamentos ARA II son recomendados para tratar a pacientes con insuficiencia cardíaca. (Paredes, 2019)

## **Diuréticos**

Los medicamentos diuréticos se usan específicamente si existe presencia de edemas, crepitantes, ingurgitación yugular, disnea. El uso de diuréticos de asa se prefiere cuando existe un daño de función renal o la congestión es mayor, ya que se necesitan grandes dosis; por otro lado, el uso de diuréticos de asa tiazídicos, es necesario para casos refractarios se trata de lograr sinergismo en la acción de eliminar sal y agua en distintos puntos de la vía excretora. (Negrín, et al., s.f.)

## **Anticoagulantes.**

Se considera el uso de Warfarina en casos de insuficiencia cardiaca congestiva en fibrilación auricular, con condiciones favorables de émbolos sistémicos y venosos, con fracción de eyección muy disminuida o trombo intracardiaco. En caso de que el paciente presente contraindicaciones a la Warfarina se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico conocida como aspirina. (Negrín, et al., s.f.)

## **1.1. Justificación**

La elaboración de este estudio de caso clínico en un paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca tiene como finalidad aplicar el método de valoración mediante la teoría de enfermería de Marjory Gordon con sus 11 patrones funcionales para contribuir a la salud y facilitar el diagnóstico enfermero además del método científico que es el proceso de atención de enfermería mediante las etapas de: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud tanto a nivel nacional como nivel mundial, entre las enfermedades con mayor prevalencia e incidencia tenemos la insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas entre otros. La prevención secundaria requiere la optimización del tratamiento de insuficiencia cardíaca, la autoeducación sanitaria del paciente y sus familiares y un plan de seguimiento eficaz. Siendo en nuestro medio una de las causas principales de mortalidad y morbilidad razón por la cual el personal de enfermería debe capacitarse de manera práctica y científica para la colaboración y participación en la mejoría de pacientes que padecen dicha enfermedad.

## 1.2. Objetivos

### 1.2.1 objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en un adulto mayor con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con el fin de realizar las intervenciones de enfermería para la mejoría del paciente

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Explicar al paciente y al familiar os tratamientos farmacológicos y no farmacológicos a aplicar para disminución del riesgo de complicaciones
- Establecer las necesidades reales del paciente priorizando los hallazgos más relevantes para su mejoría.
- Planificar las acciones de enfermería para el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca, objeto del presente estudio.

## 1.3. Datos generales

**Nombres:** NN

**Apellidos:** NN

**H. Clínica:** 46869

**Género:** masculino

**F. Nacimiento:** 1941/  
07/24

**Edad:** 79 años 10 meses

**Nivel de estudios:** tercer nivel

**Nivel sociocultural:** medio

**G. Sanguíneo:** O+

**Estado civil:** viudo

**Profesión:** profesor

**No. Hijos:** 3

**Fuente:** (Area de estadística del Hospital General IESS Quevedo, 2021)

**Elaborado por:** Salinas Millingalli Josselyn Sadith

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.**

Paciente masculino de 79 años de edad acude al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por disnea de moderados esfuerzos acompañado de palpitaciones. Paciente refiere que presenta edemas, fatiga, rubicundez, prurito de pierna derecha que inicialmente empezó en el pie y con los días se ha diseminado hasta llegar a zona inguinal.

#### **HISTORIAL CLÍNICO**

##### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

- Hipertensión arterial desde hace 10 años atrás
- Insuficiencia cardíaca hace 2 años
- Obesidad
- No refiere alergias

##### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES**

- Padre hipertenso
- Madre con diabetes mellitus tipo II

##### **ANTECEDENTES QUIRURGICOS**

- No refiere

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

Paciente de sexo masculino de 79 años de edad con diagnóstico de insuficiencia cardiaca de larga data tratada desde hace dos años por especialista del hospital general IEES Quevedo, acude a esta casa de salud por recaída y presentar disnea de moderados a leves esfuerzos, síncope, fatiga, edema en miembros inferiores, bradicardia. Paciente al momento se encuentra con mascarilla de reservorio a 8 litros de oxígeno por minuto, en posición semifowler.

### **SIGNOS VITALES**

- ✓ **Presión arterial:** 140/100 mmHg
- ✓ **Frecuencia respiratoria:** 26 res/min.
- ✓ **Frecuencia cardiaca:** 35 lat/min.
- ✓ **Saturación de oxígeno:** 86 %
- ✓ **Temperatura:** 36.5 °C
- ✓ **Peso:** 68 kg
- ✓ **Talla:** 150 cm
- ✓ **IMC:** 30

### **PRESCRIPCIÓN MEDICA**

#### **Nutrición:**

- ✓ Dieta hiposódica

#### **Fisioterapia respiratoria**

- ✓ Posición semifowler
- ✓ Oxígeno por mascarilla de reservorio a razón de 8 litros por minuto.

#### **Medicación y procedimientos**

- ✓ DISH
- ✓ Omeprazol 20 mg vía oral, cada día

- ✓ Furosemida 40 mg vía intravenosa cada 8 horas
- ✓ Ceftriaxona 1 gr vía intravenosa cada 12 horas
- ✓ Procorolan 2,5 mg vía oral cada día
- ✓ Entresto 25 mg vía oral cada día
- ✓ Simvastatina 40 mg vía oral cada día
- ✓ Paracetamol 1 gr vía oral cada 8 horas PRN
- ✓ Enoxaparina 20mgs vía subcutánea cada día
- ✓ Control de signos vitales C/6 H y control de glicemia capilar C/12 H

### 2.3 Examen físico (exploración clínica)

#### EXPLORACION FISICA DEL PACIENTE

- ✓ **Cabeza:** normo cefálica, sin fracturas, ni edema.
- ✓ **Oídos:** normales, sin presencia de lesión
- ✓ **Ojos:** pupilas isocóricas normo reactivas a la luz
- ✓ **Nariz:** membranas semihúmedas, alteración nasal originada por la disnea
- ✓ **Boca:** normales, deshidratados, no refiere lesiones
- ✓ **Facie:** disneico
- ✓ **Tejido cutáneo:** deshidratado, palidez cutánea
- ✓ **Cuello:** simétrico móvil, sin adenopatías
- ✓ **Tórax:** cardiomegalia radiográfica, murmullo vesicular disminuido, depresible, no doloroso a la palpación
- ✓ **Abdomen:** glóbulo depresible no doloroso a la palpación, no visceromegalia
- ✓ **Extremidades superiores:** con presencia de equimosis, extremidad izquierda con vía endovenosa
- ✓ **Extremidades inferiores:** extremidad derecha con edema, rubicundez desde el pie hasta zona inguinal
- ✓ **Órgano reproductor:** normal, no refiere dolor, no refiere edema.

## VALORACIÓN DE MARJORY GORDON CON SUS 11 PATRONES FUNCIONALES

### ✓ **Patrón 1: Percepción de la salud**

Paciente disneico y taquipneico con antecedentes personales de hipertensión arterial. Presenta deshidratación en labios y mucosas, al realizar examen físico se evidencia edema en miembro inferior derecho.

### ✓ **Patrón 2: nutricional /metabólico**

Dieta hiposódica, alimentación diaria 5 veces al día, presenta dificultad para los líquidos.

Dentadura postiza. Piel seca, deshidratada. Utiliza cremas humectantes.

### ✓ **Patrón 3: eliminación e intercambio**

Heces pastosas, aspecto normal, tiene periodos de estreñimiento. Presencia de hemorroides.

Incontinencia urinaria, la cantidad de eliminación urinaria suele ser algunas veces inferior a 500 ml diarios.

### ✓ **Patrón 4: actividad/ ejercicio**

Paciente con dificultad para moverse solo, se cansa al realizar leves y moderados esfuerzos, se fatiga, no realiza ninguna actividad deportiva ni de entretenimiento, paciente la mayoría de tiempo pasa acostado en la cama.

Actualmente en su estancia hospitalaria en reposo y con una posición semifowler por el problema respiratorio(disnea) que presenta

### ✓ **Patrón 5: sueño / descanso**

Paciente refiere dormir por las noches periodos cortos de 4 horas y al despertarse en ocasiones refiere sentirse cansado pero familiar refiere que duerme unas horas por la mañana.

### ✓ **Patrón 6: cognitivo/ perceptivo**

Consciente orientado en tiempo persona y espacio GLASGOW 15/15.

### ✓ **Patrón 7: autopercepción / autoconcepto**

Paciente refiere que se encuentra preocupado por su estado de salud.

### ✓ **Patrón 8: rol/ relaciones**

Paciente viudo hace 5 años, actualmente vive con su hija.

### ✓ **Patrón 9: sexualidad/ reproducción**

Paciente de sexo masculino, con órgano reproductor normal

✓ **Patrón 10: adaptación / tolerancia al estrés**

Paciente presenta deterioro progresivo en su salud.

✓ **Patrón 11: valores/ creencias**

Paciente católico

## **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS Y/O AFECTADOS**

- ✓ Patrón 1: Percepción de la salud
- ✓ Patrón 3: eliminación e intercambio
- ✓ Patrón 4: actividad/ ejercicio
- ✓ Patrón 5: sueño / descanso
- ✓ Patrón 7: autopercepción / autoconcepto
- ✓ Patrón 10: adaptación / tolerancia al estrés

### **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

<b>NOMBRES</b>	<b>VALORES</b>	<b>VALORES NORMALES</b>
<b>HEMOGRAMA</b>		
LEUCOCITOS	8,000 X10 <sup>3</sup>	5,000 – 10,000 X10 <sup>3</sup>
NEUTROFILOS	66.9 %	40.0-70.0 %
LINFOCITOS	40.2 %	25.0-50.0 %
MONOCITOS	5.9%	4-10%
EOSINOFILOS	1%	1-5%
BASOFILOS	0.1%	0-2 %
ERITROCITOS	5.68/mm <sub>3</sub>	4.7-6.1 /mm <sub>3</sub>
HEMOGLOBINA	15.5 gr/dL	13.50 – 18. 00 gr/dL
HEMATOCRITO	46.5 %	40.0-54.0%
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8,9 fL	7.4-10.4 fL
<b>BIOQUIMICA</b>		

CREATININA	<b>1.6 mg/dL</b>	0.70 – 1.20 mg/dL
HDL COLESTEROL	35.8 mg/dL	30.0-75.0 mg/dL
LDL COLESTEROL	91.0 mg/dL	83.0-172.0 mg/dL
TRIGLICERIDOS	<b>210.6 mg/dL</b>	Hasta 199 mg/dL
<b>EXAMEN GLUCOSA - QUIMICA</b>		
GLUCOSA	<b>190 mg/dL</b>	70 – 106mg/dL
<b>Fuente:</b> (Area de laboratorio clinico del Hospital General IESS Quevedo, 2021)		
<b>Elaborado por:</b> Salinas Millingalli Josselyn Sadith		

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico Presuntivo**  
Cardiomiopatía dilatada
- **Diagnóstico Diferencial**  
Edema pulmonar cardiogénico
- **Diagnóstico Definitivo**  
Insuficiencia cardiaca congestiva

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

Una vez analizado al paciente a través de las pruebas complementarias, se pudo determinar el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva ya que presenta síntomas y signos específicos de dicha enfermedad.

En la anamnesis a través de los antecedentes personales y familiares se identificó comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares destacándose la hipertensión arterial y obesidad. Por otro lado, en el examen físico se detalla el síntoma más sensible para determinar el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca (disnea), además de, edema en miembros inferiores, palpitaciones, síncope, fatiga, taquipnea e hipertensión arterial.

En las pruebas de laboratorio se evidencio el aumento de los valores de la creatinina lo cual demuestra que existe alteración en la función renal por presencia de la insuficiencia cardiaca, hipergliceridemia e hiperglucemia, y finalmente en la radiografía de tórax se evidencio el hallazgo de cardiomegalia.

Mediante la valoración de enfermería a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon se estable el diagnostico enfermero de **DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO**, que se detalla a continuación en el Proceso Atención de Enfermería

**NANDA: 0029**  
**NOC:0414**  
**NIC: 4044**

**Dominio 4. Actividad/reposo**  
**Dx: Disminución del gasto cardiaco**  
**Definición:** la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo

**R/C:** alteración de la frecuencia cardiaca y alteración del ritmo cardiaco

**E/P:** disnea, palpaciones, alteración en la presión arterial, edema y fatiga

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio II: Salud fisiológica**

**Clase E: Cardiopulmonar**

**Etiqueta 0414: Estado cardiopulmonar**

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

**Campo 2: Fisiológico complejo**

**Clase N: Control de la perfusión tisular (N)**

**Etiqueta 4044: Cuidados cardiacos: agudos**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión arterial sistólica			x		
Presión arterial diastólica			X		
Disnea		x			
Fatiga		x			
Edema periférico		x			

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar el ritmo y frecuencia cardiaca
  2. Monitorizar la eficacia de oxigenoterapia, si es adecuado.
  3. Vigilar las tendencias de presión arterial
  4. Observar el consumo de una dieta adecuada en el paciente (es decir, limitar la ingesta de sodio, cafeína, colesterol y alimentos ricos en grasa)
  5. Instruir al familiar y al paciente sobre la finalidad del tratamiento
  6. Realizar una radiografía de tórax, si procediera.

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

A través de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el adulto con insuficiencia cardiaca y los exámenes complementarios realizados en el hospital General IESS Quevedo, los exámenes complementarios arrojaron resultados y datos específicos para la evaluación clínica considerando los valores normales:

<b>BIOQUIMICA</b>	<b>Valores arrojados</b>	<b>Valores normales</b>
CREATININA	<b>1.6 mg/dL</b>	0.70 – 1.20 mg/dL
TRIGLICERIDOS	<b>210.6 mg/dL</b>	Hasta 199 mg/dL
<b>EXAMEN GLUCOSA - QUIMICA</b>		
GLUCOSA	<b>190 mg/dL</b>	70– 106mg/dL

Por lo cual se determino las siguientes actividades o intervenciones de enfermería para modificar la conducta personal y mediante esto, obtener resultados adecuados en la salud y vida del paciente, basándose en las razones científicas,

- Monitorizar el ritmo y frecuencia cardiaca:
- Monitorizar la eficacia de oxigenoterapia, si es adecuado: por presencia de disnea y fatiga.
- Vigilar las tendencias de presión arterial
- Observar el consumo de una dieta adecuado en pacientes cardiacos (es decir, limitar la ingesta de sodio, cafeína, colesterol y alimentos ricos en grasa) por hipergliceridemia y problemas cardiacos.
- Instruir al familiar y al paciente sobre la finalidad del tratamiento, explicar la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar recaídas en la enfermedad y avance progresivo de la misma.
- Realizar una radiografía de tórax, si procediera.

## **2.8 Seguimiento al paciente**

### **Día 1**

Es ingresado al hospital general IESS Quevedo al área de emergencia por presentar un cuadro evolutivo de disnea de leves y moderados esfuerzos acompañado de fatiga y palpitaciones, edema en miembros inferiores con signos vitales:

- ✓ Presión arterial: 140/100 mmHg
- ✓ Frecuencia respiratoria: 26 res/min.
- ✓ Frecuencia cardiaca: 35 lat/min.
- ✓ Saturación de oxígeno: 86 %
- ✓ Temperatura: 36.5 C
- ✓ Peso: 68 kg
- ✓ Talla: 150 cm
- ✓ IMC: 30

Se coloca vía endovenosa para hidratación, seguido de la administración de oxigenoterapia por mascarilla de oxígeno a razón de 8 litros por minuto y monitoreo de signos vitales cada 3 horas, además de, colocar en posición semifowler, su patrón respiratorio se encuentra comprometido por razones ya descritas, paciente en condiciones delicadas, se encuentra bajo cuidados de enfermería.

### **DIA 2**

Paciente es valorado por médico especialista en cardiología del hospital General IESS Quevedo que indica internación por insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, al momento se encuentra en un estado regular, niega ángor o palpitaciones, se coloca bomba de infusión para controlar entradas/salidas de líquido, con signos vitales:

- ✓ Presión arterial: 100/60 mmHg
- ✓ Frecuencia respiratoria: 24 res/min.
- ✓ Frecuencia cardiaca: 70 lat/min.
- ✓ Saturación de oxígeno: 95 %

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable con tendencia a la hipotensión arterial y con un balance hídrico negativo y con medicación de:

- ✓ SS al 0.9 100 cc más 120mg de furosemida pasar iv a 4ml/h
- ✓ Omeprazol 20mg vo cada día
- ✓ Simvastatina 40mg vo cada día

### **DIA 3**

Paciente es ingresado a hospitalización clínica en medicina interna, con vía endovenosa y con administración de líquidos por bomba de infusión para el control de ingreso de líquidos estrictos, al momento se encuentra con oxigenoterapia por cánula nasal a razón de 3 litros por minutos y en posición semifowler. Persiste disnea de moderados esfuerzos, paciente presenta celulitis en región femoral derecha por lo que recibe antibioticoterapia con ampicilina sulbactam cada 8 horas, con discreta mejoría en la lesión. Con signos vitales:

- ✓ Tensión Arterial (TA):107/79 mmHg
- ✓ Pulso (P): 72 lat/min.
- ✓ Frecuencia respiratoria (R): 28 res/min.
- ✓ Saturación Oxígeno: 98 FI02 21 %

### **DIA 4**

Paciente se encuentra al momento con leve mejoría con la toma de entresto 20 mg IV cada 12 horas, furosemida 20 mg IV cada 8 horas prescrito por médico especialista, paciente orientado en tiempo espacio y persona, extremidades inferiores sin presencia de edemas, piel y mucosas hidratadas. Se suspende el tratamiento de antibioticoterapia, sin oxigenoterapia por mejoría en saturación de oxígeno, aunque aún refiere disnea de leves esfuerzos, se encuentra en DISH, se controla de signos vitales cada 6 horas y control de peso diario.

Con signos vitales:

- ✓ Tensión Arterial (TA):100/ 68 mmHg
- ✓ Pulso (P): 81 lat/min
- ✓ Frecuencia respiratoria (R): 21 res/min
- ✓ Saturación Oxígeno 97 %

## **DIA 5**

Paciente al momento del interrogatorio refiere mejoría con respecto al ingreso, consciente, orientado en tiempo espacio y persona, refiere disnea de medianos esfuerzos, pero tolera decúbito y aire ambiente y ya no necesita de oxigenoterapia, sin edemas en miembros inferiores, es valorado por cardiología y medicina interna lo cual indica alta hospitalaria, pero con su tratamiento específico y que debe cumplir estrictamente para que no exista una nueva recaída en su enfermedad, se retira vía endovenosa y procede a la entrega de medicamentos.

Signos vitales de:

- ✓ Tensión Arterial (TA): 105/80 mmHg
- ✓ Pulso (P): 84 l/m
- ✓ Frecuencia respiratoria (R): 21 res/min
- ✓ Saturación Oxígeno 96 %

## **2.9 Observaciones**

Para el análisis del caso estudiado se hicieron revisiones de libros y artículos científicos con el fin de profundizar en el tema, siendo un apoyo adicional para la correcta elaboración del proceso de atención de enfermería, y con ello la toma de decisiones precisas en el diagnóstico, tratamiento e intervenciones de enfermería con el fin de aportar a la mejoría del paciente.

Mediante el seguimiento continuo que se le realizó al paciente, se logra una mejoría notoria, por lo que el médico programa su alta hospitalaria con su tratamiento adecuado y las recomendaciones para que no se produzca una recaída en su enfermedad.

## CONCLUSIONES

- El caso clínico analizado referido a un adulto mayor con insuficiencia cardíaca donde se aplicó de manera efectiva el proceso de atención de enfermería que contribuyó al tratamiento tanto farmacológico y no farmacológico, a través de las distintas etapas utilizadas, y mediante este, se explicó la importancia de realizar como parte del tratamiento actividad física además de una alimentación baja en sal y sodio para la mejoría del paciente.
- A través de los patrones funcionales de Marjory Gordon se reconoció las necesidades y patrones alterados o afectados. Esta teorizante direcciono a determinar el diagnóstico enfermero específico y las intervenciones de enfermería de acuerdo a sus necesidades para el proceso del cuidado del paciente.
- Puedo concluir indicando que el personal de enfermería es fundamental e importante en los diferentes establecimientos de salud ya que requiere una gran demanda para el cuidado y prevención de enfermedades, planificando las acciones de enfermería de manera eficaz y oportuna para la recuperación del paciente.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- Alvarado , G., & Baque, B. (2016). *ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA* . Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5214/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-230.pdf>
- Area de estadística del Hospital General IESS Quevedo. (2021). Historia clínica. *Datos generales del paciente*.
- Area de laboratorio clínico del Hospital General IESS Quevedo. (2021). Exámenes de laboratorio.
- Batallas, M., & Rodríguez, S. (2015). *FACTORES ETIOLOGICOS Y ANALISIS DE SUPERVIVENCIA ASOCIADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9848/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Burguez, S. (2017). *INSUFICIENCIA CARDIACA* . Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v32n3/1688-0420-ruc-32-03-370.pdf>
- Calderon, R. (2020). *Prevalencia de Insuficiencia Cardiaca* . Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15322/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-632.pdf>
- Centurion, O. (2018). *Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva* . Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v6n1/2312-3893-spmi-6-01-75.pdf>
- Folgarait, A. (2017). *Abuso de alcohol: aumenta el riesgo cardíaco* . Obtenido de <https://www.sac.org.ar/actualidad/abuso-de-alcohol-aumenta-el-riesgo-cardiaco/>
- Fundacion para diabetes Novo Nordisk. (2016). *Diabetes e insuficiencia cardiaca, una relación bidireccional*. Obtenido de <https://www.fundaciondiabetes.org/general/noticia/13281/diabetes-e-insuficiencia-cardiaca-una-relacion-bidireccional%20Mar%C3%A7%202021>
- Gonzalez, J., Varela, A., Rodríguez, I., & Lado, F. (2011). *Manual de diagnostico y tratamiento de insuficiencia crónica*. Obtenido de <https://www.sergas.es/gal/publicaciones/docs/atespecializada/pdf-2057-ga.pdf>

- Manjarrez, H. (2018). *Prevalencia de insuficiencia cardiaca izquierda*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31027/1/CD%202432-%20MANJARREZ%20HERNANDEZ%20HUMBERTO%20JOSE.pdf>
- Negrín, J., Cordiés, L., Rosello, N., & Sanchez, J. (s.f.). INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA. *Revista Cubana*, 198-200. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v40n3/med07301.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (17 de Mayo de 2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Paredes, W. (2019). *Terapeutica de insuficiencia cardiaca en adultos mayores*. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13987/1/PAREDES%20SOTOMAYOR%20WILSON%20RAMIRO.pdf>
- Piñeiro, D., & Volberg, V. (2013). Insuficiencia Cardiaca. En A. Alvarez, *SEMILOGIA MEDICA* (págs. 384-391). Buenos Aires: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.
- Rodriguez, N. (2016). *FACTORES ASOCIADOS A INSTANCIAS Y MORTALIDAD INSTITUCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12180/Tesis%20Mortalidad%20y%20Oestancia%20intrahospitalaria%20ICC%2027-10-16%20%28Autoguardado%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, E. (2018). *Se calcula que más de 199 mil ecuatorianos tienen insuficiencia cardíaca*. Obtenido de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/se-calcula-que-m-s-de-199-mil-ecuatorianos-tienen-insuficiencia-card-aca--92163>
- Salinas, E. (2020). *PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA*. Obtenido de [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15214/1/T-3723\\_SALINAS%20CASTRO%20ERIKA%20MARICELA.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15214/1/T-3723_SALINAS%20CASTRO%20ERIKA%20MARICELA.pdf)
- Tarraga, P. (2019). *Riesgo de obesidad en pacientes con insuficiencia cardiaca*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n4/2529-850X-jonnpr-5-04-379.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA



Paciente en posición semifowler, con soporte de oxígeno por cánula nasal a razón de 3 lit/min. Se administra medicamentos antihipertensivos vía oral

### ANEXO 2

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA



Se administra medicamentos IV+hidratación S..Salina 0.9% por bomba de infusión para control de ingresos y egresos de forma estricta, toma de signos vitales.

### ANEXO 3

#### RX TORAX PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA



Proyección AP, desviación de la tráquea hacia la izquierda, presencia de cardiomegalia, presencia de lesión radiolúcida