



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO
CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**

Autora:

Adriana Lisbeth Zambrano Loor

Directora de Estudio de Caso:

Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Adriana Lisseth Zambrano Loor**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Adriana Lisseth Zambrano Loor

C.I: 0941625055



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Adriana Lisbeth Zambrano Llor**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA”**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.**, mediante el presente cumpla en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA”**, presentado por la estudiante **Adriana Lisbeth Zambrano Loo**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 94% y similitud 6%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**INFORME DE ANÁLISIS**
magister

**ESTUDIO DE CASO ADRIANA ZAMBRANO
LOOR 21 de mayo (1)**

11%
Textos
sospechosos

6% Similitudes
<
1% similitudes
entre comillas
< 1% entre las
fuentes
mencionadas
5% Idiomas no
reconocidos

Nombre del documento: ESTUDIO DE CASO ADRIANA ZAMBRANO
LOOR 21 de mayo (1).docx
ID del documento: 7f18b5ec2f00100c997a1b84e27d7c4d2a96cc50
Tamaño del documento original: 419,1 kB

Depositante: CARMEN LISBETH VERDEZOTO MICHUY
Fecha de depósito: 23/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 23/5/2025

Número de palabras: 7983
Número de caracteres: 56.050

Lcda. Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO
CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Eudes Martínez Porro, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Solange Lisseth
Acurio Barre, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Gabriela Natalia
Matute Plaza, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por ser mi guía en cada paso de este proceso.

A mi familia, el pilar fundamental en mi vida, quiero expresar mi profunda gratitud. Gracias por su amor incondicional, por ser mi refugio y sostén en los días difíciles, y por celebrar conmigo cada pequeño logro. Sus palabras de aliento y su confianza en mí han sido el motor que me impulsó a seguir adelante.

A mi querida universidad, agradezco por haberme proporcionado un entorno de aprendizaje y desarrollo integral, donde pude no solo adquirir conocimientos, sino también formar valores y fortalecer mi carácter. Este espacio ha sido clave en mi crecimiento como profesional y como ser humano.

Finalmente, deseo extender mi más sincero agradecimiento a mis docentes, cuyo compromiso, paciencia y sabiduría han sido un faro en este trayecto. Su orientación y dedicación me han permitido superar los retos académicos y han sido esenciales para la culminación exitosa de esta etapa. Su ejemplo ha dejado una huella imborrable en mi formación.

DEDICATORIA

Este trabajo, en primer lugar, me lo dedico a mí, por tener la fuerza y la voluntad de no rendirme, incluso cuando los desafíos parecían insuperables, mi capacidad de superación me permitió llegar hasta aquí.

Dedico también este logro a mis padres, quienes han sido mi pilar fundamental en todo momento. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer en mí cuando más lo necesitaba. Sin su guía, sus sacrificios y sus palabras de aliento, este sueño no habría sido posible.

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca congestiva representa una patología crónica y progresiva de alto impacto en la salud pública, afectando especialmente en la población geriátrica, siendo una de las principales causas de morbilidad, hospitalización y mortalidad a nivel mundial. El presente estudio de caso se centró en el análisis de un paciente adulto mayor con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, abordando tanto los factores fisiopatológicos como los determinantes sociales y clínicos que influyen en el curso de esta enfermedad. Se evidenció que el envejecimiento conlleva cambios significativos en el sistema cardiovascular, lo que incrementa el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca. Sumando así diversos factores de riesgos modificables y no modificables, como los hábitos de vida, comorbilidades, predisposición genética y desigualdades étnicas. En este contexto, el rol del profesional de enfermería es esencial, no solo en el monitoreo y manejo clínico de los síntomas, sino también en la educación del paciente y su familia, promoviendo la adherencia al tratamiento y mejorando su calidad de vida. A través del estudio de caso y la aplicación del modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se logró identificar necesidades específicas del paciente, establecer diagnósticos de enfermería y planificar intervenciones individualizadas, resaltando así la importancia del cuidado integral y continuo que brinda la enfermería en el manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva, destacando la necesidad de una formación constante y de un enfoque centrado en el paciente para lograr resultados clínicos favorables en una población altamente vulnerable como lo es la geriátrica.

Palabras claves: cuidados de enfermería, geriátrico, insuficiencia cardíaca congestiva.

ABSTRACT

Congestive heart failure is a chronic and progressive disease with a high impact on public health, particularly affecting the elderly population. It is one of the leading causes of morbidity, hospitalization, and mortality worldwide. This case study focused on the analysis of an older adult patient diagnosed with congestive heart failure, addressing both the pathophysiological factors and the social and clinical determinants that influence the course of this disease. It was shown that aging brings significant changes to the cardiovascular system, which increases the risk of developing heart failure. This adds to various modifiable and non-modifiable risk factors, such as lifestyle habits, comorbidities, genetic predisposition, and ethnic inequalities. In this context, the role of nursing professionals is essential, not only in the clinical monitoring and management of symptoms, but also in educating patients and their families, promoting treatment adherence and improving their quality of life. Through the case study and the application of Marjory Gordon's functional pattern assessment model, it was possible to identify specific patient needs, establish nursing diagnoses and plan individualized interventions, thus highlighting the importance of comprehensive and continuous care provided by nursing in the management of congestive heart failure, highlighting the need for ongoing training and a patient-centered approach to achieve favorable clinical outcomes in a highly vulnerable population such as the geriatric population.

Keywords: nursing care, geriatric, congestive heart failure.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	6
3.1 Historia clínica	6
3.2 Valoración integral de enfermería	10
3.3 Plan de cuidados de enfermería	13
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	16
5. CONCLUSIONES.....	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19
7. ANEXOS.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería: Deterioro del intercambio de gases

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería: Exceso de volumen de líquidos

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería: Deterioro de la movilidad física

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Examen físico

Anexo 2. Antecedentes personales y familiares

Anexo 3. Exámenes realizados antes del ingreso hospitalario

Anexo 4. Radiografía de tórax

Anexo 5. Informe ecográfico abdominal

Anexo 6. Electrocardiograma

Anexo 7. Diagnóstico médico y tratamiento

Anexo 8: Hoja de signos vitales y balance hídrico

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA"		
Autor:	Adriana Lisseth Zambrano Loor		
Palabras claves:	cuidados de enfermería	geriátrico	insuficiencia cardíaca congestiva
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	La insuficiencia cardíaca congestiva representa una patología crónica y progresiva de alto impacto en la salud pública, afectando especialmente en la población geriátrica, siendo una de las principales causas de morbilidad, hospitalización y mortalidad a nivel mundial. El presente estudio de caso se centró en el análisis de un paciente adulto mayor con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva, abordando tanto los factores fisiopatológicos como los determinantes sociales y clínicos que influyen en el curso de esta enfermedad. Se evidenció que el envejecimiento conlleva cambios significativos en el sistema cardiovascular, lo que incrementa el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca. Sumando así diversos factores de riesgos modificables y no modificables, como los hábitos de vida, comorbilidades, predisposición genética y desigualdades étnicas. En este contexto, el rol del profesional de enfermería es esencial, no solo en el monitoreo y manejo clínico de los síntomas, sino también en la educación del paciente y su familia, promoviendo la adherencia al tratamiento y mejorando su calidad de vida. A través del estudio de caso y la aplicación del modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se logró identificar necesidades específicas del paciente, establecer diagnósticos de enfermería y planificar intervenciones individualizadas, resaltando así la importancia del cuidado integral y continuo que brinda la enfermería en el manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva, destacando la necesidad de una formación constante y de un enfoque centrado en el paciente para lograr resultados clínicos favorables en una población altamente vulnerable como lo es la geriátrica.		
Abstract:	Congestive heart failure is a chronic and progressive disease with a high impact on public health, particularly affecting the elderly population. It is one of the leading causes of morbidity, hospitalization, and mortality worldwide. This case study focused on the analysis of an older adult patient diagnosed with congestive heart failure, addressing both the pathophysiological factors and the social and clinical determinants that influence the course of this disease. It was shown that aging brings significant changes to the cardiovascular system, which increases the risk of developing heart failure. This adds to various modifiable and non-modifiable risk factors, such as lifestyle habits, comorbidities, genetic predisposition, and ethnic inequalities. In this context, the role of nursing professionals is essential, not only in the clinical monitoring and management of symptoms, but also in educating patients and their families, promoting treatment adherence and improving their quality of life. Through the case study and the application of Marjory Gordon's functional pattern assessment model, it was possible to identify specific patient needs, establish nursing diagnoses and plan individualized interventions, thus highlighting the importance of comprehensive and continuous care provided by nursing in the management of congestive heart failure, highlighting the need for ongoing training and a patient-centered approach to achieve favorable clinical outcomes in a highly vulnerable population such as the geriatric population.		
Descripción:	41 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es una condición clínica crónica y progresiva caracterizada por la insuficiencia del corazón para bombear sangre eficientemente, lo que conlleva a un inadecuado funcionamiento de los tejidos y órganos vitales. Esta patología es una de las causantes principales de mortalidad a nivel mundial, especialmente entre la población de adultos mayores. En personas mayores de 65 años, la prevalencia de ICC se incrementa significativamente, convirtiéndose así en una causa principal por la que los pacientes de esta edad llegan a ser hospitalizado (1).

A nivel global, la ICC afecta a más de 26 millones de personas, y está asociado con los altos porcentajes de hospitalización y mortalidad en pacientes geriátricos, lo que conlleva a que su calidad de vida disminuya. En países de primer mundo, se estima que entre el 1% y el 2% de la población adulta padece ICC, cifra que asciende hasta el 10% en personas mayores de 70 años (2). Estos porcentajes preocupan tomando en cuenta que en un país subdesarrollado el acceso a la salud muchas veces es ineficiente por falta de infraestructura adecuada.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es muy necesario e indispensable como herramienta que permite a los profesionales de enfermería brindar los cuidados necesarios a cada paciente basado en la evidencia y gravedad de complicación de cada caso. Este proceso estructurado consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, y es esencial para proceder con las necesidades de los pacientes geriátricos con ICC, de acuerdo con la condición individual de cada paciente (3).

El crecimiento de la población geriátrica y la alta prevalencia de ICC en este grupo de la población resaltan la necesidad de implementar nuevos y mejorados proceso de atención especializada. Los pacientes mayores con ICC suelen presentar múltiples condiciones para su manejo corporal, lo que complica la atención de estos. En este contexto, la enfermería geriátrica destaca por su papel fundamental en la identificación temprana de signos de descompensación, y así poder dar de

cuidado tanto al paciente y sus familiares de cómo prevenir o mitigar en lo posible estas complicaciones, en coordinación de cuidados interdisciplinarios (4).

La atención a personas con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) debe ser integral, considerando no solo el estado físico, sino también los aspectos emocionales, sociales y existenciales. En este proceso, el personal de enfermería tiene un rol esencial al promover el autocuidado y brindar una atención personalizada y humanizada. Dado el alto número de casos de ICC, es necesario diseñar planes de cuidado específicos. De esta manera mejorar mediante intervenciones de enfermería adecuadas (4).

Ante esta realidad que se vive como sociedad, el rol de enfermería cobra una importancia muy relevante, ya que a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se pueden identificar y abordar de manera integral las necesidades del paciente. Un cuidado personalizado, basado en un enfoque científico y centrado en el bienestar físico y emocional, resulta esencial para mejorar la calidad de vida y promover la recuperación (4).

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que requiere un cuidado constante y bien organizado. En este contexto, el enfoque tradicional, centrado solo en la atención médica dentro del hospital, ha demostrado ser insuficiente. En la organización del sistema de salud, es necesario establecer una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención, como hospitales, centros de salud y servicios comunitarios. Esto permite una continuidad en el cuidado del paciente, evitando interrupciones en su tratamiento y mejorando su seguimiento una vez dado de alta (5).

Por otro lado, a nivel micro, la atención directa que recibe el paciente por parte de la enfermería se vuelve fundamental. Las enfermeras acompañan al paciente y a su familia en el proceso de cuidado diario, enseñándoles a identificar síntomas de alerta, seguir correctamente el tratamiento y mantener hábitos de vida saludables. Además, brindan apoyo emocional, adaptando la información según las necesidades individuales. Este tipo de atención cercana, personalizada y constante es clave para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir nuevas complicaciones (5).

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que afecta a más de 60 millones de personas en todo el mundo y representa una de las principales causas de hospitalización en adultos mayores. Esta condición no solo compromete la función del corazón, sino que también impacta significativamente en la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades cotidianas y aumentando el riesgo de complicaciones graves. Además, la insuficiencia cardíaca está estrechamente asociada con otras enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2 y la obesidad, lo que agrava aún más su pronóstico y requiere un enfoque integral en su manejo (5).

En este contexto, investigar sobre la insuficiencia cardíaca es fundamental para desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo. La implementación de cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable, la práctica regular de ejercicio y el control del estrés, ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la frecuencia de hospitalizaciones. Estas investigaciones son esenciales para optimizar los recursos del sistema de salud y ofrecer una atención más personalizada y eficaz a los pacientes con insuficiencia cardíaca (5).

Además, el uso de tecnologías innovadoras, como aplicaciones móviles para el autocuidado y la telemedicina, ha mostrado resultados positivos en el seguimiento de los pacientes y en la mejora de su adherencia al tratamiento. Reduciendo así la hospitalización de los pacientes por las mismas condiciones que se pueden prevenir desde casa con investigación propia y el uso de las tecnologías y conocimientos que son de dominio público (5).

Durante la pandemia de COVID-19, la insuficiencia cardíaca se convirtió en una de las complicaciones más comunes en personas infectadas, aumentando significativamente el riesgo de complicaciones graves y mortalidad. Esta situación se explica, en parte, por la relación del virus con ciertos receptores presentes en el corazón. Además, las restricciones sanitarias dificultaron el acceso a consultas presenciales, lo que llevó a implementar el uso de la telemedicina como alternativa

para el seguimiento y control de los pacientes, demostrando ser una herramienta útil para reducir hospitalizaciones y mantener la continuidad del cuidado (6).

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad compleja y progresiva cuyo diagnóstico puede ser difícil, especialmente en sus etapas iniciales. Sus síntomas suelen confundirse con otras afecciones, lo que retrasa su detección y tratamiento oportuno. Esta condición se manifiesta principalmente con fatiga, disnea y limitación para realizar actividades físicas, afectando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Por eso, es fundamental contar con herramientas diagnósticas precisas, como el ecocardiograma y análisis complementarios, que permitan confirmar el daño estructural o funcional del corazón y guiar un tratamiento adecuado (7).

El propósito de realizar el presente estudio de caso en un paciente geriátrico con insuficiencia cardíaca se centra en el análisis detallado sobre la implementación de los cuidados de enfermería viendo la necesidad individualizada de cada paciente con dicha patología. Dado que los pacientes enfrentan múltiples comorbilidades que pueden complicar las condiciones de vida de la persona, por ende, resulta fundamental analizar cómo las intervenciones de enfermería pueden contribuir a mejorar su calidad de vida, prevenir complicaciones y reducir las hospitalizaciones, esto se puede lograr a través del análisis de este caso específico mediante la historia clínica y valoración de los patronos funcionales que propone la teorizante de Marjory Gordon, se busca reconocer intervenciones de enfermería y estrategias de manejo que puedan aplicarse para mejorar el estado de salud del paciente, optimizar el control de la enfermedad y reducir las complicaciones a largo plazo, favoreciendo así mejores resultados clínicos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar los factores que influyen en la evolución de un paciente geriátrico con insuficiencia cardíaca congestiva través de la revisión de historia clínica, proponiendo actividades de atención de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir los hallazgos más relevantes de la historia clínica de paciente geriátrico con insuficiencia cardíaca congestiva.
- Identificar los patrones alterados que presenta el paciente geriátrico a través de la valoración de Marjory Gordon.
- Proponer planes de cuidados de enfermería individualizados para paciente geriátrico con insuficiencia cardíaca congestiva.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo femenino de 88 años, quien fue admitida en el área de emergencia el 22 de mayo de 2024, acompañada por un familiar debido al deterioro progresivo de su estado de salud. El motivo de consulta fue un cuadro clínico con aproximadamente 5 horas de evolución, caracterizado por disnea a mínimos esfuerzos, dificultad respiratoria con una saturación de oxígeno del 77% al aire ambiente en su domicilio, taquipnea y tendencia a la somnolencia.

Al momento de la evaluación inicial, los signos vitales de la paciente fueron los siguientes: presión arterial de 137/73 mmHg, frecuencia cardíaca de 71 latidos por minuto, temperatura corporal de 36 °C, frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 82 % al aire ambiente. Estos parámetros evidenciaron un cuadro de hipoxemia leve, dado que la saturación de oxígeno se encontraba por debajo del rango normal esperado en un adulto mayor. Ante esta condición, se procedió a la administración de oxígeno suplementario mediante cánula nasal a 3 litros por minuto, con el objetivo de mejorar la oxigenación tisular y estabilizar los parámetros respiratorios (Ver anexo 1).

En cuanto a los antecedentes personales, la paciente fue diagnosticada hace 10 años con hipertensión arterial, tratada desde entonces con Bisoprolol 2.5 mg y Micardis Plus 80 mg, ambos administrados por vía oral una vez al día. Respecto a los antecedentes quirúrgicos, refiere haber sido sometida a una apendicectomía hace aproximadamente 60 años, sin haber presentado complicaciones posteriores, no se reportaron alergias conocidas a medicamentos, y no hay antecedentes familiares directos de insuficiencia cardíaca congestiva. (Ver anexo 2).

Al momento de ingreso se le realizó exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, radiografía de tórax y un electrocardiograma.

Entre los exámenes de laboratorio realizado a la paciente presentó los siguientes valores hemáticos: hematocrito del 29.4%, la hemoglobina corpuscular media fue de 31.7 pg. Los glóbulos blancos elevados a $12.09 \times 10^3/\mu\text{L}$. El conteo diferencial

mostró linfocitos en el 14%, neutrófilos en el 76.1% con un recuento absoluto de $9.21 \times 10^3/\mu\text{L}$, eosinófilos en el 0.1%, y monocitos en el 1.16%. La bioquímica sanguínea registró valores referenciales elevados en: urea 108.6 mg/dL y creatinina 2.65 mg/dL. los resultados sugieren deterioro de la función renal. El tiempo de protrombina fue de 13.5 segundos lo que estuvo dentro del rango normal e indicó una función de coagulación adecuada. En los electrolitos, el calcio iónico presentó un valor bajo de 1.06 mmol/L, lo que indicó hipocalcemia. Por otro lado, el cloro estuvo elevado a 109.36 mmol/L, lo que sugirió hipercloremia, comúnmente asociada con deshidratación o alteraciones en el equilibrio ácido-base. Los dos resultados indicaron un desequilibrio electrolítico que requirió seguimiento médico (Ver anexo 3).

En la radiografía mostro un agrandamiento del corazón (cardiomegalia), lo cual pudo estar relacionado con insuficiencia cardíaca. Se observa un patrón leve de aumento de la densidad en la base del pulmón izquierdo, que sugiere acumulación de líquido o inflamación pulmonar, no se detectan signos de neumonía, derrame pleural ni fracturas en las costillas (Ver anexo 4).

La ecografía abdominal realizada reveló un hígado con aumento difuso de la ecogenicidad, lo que indica la presencia de un patrón graso de grado I. Además, reveló una vejiga semi distendida que contenía una sonda Foley, la cual mostraba múltiples ecos refringentes, indicativos de la presencia de detritus. Además, se observó abundante gas intestinal en todo el marco colónico, sin embargo, no se detectó líquido libre en la cavidad abdominal (Ver anexo 5).

El electrocardiograma realizado a la paciente mostró una frecuencia cardíaca de 71 latidos por minuto. La duración de la onda P fue de 107 milisegundos, y el intervalo PR se midió en 205 milisegundos, lo cual representa una conducción auriculoventricular dentro del límite superior de la normalidad. El complejo QRS presentó una duración de 82 milisegundos, lo que indica una adecuada conducción intraventricular sin evidencia de bloqueos. El intervalo QT fue de 437 milisegundos y el QT corregido (QTc) se calculó en 475 milisegundos, lo que se considera dentro de límites aceptables para su edad, aunque cercano al umbral superior, por lo que requiere vigilancia, especialmente considerando el uso de fármacos que puedan prolongar este intervalo. El análisis del eje eléctrico evidenció valores de P/QRS/T

en 20/4/1 grados, indicando una orientación normal de la despolarización y repolarización cardíaca. En cuanto a las amplitudes, se obtuvo una RV5 de 0.29 mV y una SV1 de 0.28 mV, con una suma total (RV5+SV1) de 0.57 mV. Este resultado está claramente por debajo del umbral diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda, que suele considerarse cuando RV5+SV1 supera los 2.5 mV. Por otro lado, la derivación V6 mostró una onda R con una amplitud de 0.30 mV, mientras que en la derivación V2 la onda S fue de 0.72 mV. Esta diferencia sugiere una menor actividad eléctrica en el ventrículo izquierdo y una actividad conservada en el ventrículo derecho (Ver anexo 6).

El diagnóstico de ingreso de la paciente fue insuficiencia cardíaca congestiva. El médico tratante indicó la toma de signos vitales cada 6 horas, aseo diario, y una dieta blanda para facilitar la digestión. Se establecieron cuidados de enfermería específicos, así como el control del balance hídrico y la realización de cambios posturales para prevenir complicaciones. La paciente recibió oxigenoterapia a través de un bigotera a 3 litros, manteniéndose en posición semi-Fowler para mejorar la respiración. Además, se programó un electrocardiograma diario para monitorear su actividad cardíaca. Estas medidas son esenciales para asegurar un manejo adecuado de su condición y optimizar su recuperación (Ver anexo 7).

La medicación de ingreso de la paciente incluyó furosemida 20 mg intravenoso cada 12 horas, administrada a través de un dispositivo intravenoso sin heparina. Se indicó enoxaparina 80 mg por vía subcutánea diariamente, así como eritropoyetina 4000 unidades internacionales, también por la misma vía y a diario. Además, se prescribió ácido acetilsalicílico 100 mg en tabletas por vía oral cada día, junto con simvastatina 20 mg en tabletas cada 8 horas. Se administró ketosteril 630 mg en tabletas cada 8 horas y gluconato de calcio 10 ml intravenoso cada 8 horas. Por último, se incluyó clopidogrel 75 mg en tabletas por vía oral cada día, junto con bisoprolol 1,25 mg también por vía oral a diario. Esta combinación de medicamentos está diseñada para abordar las necesidades clínicas de la paciente y optimizar su tratamiento. (Ver anexo 7).

Durante su estancia hospitalaria, se llevó un control riguroso del balance hídrico de la paciente, con registro detallado de los ingresos y eliminaciones diarias.

En cuanto a los ingresos líquidos, estos se administraron por vía oral, parenteral y, en menor medida, por vía enteral, alcanzando un volumen total diario que osciló entre 120 ml y 530 ml. El aporte por vía oral representó la mayor parte del ingreso hídrico, especialmente en los días de estabilización clínica, evidenciando una adecuada tolerancia gastrointestinal. Respecto a las eliminaciones, la paciente presentó diuresis conservada, con volúmenes urinarios comprendidos entre 500 ml y 1000 ml por día, sin registros de drenajes activos ni pérdidas adicionales por otras vías. No se reportaron signos de retención urinaria ni alteraciones relevantes en la frecuencia miccional, manteniéndose entre 2 y 3 micciones diarias. Se prescribió inicialmente una dieta líquida, con progresión oportuna a dieta hiposódica, bien tolerada por la paciente, quien recibió tres comidas diarias sin eventos adversos digestivos. (Ver anexo 8).

Debido a la necesidad de soporte ventilatorio y tras evidenciarse hipoxemia leve, la paciente fue inicialmente manejada en el área de emergencia con oxigenoterapia mediante cánula nasal a 3 litros por minuto. Posteriormente, una vez estabilizados sus signos vitales y controlado parcialmente el cuadro respiratorio, se decidió su hospitalización en el área de Medicina Interna para continuar con un monitoreo clínico estrecho y un manejo integral de su condición.

Fue trasladada desde el área de emergencia y recibida por el personal médico y de enfermería de Medicina Interna, donde se iniciaron las intervenciones terapéuticas orientadas al control de la insuficiencia cardíaca congestiva, corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos, soporte nutricional y prevención de complicaciones asociadas a su edad y comorbilidades.

Durante su permanencia en el área de Medicina Interna, la paciente estuvo hospitalizada durante 15 días, período en el cual mostró una evolución clínica favorable. El manejo estuvo centrado en la optimización de la oxigenación, el estado hemodinámico, el seguimiento de la función renal y el bienestar general, bajo un enfoque interdisciplinario, continuo y humanizado.

3.2 Valoración integral de enfermería

La valoración integral de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon ofreció un enfoque detallado para analizar y comprender a profundidad el estado de salud de la paciente. Este método permitió obtener una visión holística de su condición, identificando los patrones afectados para establecer intervenciones específicas y efectivas.

Para realizar una valoración integral se procedió a evaluar los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Patrón de percepción y manejo de la salud, la paciente manifestó conciencia sobre su estado de salud y reconoció la importancia de seguir un régimen terapéutico específico, mostró disposición para cumplir con el tratamiento farmacológico prescrito, así como con las recomendaciones relacionadas con la dieta y la actividad física, como parte fundamental del control de su enfermedad. No obstante, también expresó malestar generalizado y fatiga persistente.

En el patrón nutricional y metabólico, se evidenció que la paciente presentaba piel fría al tacto, mucosas orales ligeramente secas y sin signos de palidez cutánea, lo que indicaba un posible déficit leve de hidratación. Su peso corporal fue de 50 kilogramos y su talla de 1.50 metros, obteniendo un índice de masa corporal (IMC) de 22.2 kg/m², valor considerado dentro del rango normal para su edad. A pesar de un IMC adecuado, se identificó una ingesta nutricional deficiente en hierro y proteínas, lo que se relacionó con un hematocrito disminuido (29.4%) y la presencia de anemia leve. Durante su ingreso hospitalario, se prescribió inicialmente una dieta blanda debido a la disnea y debilidad general, seguida por una dieta líquida para asegurar una adecuada hidratación sin comprometer su esfuerzo respiratorio. En cuanto a sus hábitos alimenticios previos, se evidenció un consumo elevado de sodio, a través de la frecuente ingesta de alimentos procesados, enlatados y el uso excesivo de sal en preparaciones caseras. Esta condición contribuyó a la retención de líquidos y a la descompensación clínica de su insuficiencia cardíaca, por lo cual se instauró una dieta hiposódica como parte fundamental del manejo integral, con el fin de controlar la sobrecarga de volumen y prevenir edemas.

En el patrón de eliminación, la paciente presentó oliguria, con una frecuencia urinaria disminuida y orina de color amarillo oscuro, lo que indicaba una alta concentración de solutos, atribuible a la restricción hídrica indicada y al uso de diuréticos. Este hallazgo requirió un monitoreo frecuente del balance hídrico, para prevenir complicaciones como la deshidratación o la sobrecarga de volumen. El balance hídrico durante la hospitalización se mantuvo positivo, con una entrada aproximada de 1,500 ml y una eliminación urinaria de 700 ml, valores que se consideraron aceptables dentro del manejo restrictivo propio del tratamiento de la insuficiencia cardíaca. La presencia de sonda Foley facilitó el control preciso del volumen urinario.

En relación con la eliminación intestinal, la paciente refirió realizar dos evacuaciones diarias con consistencia blanda, lo cual fue coherente con la dieta blanda indicada durante su estancia hospitalaria, rica en líquidos y alimentos de fácil digestión, favoreciendo el tránsito intestinal. En cuanto a las deposiciones, la paciente reportó realizar dos evacuaciones diarias, las cuales presentaron consistencia blanda, lo que se asocia con la dieta blanda recomendada.

En el patrón de actividad y ejercicio, la paciente presentó taquipnea e hipoxemia, con una frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 71 latidos por minuto, presión arterial de 137/73 mmHg y una saturación de oxígeno del 82%. Ante esta condición, el médico prescribió oxigenoterapia mediante cánula nasal (bigotera) a 3 litros por minuto para mejorar la oxigenación tisular. La administración de oxígeno se realizó en un ambiente hospitalario controlado, asegurando una adecuada ventilación y supervisión clínica, tras la colocación de la cánula nasal, la saturación de oxígeno aumentó progresivamente, alcanzando un 92%, lo cual indica una mejoría significativa en la oxigenación del paciente.

Debido a su movilidad limitada y al compromiso respiratorio, la paciente requiere asistencia para desplazarse, ya que manifiesta disnea incluso con mínimos esfuerzos. Además, presenta edemas en miembros inferiores, lo que contribuye a una reducción de su autonomía funcional. Estas manifestaciones son coherentes con el deterioro del patrón de actividad y ejercicio asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva.

En el patrón de sueño y descanso, paciente manifestó que duerme principalmente durante la noche, ya que su descanso se vio interrumpido por episodios disneicos, lo que afectó la calidad del sueño. Durante el día, presenta somnolencia debido al cansancio acumulado.

En el patrón cognitivo y perceptual, durante la valoración no presentó alteraciones cognitivas significativas, estaba orientada en tiempo, espacio y persona, con buena capacidad de comunicación.

En el patrón de autopercepción y autoconcepto, paciente mantiene una imagen positiva de sí misma, acepta los cambios físicos propios de la edad y su enfermedad sin mostrar signos de baja autoestima.

En el patrón de rol y relaciones, paciente vivió con su hija y su nieta, con quienes mantiene una buena relación, manifestó que mantiene vínculos armoniosos con los miembros de su familia, brindándole apoyo constante desde su ingreso a la unidad hospitalaria.

En el patrón de sexualidad y reproducción, debido a su edad avanzada, la paciente no manifiesta inquietudes relacionadas con la sexualidad activa.

En el patrón de adaptación y tolerancia al estrés, la paciente manifestó que se sintió un poco abrumada por su condición de salud, pero ha manejado su estrés principalmente por el apoyo familiar.

Patrón de valores y creencias, la paciente manifestó que su religión era católica, valora la salud y la familia como aspectos fundamentales de su vida.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería: Deterioro del intercambio de gases

Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
Dominio 3. Eliminación e intercambio Clase. Función respiratoria 00030 Deterioro del intercambio de gases m/p hipoxemia, taquipnea, disnea r/c patrón respiratorio ineficaz,	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	041505 Frecuencia respiratoria	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
		041508 Saturación de oxígeno		Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
		041515 Disnea de pequeños esfuerzos		Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
		041517 Somnolencia		Mantener en: 2 Aumentar a: 4	
	0415 Estado respiratorio				
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática.		Clase K: Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.			
3140 Manejo de la vía aérea					
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. - Auscultar los sonidos respiratorios, observando las vías aéreas de disminución o ausencia de ventilación. - Administrar aire u oxígeno, según corresponda - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea (posición fowler)					
3350 Monitorización respiratoria					
- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones - Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos. - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.					
3320 Oxigenoterapia					
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. - Administrar oxígeno suplementado según prescripciones. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro) - Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de oxígeno.					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería: Exceso de volumen de líquidos

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)		
Dominio 2. Nutrición Clase. Hidratación	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00026 Exceso de volumen de líquidos m/p edema r/c ingesta excesiva de sodio.	Dominio: Salud fisiológica (II)	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	1. Gravemente	Mantener en: 2
	Clase: Líquidos y electrolitos (G)		2. Sustancialmente	Aumentar a: 5
			3. Moderadamente	
			4. Levemente	
			5. No comprometido	
	0601 Equilibrio hídrico	060118 Electrólitos séricos		Mantener en: 2
				Aumentar a: 5
		060112 (8) Edema periférico		Mantener en: 2
				Aumentar a: 5
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática.	Clase N: Control de la perfusión tisular Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.			
4120 Manejo de líquidos				
– Controlar peso diario en las mismas condiciones (mismo horario, misma ropa)				
– Realizar un registro preciso de entradas y salidas				
– Realizar sondaje vesical				
– Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas)				
– Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.				
– Monitorizar los signos vitales cada 4-6 horas y estado nutricional				
– Instruir al paciente sobre la dieta absoluta (hiposódica)				
– Administración de diuréticos				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería: Deterioro de la movilidad física

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 4. Actividad /reposo Clase. Actividad/ejercicio	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00085 Deterioro de la movilidad física m/p perdida de la condición física r/c disminución de la fuerza muscular	Dominio: Salud funcional (I)	020411 Fuerza muscular	1. Gravemente	Mantener en: 1
	Clase: Movilidad (C)		2. Sustancialmente	Aumentar a: 4
	0204	020412 Tono muscular	3. Moderadamente	
	Consecuencias de la inmovilidad fisiológica	020414 Movimiento articular	4. Levemente	Mantener en: 1
			5. No comprometido	Aumentar a: 4
				Mantener en: 1
				Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	Clase C: Control de inmovilidad Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.			
0740 Cuidados del paciente encamado				
– En posición decúbito supino, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) – Subir las barandillas según corresponda. – Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. – Girar al paciente inmovilizado al menos 2 horas, de acuerdo con un programa específico.				
3540 Prevención de úlceras por presión				
– Realizar inspección diaria de la piel. – Aplicar almohadillas o cojines en zona de presión. – Utilizar colchón anti escaras si está disponible. – Reforzar los cambios posturales cada 2 horas				
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico				
– Limpiar y secar bien la piel especialmente en zonas propensas a la humedad o sudoración. – Aplicar cremas hidratantes, especialmente en zonas secas y con riesgos de fricción. – Vigilar enrojecimiento o signos de daño epidérmico.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

Según Carratalá en su artículo publicado en la Revista Oxigenoterapia y Cuidados Paliativos en pacientes con insuficiencia cardiaca mostró mejoría a partir del quinto día (8). Sin embargo, en el caso estudiado, la mejoría se evidenció en un menor tiempo, ya que la administración de oxigenoterapia a 3 litros por minuto mejoró la saturación del paciente del 82% al 92% en 48 horas.

Caballero en su libro Terapia Intensiva de Urgencias Respiratorias, indicó que la posición semi-Fowler mejora la capacidad respiratoria en estos pacientes (9). De manera similar, en el caso analizado, los cambios posturales cada 2 horas contribuyeron a mejorar la oxigenación y a prevenir la acumulación de secreciones.

Pelliccia en un estudio publicado en la Revista de Tratamiento diurético, destacó la efectividad de los diuréticos en la reducción de la sobrecarga hídrica en insuficiencia cardiaca, sin efectos adversos (10). Esto coincide con el caso en estudio, donde se administró furosemida intravenosa, observándose una respuesta diurética positiva sin hipotensión.

Domínguez, en su artículo en la Revista de Insuficiencia Cardiaca, documentó que el sondaje vesical facilita la eliminación en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (11). En el caso analizado, se colocó una sonda Foley debido a la retención urinaria, logrando una eliminación de 700 ml en las primeras 6 horas.

Ochagavía en su artículo nos mencionó que revisar de forma regular los signos vitales en personas con insuficiencia cardíaca es muy importante porque ayuda a detectar a tiempo cualquier cambio en su estado (12). Si se hace un buen seguimiento, los médicos pueden actuar antes de que el problema se vuelva grave, como una subida peligrosa de la presión arterial. Esto evita complicaciones y mejora la atención del paciente. Según expertos, el monitoreo temprano permite ajustar rápidamente medicamentos y líquidos, lo que ayuda a mantener la estabilidad del corazón. También reduce el riesgo de hospitalizaciones y mejora el pronóstico general.

El estudio de Wittczak et al destacó la importancia de mantener un equilibrio adecuado de líquidos en pacientes con insuficiencia cardíaca. La deshidratación puede empeorar la función respiratoria al hacer más viscosas las secreciones pulmonares, mientras que la sobrehidratación aumenta la presión venosa central y provoca congestión pulmonar (13). El manejo adecuado de los líquidos previene complicaciones como el edema pulmonar y reduce las tasas de readmisión hospitalaria. Mantener un estado de euvolemia mejora la estabilidad cardiovascular y respiratoria, contribuyendo a una mejor calidad de vida y recuperación. Es fundamental una monitorización constante de la hidratación para ajustar el tratamiento de acuerdo al estado del paciente.

Ezekowitz realizó el estudio SODIUM-HF, donde evaluaron los efectos de una restricción de sodio (<1500 mg/día) en pacientes con insuficiencia cardíaca (14). Aunque los resultados mostraron que la reducción de sodio no tuvo un impacto significativo en la reducción de hospitalizaciones o eventos cardiovasculares, los pacientes con dieta baja en sodio experimentaron mejoras modestas en su calidad de vida y en su clase funcional NYHA. Este estudio sugiere que, aunque la restricción de sodio no reduce los eventos adversos clínicos, sí puede beneficiar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Pfeifer en su estudio "Establecimiento colaborativo de objetivos para pacientes con insuficiencia cardíaca basada en el ICF para apoyar la atención integrada" exploran el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) para establecer metas colaborativas en pacientes con insuficiencia cardíaca (15). El estudio destacó que el enfoque colaborativo, implementado a través de un programa de telemedicina en Tirol, Austria, mejora la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. La intervención integró a múltiples profesionales de salud, mejorando la atención centrada en el paciente. Aunque los resultados son prometedores, la mejora en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento requiere más investigación para establecer conclusiones definitivas.

5. CONCLUSIONES

- La historia clínica evidenció un cuadro clínico complejo, caracterizado por antecedentes de hipertensión arterial y tratamiento farmacológico con diuréticos y betabloqueantes. Los signos y síntomas más relevantes incluyeron disnea progresiva, edemas periféricos, fatiga e intolerancia al ejercicio, los cuales son consistentes con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva. Estos hallazgos permitieron establecer una base diagnóstica clara para orientar la planificación del cuidado enfermero y anticipar posibles complicaciones propias del estado funcional del adulto mayor.
- A través de la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron alteraciones significativas en los patrones de oxigenación, eliminación, actividad y ejercicio, descanso y sueño, así como en el rol y relaciones. Estas alteraciones reflejan limitaciones tanto físicas como emocionales, y evidencian la necesidad de un abordaje holístico, considerando no solo las manifestaciones clínicas, sino también el impacto psicosocial y funcional que la enfermedad genera en la calidad de vida del paciente geriátrico.
- Con base en la valoración integral del paciente, se formularon planes de cuidados de enfermería individualizados, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Los diagnósticos seleccionados como: deterioro del intercambio de gases, exceso de volumen de líquidos y deterioro de la movilidad físico, permitieron establecer objetivos terapéuticos claros y viables, así como intervenciones específicas para mejorar la oxigenación, controlar la sobrecarga hídrica y prevenir complicaciones por inmovilidad. Estas acciones fueron orientadas a promover la estabilidad clínica del paciente, optimizar su funcionalidad y favorecer una recuperación progresiva.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Nascimento. Atención de enfermería para personas con insuficiencia cardíaca [Enferm Foco].: Enferm Foco; 2022. Available from: <https://enfermfoco.org/es/article/atencion-de-enfermeria-para-personas-con-insuficiencia-cardiaca-revision-de-alcance/>.
2. Ortega EC, Gil de Gómez AB, Cuevas MA, García JL, Gómez M. Educación terapéutica en insuficiencia cardíaca [REVISTA ATENCION PRIMARIA]. Madrid: Aten Primaria; 2023 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656723001671>.
3. Ibero AM, Anadon MM, Paivas LG, Granada AN, Ibero MP. Proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva [REVISTA SANITARIA DE INVESTIGACION].; 2023 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-insuficiencia-cardiaca-congestiva/>.
4. Bernal F, Arevalo IF, Sánchez J, Quiroz S. Proceso de enfermería en un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva reagudizada multifactorial: reporte de caso.; 2024 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/2083/2246>.
5. Marcé NB, Rodríguez JC, Garcia-Garrido L, Fernández BG, Díaz CI. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN IC POR ENFERMERAS ESPECIALIZADAS [AEEC]. Madrid: McCann Erickson; 2022 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/manual-procedimientos-ic-por-enfermeras.pdf#page=7>.
6. Basantes AB, Carrillo VA, Aguilar AV, Fiallos JA. Insuficiencia cardíaca, diagnóstico y tratamiento [RECIMUNDO]. QUITO: RECIMUNDO; 2021 [cited 2025 Abril 15. Available from: [file:///C:/Users/Microsoff/Downloads/Dialnet-InsuficienciaCardiacaDiagnosticoYTratamiento-8294231%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Microsoff/Downloads/Dialnet-InsuficienciaCardiacaDiagnosticoYTratamiento-8294231%20(2).pdf).

7. Fernández JA, Santana KL, Moreira JJ, Cedeño EF. Factores que inciden en la insuficiencia cardíaca en pacientes de edades adultas [Universidad, Ciencia y Tecnología,].: Universidad, Ciencia y Tecnología,; 2022 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://ve.scielo.org/pdf/uct/v27n119/2542-3401-uct-27-119-108.pdf>.

8. Carratalá J. Oxigenoterapia y Cuidado Paleativo con IC [REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA].; JULIO-2020 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-oxigenoterapia-cuidados-paliativos-pacientes-con-articulo-S0300893220300531>.

9. Francesco P. Tratamiento de diuréticos en la insuficiencia cardíaca [Revista Clinical Medicine].; 30 de Julio 2024 [cited 2025 Marzo 21. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11313642/>.

10. Caballero A, Pardo A. Terapia Intensiva. Urgencias Respiratorias [CIENCIAS MEDICAS]. La Habana - Cuba: ECIMED; 2019 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://instituciones.sld.cu/socuenfhabana/files/2021/02/Terapia-intensiva.-Tomo-3.-Urgencias-respiratorias.pdf>.

11. Domínguez AR. El sondaje vesical de los paciente con insuficiencia cardíaca aguda en un servicio hospitalario [Revista de Emergencias].; 2023 [cited 2024 Diciembre 13. Available from: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/12/409-414.pdf>.

12. Ochagavía A, Baigorr F, Mesquida J, al e. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. [MEDICINA INTESIVA].: ELSEVIER; 2023 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-estadisticas-S0210569113002234>.

13. Wittczak A, Slot M, Bielecka A. The importance of optimal hydration in patients with heart failure—Not always too much fluid [Biomedicines].; 2023 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10604032/pdf/biomedicines-11-02684.pdf>.

14. Ezekowitz J, Colin E, Ross H, Escobedo J, al e. Reduction of dietary sodium to less than 100 mmol in heart failure (SODIUM-HF): an international, open-label, randomised, controlled trial [Canadian Journal of Cardiology].; 2022 [cited 2025 Abril 15. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00369-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00369-5/abstract).
15. Pfeifer B CUKSea. Collaborative goal setting for patients with heart failure based on the ICF to support integrated care. Int J Integr Care [International Journal of Integrated Care].; 2023 [cited 2025 Abril 15. Available from: <https://ijic.org/articles/8438/files/6572eb5ad25d5.pdf>.

7. ANEXOS

Anexo 1. Examen físico

6. SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

SIN CONSTANTES VITALES		PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)		137/73		PULSO /min		71		FRECUENCIA RESPIRATORIA /min		25					
PULSIOXIMETRIA (%)		82%		PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)		PESO (kg)		50		TALLA (cm)		1.50		GLUCEMIA CAPILAR (mg/dl)		109	
GLASGOW INICIAL	OCULAR (4)	4		VERBAL (5)	5		MOTORA (6)	6		REACCIÓN PUPILA DER.	IR		REACCIÓN PUPILA IZQ.	IR		T. LLENADO CAPILAR	

7. EXAMEN FÍSICO

MARCAR "X" CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA Y DESCRIBA:

1.	PIEL - FANERAS		4.	OÍDOS		7.	ORO FARINGE		10.	TÓRAX	X	13.	INGLE-PERNÉ	
2.	CABEZA	X	5.	NARIZ		8.	CUELLO	X	11.	ABDOMEN	X	14.	MIEMBROS SUPERIORES	X
3.	OJOS		6.	BOCA		9.	AXILAS - MANOS		12.	COLUMNA VERTEBRAL		15.	MIEMBROS INFERIORES	X
2: Normocetalia														
8: Simetrico sin adenopatía														
10: Campos pulmonares ventilados/ Ruidos cardiacos ritmicos														
11: Abdomen blando depresible no doloroso														
14-15: Extremidades con edema														

8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NOAPUCA

1. SIOMETRÍA	X	3. QUÍMICA SANGÜÍNEA	X	5. GASOMETRÍA		7. ENDOSCOPIA		9. RX ABDOMEN	X	11. ECOGRAFÍA ABDOMEN	X	13. TOMOGRAFÍA		15. INTERCONSULTA	
2. URICÁLISIS		4. ELECTROLITOS	X	6. ELECTROCARDIOGRAMA	X	8. RX TÓRAX		10. RX OSEA		12. ECOGRAFÍA PÉLVICA		14. RESONANCIA		16. OROS	
OBSERVACIONES:															

Paciente de sexo femenino de 88 años, traída en ambulancia del ECU 911 por presentar cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por disnea de mínimos esfuerzos, que presenta dificultad respiratoria saturando en casa 77% al ambiente, taquipnea con tendencia a la somnolencia, pero aun consciente, orientada en tiempo espacio y persona, llega a la emergencia saturando 82%, se acopla a cánula de oxígeno.

Anexo 3. Exámenes realizados antes del ingreso hospitalario

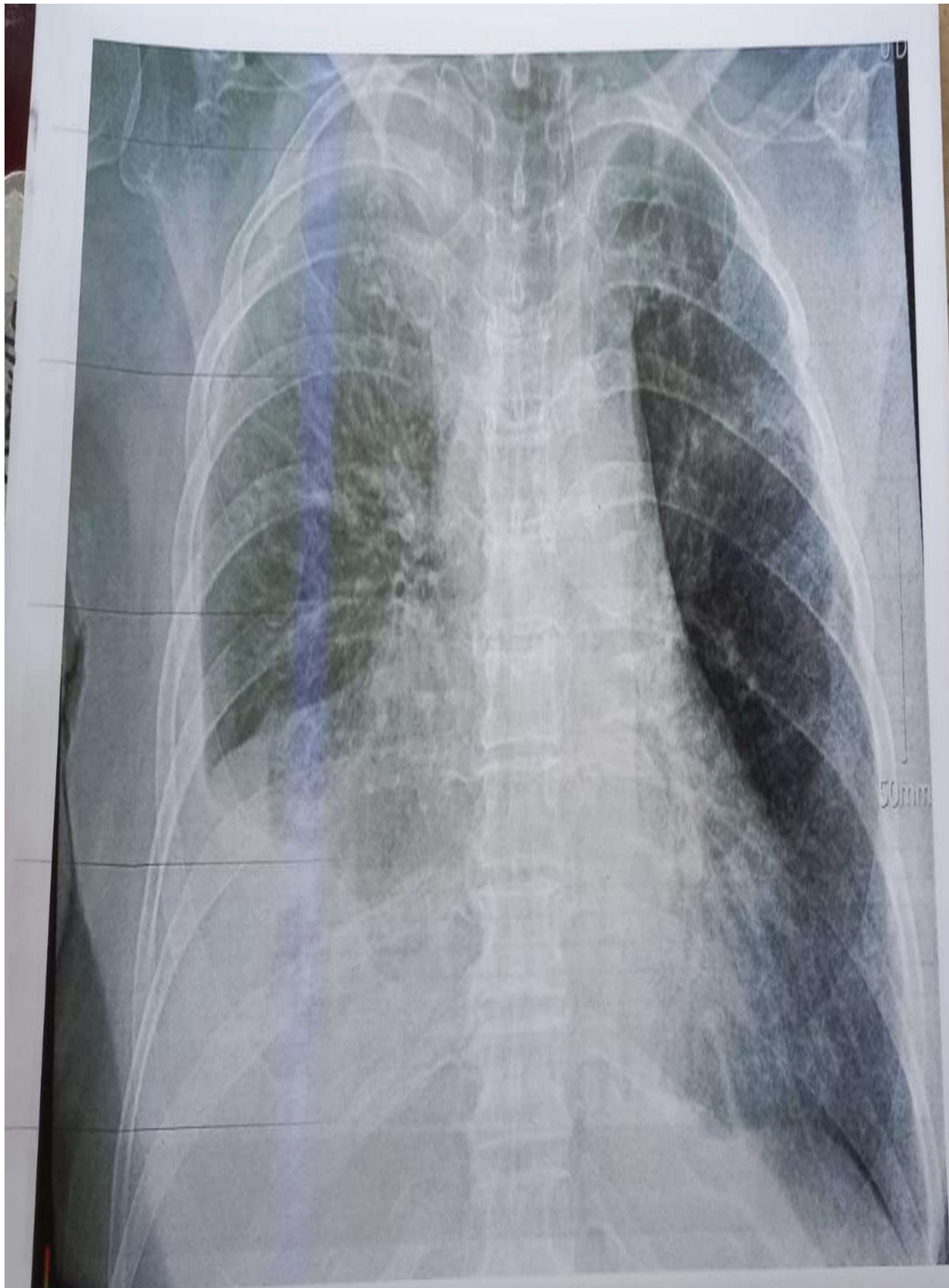
INFORME DE RESULTADOS			
EXAMEN	R E S U L T A D O S	U N I D A D	V. REFERENCIAL

HEMATOLOGÍA				
Biometría hemática				
Recuento de glóbulos rojos	↓	3.06	10 ³ /μL	4 -6
Hemoglobina	↓	9.7	g/dl	12 - 17
Hematocrito	↓	29.4	%	40 - 50
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	↑	31.7	pg	27 - 31
Glóbulos Blancos	↑	12.09	10 ³ /μL	4 -10
Linfocitos (%)	↓	14	%	25 – 40
Neutrófilos (%)	↑	76.1	%	55 – 65
Eosinófilos (%)	↓	0.1	%	0.5 - 5
Neutrófilos (#)	↑	9.21	10 ³ /μL	1.6 – 7
Monocitos (#)	↑	1.16	10 ³ /μL	0.3 – 1

BIOQUÍMICA				
Glucosa		108.15	mg/dL	70 - 110
Urea	↑	108.6	mg/dL	10 - 50
Creatinina	↑	2.65	mg/dL	0.6 – 1.1

ELECTROLITOS				
Calcio iónico	↓	1.06	mmol/L	1.1 – 1.35
Cloro	↑	109.36	mmol/L	96 - 106
Sodio	↑	147.46	mmol/L	135 - 145

Anexo 4. Radiografía del tórax



Anexo 5. Informe Ecográfico Abdominal

Informe Ecográfico Abdominal

Hígado: de tamaño normal, textura regular homogénea con aumento de la ecogenicidad de manera difusa con signos de patrón graso I. No se observaron lesiones ocupativas en el parénquima.

Vesícula: ovalada pared de espesor normal contenido líquido sin procesos patológicos.

Páncreas: de tamaño y textura normal

Colédoco: de calibre normal

Riñón derecho: mide 90x13mm

Riñón izquierdo: mide 90x11mm

Parénquima y senos renales normales

Bazo: de tamaño y textura normal.

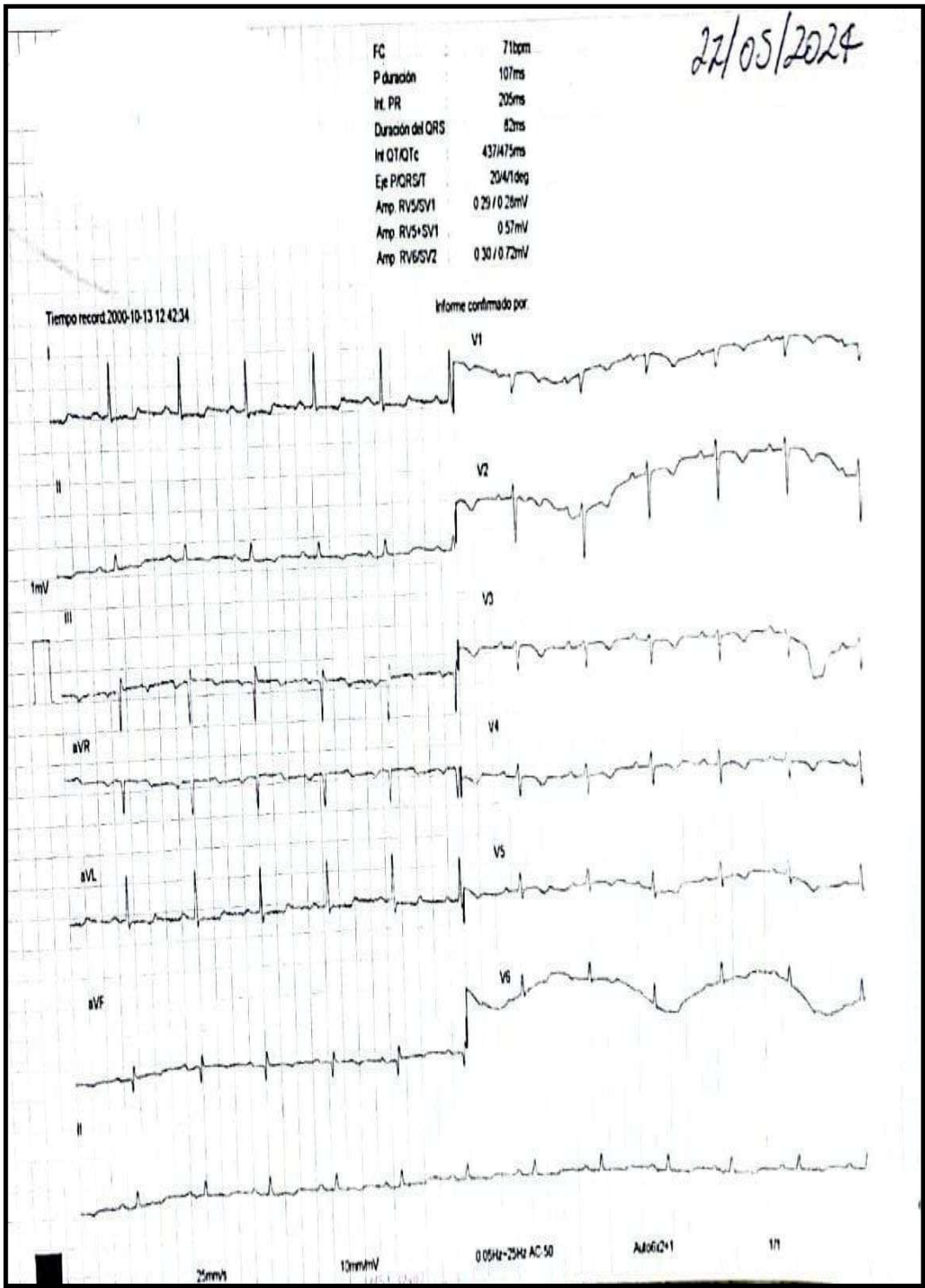
Vejiga: semidistendida, presencia de sonda foley con multiples ecos refringentes sugestivo de detritus.

No se observó líquido libre en cavidad abdominal en este estudio.

Presencia de abundante gas intestinal en todo marco colónico

Conclusión ecográfica: Hígado con patrón graso I

Anexo 6. Electrocardiograma



Anexo 7. Diagnóstico medico y tratamiento

9. DIAGNÓSTICO DE INGRESO			CIE
1.	INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA		I509
2.			
3.			

10. DIAGNÓSTICO DE ALTA			CIE
1.	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		I210
2.			
3.			

11. PLAN DE TRATAMIENTO				
	VIA	DOSIS	POSOLOGIA	DIAS
1.	Dispositivo intravenoso sin heparina			
2.	Furosemda	VO	20mg	cada 12 h
3.	Enoxaparina	SC	80mg	QD
4.	Ácido acetilsalicico	VO	100mg	QD
5.				
6.				
7.				
INDICACIONES				
Monitoreo continuo de los signos vitales cada 6 horas				
Cuidados de enfermería				
Balance hidrico				
Valoracion por especialidad				

12. CONDICIÓN AL EGRESO DE EMERGENCIA													
VIVO		ESTABLE		INESTABLE		FALLECIDO		ALTA DEFINITIVA		CONSULTA EXTERNA		OBSERVACION DE EMERGENCIA	
HOSPITALIZACIÓN	X	REFERENCIA		REFERENCIA INVERSA		DERIVACIÓN		ESTABLECIMIENTO					
OBSERVACIONES:													DÍAS DE REPOSO
													15

Anexo 8. Hoja de signos vitales / Balance hídrico

B. CONSTANTES VITALES																
FECHA			22/5/2024		23/5/2024		24/5/2024		25/5/2024		26/5/2024		27/5/2024		28/5/2024	
DIA DE INTERNACIÓN			0		1		2		3		4		5		6	
DIA POST QUIRÚRGICO																
PULSO	TEMP	HORA	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
																

F. RESPIRATORIA X min	25	24	23	23	21	20	20	20	20	20	22	19	20
PULSIOXIMETRIA %	82	96	96	96	96	95	96	96	97	97	97	98	98
PRESIÓN SISTÓLICA	137	130	124	120	100	110	115	125	100	110	100	110	100
PRESIÓN DIASTÓLICA	73	70	72	80	60	70	70	60	60	60	60	70	60

C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO (kg)	50	50	52	52	54	54	54
TALLA (cm)	150	150	150	150	150	150	150
OTROS							

D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO

ELIMINACIONES	ENTERAL						
	PARENTERAL	20	30	100	30	30	50
	VÍA ORAL	100	300	400	500	500	400
	TOTAL	120	330	500	530	530	450
	ORINA		1000	800	800	600	500
	DRENAJE						
	OTROS						
TOTAL		1000	800	800	600	500	500
DIETA PRESCRITA		D. líquida	D. hipoosódica	D. hipoosódica	D. hipoosódica	D. hipoosódica	D. hipoosódica
NÚMERO DE COMIDAS		3	3	3	3	3	3
NÚMERO DE MICCIONES		2	2	2	3	3	2
NÚMERO DE DEPOSICIONES		1	1	1	1	1	1

E. CUIDADOS GENERALES

ASEO / BAÑO	B. de esponja	B. de esponja	B. de esponja	B. de esponja	B. de esponja	B. de esponja	B. de esponja
REPOSO ESPECIFICO	reposo	reposo	reposo	reposo	reposo	reposo	reposo
POSICION ESPECIFICO OTROS	Semi-flower	Semi-flower	Semi-flower	Semi-flower	Semi-flower	Semi-flower	Semi-flower
ESPECIFICO							