



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 ADULTO
MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**

Autora:
Mayerli Pierina Coronado Párraga

Directora de Estudio de Caso:
Lcda. Cinthia Janneth Urgiles Ayala, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Mayerli Pierina Coronado Párraga**, 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.

Mayerli Pierina Coronado Párraga

C.I: 1206861088



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lcda. Cinthia Janneth Urgiles Ayala, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Mayerli Pierina Coronado Párraga**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA 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. Cinthia Janneth Urgiles Ayala, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



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

La suscrita, **Lcda. Cinthia Janneth Urgiles Ayala, MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**, presentado por la estudiante **Mayerli Pierina Coronado Párraga**, 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 96% y similitud 4%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

ESTUDIO_DE_CASO_MAYERLI_CORONADO

4%
Textos sospechosos

2% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: ESTUDIO_DE_CASO_MAYERLI_CORONADO.docx ID del documento: 603e1db58879fc46a77d1ee04b697bd6f67e3c294 Tamaño del documento original: 58,61 kB	Depositante: CINTHIA JANNETH URGILES AYALA Fecha de depósito: 9/6/2025 Tipo de carga: interface Fecha de fin de análisis: 9/6/2025	Número de palabras: 3512 Número de caracteres: 24.185
---	---	--

Ubicación de las similitudes en el documento:



Lcda. Cinthia Janneth Urgiles Ayala, 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 ADULTO
MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”**

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

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. María Fernanda Coello Llerena, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**Lcda. Gladys Elizabeth
Guanoluisa Tenemaza, MSc.**

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**Lcda. Diana Yessenia
Neto Villamar, MSc.**

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino, por darme la sabiduría y la perseverancia necesarias para superar cada obstáculo en este camino.

A la Universidad técnica estatal de Quevedo, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, gracias a cada uno de mis maestros que, con su conocimiento y dedicación, han sido parte fundamental de este proceso integral de formación.

A mi directora Lcda. Cinthia, por su invaluable orientación, paciencia y apoyo durante este proceso. Su compromiso y guía han sido clave para la culminación de este trabajo.

A mi madre, le expreso mi más profundo agradecimiento por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por ser mi mayor inspiración. Gracias por su sacrificio y su apoyo inquebrantable, sin su apoyo, este logro no habría sido posible. Gracias por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo, dedicación, por sus consejos y por ser siempre un pilar en mi vida. Este logro es tan suyo como mío.

A mis hermanos, por estar siempre a mi lado, por sus palabras de aliento y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mi familia, por su apoyo constante, por creer en mí y por darme la fuerza para seguir adelante en los momentos difíciles.

A mis amigos, por su compañía, su apoyo incondicional y por hacer de este viaje una experiencia inolvidable.

Finalmente, a todas las personas que, de una y otra manera, han contribuido a mi formación y a la realización de esta tesis, mi más sincero agradecimiento. Este logro es el reflejo del esfuerzo conjunto y del apoyo incondicional de todos ustedes. ¡Gracias de corazón!

DEDICATORIA

Dedico este estudio de caso a Dios por guiar mi camino, a mi madre Rosa Coronado Párraga, por su amor incondicional y apoyo inquebrantable que me han impulsado a alcanzar mis metas, por su confianza en mí, por su paciencia, por su sacrificio y por siempre estar ahí, incluso en los momentos más difíciles, pues sin ella no lo había logrado.

A mi abuela Ida, por su cariño, sabiduría y sus enseñanzas, Su amor y sus consejos han sido una fuente de fortaleza e inspiración para mí.

A Diana y Jeray, mis hermanos, por ser mi compañía en este viaje, por ser mi inspiración, por sus palabras de aliento y por recordarme siempre que no estoy solo. Su cariño y apoyo han sido fundamentales en mi vida.

A Osthin y Zoé, mis sobrinos, por ser una luz en mi vida y una motivación constante para seguir adelante. Que este logro sea un ejemplo de que los sueños se pueden alcanzar con esfuerzo y dedicación.

A mi compañero de vida Alexander, por su amor, apoyo infinito, comprensión y paciencia en cada etapa de este proceso. Gracias por ser mi refugio en los momentos difíciles y por creer en mi incluso cuando yo dudaba.

A mi familia, por su apoyo incondicional y por estar siempre presentes en mi vida, celebrando mis logros y brindándome su amor en cada paso del camino.

A mi amiga Mallerly, por su compañía, su confianza, apoyo incondicional y por hacer más llevadero este camino.

A todos los que, de una u otra manera, han sido parte de este proceso, les dedico este esfuerzo con gratitud y cariño.

RESUMEN

El presente estudio de caso describe el cuidado integral de enfermería de un paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es un síndrome clínico que se caracteriza por la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera adecuada, lo que provoca un suministro insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Esta afección puede involucrar disfunción en el ventrículo izquierdo, derecho o en ambos, se manifiesta con síntomas como disnea, fatiga, edemas y una reducción de tolerancia a las actividades. Este estudio tiene como objetivo aplicar planes de enfermería en paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva para mejorar su calidad de vida y resultados clínicos. La metodología incluyó la valoración de los patrones funcionales utilizando la herramienta de Marjory Gordon en el cual se obtuvo patrones alterados tales como el patrón percepción y manejo de la salud, patrón nutricional-metabólico. Se utilizó la taxonomía NANDA, NOC y NIC para priorizar las intervenciones de enfermería. Estas acciones permitieron identificar varios diagnósticos de enfermería, como riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, disminución del gasto cardiaco, patrón de respiración ineficaz, riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable. Estas intervenciones formaron parte integral del plan de atención elaborado con el objetivo de mejorar la salud del paciente y minimizar el riesgo de complicaciones. La respuesta al tratamiento fue positiva, con mejoras significativas en los signos vitales, disminución de la glucemia y la comprensión de la condición de salud por parte del paciente. En conclusión, de este estudio de caso subrayo que un modelo de atención de enfermería adaptado a las necesidades individuales junto con el apoyo de los familiares, mejoro significativamente los resultados terapéuticos y la calidad de vida del paciente.

Palabras claves: enfermería, glucemia, insuficiencia cardiaca congestiva.

ABSTRACT

This case study describes the comprehensive nursing care of an elderly patient with congestive heart failure, who presented a personal history of arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus (T2DM). Congestive heart failure (CHF) is a clinical syndrome characterized by the inability of the heart to pump blood adequately, resulting in an insufficient supply of oxygen and nutrients to the tissues. This condition may involve dysfunction in the left, right, or both ventricles, and manifests with symptoms such as dyspnea, fatigue, edema, and reduced activity tolerance. This study aims to implement nursing plans in elderly patients with congestive heart failure to improve their quality of life and clinical outcomes. The methodology included the assessment of functional patterns using the Marjory Gordon tool, which resulted in altered patterns such as the health perception and management pattern and the nutritional-metabolic pattern. The NANDA, NOC, and NIC taxonomies were used to prioritize nursing interventions. These actions led to the identification of several nursing diagnoses, such as risk of ineffective peripheral tissue perfusion, decreased cardiac output, ineffective breathing pattern, and risk of unstable blood glucose levels. These interventions were an integral part of the care plan developed with the goal of improving the patient's health and minimizing the risk of complications. The response to treatment was positive, with significant improvements in vital signs, decreased blood glucose, and improved patient understanding of the condition. In conclusion, from this case study, I emphasize that a nursing care model tailored to individual needs, along with family support, significantly improved therapeutic outcomes and the patient's quality of life.

Keywords: nursing, blood glucosa, 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
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xii
1. INTRODUCCIÓN	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo General.....	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	18
3.1 Historia clínica	18
3.2 Valoración Integral de enfermería	20
3.3 Plan de cuidados de enfermería	23
3.4. Evaluación	25
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	28
5. CONCLUSIONES	30
6. BIBLIOGRAFÍA	31
7. ANEXOS	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidado de enfermería.

Tabla 2. Segunda tabla de cuidado de enfermería.

Tabla 3. Tercera tabla de cuidado de enfermería.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica del paciente

Anexo 2. Exámenes de laboratorio

Anexo 3. Insulina rápida según esquema

Anexo 4. Medicamentos prescritos al ingreso

Anexo 5. Evidencias fotográficas

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA”		
Autor:	Mayerli Pierina Coronado Párraga		
Palabras claves:	enfermería	glucemia	insuficiencia cardiaca congestiva
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	<p>El presente estudio de caso describe el cuidado integral de enfermería de un paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva, el cual presento antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es un síndrome clínico que se caracteriza por la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera adecuada, lo que provoca un suministro insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Esta afección puede involucrar disfunción en el ventrículo izquierdo, derecho o en ambos, se manifiesta con síntomas como disnea, fatiga, edemas y una reducción de tolerancia a las actividades. Este estudio tiene como objetivo aplicar planes de enfermería en paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva para mejorar su calidad de vida y resultados clínicos. La metodología incluyo la valoración de los patrones funcionales utilizando la herramienta de Marjory Gordon donde nos dio como resultado patrones alterados tales como el patrón percepción y manejo de la salud, patrón nutricional-metabólico. Se efectuó la utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC para priorizar las intervenciones de enfermería. Estas acciones permitieron identificar varios diagnósticos de enfermería, como riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, disminución del gasto cardiaco, patrón de respiración ineficaz, riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable. Estas intervenciones formaron parte integral del plan de atención elaborado con el objetivo de mejorar la salud del paciente y minimizar el riesgo de complicaciones. La respuesta al tratamiento fue positiva, con mejoras significativas en los signos vitales, disminución de la glucemia y la comprensión de la condición de salud por parte del paciente. En conclusión, de este estudio de caso subrayo que un modelo de atención de enfermería adaptado a las necesidades individuales junto con el apoyo de los familiares, mejoro significativamente los resultados terapéuticos y la calidad de vida del paciente.</p>		
Abstract:	<p>This case study describes the comprehensive nursing care of an elderly patient with congestive heart failure, who presented a personal history of arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus (T2DM). Congestive heart failure (CHF) is a clinical syndrome characterized by the inability of the heart to pump blood adequately, resulting in an insufficient supply of oxygen and nutrients to the tissues. This condition may involve dysfunction in the left, right, or both ventricles, and manifests with symptoms such as dyspnea, fatigue, edema, and reduced activity tolerance. This study aims to implement nursing plans in elderly patients with congestive heart failure to improve their quality of life and clinical outcomes. The methodology included the assessment of functional patterns using the Marjory Gordon tool, which resulted in altered patterns such as the health perception and management pattern and the nutritional-metabolic pattern. The NANDA, NOC, and NIC taxonomies were used to prioritize nursing interventions. These actions led to the identification of several nursing diagnoses, such as risk of ineffective peripheral tissue perfusion, decreased cardiac output, ineffective breathing pattern, and risk of unstable blood glucose levels. These interventions were an integral part of the care plan developed with the goal of improving the patient's health and minimizing the risk of complications. The response to treatment was positive, with significant improvements in vital signs, decreased blood glucose, and improved patient understanding of the condition. In conclusion, from this case study, I emphasize that a nursing care model tailored to individual needs, along with family support, significantly improved therapeutic outcomes and the patient's quality of life.</p>		
Descripción:	38 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es una condición en la que el corazón pierde eficacia para bombear sangre adecuadamente, lo que provoca que se acumule líquido en el cuerpo. El corazón tiene dos lados y cuatro cámaras, el lado derecho del corazón recibe sangre sin oxígeno del cuerpo y la envía a los pulmones. El lado izquierdo del corazón recibe sangre rica en oxígeno de los pulmones y la bombea hacia el resto del cuerpo.

La ICC es una enfermedad grave y progresiva que, por lo general, es crónica y puede poner en peligro la vida de quien la padece. Puede afectar al lado derecho, izquierdo o ambos lados del corazón. En las personas con ICC, se envían cantidades reducidas de oxígeno y nutrientes a los órganos del cuerpo, lo que puede causar daño y pérdida de funciones (1).

La ICC puede manifestarse en personas de todas las edades, incluidos los niños, especialmente aquellos con anomalías cardíacas congénitas. Sin embargo, es más común en los adultos mayores, ya que presentan un riesgo elevado de desarrollar enfermedades que favorecen su aparición, como la arteriopatía coronaria, que afecta el músculo cardíaco, o disfunciones en las válvulas del corazón. Además, con el envejecimiento, el corazón experimenta cambios que reducen su eficiencia en la función de bombeo (2).

La manifestación de los síntomas que presenta la insuficiencia cardíaca varía según su tipo y grado de avance de la enfermedad. En casos leves, es posible que la persona no experimente signos evidentes, excepto ante esfuerzos físicos intensos. Las manifestaciones pueden depender de si la insuficiencia afecta al lado izquierdo o derecho del corazón, aunque en algunos casos pueden presentarse ambos. A medida que la función cardíaca se deteriora, las manifestaciones se intensifican. Una de las primeras señales que suele aparecer es la dificultad para respirar tras realizar actividades cotidianas, como subir escaleras. Con el progreso de la afección, esta disnea puede aparecer incluso al caminar lentamente o estando en reposo, e incluso al adoptar la posición de decúbito (3).

En los casos de insuficiencia cardíaca izquierda, los pacientes pueden experimentar signos como disnea, tos persistente, fatiga intensa incluso tras periodos de descanso, debilidad generalizada, cianosis en labios y extremidades, somnolencia y dificultad para mantener la concentración, además de molestias al intentar dormir en posición horizontal. Por otro lado, la insuficiencia cardíaca derecha puede manifestarse con síntomas como sensación de náuseas y pérdida del apetito, molestias abdominales, edema en extremidades inferiores, abdomen y región cervical, incremento en la frecuencia urinaria y aumento progresivo del peso corporal. (4).

Es fundamental identificar con precisión la causa subyacente de la insuficiencia cardíaca, ya que esto permite establecer el tratamiento más eficaz. Habitualmente, el diagnóstico clínico es realizado por el profesional médico durante la consulta, utilizando criterios clínicos simples y accesibles. No obstante, tan relevante como confirmar la presencia de insuficiencia cardíaca es determinar el origen que la desencadena, ya que en múltiples casos dicho factor causal puede ser tratable o incluso reversible. (5).

Para complementar el diagnóstico clínico de la insuficiencia cardíaca, suelen utilizarse exámenes complementarios de mayor complejidad. Entre ellos se encuentran la radiografía torácica, el electrocardiograma (ECG), el ecocardiograma, la oximetría de pulso, análisis de laboratorio, y pruebas de esfuerzo físico, especialmente en niños mayores de cuatro años. Esta última, conocida también como prueba de ejercicio, permite evaluar la respuesta del corazón durante la actividad física. Además, pueden ser necesarias técnicas avanzadas de imagen como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) o incluso procedimientos invasivos como el cateterismo cardíaco (6).

Hay enfoques terapéuticos efectivos que permiten ralentizar el avance de la insuficiencia cardíaca, incrementar la expectativa de vida, optimizar la tolerancia al esfuerzo físico y favorecer una mejor calidad de vida en los pacientes (7).

Los tratamientos utilizados incluyen diuréticos, que favorecen la eliminación del exceso de líquidos en el organismo; inotrópicos, como la digital, que fortalecen la

capacidad contráctil del corazón; y vasodilatadores, como la nitroglicerina, que contribuyen a la dilatación de los vasos sanguíneos estrechados. También se emplean los bloqueadores de los canales de calcio, que facilitan el mantenimiento de los vasos sanguíneos dilatados y ayudan a reducir la presión arterial; betabloqueantes, que han demostrado mejorar la tolerancia al ejercicio y aliviar los síntomas progresivamente; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), que mantienen la vasodilatación y disminuyen la presión arterial; y los bloqueantes de los receptores de angiotensina II, que actúan de forma similar al promover la dilatación vascular y el control de la presión arterial (8).

Desde el punto de vista epidemiológico, a nivel global, la ICC afecta a más de 64 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia global del 1-3% en la población adulta de los países desarrollados. La ICC representa aproximadamente el 50% de todos los casos de insuficiencia cardíaca, aunque su prevalencia varía significativamente según la región geográfica. La incidencia de la ICC aumenta con la edad, siendo más común en mujeres. Además, las tasas de hospitalización por ICC están en aumento, particularmente en poblaciones envejecidas y con un alto índice de comorbilidades como obesidad, síndrome metabólico y diabetes tipo 2 (9).

Las enfermedades cardiovasculares representan una carga significativa para el sistema de salud ecuatoriano, se estima que alrededor del 14% de la población ecuatoriana, aproximadamente 1,4 millones de personas, padecen alguna enfermedad cardíaca, incluyendo hipertensión, infarto al miocardio, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. De este grupo, más de 199.000 individuos viven con ICC sin el tratamiento o seguimiento médico adecuado (8).

En el ámbito hospitalario, estudios realizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca entre 2018 y 2020 revelaron una prevalencia de reingreso por ICC del 33,3% en pacientes mayores de 40 años. Factores como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el uso de antiagregantes y diuréticos estuvieron significativamente asociados con estos reingresos (10).

La presencia de comorbilidades como la hipertensión arterial, identificada en el 33,8% de los pacientes, y la diabetes mellitus, presente en el 14,5%, incrementa el

riesgo de desarrollar ICC. Además, condiciones como la enfermedad renal crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) también contribuyen al deterioro de la función cardíaca (11).

Es fundamental investigar este tema para fortalecer la práctica clínica, mejorar la calidad del cuidado, reducir la morbimortalidad, y brindar una atención más humana y efectiva a uno de los grupos más vulnerables: los adultos mayores con ICC. La ICC es una de las principales causas de hospitalización, discapacidad y mortalidad en personas mayores. Esta población presenta múltiples comorbilidades (como hipertensión, diabetes y EPOC) que complican el tratamiento y exigen cuidados específicos y personalizados por parte del personal de enfermería (12).

La importancia de este estudio radica en que la prevención y el manejo adecuado de la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente adulto mayor y reducir las tasas de hospitalización y mortalidad asociadas. A través de este análisis, se busca no solo identificar los factores de riesgo clínicos y sociales más frecuentes, sino también optimizar las intervenciones de enfermería y fortalecer los protocolos de atención integral en los centros de salud. En última instancia, se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan a crear un entorno de cuidado más seguro, humanizado y eficiente para los pacientes con ICC, generando un impacto positivo tanto en su estado de salud como en la sostenibilidad del sistema sanitario.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar planes de cuidado en enfermería a un paciente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva, mejorando la calidad de vida.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar mediante la valoración integral de enfermería el estado del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, centrado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Elaborar planes de cuidado de enfermería en un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, utilizando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.
- Evaluar los planes de cuidados utilizados en el paciente con insuficiencia cardiaca congestiva.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo masculino de 67 años, acudió al hospital de su localidad en compañía de familiar, al área de emergencia debido a que presentaba cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria más de un mes de evolución, presentó disnea de pequeños esfuerzos, sudoración profusa y sensación de desmayo.

Entre sus antecedentes patológicos personales, fue diagnosticado con hipertensión arterial hace 26 años con tratamiento farmacológico con Losartán de 100 mg (mal controlada), diabetes mellitus tipo 2 hace 18 años tratada con Metformina 500 mg, infarto cerebeloso sin secuelas hace 8 años. En antecedentes familiares madre con diabetes mellitus tipo 2, en cuanto a alergias el paciente no refiere.

Paciente refería hábitos de fumador de larga data media cajetilla, bebe alcohol ocasional hasta la embriaguez. Es relevante destacar que el paciente tubo una hospitalización previa hace 2 años por cuadro de similares características que requirió manejo hospitalario.

Al momento de su ingreso presentaba Escala de Glasgow 15/15, despierto, consciente, orientado en las 3 esferas, sudoroso, al examen físico presentó cabeza normocefalica, pupilas isocóricas normo reactivas, cuello central, no se palpó nodulaciones, con mala ventilación mecánica respiratoria, a la auscultación a nivel pulmonar estertores bilaterales, corazón taquicárdico, abdomen con panículo adiposo, ruidos hidroaéreos.

Sus constantes vitales fueron: una presión arterial de 234/146 mmHg, frecuencia cardiaca 155 latidos por minutos, frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno (StO₂) de 78%, temperatura corporal de 36.5°C y glicemia capilar de 213 mg/dL. Paciente hipertenso, taquicárdico, taquipneico, hipoxémico, hiperglucémico. Lo cual médico de guardia apunto a un compromiso respiratorio y cardiovascular. (ver anexo 1).

El médico de guardia realizó un electrocardiograma (EKG), el cual evidenció taquicardia con bloqueo de rama. Los exámenes de laboratorio arrojaron los

siguientes resultados: TGO 23.9, TGP 24.2, CPK-MB 13.2, CPK total 70.3, sodio 142, potasio 2.92, cloro 112, hemoglobina 14.9, leucocitos 12,000, neutrófilos 57% y plaquetas 201,000 (ver anexo 2). No se evidenciaron signos de daño hepático ni elevación de enzimas cardíacas. Se observaron electrolitos con cloro ligeramente elevado y potasio por debajo de los valores normales. Asimismo, se presentó leucocitosis, mientras que la hemoglobina y las plaquetas se encontraron dentro de los rangos normales. En la tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro sin evidencia de isquemias o hemorragias, TAC de tórax se evidencia pequeño derrame pleural bilateral.

Tras la revisión de los exámenes de laboratorio, el médico tratante consideró que, de acuerdo con los resultados obtenidos y el cuadro clínico del paciente, era necesario su ingreso hospitalario con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia respiratoria aguda. Se indicó un plan de cuidados y tratamiento que incluye: monitoreo de signos vitales, oxigenoterapia (O_2) mediante mascarilla con reservorio a 10 litros por minuto, colocación de sonda vesical, control de ingesta y excreción con diuresis horaria estricta, control de glicemia cada 8 horas, y mantener al paciente con la cabecera elevada a 90° , ya que no tolera el decúbito supino.

Prescribió la administración de furosemida en dosis de 20 miligramos (mg) por vía intravenosa (IV) cada 8 horas, metoclopramida de 10 miligramos por vía intravenosa por razones necesarias, nitroglicerina 1 ampolla + solución salina 0,9% de 100 mililitros (mL), losartán en dosis de 100 miligramos por vía oral cada día, amlodipino 5 miligramos (mg) por vía oral cada día e insulina rápida si es necesario, según esquema (ver anexo 3). (ver anexo 4).

El médico de guardia solicitó control de electrolitos, reportando sodio (Na^+) en 137, potasio (K^+) en 3.7 y cloro (Cl^-) en 100, y electrocardiograma, se inició destete gradual de la mascarilla con reservorio es transferido a sala de hospitalización clínica para continuar manejo especializado y valoración por medicina interna. Durante su estancia hospitalaria, el paciente mostró mejoría progresiva, permaneciendo con oxigenoterapia mediante mascarilla tipo Venturi, con saturación de oxígeno entre 90% y 93%, disminución de la disnea y optimización de la función respiratoria.

El control de signos vitales muestra reducción de la frecuencia cardíaca a 98 lpm y presión arterial en descenso gradual (último registro: 158/96 mmHg). El edema en extremidades inferiores disminuye a +/+++ tras administración de diuréticos. Diuresis conservada, control de ingesta y excreta adecuado. Glicemias capilares dentro de rangos aceptables bajo de 278 manejo con insulina rápida según esquema se le aplicaron 6 unidades. Se mantiene consciente, orientado, colaborador y tolerando vía oral.

El paciente permaneció hospitalizado durante una semana. Durante su estancia en hospitalización, el médico de medicina interna evaluó los estudios de imagen, reportando una tomografía computarizada (TAC) de cerebro dentro de los parámetros normales. En la TAC de tórax se evidenció un patrón en vidrio deslustrado en los campos medios de ambos pulmones, derecho e izquierdo.

Es valorado por el médico internista, quien constata que el paciente se encuentra en mejores condiciones clínicas. Se evidencia glicemia dentro de rangos normales con un valor de 95 mg/dL, y los exámenes de laboratorio se mantienen dentro de parámetros adecuados. Debido a la evolución favorable y estabilidad clínica, se prescribe alta médica con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, recomendando seguimiento por consulta externa a través de interconsulta con el servicio de cardiología.

3.2 Valoración Integral de enfermería

Se realiza valoración cefalocaudal el cual es importante porque permite al personal de enfermería realizar una revisión completa y ordenada del estado general del paciente, observando desde la cabeza hasta los pies. Esto ayuda a identificar cualquier signo anormal o cambio que pueda afectar su salud.

Paciente despierto, orientado en tiempo y espacio, afebril, cabeza normocefalica sin presencia de anomalías, cuero cabelludo bien implantado, facies semi – pálidas, ojos y pupilas simétricos reactivas, sacos lacrimales permeables, oídos simétricos, mala permeabilidad de fosas nasales con soporte de oxígeno con 15 litros por mascarilla con reservorio, a nivel bucal mucosas orales secas, cuello sin adenopatías con presencia del pulso carotideo, ganglios no inflamados.

En el tórax simétrico y normalmente expandible, a la auscultación campos pulmonares ventilados, pero se presentaba dificultad en la espiración, especialmente en el campo pulmonar izquierdo, donde se evidenciaron roncus y sibilancias pronunciadas, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. En los genitales presento cateterismo vesical, extremidades superiores e inferiores simétricas, móviles y con presencia de masas y edemas.

Se realizó una valoración exhaustiva utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, lo cual constituyó una herramienta fundamental para identificar las necesidades del paciente. A partir de esta evaluación, se establecieron diagnósticos y planes de cuidado apropiados, orientados tanto al tratamiento como a la prevención, lo que permitió brindar una atención integral y holística.

Patrón percepción y manejo de la salud, paciente presentó hipertensión arterial de 234/146 mmHg, enfermedad diagnosticada hace 26 años mal controlada, infarto cerebeloso sin secuelas desde hace 8 años, hábitos de consumo de tabaco y alcohol, no refiere alergias a ningún medicamento farmacológico.

Patrón nutricional metabólico, sus medidas antropométricas fueron talla de 1.70 cm, peso de 70 kg, con índice de masa corporal (IMC) de 24, dentro del rango normal, glicemia capilar de 213 mg/dL (hiperglucemia), enfermedad diagnosticada hace 18 años, mal controlada. Facies semi – pálidas, con soporte de oxígeno por mascarilla con reservorio a 15 litros.

Patrón eliminación, con respecto a la parte urinaria paciente presenta catéter vesical, con adecuada fijación y permeabilidad. Se encuentra con dieta hiposódica y ha manifestado pérdida de apetito. No se evidencian signos de deshidratación, ya que mantiene un adecuado balance hídrico. El familiar refiere malos hábitos alimenticios previos. La eliminación urinaria se realiza de forma espontánea a través del catéter, observándose orina clara, de color ámbar, sin sedimentos, hematuria ni mal olor. El balance hídrico permanece controlado, con registro de diuresis horaria conservada, sin signos de retención urinaria ni sobrecarga de volumen, el paciente no presenta alteraciones en sus deposiciones, con tránsito intestinal conservado y sin signos de estreñimiento ni diarrea.

Patrón actividad – ejercicio, Se evidencia intolerancia a la actividad física, relacionada con su diagnóstico actual. El paciente permanece en reposo relativo según indicación médica.

Patrón sueño – descanso, presenta disnea de mínimos esfuerzos, no tolera posición decúbito supino, se mantiene en cabecera 90°, lo que lo limitaba a descansar.

Patrón cognitivo – perceptivo, a la valoración paciente orientado en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow de 15/15, paciente consciente de su situación y de su enfermedad, mantenía contacto visual, lenguaje coherente, memoria conservada. Se observaba su expresión de tensión y preocupación por el malestar físico requiere una atención integral para proporcionar un soporte emocional adecuado.

Patrón autopercepción – autoconcepto, paciente refería actitud optimista hacia la recuperación, esta perspectiva positiva contribuyo a su bienestar psicológico mientras enfrentaba desafíos de salud.

Patrón rol – relaciones, paciente manifestó que vive con familiares, recibe el apoyo de amigos y seres queridos, los cuales constituyen una red de ayuda valiosa durante su hospitalización.

Patrón sexualidad – reproducción, paciente mostro discreción en temas de sexualidad, sin alteraciones, su estado emocional y físico son igualmente relevantes para su atención integral.

Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés, paciente colaborador al momento de administrar su respectiva medicación, presento ansiedad y estrés debido al diagnóstico y espera de pronta mejoría, manifestó que se quería ir a su casa.

Patrón valores – creencias, no se mencionan valores o creencias específicas.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1

Primer plan de cuidados: riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	041401 Presión arterial sistólica. 041402 Presión arterial diastólica.	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 4 Aumentar a: 5 Mantener en: 4 Aumentar a: 5
00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz. m/p hipertensión r/c historial de mal control de la presión arterial	0414 Estado cardiopulmonar	041405 Ritmo cardiaco.		Mantener en: 4 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.		
4040 cuidados cardiacos				
<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. - Monitorizar los signos vitales con frecuencia. - Monitorizar la aparición de arritmias cardiacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción. - Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario). - Proporcionar terapia antiarrítmicos según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda. - Monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos. - Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2

Segundo plan de cuidados: disminución del gasto cardiaco.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase. Sueño/reposo	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	040520 Arritmia	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente	Mantener en: 4 Aumentar a: 5

00029 Disminución del gasto cardíaco m/p taquicardia r/c disminución del índice cardíaco	0405 Perfusión tisular: cardíaca	040521 Taquicardia	4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 4 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.
---	--

4050 Manejo del riesgo cardíaco

Instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas sobre el inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento.

Instruir al paciente y a la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio.

Instruir al paciente y la familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.

Realizar una terapia de relajación, si corresponde.

4120 manejo de líquidos

Realizar un registro preciso de entradas y salidas

Monitorizar los signos vitales según corresponda.

Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos.

Evaluar la ubicación y extensión del edema.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3

Tercer plan de cuidados: patrón de respiración ineficaz.

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4. Actividad/reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	040211 Saturación de O ₂	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 4 Aumentar a: 5
00032 Patrón de respiración ineficaz m/p hipoxemia r/c disnea de mínimos esfuerzos.	0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso	040204 Disnea de esfuerzo	5. No comprometido	Mantener en: 4 Aumentar a: 5

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.
---	--

3320 Oxigenoterapia

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.

- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 4

Cuarto plan de cuidados: Riesgo de síndrome metabólico

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición Clase 4. Metabolismo 00296 Riesgo de síndrome metabólico m/p ingesta excesiva de alcohol r/c autocontrol inadecuado del estilo de vida.	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Gestión de la salud (FF) 1619 conducta de manejo de la salud	161911 Cumplimiento del plan de ejercicio y alimentación	1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener en: 3 Aumentar a: 5
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática.		Clase G: Control de electrolitos y acido básico. Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acido básico y prevenir complicaciones.		
5510 educación sobre la salud				
<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre los riesgos del síndrome metabólico y cómo prevenirlo. -Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. -Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación implementación de los planes destinados a la modificación de estilos de vida o de la salud. -Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables. 				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

3.4. Evaluación

El primer diagnóstico de enfermería seleccionado, es el riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228) relacionado con historial de mal control de la presión arterial, manifestado por hipertensión, por lo que se espera en el resultado NOC estado cardiopulmonar (0414), presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, ritmo cardiaco, en un tiempo de 4 días se encuentre no comprometido, aquello

implica efectuar la intervención de enfermería NIC Cuidados cardiacos (4040) los cuales son los siguientes: instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica, monitorizar los signos vitales con frecuencia, monitorizar la aparición de arritmias cardiacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción, monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario), proporcionar terapia antiarrítmicos según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda, monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos, monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

El segundo diagnóstico de enfermería seleccionado, es la Disminución del gasto cardiaco (00096) relacionado con disminución del índice cardiaco, manifestado por taquicardia, por lo que se espera en el resultado NOC Perfusión tisular: cardiaca (0405), por lo que el estado circulatorio y la eliminación urinaria, en un tiempo de 3 días se encuentre no comprometido, aquello implica efectuar la intervención de enfermería NIC Manejo del riesgo cardiaco (4050) los cuales son los siguientes: instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas sobre el inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, instruir al paciente y a la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca de forma rutinaria y con el ejercicio, instruir al paciente y la familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo, realizar una terapia de relajación, si corresponde. Y la intervención manejo de líquidos (4120): realizar un registro preciso de entradas y salidas, monitorizar los signos vitales según corresponda, observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos, evaluar la ubicación y extensión del edema.

El tercer diagnóstico de enfermería seleccionado, es la Patrón de respiración ineficaz (00032) relacionado con disnea de mínimos esfuerzos, manifestado por hipoxemia, por lo que se espera en el resultado NOC Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402), la saturación de O₂ y la disnea de esfuerzo, en un tiempo de 2 días se encuentre no comprometido, aquello implica efectuar la intervención de enfermería NIC Oxigenoterapia (3320) los cuales son los siguientes: restringir el fumar, mantener la permeabilidad de las vías aéreas, preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y

humidificado, comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

El cuarto diagnóstico de enfermería seleccionado, es el Riesgo de síndrome metabólico (00296) con autocontrol inadecuado del estilo de vida, manifestado por ingesta excesiva de alcohol relacionado, por lo que se espera en el resultado NOC Autocontrol: conducta de manejo de la salud (1612), que el paciente realice un cumplimiento del plan de ejercicio y alimentación en un tiempo de 1 día se encuentre no comprometido, aquello implica efectuar la intervención de enfermería NIC educación sobre la salud (5510) los cuales son los siguientes: -informar sobre los riesgos del síndrome metabólico y cómo prevenirlo, identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables, implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación implementación de los planes destinados a la modificación de estilos de vida o de la salud, planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La metodología incluyó la valoración de los patrones funcionales utilizando la herramienta de Marjory Gordon, estas acciones permitieron identificar varios diagnósticos de enfermería, como riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, disminución del gasto cardiaco, patrón de respiración ineficaz y riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable, las cuales fueron llevados a cabo para proporcionar una atención integral, para mejorar su estado (13).

El estudio de caso realizado por Francisco López-García, Cristina Martínez-Solís, María del Pilar Benito-Muñoz (14), destacaba la crucial importancia de las intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que evidencian que una vigilancia constante de signos vitales, el control de balance hídrico y la educación continua al paciente y su familia son fundamentales para mejorar los resultados clínicos. Una atención de enfermería oportuna y personalizada contribuye significativamente a la calidad de vida y a la estabilidad del paciente, tal como lo respaldan diversos estudios en el ámbito del cuidado de enfermedades crónicas en el adulto mayor.

El caso clínico realizado por Raquel Alonso, Beyatriz Martín, Guillermo Burguete, Leyre Aznar, Carmen Villagrasa y Miguel Gaudioso (15), destacaba el monitoreo del estado funcional y la prevención de medidas de complicaciones se destacaron por ser parte de la importancia con respecto a la vigilancia continua para evitar el deterioro del estado general del paciente, el apoyo emocional y educativo de los cuidadores se deben tomar en cuenta, ya que la educación continua de los familiares es vital para mejorar los resultados clínicos.

El caso clínico realizado por Jorge Perea, Carmen Durán y José López (16), destacaba la complejidad del abordaje integral de un adulto mayor que presenta insuficiencia cardiaca junto con diabetes mellitus, dos patologías crónicas que interactúan y potencian sus defectos negativos en la salud del paciente. Este caso permite evidenciar como una valoración de enfermería completa y el uso adecuado del proceso de atención de enfermería (PAE) son esenciales para identificar

necesidades prioritarias, prevenir descompensaciones y mejorar la calidad de vida (17).

Este caso clínico destacó la importancia de las intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva, enfatizando no solo el control farmacológico, sino también la implementación de cuidados personalizados como una nutrición adecuada, la educación al paciente y sus cuidadores, así como estrategias que contribuyan a mejorar su calidad de vida adherencia al tratamiento.

5. CONCLUSIONES

La valoración integral centrada en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la historia clínica permitió identificar de manera precisa las necesidades fisiológicas, emocionales y sociales del paciente con ICC. Se evidenció un compromiso significativo en los patrones nutricional-metabólico, actividad-ejercicio y sueño-descanso, lo cual reflejó la gravedad del cuadro clínico al ingreso. Esta herramienta fue esencial para establecer un diagnóstico de enfermería holístico y orientar las intervenciones desde un enfoque centrado en la persona, garantizando así una atención individualizada, sistemática y continua durante todo el proceso de hospitalización.

Los planes de cuidado elaborados con base en las taxonomías NANDA, NOC y NIC permitieron abordar de forma estructurada los principales problemas identificados: riesgo de perfusión tisular ineficaz, disminución del gasto cardíaco, patrón respiratorio ineficaz y riesgo de glucemia inestable. La planificación estandarizada facilitó la implementación de intervenciones específicas, como la monitorización de signos vitales, oxigenoterapia, manejo de la hiperglucemia y educación al paciente, favoreciendo la estabilidad clínica, la recuperación funcional y la prevención de complicaciones. Este proceso demuestra la utilidad de los lenguajes estandarizados en enfermería para garantizar calidad, continuidad y seguridad en el cuidado.

La evaluación continua de los planes de cuidado permitió constatar una evolución clínica favorable del paciente, evidenciada por la mejora en la saturación de oxígeno, control de la presión arterial y frecuencia cardíaca, reducción de edemas y glicemia dentro de rangos normales. Las intervenciones de enfermería fueron eficaces para alcanzar las metas planteadas en los indicadores NOC, validando así la pertinencia de los diagnósticos y la efectividad de las estrategias aplicadas. Esta evaluación confirma que un abordaje enfermero basado en la evidencia contribuye de manera significativa al restablecimiento de la salud y al fortalecimiento de la práctica clínica.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Echeverri D, Barón A, León-Galindo J, Anchique C V, Aristizábal D, Aristizábal JM, et al. Órgano oficial de la COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL / INTERNATIONAL SCIENTIFIC COMMITTEE COMITÉ DE ARBITRAJE / REVIEW COMMITTEE EDITORES ASOCIADOS / ASSOCIATE EDITORS [Internet]. 2021. Available from: <http://publisher.rccar.permanyer.com>
2. Benavides González AE, Rodríguez Macias SA, Astudillo Guanoluisa CM, Vera Espinoza AL, Lazo Jara VC, Yaguana Guajala RG, et al. Guía Esencial de Medicina Interna en el Primer Nivel de Atención Tomo 1. Guía Esencial de Medicina Interna en el Primer Nivel de Atención Tomo 1. Juan Cuevas; 2023.
3. Rodríguez Ortiz VP, Cedeño Mera JP, Intriago Moreira JE, López Moreira LC. Patologías de una insuficiencia cardiaca congestiva en infantes. RECIMUNDO. 2021 Dec 10;5(1):222–30.
4. Osmar Chávez Alfonso C, Antonio Centurión O, Dirección F, Mariscal López A, Casal San Lorenzo C. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva crónica Epidemiological concepts, diagnostic and pharmacological management of chronic congestive heart failure 1 1,2. Vol. 6, Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. marzo. 2019.
5. Gabriela Ferreira M, Gazza F. NUTRIÇÃO EM CÃES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: Revisão de Literatura.
6. Alfonso C, Osmar C, Antonio O. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva crónica [Internet]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1390183>
7. Silva TLS da, Silva AT da, Lima E da PO, Santos CC dos, Santos CS dos, Caminha M de FC, et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2022 Feb 16;15(2):e9724.

8. Guevara Tirado A. Riesgo de muerte por insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes anémicos de la población peruana. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2023 Sep 23;23(3):e2210. Available from: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2210>
9. Sandoval Espinoza VI, Benítez Arrieta MM, Mendoza Rodríguez FF. Características epidemiológicas de la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en costa rica de 1990 a 2016. *Revista Medica Sinergia*. 2022 Jun 1;7(6):e850.
10. Barbosa CC, Perinote LCS da C, Gomes R de C, Oliveira FT, Costa JS da. Cuidados de enfermagem no paciente com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024 Apr 24;7(2):e69175.
11. miocardia-chagastica-e-insuficiencia-cardiaca-congestiva.-reportado-en-una-nia-en-edad-escolar.
12. Herbozo EPG, Pachas GCL, Romero EJ, Mejía CFM, Rosa JAJG La, Palomino-Quispe LP. Effect of high protein oral nutritional supplementation on the nutritional status and biochemical parameters of patients with congestive heart failure. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*. 2025;45(1):195–205.
13. Fonseca JMB, Rocha PRM, Sadra DA, Gomes M de JB, Silva CER. Manejo da Insuficiência Cardíaca Congestiva: uma abordagem integrada. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023 Oct 9;6(5):24423–30.
14. Ascencio Salazar A, Corral Domínguez ÁH, Ramírez Arzate F, Cárdenas Valdez JR. Sistema de detección de insuficiencia cardíaca congestiva en señales de ECG a través de aprendizaje máquina. *Científica* [Internet]. 2024;28(2):1–20. Available from: <https://cientifica.site/htm/articles/24V28N2P06.php>
15. Balzan G, Adevanil ;, Rodrigues1 S, Malaggi1 VB. Insuficiencia cardíaca congestiva: evolución clínica, enfermedades relacionadas-informe de caso. *Año*. 1(1).

16. Silva ES da, Santos-de-Araújo AD, Silva TDS, Lira JLF, Calles ACDN, Bassi D. Correlação entre força muscular respiratória, capacidade funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca congestiva. *ConScientiae Saúde*. 2019 Jun 30;18(2):249–54.
17. Okoti DUF, Rocha BM, Campos DA, Lima MS, Rocha L de A, Marcelino RC, et al. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC): CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE CONFORME SINTOMATOLOGIA. *Revista Contemporânea*. 2024 Jul 17;4(7):e5134.

7. ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica del paciente

Antecedentes personales:	
Hipertensión arterial	Tratada con losartan de 100 mg
Diabetes mellitus tipo 2	Tratada con metformina de 500 mg
Antecedentes familiares:	
Madre: Diabetes mellitus tipo 2	
Signos vitales	
Presión arterial	234/146 mmHg
Frecuencia cardiaca	155 latidos por minuto
Frecuencia respiratoria	26 respiraciones por minuto
Temperatura	36.5 °
Saturación	78 %
Glicemia	213 mg/dl

Anexo 2. Exámenes de laboratorio al ingreso

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Bioquímica			
ENZIMAS CARDIACAS			
CPK MB	13.5	ng/ml	< 24 U/l
CPK TOTAL	70.3	UI37G	24 - 195
TROPONINA I	AGOTADO	ng/ml	
BIOQUIMICA:			
TGO	23.9	UL37G	< 40 IU/L
TGP	24.2	UL37G	< 40 IU/L

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Bioquímica			
ENZIMAS CARDIACAS			
CPK MB	13.5	ng/ml	< 24 U/l
CPK TOTAL	70.3	UI37G	24 - 195
TROPONINA I	AGOTADO	ng/ml	
BIOQUIMICA:			
TGO	23.9	UL37G	< 40 IU/L
TGP	24.2	UL37G	< 40 IU/L

	<u>Resultado</u>	<u>Unidad</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Hematología			
HEMOGRAMA:			
*ALY#	0.05	10 ⁹ /L	
*ALY%	0.40	%	
*LIC#	0.05	10 ⁹ /L	
*LIC%	0.40	%	
*NRBC#	0.01	10 ⁹ /L	
*NRBC%	0.08	%	
BASOFILOS %	0.4	%	HASTA - 2
BASOFILOS#	0.05	10 ³ /uL	
EOSINOFILOS %	6.7	%	HASTA - 5
EOSINOFILOS#	0.84	10 ³ /uL	
HEMATIES	4.94	mm ³ /uL	3.5 - 5.5
HEMATOCRITO	45.8	%	40 - 54
HEMOGLOBINA	14.90	g/dl	13.5 - 18
LEUCOCITOS	12.51	x 10 ³ /uL	4 - 10
LINFOCITOS %	31.7	%	25 - 50
LINFOCITOS#	3.97	10 ³ /uL	
MCH	30.2	pg	27 - 32
MCHC	32.5	%	31 - 36
MCV	92.9	fL	80 - 98
MONOCITOS %	4.0	%	HASTA - 12
MONOCITOS#	0.49	10 ³ /uL	
NEUTROFILOS %	57.3	%	40 - 70
NEUTROFILOS#	7.16	10 ³ /uL	
PCT	0.19	--	
PDW	8.90	--	
PLAQUETAS	201	mm ³ /uL	150 - 450
P_LCC	46.00	--	
P_LCR	23.06	%	
RDW - CV	13.5	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	49.3	fL	
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.4	fL	7.4 - 10.4

Anexo 3. Insulina rápida según esquema

INSULINA RÁPIDA SEGÚN ESQUEMA	
Glicemia	Insulina administrar
150 – 200 mg/dL	2 unidades internacionales
201 – 250 mg/dL	4 unidades internacionales
251 – 300 mg/DI	6 unidades internacionales
301 – 350 mg/dL	8 unidades internacionales
351 mg/dL en adelante comunicar a medico de turno.	

Anexo 4. Medicamentos prescritos al ingreso

Medicamentos prescritos
DISH
Furosemida 1 ampolla intravenosa (IV) en este momento (ya) y luego mantener 1 ampolla cada 8 horas.
Metoclopramida 10 miligramos (mg) intravenoso (IV) en este momento y luego por Razones necesarias (PRN)
Nitroglicerina 1 ampolla + solución salina 0,9% de 100 mililitros (mL) iniciar 5 mL (dosis respuesta)
Losartan 100 miligramo (mg) vía oral (VO)
Amlodipino 5 miligramos (mg) vía oral (VO)

Anexo 5. Evidencias fotográficas

