



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON  
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

RODRIGUEZ TINOCO ERIKA LIZBETH  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALINAS CASTRO ERIKA MARICELA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON  
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

RODRIGUEZ TINOCO ERIKA LIZBETH  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALINAS CASTRO ERIKA MARICELA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA  
CARDÍACA CONGESTIVA

RODRIGUEZ TINOCO ERIKA LIZBETH  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALINAS CASTRO ERIKA MARICELA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA

MACHALA, 15 DE ENERO DE 2020

MACHALA  
2020

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ' , hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA  
0703784561  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

AGUILAR RAMIREZ MAYRA PATRICIA  
0704363183  
ESPECIALISTA 2



---

CALDERON MARTINEZ VIRGINIA JESSENIA  
0704059211  
ESPECIALISTA 3

Machala, 15 de enero de 2020

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

9%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

1

[appswl.elsevier.es](http://appswl.elsevier.es)

Fuente de Internet

9%

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 150 words

Excluir bibliografía

Activo

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, RODRIGUEZ TINOCO ERIKA LIZBETH y SALINAS CASTRO ERIKA MARICELA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ' , otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.


Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 15 de enero de 2020

  
RODRIGUEZ TINOCO ERIKA LIZBETH  
0750051591

  
SALINAS CASTRO ERIKA MARICELA  
0705191914

UNIVERSITAS  
MAGISTRORUM  
ET SCHOLARUM



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación está dedicado principalmente a Dios quien nos ha dado la vida, fue nuestra fortaleza y nos dio la sabiduría para culminar con éxito nuestro trabajo. A nuestros tutores y docente de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala, que con sus conocimientos nos supieron guiar para realizar de manera correcta nuestro trabajo gracias por su paciencia, enseñanza y la confianza que nos brindaron a lo largo de este proceso. Por último y no menos importante a nuestras familias que son el pilar fundamental de nuestras vidas quienes guían nuestro camino y por quienes hemos llegado hasta este momento tan especial.

## RESUMEN

La insuficiencia cardiaca es un síndrome patológico caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un flujo sanguíneo adecuado a las necesidades metabólicas de los órganos periféricos, los síntomas incluyen disnea, fatiga, limitaciones en la tolerancia al ejercicio, incluyen también la acumulación de líquido concomitante, la mayoría notablemente en los pulmones, abdomen y extremidades inferiores. Según lo declarado por la OMS la enfermedad cardíaca es la principal causa de las muertes a nivel mundial correspondiendo al 31%, la prevalencia global de insuficiencia cardíaca es aproximadamente 26 millones de pacientes, atribuyendo algunas disminuciones en su incidencia a la reducción de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y mejoras en el manejo. A medida que aumenta la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes, también lo hace la incidencia de insuficiencia cardiaca lo que lleva a que se convierta en un fenotipo prevalente asociado con morbilidad y mortalidad. De acuerdo a estudios realizados se ha demostrado que la hipertensión, la enfermedad de las arterias coronarias y la diabetes están fuertemente relacionadas con la aparición de insuficiencia cardiaca, y el riesgo atribuible es del 33.9% para enfermedad de la arteria coronaria, 28.4% para hipertensión, y la diabetes el 17.3%. La prevención primaria se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las causas enfocados principalmente en los factores de riesgo y la prevención secundaria se centra en la descompensación de la insuficiencia cardiaca que requieren hospitalización y cada nueva hospitalización comporta un mayor deterioro de las funciones cardiaca y renal, por lo tanto se conducen a un empeoramiento gradual del curso clínico del paciente. No existen pautas integrales de asesoramiento dietético para pacientes con insuficiencia cardíaca; sin embargo, los profesionales de la nutrición generalmente respaldan los patrones de alimentación recomendados para los pacientes con DM y ERC. El objetivo del presente análisis de caso clínico es elaborar el proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia cardiaca congestiva enfocado en la teoría de Dorothea Orem dirigida al fomento del cuidado integral del individuo con el fin de mejorar su calidad de vida. El problema descrito es la insuficiencia cardiaca congestiva que se evidencia en un paciente de sexo masculino de 62 años de edad, que fue atendido en el Hospital Básico Santa Teresita, del Cantón Santa Rosa, Provincia de el Oro, en el año 2018. Esta



investigación es de tipo analítico, descriptivo, bibliográfico a través de la revisión de historia clínica, artículos científicos, además de los aspectos ético legales: consentimiento informado de la paciente, autorización del departamento académico para la revisión del expediente en el área estadística del Hospital Básico Santa Teresita de donde se obtuvo el diagnóstico médico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva e Hipertensión Arterial. Para la aplicación del proceso de atención de enfermería, este estudio se basó en el modelo del déficit de cuidado de Dorotea Orem para realizar la valoración correspondiente el cual se realizó con el uso de herramientas aplicadas por el personal de enfermería que son: las etiquetas del NANDA, así como los criterios de resultados NOC e intervenciones NIC, ordenadas por medio del formato PLACE, para la organización de la sustentación de los cuidados de enfermería y así poder responder a las necesidades del paciente. En conclusión los datos que se obtuvieron mediante el estudio de caso permitieron identificar que el paciente se encuentra tratando su enfermedad de manera correcta siguiendo las indicaciones médicas prescritas además mediante la intervención de enfermería por medio del modelo de Dorothea Orem se pudo identificar el déficit de conocimiento.

**Palabras Claves:** Cardiovascular, Insuficiencia, Autocuidado, Hipertensión, Dorothea.

## ABSTRACT

Heart failure is a pathological syndrome characterized by the inability of the heart to maintain adequate blood flow to the metabolic needs of peripheral organs, symptoms include dyspnea, fatigue, limitations in exercise tolerance, also include concomitant fluid accumulation, most notably in the lungs, abdomen and lower extremities. As stated by the WHO, heart disease is the main cause of deaths worldwide corresponding to 31%, the overall prevalence of heart failure is approximately 26 million patients, attributing some decreases in its incidence to the reduction of risk factors for cardiovascular diseases and improvements in management. As the prevalence of obesity, hypertension and diabetes increases, so does the incidence of heart failure which leads to it becoming a prevalent phenotype associated with morbidity and mortality. According to studies, it has been shown that hypertension, coronary artery disease and diabetes are strongly related to the onset of heart failure and the attributable risk is 33.9% for coronary artery disease, 28.4% for hypertension, and diabetes 17.3%. Primary prevention focuses on the prevention, diagnosis and early treatment of causes focused mainly on risk factors and secondary prevention focuses on the decompensation of heart failure requiring hospitalization and each new hospitalization leads to further deterioration of functions cardiac and renal, therefore they lead to a gradual worsening of the patient's clinical course. There are no comprehensive dietary counseling guidelines for patients with heart failure; however, nutrition professionals generally support the recommended eating patterns for patients with DM and CKD. The objective of this clinical case analysis is to develop the nursing care process in patients with congestive heart failure focused on Dorothea Orem's theory aimed at promoting the integral care of the individual in order to improve their quality of life. The problem described is the congestive heart failure that is evidenced in a 62-year-old male patient, who was treated at the Santa Teresita Basic Hospital, in the Santa Rosa Canton, Province of El Oro, in 2018. This research It is of an analytical, descriptive, bibliographic type through the review of the medical history, scientific articles, in addition to the legal ethical aspects: informed consent of the patient, authorization of the academic department for the review of the file in the statistical area of the Basic Santa Hospital Teresita where the medical diagnosis of Congestive Heart Failure and Arterial Hypertension was obtained. For the application of the nursing care process, this study

was based on the Dorotea Orem care deficit model to perform the corresponding assessment which was carried out with the use of tools applied by the nursing staff that are: NANDA, as well as the criteria for NOC results and NIC interventions, ordered through the PLACE format, for the organization of nursing care support and thus be able to respond to the needs of the patient. In conclusion, the data obtained through the case study allowed us to identify that the patient is treating his illness correctly following the medical indications prescribed in addition through the nursing intervention through the Dorothea Orem model, the knowledge deficit could be identified.

**Keywords:** Cardiovascular, Insufficiency, Self-care, Hypertension, Dorothea.

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>INTRODUCCION</b> .....	9
<b>1. CAPITULO I GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	11
<b>1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio</b> .....	11
<b>1.1.1. Presentación del caso</b> .....	11
<b>1.2. Hechos de interés</b> .....	11
<b>1.3. Objetivos de la investigación</b> .....	11
<b>1.3.1. Objetivo general</b> .....	11
<b>2. CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEORICO-EPISTEMOLOGICA DEL ESTUDIO</b> .....	12
<b>2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia</b> .....	12
<b>2.2. Bases teóricas de la investigación</b> .....	12
<b>2.2.1. Fisiopatología</b> .....	12
<b>2.2.2. Diagnóstico</b> .....	13
<b>2.2.3. Síntomas</b> .....	13
<b>2.2.4. Factores de riesgo</b> .....	13
<b>2.2.5. Prevención</b> .....	14
<b>2.2.6. Estrategias dietéticas en insuficiencia cardíaca</b> .....	15
<b>2.2.7. Clasificación</b> .....	15
<b>2.2.8. Tratamiento</b> .....	16
<b>2.2.9. De la hipertensión a la insuficiencia cardíaca</b> .....	17
<b>2.2.10. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADO EN EL MODELO DE DOROTHEA OREM</b> .....	17
<b>3. CAPITULO III PROCESO METODOLÓGICO</b> .....	20
<b>3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada</b> .....	20
<b>3.1.1. Tipo de investigación</b> .....	20
<b>3.1.2. Unidad de análisis</b> .....	20
<b>3.1.3. Área de estudio</b> .....	20
<b>3.1.4. Tipo de estudio</b> .....	20
<b>3.1.5. Método de estudio</b> .....	20
<b>3.1.6. Técnicas a utilizar</b> .....	21
<b>3.1.7. Instrumentos de investigación</b> .....	21
<b>3.1.8. Categorías</b> .....	21

3.2.	Proceso de recolección de datos en la investigación .....	21
3.2.1.	Aspectos éticos legales .....	21
3.2.2.	Petición de acceso para el manejo de la historia clínica .....	22
3.2.3.	Ubicación de la historia clínica.....	22
3.2.4.	Revisión de la historia clínica.....	22
3.3.	Sistema de categorización en el análisis de los datos.....	22
3.3.1.	Historia clínica.....	22
3.3.2.	Anamnesis.....	23
3.3.3.	Signos vitales .....	23
3.3.4.	Exámenes físicos .....	23
3.3.5.	Antecedentes personales y familiares .....	24
3.3.7.	Intervenciones de enfermería .....	24
4.	<b>CAPITULO IV RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>28</b>
4.1.	Descripción de los resultados .....	28
4.1.1.	Resultados.....	28
4.2.	Argumentación teórica de resultados.....	28
4.3.	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>29</b>
4.4.	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUCCION

La insuficiencia cardiaca es un estado fisiopatológico en el que existe una incapacidad del corazón para bombear sangre en la cantidad necesaria para complementar las exigencias metabólicas del organismo. Esta enfermedad se puede manifestar clínicamente de diferentes formas en el paciente adulto y suelen descubrirse por medio de síntomas clásicos como la disnea. (1)

La causa principal para que se presente la insuficiencia cardiaca son: la enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión arterial, y enfermedades como el VIH, además abuso de alcohol o cocaína, trastornos de la tiroides, exceso de vitamina E en el cuerpo, radiación o quimioterapia. Según lo declarado por la OMS la enfermedad cardíaca es la causa principal de muerte a nivel mundial representando el 31%. (2)

Es el diagnóstico más común de hospitalización no selectiva en individuos mayores de 65 años y el estado clínico de los pacientes se evalúa con diferentes métodos como la prueba de esfuerzo en la cinta de correr y evaluación de los síntomas. (3)

La prevalencia global de insuficiencia cardíaca es aproximadamente 26 millones de pacientes, atribuyendo algunas disminuciones en su incidencia a la reducción de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y mejoras en el manejo. (4)

En los Estados Unidos, la prevalencia aumentó de 5.7 millones (de 2009 a 2012) a 6,5 millones (de 2011 a 2014). En Europa, en 2008 se informó que al menos 15 millones de personas representados en la Sociedad Europea de Cardiología, con una prevalencia general de población de entre 2% y 3%, aumentando con la edad a 10-20% entre los 70–80 años de edad. En Asia, varía entre países, en India en 2010 se informó que eran de 1,3 a 4,6 millones de personas, con una incidencia anual de 0.5 a 1.8 millones. En Japón, se estimó en 2003 que 1 millón de personas presentó la enfermedad y que esta se relacionaba con la edad, puesto que más de un tercio de los pacientes tienen  $\geq 75$  años de edad. Sin embargo, en África subsahariana, la edad media de los pacientes con insuficiencia cardíaca en 2012 era de 52 años de edad. (5)

En Cuba en 2013, el riesgo de mortalidad por insuficiencia cardíaca resultó ser de 18,9 por 100000 habitantes y lo que corresponde a sexo por cada 100 000 habitantes 394,0 masculino y 347,9 femenino. (6)

En el Ecuador se reconoce a las enfermedades cardiovasculares como la causa principal de muerte representada con un total del 25%, del cual la insuficiencia cardiaca simboliza el 3%. (7)

La incidencia de insuficiencia cardiaca al igual que la prevalencia, va en aumento con la edad; según el estudio de Framingham en estos últimos años aumentó de 2 por 1000 a la edad de 35 a 64 años a 12 por 1000 a la edad de 65 a 94 años. (8)

Las intervenciones educativas realizadas por el personal de enfermería, incorporadas en los planes de cuidado y orientadas a pacientes con insuficiencia cardiaca tienen un efecto beneficioso en los comportamientos de autocuidado de estas personas de acuerdo a un ensayo clínico sobre la efectividad de un programa educativo en enfermería para el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca. (9)

Uno de los miembros activos tanto en la atención hospitalaria como ambulatoria es el profesional de enfermería, que actúa con la finalidad de garantizar el seguimiento y la atención oportuna, fomentando la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos asimismo del autocuidado por parte del paciente, vinculándolo a la atención primaria, donde reciba una intervención educativa estructurada con estrategias originales que aseguren no solo el conocimiento sino el cumplimiento de las recomendaciones dadas y de esta manera aportar en la reducción de las hospitalizaciones y los costos que se asocian con la enfermedad. (10)

El presente análisis de caso tiene como finalidad aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente de 62 años de edad con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, lo cual se realizó a través de la revisión de la Historia Clínica del paciente y de artículos científicos, se utilizaron herramientas diagnosticas de NANDA, junto con las intervenciones (NIC), y resultados (NOC).



## **1. CAPITULO I GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio**

La insuficiencia cardíaca es un estado en el que los músculos del corazón se desvanecen y se agrandan, lo que no le permite al corazón bombear sangre correctamente puesto que los ventrículos pueden volverse inflexibles y no llenarse adecuadamente entre cada latido y con el paso del tiempo disminuye la demanda adecuada de sangre en el cuerpo y por esa razón, aparece la dificultad para respirar. (2)

#### **1.1.1. Presentación del caso**

Fecha de ingreso: 24/10/2018

Paciente de sexo masculino de 62 años de edad que acude al área de emergencia del Hospital Básico “Santa Teresita”, por presentar cuadro clínico de más o menos 15 días de evolución caracterizado por disnea de moderados esfuerzos que ha ido progresando hasta la ortopnea y disnea paroxística nocturna, además de edema de miembros inferiores que ha ido aumentando; el cuadro se exacerba hace 3 días aproximadamente, motivo por el cual se consulta y luego de evolución se decide su ingreso.

#### **1.2. Hechos de interés**

Latinoamérica está considerada como una de las regiones con mayor número de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular siendo esta la principal causa de mortalidad, adjudicándole casi el 50% de hospitalizaciones anuales, donde la implementación errónea o tardía del tratamiento hacen que el pronóstico sea variable. Según estudios recientes, la salud cardiovascular en las poblaciones de Ecuador es escasa, a causa de la presencia de un sinnúmero de factores predisponentes y enfermedades asociadas. (11)

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Elaborar el proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia cardíaca congestiva enfocado en la teoría de Dorothea Orem dirigida al fomento del cuidado integral del individuo con el fin de mejorar su calidad de vida.

## **2. CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEORICO-EPISTEMOLOGICA DEL ESTUDIO**

### **2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia**

#### **2.1.1. Historia natural de la enfermedad**

En 1958 se marcó un hito debido a que se facilitó situar en forma gráfica la evolución de las enfermedades y de las intervenciones necesarias para prevenir y/o modificar la historia natural de la enfermedad, esto fue posible a partir de que Leavell y Clark propusieron el esquema de historia natural de la enfermedad.

El esquema se divide en dos periodos: pre patogénico, antes de que se presente la enfermedad, con su relación entre huésped, agente y medio ambiente; y patogénico, representado por una línea que señala el daño, evolucionando desde el daño creciente hasta ocasionar la muerte del huésped, daño persistente crónico, y curación. (12)

### **2.2. Bases teóricas de la investigación**

La insuficiencia cardiaca es un síndrome patológico que se caracteriza por la incompetencia que presenta el corazón para suplir las necesidades metabólicas de los órganos periféricos con un flujo sanguíneo adecuado. (9)

#### **2.2.1. Fisiopatología**

La evolución de la miocardiopatías se manifiestan por fases: en la primera fase, afectación del miocardio por enfermedad primaria o modificación de las condiciones de carga; en la segunda, la adaptación al trastorno está dirigida a una compensación; en la tercera, la compensación resulta insuficiente. Entonces se presentan las manifestaciones clínicas, de forma más evidente mientras más avanzada esté la enfermedad y la supervivencia a 5 años es casi del 50% después de que aparezcan las manifestaciones clínicas. En la actualidad, se ha logrado reducir la mortalidad debido al desarrollo de algunos tratamientos y el mayor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos. (13)

Según la ley de Frank-Starling la reducción de la función ventricular pone en juego la reserva de la precarga. El volumen de eyección sistólica se mantiene aunque sea de forma inicial por el aumento del volumen y de la presión tele diastólica. Los signos congestivos en la insuficiencia cardiaca se producen debido al aumento de las presiones

retrógradas del ventrículo afectado. Para reducir la magnitud de estos fenómenos, se prescriben un régimen hiposódico y diuréticos. (13)

### **2.2.2. Diagnóstico**

A medida que se incrementa la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes, igualmente lo hace la incidencia de insuficiencia cardíaca lo que lleva a que se convierta en un fenotipo prevalente asociado con morbilidad y mortalidad. El diagnóstico de este fenotipo es difícil y existen varios factores incluidos obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y efectos hipertensivos que afectan el corazón. Los clínicos hablan de una combinación de técnicas, incluyendo antecedentes y examen físico consistente, así como un electrocardiograma o ecocardiograma que verifique la ampliación de la aurícula izquierda. En algunos casos, muchos de estos pacientes con disnea de esfuerzo incluso son evaluados con pruebas de función pulmonar y otras evaluaciones de esfuerzo, en ocasiones combinadas con Ecocardiografía. (14)

### **2.2.3. Síntomas**

Entre los síntomas se comprenden la disnea, fatiga, limitaciones en la tolerancia al ejercicio, incluyen también la acumulación de líquido concomitante, la mayoría considerablemente en los pulmones, abdomen y extremidades inferiores (es decir, congestión); en consecuencia, la insuficiencia cardíaca es considerado un riesgo de morbilidad y mortalidad perjudicando la calidad de vida y la capacidad funcional. (5)

La disnea como síntoma principal perjudica la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente independientemente de cuan grave sea la enfermedad, ya que la disfunción ventricular izquierda hace que disminuya el gasto cardíaco y que la presión venosa pulmonar aumente. Esto conlleva a la extravasación de líquido hacia el espacio intersticial y los alvéolos pulmonares, lo que disminuye la distensibilidad pulmonar y dificulta la respiración y aumenta la queja de disnea. (15)

### **2.2.4. Factores de riesgo**

Existen varios trastornos cardiovasculares y no cardiovasculares que ocasionan un agravamiento de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, la cual es responsable de la mitad de causas de ingreso u hospitalización de una persona según el ensayo EVEREST, alrededor de un 46% de los pacientes ingresan debido a una insuficiencia

cardiaca, y un 39% lo hace por comorbilidades no cardiovasculares. Se ha demostrado la existencia de varios parámetros clínicos y analíticos que permiten conocer el agravamiento de signos y síntomas de congestión, deterioro de biomarcadores como lo son los péptidos natriuréticos o parámetros relacionados a función renal, lo que generalmente conlleva a una hospitalización, dichas características distintivas están relacionadas a un episodio inminente de IC. (16)

Se han encontrado varios candidatos predictores los cuales se denominan "factores de riesgo tradicionales", en los que se incluyen aquellos que están fácilmente disponibles, como las características demográficas (edad, sexo, raza) y mediciones clínicas simples (peso corporal, presión arterial, electrocardiograma), así como marcadores de sangre de larga duración (colesterol, lípidos, glucosa en sangre). (17)

De acuerdo a estudios realizados se ha demostrado que la hipertensión, la enfermedad de las arterias coronarias y la diabetes están fuertemente relacionadas con la aparición de insuficiencia cardiaca y el riesgo atribuible es del 33.9% para enfermedad de la arteria coronaria, 28.4% para hipertensión, y la diabetes el 17.3%. Además se encontraron 2 condiciones no cardiovasculares que exhibieron alto riesgo atribuible que son la enfermedad crónica de riñón con el 18.3% y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 15.6%. También existe riesgos atribuibles por combinación de factores de riesgo donde la arritmia, la hipertensión y la enfermedad arterial coronaria tomada en conjunto explica el 73.0% de la insuficiencia cardíaca. (18)

### **2.2.5. Prevención**

La prevención primaria se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las causas de la insuficiencia cardiaca, y principalmente en los factores de riesgo cardiovascular y de cardiopatía. En dos terceras partes de pacientes con insuficiencia cardiaca la causa es la enfermedad coronaria, especialmente en los casos en los que existe reducción de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), en un 70% de pacientes se puede observar hipertensión arterial, especialmente en los pacientes que tienen una FEVI preservada. Por lo tanto la mejor prevención para disminuir la aparición de la insuficiencia cardiaca es un tratamiento eficaz de los factores de riesgo de la aterosclerosis, enfermedad coronaria e hipertensión arterial. (16)

La prevención secundaria se centra en la descompensación de la insuficiencia cardiaca crónica que da lugar a episodios de ICA que requieren hospitalización y cada nueva

hospitalización comporta un mayor deterioro de las funciones cardíaca y renal, por lo tanto se conducen a un empeoramiento gradual del curso clínico del paciente. Además, la hospitalización por ICA constituye, aproximadamente, un 70% del total del gasto generado por la insuficiencia cardíaca. En consecuencia, la prevención secundaria de los episodios de ICA representa un objetivo importante, tanto en términos médicos como desde el punto de vista socioeconómico. (16)

#### **2.2.6. Estrategias dietéticas en insuficiencia cardíaca**

No existen pautas integrales de asesoramiento dietético para pacientes con insuficiencia cardíaca; sin embargo, los profesionales de la nutrición generalmente respaldan los patrones de alimentación recomendados para los pacientes con DM y ERC según corresponda para la mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca. La Asociación Americana de Diabetes recomienda patrones de alimentación basados en dietas DASH, mediterráneas y basadas en plantas. La dieta DASH tiene la ventaja de limitar la ingesta de sodio, ser rico en alimentos a base de plantas y antioxidantes, y disminuir la confusión alimentaria porque es compatible con DM o ERC comórbida. Pequeños ensayos clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (HFpEF) muestran una asociación entre la dieta DASH y la mejora diastólica del ventrículo izquierdo (VI) función, presión arterial, rigidez arterial, marcadores de estrés oxidativo y perfil metabólico. La adherencia a DASH u otras dietas recomendadas no se logra fácilmente sin asesoramiento y apoyo. (19)

#### **2.2.7. Clasificación**

**Clasificación sintomática de la insuficiencia cardíaca según la New York Heart Association, basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física.**

- **Clase I:** sin limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria no causa disnea, fatiga o palpitaciones.
- **Clase II:** leve limitación de la actividad física. Se siente cómodo en reposo, pero la actividad física ordinaria produce disnea, fatiga o palpitaciones.
- **Clase III:** marcada limitación de la actividad física. Cómodo en reposo pero una actividad menor que la ordinaria produce disnea, fatiga o palpitaciones.

- **Clase IV:** incapacidad de llevar a cabo cualquier actividad física sin sentir molestias. Puede haber síntomas en reposo. Si se lleva a cabo cualquier actividad física, aumenta la sensación de malestar.

**Estadios evolutivos de la insuficiencia cardiaca, según las guías del American College of Cardiology/American Heart Association (20)**

<b>Estadio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>A</b>	Pacientes con alto riesgo de desarrollar IC debido a afecciones que se asocian de modo muy estrecho con su desarrollo. No presentan anomalías estructurales o funcionales del pericardio, miocardio ni válvulas cardiacas y nunca han mostrado datos clínicos de IC.	Cardiopatía isquémica diabetes mellitus. Historia de tratamiento cardiotoxico o abuso de alcohol. Historia personal de fiebre reumática. Historia familiar de miocardiopatía.
<b>B</b>	Pacientes que han desarrollado una cardiopatía estructural que se asocia claramente con el desarrollo de IC, pero nunca han mostrado signos o síntomas de IC.	Hipertrofia ventricular izquierda o fibrosis. Dilatación o hipocontractilidad del VI. Valvulopatía asintomática. Infarto de miocardio previo.
<b>C</b>	Pacientes con síntomas actuales o previos de IC, asociados con cardiopatía estructural de base.	Disnea o fatigabilidad debidas a disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Pacientes asintomáticos sometidos a tratamiento por síntomas previos de IC.
<b>D</b>	Pacientes con cardiopatía estructural avanzada y síntomas acusados de IC, a pesar de tratamiento médico máximo, y que requieren intervenciones especializadas.	Pacientes frecuentemente hospitalizados por IC y que no pueden ser dados de alta con seguridad del hospital. Pacientes en el hospital en espera de trasplante cardiaco. Pacientes en su dominio con infusión intravenosa continua para alivio de síntomas o con dispositivo de asistencia mecánica circulatoria. Pacientes con cuidados paliativos para el tratamiento de IC.

**2.2.8. Tratamiento**

La furosemida, la bumetanida y la torasemida son diuréticos prototípicos de asa; estos agentes se unen a la bolsa de translocación en la superficie extracelular de sodio, potasio

cotransportadores de cloruro, inhibiendo este en la superficie apical de las células gruesas de las extremidades ascendentes a lo largo del bucle de Henle y que bloquean el transporte de iones directamente. Los diuréticos de asa tienen efectos complejos sobre la hemodinámica renal y sistémica que están influenciados por la dosis y la vía de administración, enfermedad concomitante y tratamiento, además de su uso a largo plazo. Estos diuréticos activan el sistema renina angiotensina aldosterona y dilatan los vasos sanguíneos directamente, pero también aumentan el nivel de prostaglandinas vasodilatadoras y presión dentro del túbulo proximal. Algunos de estos efectos se contrarrestan entre sí; en consecuencia, dosis altas de diuréticos de asa intravenosa pueden disminuir o aumentar la presión arterial, el volumen sistólico, y disminuir el flujo sanguíneo renal. (21)

### **2.2.9. De la hipertensión a la insuficiencia cardiaca**

Se ha demostrado que el tratamiento usado en la hipertensión previene y disminuye presentaciones clínicas que se relacionan con la insuficiencia cardiaca.

La manera en que progresa la hipertensión a la insuficiencia cardiaca es complejo y multifacético, Messerli detalla brevemente los cuatro grados de enfermedad cardiaca; la disfunción diastólica aislada, disfunción diastólica con hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia con fracción de eyección preservada (HfpEF) e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (HfrEF). La enfermedad de hipertensión crónica es la causa más común de disfunción diastólica asintomática, esto abarca irregularidades en el llenado diastólico, distensibilidad o relajación del ventrículo izquierdo, sobrecarga de presión, remodelación del ventrículo izquierdo y desarrollos fisiopatológicos. La remodelación cardiaca consiste en un aumento de masa cardiaca y volumen de la cámara causados por la adición de una serie de sarcómeros donde resulta una hipertrofia del ventrículo izquierdo y parecen ser comunes en pacientes con hipertensión. (22)

### **2.2.10. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADO EN EL MODELO DE DOROTHEA OREM**

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta que permite al profesional de enfermería realizar el plan de cuidados de una forma ordenada, individualizada (centrado en el individuo como un ser holístico, y no únicamente en su enfermedad) y de calidad, mediante las fases de: valoración, diagnóstico, planificación,



ejecución y evaluación, así mismo, el uso estandarizado de las taxonomías: NANDA, NIC Y NOC, contribuyen a desarrollar el proceso de atención de enfermería de manera dinámica y en un lenguaje universal (23). En la práctica diaria, es adecuado que el proceso de atención de enfermería sea aplicado en función de los diferentes modelos y teorías de enfermería, lo cual permite facilitar el enfoque en la entrega de los cuidados. Los modelos y teorías de enfermería, son conocimientos con base y criterio científico, que fundamenta el actuar del personal de enfermería al realizar sus intervenciones (24), de esta forma, se menciona una de las teorías de mayor relevancia: La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem formada a su vez por tres teorías: Teoría del autocuidado, que se refiere a las acciones positivas que realiza un individuo en favor de su salud; Teoría del déficit de autocuidado, que habla acerca del estado de una persona, la cual atraviesa una situación que no le permite ejercer su autocuidado; y Teoría de los sistemas de enfermería, que es la forma en la que se va a suplir la necesidades vitales del paciente: sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo (25).

El rol de enfermería asistencial es de prevenir, controlar o mejorar el estado de salud además debe proponerse objetivos a corto mediano y largo plazo entre los que podemos encontrar: conocer que es lo mejor para el paciente, responder a la necesidades del paciente y de ser competente en la técnica, conocer los fundamentos científicos, ser responsable, conocer los fundamentos científicos, debe ser capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud, tener habilidad de comunicación para saber explicar con fundamento empíricos y filosófico de sus acciones con el cuidado del paciente, debe ser capaz de controlar situaciones con actividades y con el manejo de emociones propias, reconocer en cualquier situación cuando una persona pueda estar necesitando ayuda, estas son algunas de las actividades que son esenciales para desarrollar el papel asistencial en enfermería, puesto que para manejar la enfermedad y la planeación del cuidado se deben tener conocimientos adecuados con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes. (26)

Con la existencia de diversos programas específicos para el manejr de paciente con IC a nivel extrahospitalario por parte del personal de enfermeria, se a demostrado mas eficiencia y una reduccion de ingresos hospitalarios. (27)

Se han desarrollado algunas estrategias educativas que se encuentran orientadas a mejorar el estado de salud del paciente en los que encontramos la participación

fundamental del profesional de enfermería que es un elemento clave para el manejo de la insuficiencia cardiaca, porque es uno de los principales educadores, durante es el alta del paciente es el momento donde existe más vulnerabilidad ya que existen grandes probabilidades de reingresos y descompensación por lo que el de gran importancia realizar seguimiento por parte de enfermería. (28)

Dorothea Orem define a su modelo como una teoría general de enfermería que está compuesta de otras tres relacionadas entre sí, teoría del déficit de autocuidado, del autocuidado y del sistema de enfermería. También propone como objetivo de enfermería: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además de actuar compensando déficit, enseñar y proporcionar un entorno favorable para el correcto desarrollo. El autocuidado permite que exista una participación activa de las personas en el cuidado de su propia salud, siendo estos responsables de sus propias dediciones con la finalidad de realizar la promoción de la salud. (29)

### **3. CAPITULO III PROCESO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Se realizó una investigación de tipo analítico y descriptivo, mediante la revisión de la historia clínica del paciente, de artículos científicos, así como el seguimiento del caso clínico con recolección de información necesaria, detallando tanto las características como la observación de los hechos.

##### **3.1.2. Unidad de análisis**

Paciente de sexo masculino de 62 años de edad con diagnóstico médico de Insuficiencia cardiaca congestiva

##### **3.1.3. Área de estudio**

El presente estudio de caso se desarrolló en la Ciudad de “Santa Rosa”, del cantón Santa Rosa, provincia de El Oro.

##### **3.1.4. Tipo de estudio**

En el presente análisis de caso se empleó la investigación descriptiva, analítica y científica, que permiten encaminar las actividades y características básicas que sostienen el objetivo planteado en el presente estudio.

##### **3.1.5. Método de estudio**

- **Método descriptivo:** Proceso aplicado en el análisis para especificar de manera detallada los hechos o factores presentes en el caso actual.
- **Método analítico:** Se aplicó este método para distinguir los elementos o factores que conforman el caso clínico.
- **Método científico:** Proceso utilizado para la aplicación práctica del conocimiento científico teórico-práctico planteado para la atención de las necesidades presentes desencadenadas por la enfermedad en el individuo.

### **3.1.6. Técnicas a utilizar**

- **Observación:** Técnica empleada para la recolección de los datos del caso, en esencia se realiza una observación no estructurada, debido a la inclusión de los investigadores al ambiente propio del caso.
- **Entrevista:** Se aplicó una entrevista no estructurada dirigida tanto al cuidador como al paciente en la cual se fue desarrollando una conversación fluida con el objetivo de generar un ambiente de confianza y así poder plantear diversas preguntas referentes al estado actual en el que se encuentra la enfermedad

### **3.1.7. Instrumentos de investigación**

1. Historia clínica del paciente.
2. Consentimiento informado del paciente.
3. Fuentes bibliográficas de revistas científicas.

### **3.1.8. Categorías**

Revisión de los diferentes criterios a valorar durante el análisis del caso son:

1. Signos vitales.
2. Manifestaciones clínicas de la patología.
3. Antecedentes familiares.
4. Antecedentes personales.
5. Planes de cuidados de enfermería.

## **3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación**

Los pasos a seguir para la recolección de la información, se consideró los siguientes aspectos: utilización de revista tales como: Scielo, ScienceDirect, Dialnet, PlosOne.

### **3.2.1. Aspectos éticos legales**

Para la realización de este análisis de caso se cumple con los principios bioéticos de la salud los cuales son:

- **Autonomía:** Debido a que la mayoría de la información presente en este estudio de caso es de fuente secundaria de la historia clínica, la cual se tuvo acceso por medio del permiso consentido por el paciente.

- **Beneficencia:** Se realizan los procedimientos adecuados con las necesidades del paciente para disminuir las complicaciones generadas por la patología.
- **No maleficencia:** Se actúa con los procedimientos más apropiados para no afectar al paciente con el fin de mejorar su calidad de vida.
- **Confidencialidad:** Se preserva los nombres y datos personales del paciente de manera anónima.

### **3.2.2. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica**

La obtención del acceso para el análisis de la historia clínica del paciente del presente caso fue posible gracias al oficio N° **UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0906-OF**, emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la “Universidad Técnica de Machala” dirigido al Dr. Edwin Socasi Dioses, Director del Hospital “Santa Teresita”.

### **3.2.3. Ubicación de la historia clínica**

En respuesta a la aceptación de la solicitud del oficio emitido por la coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala de acceso de la historia clínica se logró acceder a la misma que se encontraba en el Departamento de Estadística del Anidado del Hospital “Santa Teresita”.

### **3.2.4. Revisión de la historia clínica**

Una vez obtenida la historia clínica se procedió a la recolección de información más importante, la cual permitió desarrollar el presente análisis de caso.

## **3.3. Sistema de categorización en el análisis de los datos**

### **3.3.1. Historia clínica**

Se realizó visita domiciliaria a paciente masculino de 62 años de edad de sexo masculino, con antecedentes de Insuficiencia Cardíaca del cual recibe tratamiento desde hace aproximadamente 8 meses atrás e Hipertensión Arterial con tratamiento de Losartán 50mg cada día.

### 3.3.2. Anamnesis

Durante la entrevista realizada al paciente este refiere tener un poco de dificultad para respirar al momento de realizar caminatas largas además se pudo observar edema grado I de miembros inferiores; durante la visita se realizó el respectivo examen físico y la toma de signos vitales que se describen a continuación.

### 3.3.3. Signos vitales

**T:** 36.6°C

**R:** 20 por min.

**P:** 98 por min.

**Sat:** 97%

**P.A:** 110/70 mmHg.

### 3.3.4. Exámenes físicos

- **Piel:** Normotérmica.
- **Cabeza:** Normocefálica.
- **Facies:** Álgica-senil y pálida.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas foto reactivas.
- **Mucosas orales:** Semi húmedas.
- **Cuello:** Simétrico móvil sin adenopatías palpables
- **Tórax:** Simétrico.
- **Sistema cardiopulmonar.**
  - **Aparato respiratorio:** Hipoexpansible, murmullo vesicular disminuido, crepitantes basales bilaterales
  - **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos sincrónicos con el pulso, no se registran soplos
  - **Abdomen:** Globuloso distendido, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profundo en hipocondrio derecho.
  - **Extremidades:** Edema de miembros inferiores grado +++.
- **SNC**

Paciente consiente orientado con Glasgow 15/15

  - **Peso:** 93 kg.
  - **Talla:** 163cm.

### **3.3.5. Antecedentes personales y familiares**

#### **Antecedentes patológicos personales:**

- Hipertensión Arterial.
- Insuficiencia cardiaca

#### **Antecedentes patológicos familiares**

☐ No refiere.

### **3.3.6. Diagnóstico médico.**

Insuficiencia cardíaca congestiva e Hipertensión Arterial

### **3.3.7. Intervenciones de enfermería**

Son actividades destinadas a la satisfacción de las necesidades evidenciadas del paciente y que son aplicadas por el profesional de enfermería basadas en el contexto científico, que ayudan al confort y bienestar del paciente y la pronta recuperación.



## Proceso de atención de enfermería

**Tabla 1.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
<b>Dominio 2</b> Nutrición <b>Clase 5</b> Hidratación	00026 Exceso de volumen de líquidos	Compromiso de los mecanismos reguladores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Edema</li> <li>● Agitación</li> <li>● Disnea</li> </ul>	<b>NOC:</b> Equilibrio hídrico (0601) <b>NIC:</b> Manejo de líquidos (4120)

**Tabla 1.** Diagnóstico Principal y Criterio de Resultado de Enfermería (NOC)

<b>Diagnóstico de Enfermería: (00026)</b> Exceso de volumen de líquido relacionado con el compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema, agitación, disnea.												
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Equilibrio hídrico (0601)												
Indicadores	Escala de Medición	Puntuación DIANA										
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 060101 Presión arterial</li> <li>● 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas</li> <li>● 060109 Peso corporal estable</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancialmente</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Mantener a</td> <td style="width: 50%;">Aumentar a</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Puntuación promedio DIANA 4</td> </tr> </table>	Mantener a	Aumentar a	4	5	4	5	4	5	Puntuación promedio DIANA 4	
Mantener a	Aumentar a											
4	5											
4	5											
4	5											
Puntuación promedio DIANA 4												

**Tabla 1.** Criterios de intervenciones de enfermería (NIC)

<b>Intervención de Enfermería-NIC</b>
<b>Intervención: Terapia de ejercicios: Manejo de líquidos (4120 )</b>
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitaciones, edema, distensión de vena del cuello y ascitis).</li> <li>❖ Evaluar la ubicación y la extensión del edema.</li> <li>❖ Controlar ingesta de alimentos / líquidos y calcular la ingesta calórica diaria.</li> <li>❖ Administrar los diuréticos prescritos.</li> <li>❖ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.</li> </ul>

**Tabla 2.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

<b>Dominios Comprometidos</b>	<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>Factores Relacionados</b>	<b>Características Definitivas</b>	<b>Criterio de Resultado e Intervención</b>
<b>Dominio 4</b> Actividad/Reposo <b>Clase 4</b> Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Patrón respiratorio ineficaz (00032)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fatiga</li> <li>● Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disnea</li> <li>● Alteraciones en la profundidad respiratoria</li> </ul>	<b>NOC:</b> Estado respiratorio (0415) <b>NIC:</b> Cambio de posición (0840)

**Tabla 2.** Diagnóstico Principal y Criterio de Resultado de Enfermería (NOC)

<b>Diagnóstico de Enfermería: (00032)</b> Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga, ansiedad manifestado por disnea, alteración en la profundidad respiratoria		
<b>Objetivo de Enfermería:</b> 0403 Estado respiratorio: ventilación		
<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 040301 Frecuencia respiratoria</li> <li>● 040303 Profundidad de la respiración</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancialmente 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a      Aumentar a 3                      4 4                      5 Puntuación promedio DIANA 4

**Tabla 2.** Criterios de intervenciones de enfermería (NIC)

<b>Intervención de Enfermería-NIC</b>
<b>Intervención: Terapia de ejercicios: Cambio de posición (0840)</b>
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Incorporar al plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir si no está contraindicada.</li> <li>❖ Colocar en una posición que facilite la ventilación- perfusión si resulta apropiada.</li> <li>❖ Enseñarle a adoptar una buena postura y utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.</li> </ul>

**Tabla 3.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

<b>Dominios Comprometidos</b>	<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>Factores Relacionados</b>	<b>Características Definitorias</b>	<b>Criterio de Resultado e Intervención</b>
<b>Dominio 1</b> Promoción de la salud <b>Clase 2</b> Gestión de la salud	Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit de conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.</li> <li>Verbaliza deseos de manejar la enfermedad</li> </ul>	<b>NOC:</b> Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) <b>NIC:</b> Aumentar el afrontamiento (5230)

**Tabla 3.** Diagnóstico Principal y Criterio de Resultado de Enfermería (NOC)

<b>Diagnóstico de Enfermería: (00078)</b> Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimiento m/p la dificultad con los tratamientos prescritos y el deseo de manejar la enfermedad		
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)		
<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>160901 Cumple las precauciones recomendadas</li> <li>160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado</li> <li>160904 Cumple el nivel de actividades prescritas</li> <li>160905 Cumple el régimen de medicación</li> <li>160906 Evita conductas que potencian la patología</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a    Aumentar a 4                    5 4                    5 4                    5 Puntuación promedio DIANA 4

**Tabla 3.** Criterios de intervenciones de enfermería (NIC)

<b>Intervención de Enfermería-NIC</b>
<b>Intervención: Terapia de ejercicios:</b> Aumentar el afrontamiento (5230)
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>❖ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>❖ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones.</li> <li>❖ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</li> <li>❖ Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.</li> </ul>

## **4. CAPITULO IV RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Descripción de los resultados**

#### **4.1.1. Resultados**

Paciente masculino de 62 años de edad que reside en el sitio Rio Negro de la parroquia la Victoria del cantón Santa Rosa, Provincia de El Oro, al realizar la anamnesis se obtiene la siguiente información:

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial tratado con losartán 50mg c/día; insuficiencia cardiaca diagnosticado hace más o menos 8 meses tratado con furosemida 40mg c/día, carvedilol 6.25mg c/día. Fractura de fémur hace más o menos 5 años.

El 24 de Octubre del año 2018 acude al área de emergencia por presentar según refiere disnea de medianos esfuerzos que progresa a ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de miembros inferiores +++, de más o menos 15 días de evolución, médico de turno decide ingreso al área de medicina interna con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión arterial en el cual es tratado hasta el 30 de Octubre donde médico internista decide su alta debido a que el paciente se estabilizó y mejoró su caso clínico, es referido al centro de salud para ser atendido por médico familiar para su seguimiento.

#### **4.1.2. Diagnóstico de ingreso**

- Insuficiencia cardiaca congestiva I500
- Hipertensión arterial I10

### **4.2. Argumentación teórica de resultados**

De acuerdo a un artículo de Jim Liu y Saurav Uppal en la revista Heart Failure Clinics, nos da a conocer que del 53% al 73% de todos los pacientes que acuden a la sala de emergencias con insuficiencia cardíaca tienen una historia de hipertensión, siendo los más propensos las personas afroamericanas además de los que presentan comorbilidades, como diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (30) A esto se suma Matthew Sorrentino en un estudio publicado en el 2019 donde define que la hipertensión es el factor de riesgo más común para el desarrollo de insuficiencia cardiaca precediendo en un 91% la aparición de esta enfermedad. (31) Estos estudios los

hemos relacionado con el presente análisis puesto que existe una historia de enfermedad hipertensiva en el paciente desde hace 10 años.

En relación con las características clínicas de la IC Sara de Oliveira en su publicación en la revista Latinoamericana de Enfermería en el año 2019, manifiesta que están representadas por síntomas de fatiga, disnea, edema de extremidades miembros inferiores, tos, dolor en el pecho, mareos, palpitaciones, ortopnea y disnea nocturna paroxística que pueden llegar a producir intolerancia y dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, lo que configura al individuo a ser más susceptible dependencia y pérdida de autonomía. (32) Este estudio concuerda con nuestro análisis debido a la presencia de los síntomas característicos del paciente al momento de ingresar al área de emergencia de la unidad de salud, lo que conlleva a su hospitalización.

Por otro lado Roig Eulalia en su artículo publicado en la Revista Argentina de Cardiología en el año 2019 nos menciona que la insuficiencia cardiaca es una patología que se presenta de manera frecuente y está asociada a una alta morbimortalidad en edades avanzadas siendo reiterados los ingresos a partir de los 60 años de edad y como la expectativa de vida se prolonga así mismo aumenta el riesgo de aparecer. (33) En nuestro análisis evidenciamos que la edad del es de 62 años y está dentro del rango estimado en la publicación por lo que estos concuerdan con la edad de aparición de la enfermedad.

#### **4.3. CONCLUSIONES**

- La insuficiencia cardiaca es un síndrome patológico caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un flujo sanguíneo adecuado a las necesidades metabólicas de los órganos periféricos
- A medida que aumenta la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes, también lo hace la incidencia de insuficiencia cardiaca lo que lleva a que se convierta en un fenotipo prevalente asociado con morbilidad y mortalidad
- Los datos que se obtuvieron mediante el estudio de caso permitieron identificar que el paciente se encuentra en la clase III según la New York Heart Association.

- Por medio del modelo de Dorothea Orem se pudo identificar el déficit de conocimiento que el paciente tenía sobre su enfermedad por lo que se aplicó el proceso de atención de enfermería enfocado en mejorar y mantener la calidad de vida del paciente.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

Después de la aplicación del modelo del autocuidado de Dorothea Orem, se recomienda realizar un seguimiento continuo de la patología que padece el paciente ya que al mantener un autocontrol de la enfermedad la calidad de vida puede mejorar, tanto el personal de enfermería como el personal médico del primer nivel de atención deben brindar los cuidados y la información necesaria para que el paciente adquiriera un conocimiento claro sobre su enfermedad y pueda enfrentarla de la mejor manera evitando acciones que perjudiquen su salud.

Se debe educar a la población en general sobre los diferentes factores que pueden producir enfermedades cardiovasculares en las que se incluye la insuficiencia cardiaca, además de identificar los signos y síntomas de dicha enfermedad para así prevenir y tomar conciencia sobre su salud.

## REFERENCIAS

1. Dorado Criado M, Fabra Garrido C, Martín Sánchez J. Insuficiencia cardiaca en urgencias: un reto diagnóstico. *Revista Pediátrica en Atención Primaria*. 2019 junio; 21.
2. Tanvir A, Assia M, Sajjad H. Survival analysis of heart failure patients: A case study. *PLOS ONE*. 2017 julio; 12(7).
3. Pandey A, Penny W, Bhargava V. Clinical Evaluation of Heart Failure: Agreement among Test. *PLOS ONE*. 2016 abril; 11(8).
4. Rosenbaum A, Agre K, Pereira N. Genetics of dilated cardiomyopathy: practical implications for heart failure management. *Nature Reviews Cardiology*. 2019.
5. Bloom MW, Greenberg B, Jaarsma T. Heart failure with reduced ejection fraction. *NATURE REVIEWS DISEASE PRIMERS*. 2017.
6. Guerra Cepena DE, Viamonte Tapia DM, Merino Hechavarría DT, Zamora González LY, Suárez Pascual LO. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con insuficiencia cardíaca. *MEDISAN*. 2017; 21(3).
7. Paredes Fernández V, Pedroza J, Sampedro Córdova A. Manejo anestésico del paciente con insuficiencia cardiaca sometido a hemicolecotomía. *UNIANDÉS Episteme Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*. 2018 abril-junio; 5(2).
8. Gómez E. Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2016 Marzo; 23(S1).
9. Viñas Vera C, García Parra AM, Morales Gil M. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. *AQUICHAN*. 2016; 16(3).
10. Molano D, Hernández C. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardiaca y educación en falla cardiaca. *Revista Colombiana de cardiología*. 2016; 23(S1).
11. Duarte Martínez C, Peñaherrera A, Peñaherrera Patiño E. Cardiografía por impedancia en la evaluación del perfil hemodinámico en la cardiopatía dilatada. Estudio transversal en un hospital público de Ecuador. *Revista Medicina*. 2015; 19(2).
12. Herrera Fernández F. Historia natural de 78 enfermedades: manual gráfico. Primera

- ed. Morales Saavedra DJL, editor. México: El manual moderno; 2016.
13. Corre L, Marty J. Insuficiencia cardíaca: fisiopatología y consecuencias sobre el manejo anestésico. *EMC - Anestesia-Reanimación*. 2016 abril; 42(2).
  14. Lavie C, Shah S, Mehra M. The Dilemma of Exertional Dyspnea and Diagnosis of Heart Failure. *JAAC Cardiovascular Imaging*. 2019 Mayo; 12(5).
  15. Kupper NP, Bonhof CM, Westerhuis BP. Determinants of Dyspnea in Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2016 marzo; 22(3).
  16. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Revista Española de Cardiología*. 2015 marzo; 68(3).
  17. Gottdiener J, Fohner A. Risk Prediction in Heart Failure. *JAAC Heart Failure*. 2020 Enero; 8(1).
  18. Chamberlain A, Boyd C, Manemann S. Risk Factors for Heart Failure in the Community: Differences by Age and Ejection Fraction. *The American Journal of Medicine*. 2019 noviembre.
  19. Vest A, Chan M, Deswal A. Nutrition, Obesity, and Cachexia in Patients With Heart Failure: A Consensus Statement from the Heart Failure Society of America Scientific Statements Committee. *Journal of Cardiac Failure*. 2019 mayo; 25(5).
  20. Chávez Alfonso CO, Centurión OA. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva crónica. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2019 marzo; 6(1).
  21. Ellison DH, Felker. Diuretic Treatment in Heart Failure. *The New England Journal of Medicine*. 2017 noviembre; 377(20).
  22. Di Palo K, Barone N. Hypertension and heart failure: Prevention, targets and treatment. *Heart Failure Clinics*. 2019; 16(1).
  23. Jara Sanabria F, Pérez Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(4).
  24. León Román CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 33(4).
  25. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría



- Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. 2014; 36(6).
26. Olmos Salamanca J, Madrid Murcia PV, Mejía Liñan GA, Narváez Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2016; 25(2).
27. Sánchez-Prieto Castillo , López Sánchez. Insuficiencia cardíaca. Generalidades. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017 junio; 12(35).
28. Flores ME, Rivas EE, López A. Efectividad de las intervenciones educativas con enfoque multifactorial y seguimiento vía telefónica sobre la rehospitalización en pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Médica Chilena*. 2018; 146.
29. Naranjo Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2019; 23(6).
30. Liu J, Uppal S, Patel V. Management of Acute Hypertensive Heart Failure. *Heart Failure Clinics*. 2019 Octubre; 15(4).
31. Sorrentino M. The Evolution from Hypertension to Heart Failure. *Heart Failure Clinics*. 2019 Octubre; 15(4).
32. Sara de Oliveira X, Rebustini F, Eloah de Lucena. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019 Abril; 27(e3137).
33. Roig E. Insuficiencia cardíaca. Diferentes caras de un mismo problema. *Revista Argentina de Cardiología*. 2019; 87.

## ANEXOS



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

*Calidad. Pertinencia y Calidez*

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA:

**ENFERMERÍA**

Oficio nro. UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0906-OF

Machala, 07 de noviembre de 2019

Señor.  
EDWIN SOCASI DIOSES  
**Director Hospital Básico Santa Teresita**  
Santa Rosa.

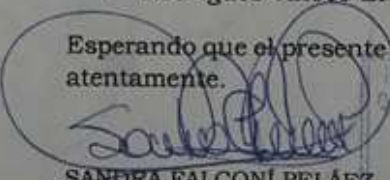
De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N° 153048 del paciente PARRAGA ZAMBRANO JOSE EPIMINIDES, a los estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Dra. Elizabeth Miranda Velázquez, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL HOSPITAL SANTA TERESITA"**. Los estudiantes de la Carrera de Enfermería, que acudirán son:

- Salinas Castro Erika Maricela (C.I. 0705191914)
- Rodríguez Tinoco Erika Lizbeth (C.I. 0750051591)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

  
SANDRA FALCONÍ PELÁEZ  
**Coordinadora Carrera de Enfermería**  
**Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud**  
C.I. 0704840867  
[fsandra@utmachala.edu.ec](mailto:fsandra@utmachala.edu.ec)

SFP/Priscila O.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA  
SANTA ROSA - SALUD  
GESTIÓN DOCUMENTAL  
**RECIBIDO**

FECHA: 08 NOV / HORA: 8:47

NOMBRE: ULDONICA HOLLISTINA

ANEXO:

Página 1/1

**ANEXO**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE**  
**INVESTIGACION**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Erika Maricela Salinas Castro** y **Erika Lizbeth Rodríguez Tinoco** de la **Universidad Técnica de Machala**. Las metas de este estudio son:

1. Pretendemos presentar un grupo de consideraciones metodológicas para la investigación de **"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA"**
2. Buscar **información necesaria para el análisis de caso.**
3. Informar sobre algunos de los resultados de la investigación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Erika Maricela Salinas Castro** y **Erika Lizbeth Rodríguez Tinoco**.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: **"Establecer el proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia cardiaca congestiva enfocado en la teoría de Dorotea Orem dirigida al fomento del cuidado integral del individuo con el fin de mejorar su calidad de vida"**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **0998556238**

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Parraga Zambrano  
José Epimínidos

**Nombre del participante**



**Firma del participante**

**Fecha:** Martes, 10 de Diciembre del 2019