



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA**

Proceso de atención de enfermería en paciente hipertenso de 42 años con  
insuficiencia cardiaca

**AUTOR**

Edith Alexandra Romero Gaibor

**TUTOR**

Licda. Lidice Lorena Otero Tobar

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

**2020**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
RESUMEN.....	V
1 ABSTRACT .....	VI
INTRODUCCIÓN .....	1
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Justificación .....	8
1.1.1 Objetivos.....	9
1.1.1.1 Objetivo general .....	9
1.1.1.2 Objetivos específicos.....	9
1.2 Datos generales.....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	11
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	11
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	12
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo .....	16
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar .....	19
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8. Seguimiento .....	22
2.9. Observaciones.....	23
CONCLUSIONES .....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS .....	

## **DEDICATORIA**

El actual proyecto investigativo está dedicado principalmente a nuestro creador se por guiarme cuidarme darme salud y permitirme alcanzar este logro, a mis padres por apoyarme, brindarme su amor y motivarme a seguir adelante, a mis hermanos por siempre estar presente en todo este trayecto. A mis pequeños sobrinos que con sus sonrisas me motivan a diario.

Gracias aquellas personas que forman parte de mi vida a mis educadores que han hecho que este trabajo se desarrolle con éxito.

***Edith Alexandra Romero Gaibor***

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios que, con su amor, su sabiduría me bendijo para obtener esta carrera maravillosa me brindo fortaleza para continuarla y culminarla con éxito. Es por esa razón que hoy estoy presentando mi caso clínico.

Agradezco a mis estimados padres Galo Romero y Martha Gaibor que con su sacrificio y esfuerzo me motivaron siempre a culminar mis estudios y a mi docente tutora la Lcda. Lidice Lorena Otero Tobar, por ser parte de este proyecto de caso clínico.

***Edith Alexandra Romero Gaibor***

**TÍTULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HIPERTENSO  
DE 42 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

## RESUMEN

La hipertensión con la insuficiencia cardíaca son síndromes clínicos diversos y sus fisiopatologías son complicadas en la actualidad no se termina de comprender en su totalidad, en la mayoría de los casos los se describen a pacientes sintomáticos con cuadro de crisis hipertensiva, teniendo en cuenta la diversidad de manifestaciones clínicas, intervienen varios mecanismos fisiopatológicos distintos, así como factores desencadenantes de la descompensación circulatoria, en este estudio de caso clínico se revisa constantemente a un paciente que presenta síntomas hipertensión cuya edad es de 42 años con insuficiencia cardíaca se describe su cuadro sintomatológico al motivo de la consulta y el abordaje tomado durante toda su estadía hospitalaria, para lo mencionado desde las actividades realizadas por encargados netamente especializados en el área de enfermería teniendo un enfoque basado según el modelo de Marjorie Gordon y sus patrones funcionales los cuales fueron de gran importancia para descubrir de manera priorizada las necesidades presentes en el individuo afectado, además se aplicó el uso de la trilogías taxonómicas Diagnóstico enfermero NANDA, clasificación y resultados NOC e intervenciones de enfermería NIC, utilizados como herramientas bases para la realización el proceso de atención de enfermería (PAE) que es una herramienta para brindar atención de manera razonable, lógica, teniendo como resultado constestaciones de personas y facilita a los encargados de salud una oportunidad de identificar los patrones disfuncionales, cabe destacar que la participación de cada uno de los encargados contribuyeron con un grano de arena a recuperación del continua del interno logrando los objetivos propuestos e integrando a las personas afectadas en la sociedad durante todo el proceso.

**Palabras claves:** insuficiencia cardíaca, sintomatológico, hipertensión, proceso de atención de enfermería, intervenciones, cuidados.

## **ABSTRACT**

Hypertension with heart failure are diverse clinical syndromes and their physiopathology's are complicated at present they are not fully understood, in most cases they are described to symptomatic patients with hypertensive crisis picture. Taking into account the diversity of clinical manifestations, several different pathological mechanisms are involved, as well as triggers for circulatory decompensation, this clinical case study reviews the pathological evolution of a 42-year-old hypertensive patient with heart failure to describe his symptomatic picture at the time of consultation and boarding taken throughout his hospital stay , for the above-mentioned activities carried out nursing personnel they had an approach based on the model of Marjorie Gordon and its functional patterns which we're of great importance to prioritize discover the needs present in the affected individual, in addition the use of the taxonomic trilogies Diagnosis nurse NANDA, classification and NOC results and nursing interventions NIC , used as basic tools for the realization of the nursing care process that was a tool to provide care in a reasonable, logical way, focused on human responses and I provide the nursing professional with opportunity to identify patterns , it should be noted that the participation of each of the members of the health team contributed a grain of sand to recovery of the patient's health , the achievements of the objectives proposed throughout the process and the integration of the person concerned into society.

**Keywords:** heart failure, symptomatic, hypertension, nursing care process, interventions, care.

## INTRODUCCIÓN

En la presente década, la hipertensión como una patología crónica no transmisible que se da por el aumento constante de la presión arterial por arriba de los valores tradicionales mientras que la insuficiencia cardiaca (IC), debido a su grave morbilidad e impacto en la sociedad, economía y humano, se considera uno de los mayores problemas de salud porque limita severamente a los individuos que tiene la enfermedad, debido a esto requiere que nosotros como futuros profesionales perteneciente al ministerio de salud pública (MSP), desarrollemos habilidades, destrezas y conocimientos con avances científicos, tecnológicos y humanísticos para brindar una atención oportuna de calidad en eficacia y eficiencia mediante el proceso de atención de enfermería. La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos que pueden ir acompañados de signos y síntomas como taquicardia, disnea progresiva, tos seca irritativa, piel pálida, edema periférico, ingurgitación yugular, debilidad, dolor anginoso, esto se debe a que el corazón provoca una (presión arterial notable en aumento) ya sea esta en movimiento o descanso continuo.

El siguiente estudio está estructurado para la dimensión practica de examen complejo cuyo fin es la obtener el título de tercer nivel con la Licenciatura en Enfermería por parte de la Universidad Técnica de Babahoyo, donde se estudia a paciente de 42 años con insuficiencia cardiaca hospitalizado en emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, consta con antecedentes de hipertensión arterial no controlada, ingresa al servicio de emergencia por presentar disnea edema en miembros inferiores y dolor precordial el estudio se realiza con el fin de describir el proceso de atención de enfermería (PAE) apoyado en el modelo de Marjorie Gordon, que permitirá identificar las necesidades básicas durante el proceso, a través de la aplicación de once patrones funcionales. haciendo uso de las bibliografías NANDA, NOC, NIC, respectivamente para aplicar diagnósticos, catalogar resultados a través de la escala de Likert y abordar de forma adecuada intervenciones de enfermería asertiva que otorgan eficiencia y calidad en todos



los cuidados realizados durante la hospitalización y garantizar la pronta recuperación del estado de salud del paciente.

## I. MARCO TEÓRICO

### Definición

Según (Jose Castro, 2016) la insuficiencia cardíaca (IC) es la etapa final de una variedad de procesos cardíacos siendo una afección grave, progresiva e irreversible que la mayoría de los pacientes cardíacos padecen, es síndrome amplio, por lo que es difícil de determinar, con diagnóstico fisiopatológico, representa una situación en la que el llenado ventricular o la capacidad de drenaje de sangre se ve afectado por una cardiopatía estructural o funcional y la reducción del gasto cardíaco.

### Etiología

Causales que provocan la insuficiencia cardíaca:

Descompensación de insuficiencia cardíaca crónica (ICC) preexistente
Síndromes coronarios agudos (SCA) con isquemia importante y disfunción isquémica, complicación mecánica de un infarto.
Crisis hipertensiva.
Arritmia aguda
Insuficiencia valvular (endocarditis, rotura de cuerdas tendinosas, empeoramiento de insuficiencia valvular pre existente).
Estenosis valvular
Miocarditis grave aguda
Taponamiento cardíaco
Disección aórtica
Miocardopatía posparto
. Síndromes de alto gasto: septicemia, tirotoxicosis, anemia, síndromes

de cortocircuito; (Jose Casais, 2019)

## Clasificación

Según (Jose Casais, 2019) la insuficiencia cardiaca se clasifica en:

Clasificación	Criterio
insuficiencia cardiaca aguda de (Novo o descompensación aguda de insuficiencia cardiaca crónica)	Síntomas y signos de insuficiencia cardiaca leves, no cumplen con los criterios de shock cardiogénico, edema agudo del pulmón, o crisis hipertensiva.
Insuficiencia cardiaca aguda hipertensiva (ICAH)	Los síntomas y signos de IC son la tensión arterial elevada (TA >180/100 mm Hg) y función ventricular izquierda conservada, con radiografía de tórax compatible con edema del pulmón agudo
Edema agudo de pulmón	Importante dificultad respiratoria con crepitantes pulmonares y ortopnea, con edema alveolar en RT, y saturación O <sub>2</sub> normalmente < 90% respirando aire ambiente.
Shock cardiogénico	Se define como la evidencia de una hipoperfusión tisular inducida por insuficiencia cardiaca después de la corrección de la precarga. Se caracteriza por reducción de la presión arterial (TAS < 90 mm Hg o un descenso de la presión arterial media de > 30 mm Hg) y/o baja diuresis (60 lpm, con o sin congestión orgánica.
Insuficiencia cardiaca por alto gasto	Gasto cardiaco elevado, normalmente con frecuencia cardiaca alta (causada por arritmias, tirotoxicosis, anemia, enfermedad de Paget), y a veces, con una presión arterial baja, como en el

	shock séptico.
Insuficiencia cardíaca derecha:	Síndrome de bajo gasto cardíaco con aumento de la presión venosa yugular, hepatomegalia e hipotensión.

### **Manifestaciones clínicas**

El hallazgo sintomatológico de pacientes con insuficiencia cardíaca incluye los siguientes criterios:

#### **Signos**

Taquicardia, disnea progresiva, taquipnea, tos seca irritativa, ortopnea, piel pálida, diaforesis, edema periférico.

#### **Síntomas**

Fatiga, debilidad, dolor anginoso, ansiedad, disminución de la motilidad gastrointestinal, pérdida de apetito, náuseas, piel fría.

#### **Diagnostico**

La descripción sintomatológica de IC es amplia y variada, algunos signos y síntomas no son muy precisos, mientras que otros son más específicos, Para diagnosticar este problema, debe haber 3 estándares obligatorios y criterios simultáneos los cuales son:

1. Síntomas de IC (sea en reposo o con el ejercicio): dificultad respiratoria, edema, fatiga.
2. Evidencia de disfunción endocárdica sistólica o diastólica en reposo, preferiblemente por ecocardiografía, que es crítica para el caso sospechar.
3. Mejorar el tratamiento de IC; (Pereira, Rincon, & Damaris, 2017)

## **Analítica de laboratorio – Diagnostico complementario**

Puede distinguir 4 grupos de mecanismos fisiopatológicos: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, disfunción valvular y pericárdica, los ecos se utilizan en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca (IC) porque puede proporcionar información valiosa sobre el grado de dilatación del VI y el deterioro de su función sistólica; (Pereira, Rincon, & Damaris, 2017)

### **Placa de Tórax**

Es el primer método complementario ante la sospecha de IC cuando hay manifestaciones de disnea, lo que puede descartar su origen pulmonar, los hallazgos característicos son: aumento del índice cardiotorácico superior a 0,50, enfermedad de la cabeza vascular pulmonar, aparición de la línea B de Kray y aparición de derrame pleural; (Pereira, Rincon, & Damaris, 2017)

### **Electrocardiograma**

Los cambios ECG que son frecuentes en la insuficiencia cardíaca incluyen; cambios isquémicos o necróticos, alteraciones del ritmo, hipertrofia hueca y modo de sobrecarga; (Pereira, Rincon, & Damaris, 2017)

### **Laboratorio**

Las pruebas de laboratorio pueden determinar el recuento sanguíneo completo, electrolitos (sodio, potasio, magnesio), nitrógeno ureico y creatinina, enzimas cardíacas, gases en sangre arterial, natriuresis tipo B, niveles de péptidos y función tiroidea pruebas, todas estas pruebas pueden confirmar o descartar enfermedades subyacentes, inducidas o auxiliares; (Pereira, Rincon, & Damaris, 2017)

### **Tratamiento**

El propósito principal del tratamiento debe ser aliviar los síntomas, para prevenir las consecuencias adversas del mecanismo adaptativo de

descompensación cardíaca y hospitalaria la medicación de la insuficiencia cardíaca se basa en medidas generales y medidas para corregir la causa, eliminar factores agravantes o predisponentes y prevenir el deterioro cardíaco; (Fernandez & Carrion, 2017)

### **Tratamiento no farmacológico**

Según (Fernandez & Carrion, 2017) el tratamiento no farmacológico consta en los siguientes puntos que son:

- Explique al paciente el principio de la enfermedad y los síntomas relacionados. • Limite la ingesta de sal a 2-3 gramos por día.
- Controle su peso todos los días
- Controle la obesidad (el peso debe estar cerca del peso ideal, el IMC <25).
- Dejar de fumar.
- En los siguientes casos, el consumo diario de líquidos se limita a 1,5 a 2 litros inventar.
- Si hay arritmias asintomáticas y antiinflamatorios no esteroideos, se deben evitar los antiarrítmicos.
- Ejercicio físico y actividades del ocio tiene una enfermedad leve o se puede realizar ejercicio aeróbico controlado para mejorar los síntomas y La función del corazón.

### **Tratamiento farmacológico**

Según (Fernandez & Carrion, 2017) la utilización de medicamentos en la IC deben adaptarse a cada paciente, la edad promedio es menor de 75 años y tiende a excluir a los pacientes hospitalizados, acompañado de complicaciones nerviosas, renales, hepáticas o del tracto respiratorio, el tratamiento farmacológico se basa en:

- **Diuréticos:** Se utilizan para obtener suficiente volumen de sangre o prevenir edema y congestión de la vena yugular. Los diuréticos circulantes son los más efectivos; (Fernandez & Carrion, 2017)
- **Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA):** Utilizado como el tratamiento estándar inicial de la insuficiencia cardíaca han demostrado aumentar la esperanza de vida de los pacientes y retrasar la aparición IC en aquellos pacientes con insuficiencia ventricular izquierda asintomática, mejorando el rendimiento ergométrico y enlenteciendo Reformando el corazón y reduciendo la mortalidad; (Fernandez & Carrion, 2017)
- **Antagonistas de los receptores de angiotensina:** Utilizados en las siguientes situaciones intolerancia a los inhibidores del IECA.
- **Betabloqueantes:** Para pacientes con insuficiencia cardíaca (Nivel II-III) y personas con fracción de baja, que han sido tratados con inhibidores del IECA y diuréticos. Aumentan las tasas de supervivencia y mejoran los síntomas; (Fernandez & Carrion, 2017)
- **Antagonistas de la aldosterona:** : Para pacientes con las siguientes enfermedades grado III-IV con fragmento de eyección disminuida e ingresado en el hospital tratamiento con inhibidores del IECA, diuréticos y digoxina; (Fernandez & Carrion, 2017)
- **Digitalización:** Se utiliza porque ayuda a la mejoría de la contractilidad del corazón para pacientes con afecciones en el ventrículo izquierdo cuando está dilatado, la fracción de eyección es baja y IC con fibrilación auricular rápida; (Fernandez & Carrion, 2017)

### Otros fármacos

- **Resincronización ventricular (marcapasos ventricular):** Si la conducción del impulso del corazón se debilita en los ventrículos y eventualmente produce falta de sincronidad de las contracciones cardíacas que empeoran. IC marcapasos biventricular mejorado el corazón, que está relacionado con los medicamentos, puede reducirse la

muerte y número de hospitalizaciones y mejorar los síntomas y calidad de vida en pacientes; (Fernandez & Carrion, 2017).

- **Desfibrilador automático implantable (ICD):** Muerte súbita por fibrilación la taquicardia ventricular es una causa común de muerte de IC (50%). En estos pacientes los fármacos antiarrítmicos específicos no es eficaz por lo que la colocación del (DAI) juega un papel muy importante sirve para prevenir de la muerte súbita por fibrilación ventricular; (Fernandez & Carrion, 2017).

### 1.1. Justificación

Desde un punto de vista clínico, este estudio se justifica porque los pacientes con hipertensión arterial e IC tienen un mayor riesgo de complicaciones y muerte, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo uno de los principales problemas de salud en todos los países en desarrollo del continente americano y constituyen las causas de mortalidad y morbilidad en el mundo, además afectan a personas de todas las edades, la población más vulnerable son los adultos y personas mayores según; (OMS, 2016). "Actualmente una práctica que lleva al acogimiento de este tipo de pacientes en los hospitales con una prevalencia de hasta el 50% a nivel mundial, desencadenan factores de riesgo son cuales son las causas más comunes, para así poder determinar la patología antes mencionada".

El proceso de atención de enfermería( PAE), se utiliza en la base técnica de esta práctica profesional como guía para que el trabajo se pueda organizar con precisión las observaciones e interpretaciones proporcionan una base para la investigación hacer que la práctica, el mantenimiento y las condiciones de salud sean más efectivo, permitiendo un conocimiento científico y práctico de forma integral para realizar de manera adecuada las ejecución de las intervenciones, cuando un profesional de enfermería aplica PAE a un paciente con insuficiencia cardíaca se utiliza herramientas que le permiten obtener un método sistemático, organizado, de forma estructurada, su importancia en la práctica de la enfermería es un requisito previo para la calidad general de la atención de los pacientes con cardiopatías. Para el cumplimiento de sus tareas, el profesional enfermero necesita utilizar este método, desde el primer contacto con el paciente hasta el

final de las actividades en el ámbito de sus funciones, todas las intervenciones o acciones se pueden construir de manera efectiva.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo general**

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería a paciente hipertenso de 42 años de edad con insuficiencia cardiaca.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Valorar al paciente de forma integral.
- Identificar los patrones disfuncionales presentes en el paciente por medio del modelo de Marjorie Gordon.
- Evaluar los cuidados realizados y verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos.



## **1.2 Datos generales**

**Nombres y Apellidos:** N/N

**Fecha de nacimiento:** 17 de Abril 1979

**Edad:** 42 años

**Cedula de Identidad:** 1308351251

**Nacionalidad:** Ecuatoriana

**Historia Clínica:** 33956

**Provincia:** Bolívar

**Sexo:** Masculino

**Raza:** Mestizo

**Estado civil:** Casado

**Ocupación:** Chofer profesional

**Teléfono:** 0959811050

**Grupo sanguíneo:** ORH +

**Lugar de nacimiento:** Guaranda

**Lugar de Residencia:** Guaranda ciudadela 7 colinas.

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

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

Paciente de 42 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial que acudió con su esposa al servicio de urgencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar cuadro clínico caracterizado por disnea, edema de miembros inferiores (++) y dolor torácico agravado por el ejercicio físico que realiza. Razón por la que es ingresado al área de medicina interna.

- **Antecedentes patológicos personales:** Hipertensión, Insuficiencia Cardíaca.
- **Antecedentes quirúrgicos:** Apendicetomía 20 años
- **Antecedentes familiares:**
  - Padre:** Hipertenso
  - Madre:** Diabetes mellitus tipo II
- **Alergias:** No refiere
- **Hábitos:** Malos hábitos alimenticios en la juventud razón por la que desarrollo la hipertensión arterial

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

Paciente orientado en condiciones clínicas delicadas refiere en los últimos 8 días disnea, edema en miembros inferiores más dolor precordial, el paciente

refiere haber confundido su cuadro sintomatológico por estrés y cansancio debido a la actividad física que le demandaba su trabajo así que decidió descansar unos días y a pesar de ello no consiguió mejoría en su estado de salud por lo que acudió inmediatamente en compañía de su esposa, se valoró sus constantes vitales y se le realizaron exámenes de laboratorios necesarios corroborar con un criterio medico certero siendo este Insuficiencia Cardiaca

## **2.3 Examen físico (exploración clínica)**

### **Signos vitales**

- **Presion arterial:** 160/110 mmHg
- **Frecuencia cardiaca:** 50 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 24 rpm
- **Temperatura:** 36,4°C
- **Saturación de oxígeno:** 92%

### **Valoración céfalo caudal**

- **Cabeza:** Normocefalica, cabello bien implantado color negro, no presencia de cicatrices.
- **Cara:** simétrica presencia de cicatriz de 1 mm de longitud en región frontal, presencia de prótesis dental, facie semi pálida, semihidratada.
- **Cuello:** simétrico, cilíndrico, no presencia de adenopatía, no ingurgitación yugular.
- **Tórax:** simétrico, expandible, campos pulmonares ventilados, con soplos cardiacos
- **Abdomen:** Depresivo y blando, sin dolor a la palpación, cicatriz abdominal en la parte inferior derecha del abdomen con presencia de ruidos hidroaereos.
- **Genitales:** Genitales: conservados, no signos clínicos de infección, no cicatriz no edema escrotal.
- **Ano:** sin lesiones

- **Extremidades superiores:** presencia de vía periférica permeable en extremidad superior izquierda y brazal arterial en brazo izquierdo,
- **Extremidades inferiores:** presencia de edema ++, debilidad y pérdida muscular
- **Estado de Conciencia:** apertura ocular espontánea, lenguaje orientado y respuesta motora en flexión anormal de sus extremidades (Glasgow 14)

### Valoración por patrones funcionales

- **Patrón 1. Percepción de la Salud**

Refiere desconocer de su enfermedad, no ingiere bebidas alcohólicas en la actualidad, ni tiende a fumar y presenta antecedentes de 2 ingresos hospitalarios por crisis hipertensivas en 5 años

- **Patrón 2. Nutricional / Metabólico**

Refiere consumir alimentos alto contenido de sodio. Su ingesta de alimentos es de 5 veces al día. Presenta en las extremidades inferiores edema (++), su peso es de 72 Kilogramo, la altura es 1,62 (el IMC es 27,48).

- **Patrón 3. Eliminación e intercambio.**

Refiere realizar micciones frecuentemente presencia de orina de color ámbar sin sedimentos, expulsión de flatos y realiza deposiciones sólidas de color café oscuro en frecuencia de 2 a 3 veces por día.

- **Patrón 4. Actividad / Reposo**

Manifiesta tener dolor precordial, disnea, edema en miembros inferiores, no realiza actividades físicas desde hace 4 años tiene una presión arterial de 160/110 mmHg, frecuencia respiratoria de 22 rpm, y una Sat. 92% ambiente.

- **Patrón 5. Sueño / Descanso**

Refiere descansar de 6 a 7 horas diarias no depende de fármacos para dormir.

- **Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo**

No posee discapacidad auditiva, visual, ni olfatoria, a la valoración glasgow presenta apertura ocular espontánea, lenguaje orientado y respuesta motora normal

▪ **Patrón 7. Autopercepción / auto concepto**

Refiere que es una persona humilde y amable que estaba un poco inquieta por sus problemas de salud. Se observa que tiene alta autoestima y no es fácil enojarse.

▪ **Patrón 8. Rol / Relaciones**

Vive con su esposa y sus dos hijos, y mantiene una relación afectuosa e íntima con ellos.

▪ **Patrón 9. Sexualidad / Reproducción**

Refiere no tener relaciones sexuales con su esposa desde hace 3 semanas anteriores a la aparición de sus síntomas, refiere tener 1 pareja sexual (su esposa), tiene 2 hijos.

▪ **Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés**

Se siente preocupado refiere que teme que su condición actual no mejore y no pueda trabajar y le impida mantener a su esposa e hijos. Además presenta dificultad adaptarse a las normativas y protocolos del hospital por la situación de la COVID 19, tiene miedo de ser contagio y esto provoca estrés.

▪ **Patrón 11. Valores / Creencias**

Refiere ser católico y tiene fe y esperanza que Dios pronto lo ayudara a estar en su casa con su familia; (José Luis Álvarez, 2017)

**Patrones Alterados**

- Patrón 2. Nutricional / Metabólico
- Patrón 4. Actividad / Reposo
- Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

## 2.4. Información de exámenes complementarios realizados

### Hematología

	RESULTADOS	V. REFERENCIALES
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	12.4	10.8 - 14.5
INR	1.03	
LEUCOCITOS (WBC)	8.38	4.5 – 10
HEMOGLOBINA (HGB)	14.1	14 – 18
HEMATOCRITO (HCT)	41.5	42 – 52
MONOCITOS	0.63	0.3 - 0.8
EOSINÓFILOS	0.26	
LINFOCITOS	2.04	1.1 - 3.2
NEUTROFILOS	3.14	2.2 - 4.8
BASÓFILOS	0.05	
PLAQUETAS	280000	130000 – 400000
RECuento de GLOBULOS ROJOS	4.88	4.7 - 6.1
MONOCITOS %	10.3	5.5 - 11.7
EOSINÓFILOS %	4.2	0.9 - 2.9
LINFOCITOS %	33.3	40.5 - 45.5
NEUTRÓFILOS %	51.4	40 – 65
BASÓFILOS %	0.8	0.2 – 1

### Bioquímica

	RESULTADOS	V. REFERENCIALES
GLUCOSA	121.20	70 – 100

COLORO	96	94 – 110
POTASIO	4.95	3.5 - 4.5
SODIO	137	135 – 148
UREA	43.60	12.6 - 42.6
CREATININA	0.96	0.4 - 1.2
ACIDO URICO	7.6	3.4 – 7

**EXAMEN: TRIGLICERIDOS - QUIMICA**

TRIGLICERIDOS	145	44 – 150
COLESTEROL	124	135 – 200

**2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo**

- **Diagnostico presuntivo:** Crisis hipertensiva, insuficiencia cardiaca
- **Diagnóstico diferencial:** Fibrosis endocárdica
- **Diagnóstico definitivo:** Insuficiencia cardiaca (IC)
- **Diagnóstico de enfermería:** Patrón Respiratorio ineficaz, Exceso de volumen de líquidos.

**Dx. Patrón Respiratorio ineficaz (00032); (Herdman, 2016-2018)**

NANDA: Nutrición  
NOC: Salud fisiológica  
NIC: Fisiológico complejo

**R/C:** Disminución de la energía o fatiga

**E/P:** Disminución de la presión inspiratoria y espiratoria. Disnea, dolor torácico

### ESCALA DE LIKERT

INDICACIONES	1	2	3	4	5
Facilidad de la respiración			X		
Ausencia de disnea en reposo				X	
Saturación de oxígeno DLN			X		
Otros			X		

### ACTIVIDADES

- Control de signos vitales
- Realizar balance hídrico
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia
- Observar cambios del edema periférico
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Colocar al paciente en posición semi fowler.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Revisar muestras para análisis de laboratorio.
- Administrar diuréticos prescritos.

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio IV:** Actividad y reposo

**Clase IV:** Respuestas cardiovasculares y pulmonares

**Etiqueta:** (0415) Estado respiratorio

**Campo II:** Fisiológico complejo

**Clase:** E Cardiopulmonar

**Etiqueta:** K Control respiratorio

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



NANDA: Nutrición  
 NOC: Salud fisiológica  
 NIC: Fisiológico complejo

**Dx. Perfusión tisular periférica ineficaz**  
 (0407); (Herdman, 2016-2018)

**R/C: Hipertensión**

**E/P: Manifestado por los valores de la presión arterial de 160/110 mmHg**

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio IV: Salud fisiológica (II)**

**Clase IV: cardiopulmonar (E)**

**Etiqueta: Perfusión tisular periférica (0407)**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICACIONES	1	2	3	4	5
Presion arterial media		X			
Edema periférico			X		
Llenado capilar de los dedos				X	
Autoestima			X		
Otros			X		

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

**Campo: II salud fisiológica**

**Clase: E Cardiopulmonar**

**Etiqueta: Cuidado circulatorio**

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales cada 1 hora
  - Administrar medicación bajo prescripción medica
  - Brindar seguridad y confort
  - Mantener en reposo absoluto y con respaldo a 45°
  - Verificar el tiempo de llenado capilar
  - Control de la glucosa
  - Indicarle el peso ideal de acuerdo a su IMC

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

Según lo basado en el criterio de Gordon se detalla los posibles determinantes:

- **Biológicos:** Indica los antecedentes familiares, su madre diabetes mellitus tipo II, padre hipertenso.
- **Ambientales:** Presenta desórdenes alimenticios con una ingesta exagerada de carbohidratos y frutas lo que se evidencia en su índice de masa corporal en obesidad tipo I.
- **Físicos:** físicamente inactivo desde hace 5 años lo que se determina como un factor de riesgo presente en el individuo
- **Sociales:** el presente problema de dificultad volver a su trabajo por lo cual pierde relación con sus trabajadores además genera preocupación en su familia ya que él es el sustento en su hogar.

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

### **Terorizante.**

Según; (Nilda, 2018) Es un procedimiento de enfermería que se aplica en la base técnica profesional puede usarse como una guía para el trabajo real, puede organizar con precisión la observación y la interpretación proporcionar una base de investigación hacer que la práctica, el mantenimiento y la etapa de salud de las personas, familias y comunidades sean más efectivos, requiere cognición profesional, tecnología y capacidad personal para satisfacer las necesidades emocionales, y permite intervenir un conocimiento técnico y práctico integral. El proceso de enfermería se refiere aplicar la teoría a la práctica real, en sus principales dimensiones tenemos;

### **Propósito**

Proporcionar condiciones que puedan satisfacer las necesidades de pacientes, familiares e individuos, comunidad.

### **Objetivos**

Los objetivos del programa de atención aplicada son:

1. Mejorar la calidad de la atención al paciente, la familia o la comunidad.
2. Cambie la forma de cuidado para mejorar la salud de la población.

Además, el proceso comprende las siguientes etapas:

### **Valoración**

La evaluación es la etapa de uso del método, servicio continuo, sistemático, periódico, ordenado y preciso, compara, analiza e interpreta información sobre las necesidades, problemas o inquietudes afectadas, para que podamos hacer un diagnóstico de la atención, es una forma efectiva de determinar los problemas que se han encontrado, y luego proporcionar el enfoque para el resto de la etapa; (Raile, 2017)

## **Intervención**

Las intervenciones incluyen planificar y brindar atención después de conocer el diagnóstico de la atención en la etapa anterior determinar la prioridad se formulan los resultados u objetivos con un enunciado de expectativa en la conducta del paciente logre como producto de la atención de enfermería, mediante las interrelaciones u órdenes de enfermería en forma organizada en el plan de cuidado; la ejecución es el inicio y culminación de las acciones necesarias para corregir los resultados incluyendo la atención sobrante de enfermería que sería la historia clínica; (Raile, 2017).

## **Evaluación**

La evaluación es la etapa final de enfermería este es un proceso continuo aunque es determinar la tercera etapa del proceso de atención es una parte indispensable en cada etapa en esta etapa, se utilizan estándares mensurables para determinar, planificar y comparar sistemáticamente los resultados de salud, al evaluar el progreso de individuos, la familia y de la comunidad, evaluaremos los efectos del tratamiento del individuo y los resultados planificados para obtener la eficacia del tratamiento y el grado de obtención de resultados en la atención; (Raile, 2017)

## **2.8. Seguimiento**

Durante su estadía hospitalaria el personal de enfermería realizó las siguientes actividades:

### **Medidas generales:**

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Administración de medicamentos bajo prescripción médica
- Aseo personal,
- Cambios posturales
- Evaluación de riesgo de caídas
- Dieta basada a la patología presente
- Control de glicemia horaria

### **Plan de tratamiento**

#### **Fluidos**

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 en 24 horas

#### **Medicación**

- Carvedilol Tab 12.5mg cada 12h
- Furosemida 100mg V.I cada día
- Ácido acetilsalicílico 100mg vía oral cada día
- Clopidogrel Tab 75mg V.O cada día
- Enalapril Tab 5mg V.O cada día
- Simvastatina Tab 40mg V.O cada día

Aplicando el plan de cuidados, hemos logrado buenos resultados, Inculcamos y apoyamos la decisión del paciente. A través del tratamiento recibido es notorio su recuperación se puede observar mejor su salud y el paciente se encuentra hemodinamicamente estable. Se da de alta al paciente y se realiza el seguimiento respectivo cada semana para ver su evolución.

## **2.9. Observaciones**

Las observaciones relevantes llevadas a cabo en este estudio de caso clínico fueron la entrevista realizada a paciente el cual mostró una actitud colaborativa, dichos datos más los exámenes complementarios realizados, sirvieron para poder llegar a un criterio diagnóstico oportuno descartando patologías diferencias referentes a su estado que pudieron confundir el estado clínico actual que presentaba, con la valoración clínica que brindó el personal de enfermería se pudieron obtener los diagnósticos que sirvieron a su vez como base fundamental para el origen de cuidados priorizados los cuales contribuyeron con su mejoría clínica, previo a su alta médica se brindó información de todas las medidas realizadas en el paciente además se dio apoyo y motivación al no abandono de su tratamiento farmacológico oral, se explicó la importancia y las consecuencias del abandono del mismo.

## CONCLUSIONES

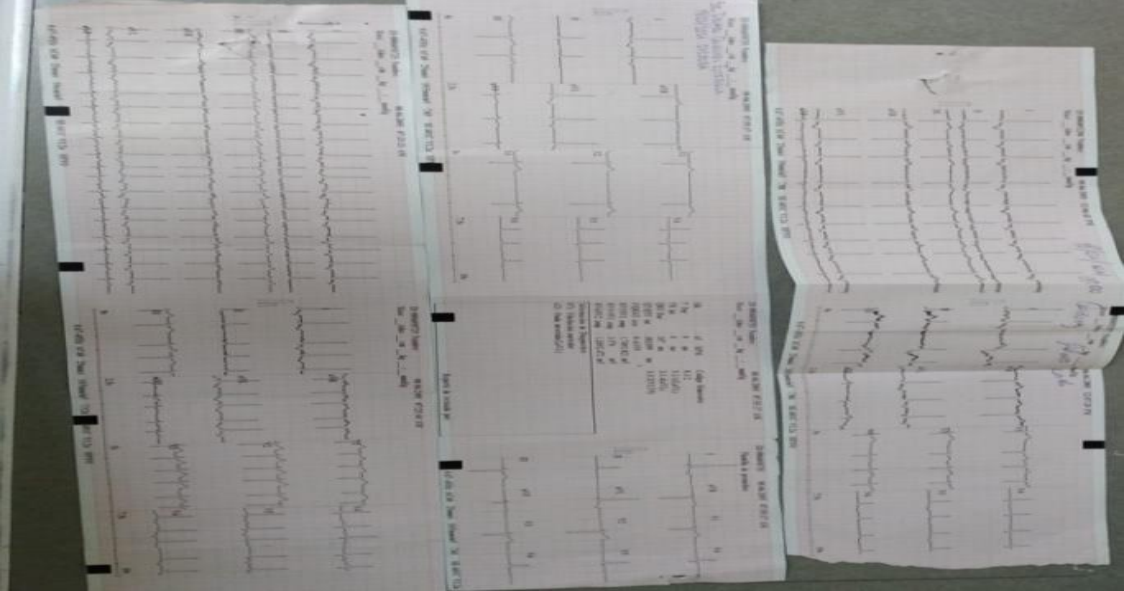
- El diagnóstico oportuno de la IC puede prevenir el desarrollo temprano de insuficiencia cardíaca y sus complicaciones para prevenir la morbilidad y la mortalidad, en las personas con estas patologías siendo el tratamiento que mejora de la calidad de vida que radica en el estricto seguimiento de los pacientes hipertensos con IC. La consejería y el seguimiento adecuados determinan el cumplimiento del tratamiento, con base en el análisis del caso clínico, determinamos las medidas que se deben tomar en cuenta para los cambios en el estilo de vida siendo este el factor más importante en el tratamiento para alcanzar un oportuno control de la enfermedad.
- Es importante enfatizar que la aplicación del proceso de enfermería permite que los pacientes se desarrollen satisfactoriamente, brindando cuidados adecuados de acuerdo a sus condiciones patológicas y determinar el modo funcional, que se encuentran alterados, elaborando un (PAE)
- El caso clínico se concluyó de manera satisfactoria, ya que se garantizó todos los cuidados de enfermería al paciente, que terminaron siendo constatados con la recuperación y la pertinente alta médica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

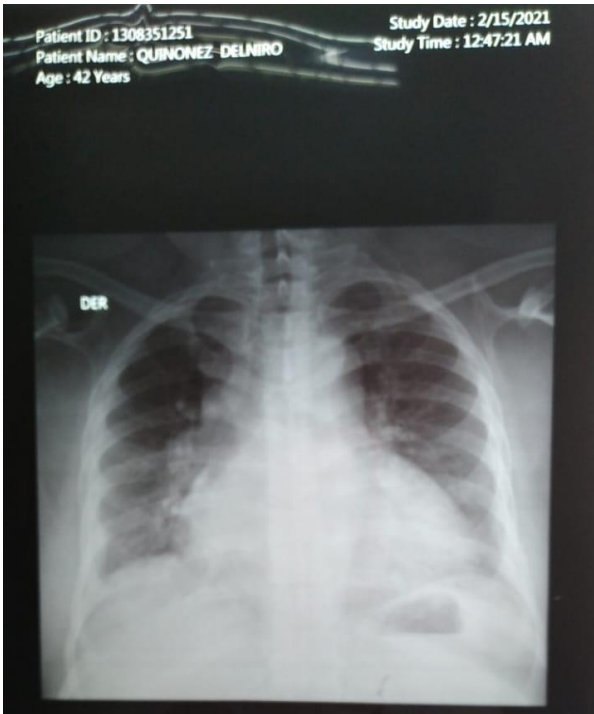
- Fernandez, L., & Carrion, O. (2017). *Patología médica quirúrgica para insuficiencia cardíaca*. Polonia: Elsevier.S.L.U.
- Herdman, T. (2016-2018). *NANDA Internacional Definiciones y clasificaciones*. Barcelona: Elsevier.
- Jose Casais, S. A. (2019). *Manual de medicina de urgencias*. Santiago de Compostela : Ofelmaga, s.l.
- José Luis Álvarez, F. d. (2017). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Australia: Servicio de salud principado australia S.A.
- Jose, C. (2016). *Insuficiencia cardíaca un enfoque multidisciplinar*. San Vicente: Club universitarios.
- Nilda, B. (2018). *Fundamentos de enfermería parte 1*. Habana: Ciencias medicas.
- OMS. (2016). Enfermedades cardiovasculares en las americas. *Worl Health Organization*, 8.
- OPS, & medicina, E. d. (2019). Clasificaciones de la Insuficiencia Cardíaca. *Politecnica de la universidad catolica de chile*, 12.
- Pereira, J., Rincon, G., & Damaris, R. (2017). Insuficiencia cardíaca; aspectos basicos de una epidemia en aumento. *Sociedad cubana de cardiología*, 13.
- Raile, M. (2017). *Modelos teorías de enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.



**ANEXOS.**



**Anexo 1. Electrocardiograma**



***Anexo 2. Radiografía del tórax  
medicación***

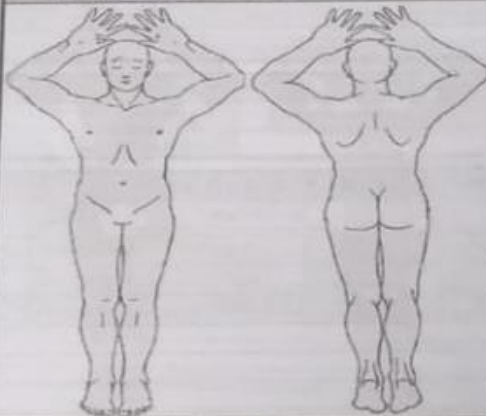
***Anexo 3. Administración de***

9.11.2015 15:00

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES													
PRISION ARTERIAL	160/110	F. CARDIACA MIN	97	R. RESPIRAT MIN	14	TEMP. BUCAL		TEMP. AXILAR	36.2	PESO KG	65.4	TALLA M	1.70
GLASGOW	OCULAR 4	VERBAL 5	MOTOR 6	TOTAL 15	REACCION PUPILA DIA	1	REACCION PUPILA NOC	5	TIPO DE CAPILAR	1/1	DEBILIDAD PRESENTE	98%	

ESCRIBIR EL TIPO DE EMERGENCIA EN PATOLOGIA MATERNA, TOP DE EMERGENCIA CON PATOLOGIA REGISTRAR ANTES EL NUMERO Y LUEGO REALIZAR LOS VALORES

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO							
1. VULVA OBSTETRICA	2. CABEZA	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS	8. EXTREMIDADES
<p>FTE: regular, normal, fuerte</p> <p>MUCOSAS: hiperemias</p> <p>TORAX: expansivo, no ruidos, ruidos toracicos, asitico</p> <p>ABDOMEN: no dolor, no rigidez</p> <p>EXTREMIDADES: no edema, no zonas ++</p> <p>SCORE MAMA: 1/10</p>							

8 LOCALIZACION DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTETRICA	
		<p>ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE</p>	
1. HERIDA PENETRANTE		1. DISTONIA	
2. HERIDA CONTINUA		2. PRECIPITADA MENSTRUACION	
3. FRACTURA EXPUESTA		3. PRECIPITADA MENSTRUACION	
4. FRACTURA CERRADA		4. PRECIPITADA MENSTRUACION	
5. CUERPO EXTRAÑO		5. PRECIPITADA MENSTRUACION	
6. HEMORRAGIA		6. PRECIPITADA MENSTRUACION	
7. HEMORRAGIA		7. PRECIPITADA MENSTRUACION	
8. HEMORRAGIA		8. PRECIPITADA MENSTRUACION	
9. HEMORRAGIA		9. PRECIPITADA MENSTRUACION	
10. DEFORMIDAD MAMA		10. PRECIPITADA MENSTRUACION	
11. HEMATOMA		11. PRECIPITADA MENSTRUACION	
12. ERITEMA / INFLAMACION		12. PRECIPITADA MENSTRUACION	
13. URTICACION / ERUPCION		13. PRECIPITADA MENSTRUACION	
14. QUEMADURA		14. PRECIPITADA MENSTRUACION	
15.		15. PRECIPITADA MENSTRUACION	

10 SOLICITUD DE EXÁMENES											
1. BIQUIMIA	2. SALIVA	3. SANGRE	4. SANGRE	5. SANGRE	6. SANGRE	7. SANGRE	8. SANGRE	9. SANGRE	10. SANGRE	11. SANGRE	12. SANGRE
13. SANGRE	14. SANGRE	15. SANGRE	16. SANGRE	17. SANGRE	18. SANGRE	19. SANGRE	20. SANGRE	21. SANGRE	22. SANGRE	23. SANGRE	24. SANGRE

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO				12 DIAGNÓSTICO DE ALTA			
1. ICC	2. HTA	3. TGO	4. TGO	1. FIBRILACION ATRIAL	2. ICC	3. HTA	4. TGO

13 PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
1. FIBRILACION ATRIAL		
2. HTA		

14 ALTA											
CONDICION	TIPO DE EMERGENCIA	RESERVAZON	INTERVENCION	REFERENCIA	GRUPO DE EMERGENCIA	EN CONDICION ESTABLE	EN CONDICION INESTABLE	DIAS DE REPOSICION	DIAS DE REPOSICION	DIAS DE REPOSICION	DIAS DE REPOSICION

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PRUBA	NUMERO DE HOJA
21/11/15	00:21			

SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008

**EMERGENCIA (2)**

Anexo 4. Formulario 08 emergencia

PACIENTE		N.º HISTORIA		APELLIDO		SERVIDOR		N.º DE SERVIDOR		N.º DE CUBICULO			
H.F.O		Delmar Ricardo		Gonzalez Estrella		M		1		1308351251			
1. MEDICAMENTO		2. ADMINISTRACIÓN											
PRESENTACION VIA DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA		DIA Y MES											
		15/02/21		16-02-21		17-2-21		18-2-21		19/2/21			
		HORA	INI	FUNCIÓN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1													
2 Nifedipino 10mg VO stat. y cl 30min por 3 días		<p>1. 30 min por 3 días</p> <p>2. 30 min por 3 días</p> <p>3. 30 min por 3 días</p> <p>discontinuada</p>											
3 Furosemida 40mg VO stat.		<p>1. 30 min por 3 días</p> <p>discontinuada</p>											
4 Furosemida 20mg VO TB		<p>12 04</p> <p>20 discontinuada.</p>											
5 Losartan 100mg VO BD		<p>8 12 16 8</p> <p>discontinuada</p>											
6 Warfarina 5mg VO stat.		<p>1. 30 min por 3 días</p> <p>discontinuada</p>											
7 Enoxaparina 80mg SC BD		<p>10 12 16 10 12 16</p> <p>discontinuada</p>											
8 Atenolol 50 mg VO QD		<p>17 6:00 17 3:00</p> <p>discontinuada</p>											
9 Peso		<p>06.</p> <p>127.20 Kg</p> <p>06.</p> <p>06 128.50 Kg</p>											

SNS - MSP / HCU - Form. 022 / 2011

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)

Jorge A. Barso M. I. 26/02/21

Anexo 5. Registro del Kardex

### CONTROL DE SIGNOS VITALES

NOMBRE DEL PACIENTE Dalmiro Ricardo Quiñones Estrella  
 HISTORIA CLINICA 1308351251

FECHA	HORA	P/A	FC	FR	T°	SPO2	RESPONSABLE	
17/2/2021	09	140/90	84	31	36.1	98		
	10	135/84	81	30	36.6	98		
	11	140/88	90	31	36.4	98		
	12	127/74	88	30	36.2	98.7		
	13	130/69	81	30	36	98		
	14	172/105	46	28	36	97		
	15	149/100	46	28	36.2	99		
	16	148/100	43.8	28	36.1	98		
	17	151/101	51	26	36	97		
	18	139/93	58	24	36.1	99		
	19	117/84	58	21	36	98.7		
	20	139/93	60	22	36.1	97.7		
	21	117/84	54	21	36	96.7		
	22	125/103	93	20	36.1	98.7		
	23	136/98	58	20	36	99.7		
	24	157/90	60	19	36	98.7		
	11-2-2021	01	136/98	86	22	36.1	98.7	
		02	142/119	51	24	36.6	98.7	
		03	178/90	52	24	36	97.7	
04		170/100	54	21	35.9	99.7		
05		130/90	54	22	36	98.7		
06		162/102	60	24	36	98.2		
07		147/102	50	22	35.8	99.7		
08								

**Anexo 6. Control de signos vitales**