

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO CON INSUFICIENCIA  
CARDIACA CONGESTIVA CRONICA, HOSPITAL MARIA AUXILIADORA,  
2019.**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PRESENTADO POR:  
LIC. LUZ MERI VELARDE MONTALVO**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES  
ASESOR. Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ**

**Lima, Perú  
2019**

## **Dedicatoria**

A mi familia por el apoyo permanente  
en mi desarrollo profesional

### **Agradecimiento**

A mis colegas del Hospital Sergio E. Bernal y docentes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por el apoyo brindado para el logro de mis objetivos.

## Índice

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii
<b>CAPITULO I. MARCO TEORICO</b>	<b>9</b>
1.1 Base teórica	9
1.2 Teoría de Enfermería	16
1.3. Cuidado De Enfermería.	18
1.4 Antecedentes del Estudio	19
<b>CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIAS.</b>	<b>25</b>
2.1 Situación de la problemática	25
2.2. Valoración por dominios	30
2.3 diagnósticos de enfermería	34
2.4. Planteamiento de objetivos e intervenciones de enfermería	36
<b>CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
3.1 Conclusiones.	56
3.2 Recomendaciones.	57
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>

## Resumen

El presente trabajo académico se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora, 2019, en el que tomamos en cuenta el cuidado de los enfermeros a los adultos que tienen el problema de insuficiencia cardiaca congestiva, ya que su corazón está en deterioro en sus funciones, para el estudio tomamos en cuenta diversas fuentes bibliográficas. Las enfermeras en el hospital tratan de dar el cuidado adecuado, ya que una persona con este problema puede comprometer otros órganos al retener líquido que tiene que ser eliminado con algunos medicamentos, enfermedad que se presenta con taquicardias con aumento de presión venosa pulmonar, que debe ser detectado y tomar las medidas del caso. Por otro lado muestran el problema del paciente que tiene un mal bombeo de la sangre del corazón, que puede presentar edemas en los miembros inferiores o formación líquidos en otras cavidades o la ingurgitación de la yugular externa.

Concluimos que se elabore un proceso de atención de enfermería respetando escrupulosamente los pasos del proceso de cuidado enfermero como herramienta de trabajo enfermero, según la taxonomía NANDA, con sus dominios y clases comprometidas, implementando un plan de cuidado que responde al cuidado de un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva. Recomendamos al jefe de enfermeros del servicio de emergencia y los enfermeros asistenciales elaborar e implementar los formatos proceso de cuidado enfermero, que permita reconocer precozmente las respuestas humanas y ser abordado con la prontitud en pacientes con insuficiencia cardiaca congestivas.

**Palabras clave:** Alteración Estructural, Alteración Funcional, Gasto Cardiaco, Estado fisiopatológico, Disfunción cardiaca.

## **Abstract**

The present academic work was carried out at the Maria Auxiliadora Hospital, 2019, in which we take into account the care of nurses for adults who have the problem of congestive heart failure, since their heart is deteriorating in its functions, for the study we take into account various bibliographical sources. Nurses in the hospital try to give proper care, since a person with this problem can compromise other organs by retaining fluid that has to be removed with some medications, a disease that occurs with tachycardia with increased pulmonary venous pressure, which should be detected and take the measures of the case. On the other hand they show the problem of the patient who has a bad pumping of the blood of the heart, which can present with edema in the lower limbs or fluid formation in other cavities or engorgement of the external jugular.

We conclude that a nursing care process is elaborated scrupulously respecting the steps of the nursing care process as a nursing work tool, according to the NANDA taxonomy, with its domains and classes committed, implementing a care plan that responds to the care of a patient with congestive heart failure We recommend to the head of nurses of the emergency service and the nurses to prepare and implement the nurse care process formats, which allow early recognition of human responses and be approached promptly in patients with congestive heart failure.

Keywords: Structural Alteration, Functional Alteration, Cardiac Expense, Phystopathological Status, Cardiac Dysfunction.

## Introducción

En el presente trabajo hacemos una descripción del trabajo que realiza el enfermero cuando se encuentra con pacientes adultos diagnosticados con insuficiencia cardíaca que requieren de un cuidado especial ya que existe ciertas complicaciones si no es tratado a tiempo.

En el proceso de cuidado enfermero tienen en cuenta el uso de diuréticos como la furosemida, ya que la insuficiencia cardíaca presenta una serie de alteraciones en el corazón ya que este no bombea adecuadamente la sangre

La insuficiencia cardíaca congestiva es una condición clínica de un conjunto de signos y síntomas acarreada por una alteración estructural y funcional de corazón de no cumplir adecuadamente de bombear sangre del corazón, porque hay una limitación fisiológica, se considera que es un problema que salud pública, puede atacar a cualquier persona y el aumento de esta enfermedad va avanzando en nuestra sociedad, por el ritmo de vida que llevan las personas.

De acuerdo a Merck (2019) afirma que cuando una persona se encuentra con insuficiencia cardíaca el corazón al no bombear adecuadamente y no cumplir con sus requerimientos metabólicos, hay elevación de presión venosa pulmonar que puede fomentar la congestión de los órganos.

Dentro de los signos que se presenta están las taquicardias, ruidos crepitantes en ambos pulmones entre otros y entre los síntomas hay aumento de presión venosa pulmonar y la enfermedad puede ser detectada a través de un ecocardiograma en el período de sístole y en el proceso de atención los enfermeros tienen en cuenta la taxonomía NANDA.

El trabajo estuvo dividido en dos capítulos, se consideró en el primer capítulo las bases teóricas asociados al tema, las teorías de enfermería

relacionadas con ella, los cuidados que deben poner en práctica los enfermeros y los trabajos previos que son estudios asociados al tema. En el segundo capítulo los problemas que se encontraron al respecto, la situación PAE/EBE, las formas de diagnóstico, así como el planteamiento de los objetivos e intervenciones. Finalmente se ejecutó las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.



## **CAPITULO I. MARCO TEORICO**

### **1.1 Base teórica**

#### **Insuficiencia Cardíaca Congestiva**

Es el deterioro progresivo de la aparición de signos y síntomas como consecuencia de alguna lesión estructural y funcional en el corazón y los otros órganos que constituyen el sistema circulatorio, que tienen repercusión en el sistema hemodinámico que garantice un gasto cardíaco (Dávila, 2018)

La insuficiencia cardíaca congestiva es una condición clínica de un conjunto de signos y síntomas acarreada por una alteración estructural y funcional de corazón de no cumplir adecuadamente de bombear sangre del corazón hacia toda la economía para cumplir con los requerimientos metabólicos como una consecuencia de la limitación fisiológico. (Pereira, J. 2016)

La insuficiencia cardíaca en la actualidad se constituye como un problema de salud pública, su incidencia siendo muy elevado, el aumento significativo de la población adulto mayor, el desarrollo de la ciencia y tecnología, los cuidados enfermeros y avance de la medicina moderna lograron mejorar de alguna forma la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, los costos elevados hacen que no todos tengan un acceso al control adecuado de la enfermedad (Douglas, 2011)

La clínica del paciente está determinada por la presencia de fatiga al mínimo esfuerzo, sensación de no poder respirar, congestión pulmonar por la presencia del edema pulmonar, que altera el factor de eyección del corazón, lo que se puede reconocer como una disminución del gasto cardíaco, que no será suficiente la sangre para atender el requerimiento metabólico, fisiológicamente existirá aumento de la presión intraauricular por efecto retrogrado de la sangre el cual se demuestra por la presencia de edema en los miembros inferiores, formación de líquidos en otras cavidades e incluso la

ingurgitación de la yugular externa. Se considera como el estado fisiopatológico en el que algún tipo de disfunción del corazón origina su incapacidad para bombear sangre en la cantidad necesaria para sustituir los requerimientos metabólicos del organismo (Remme, 2016).

### **Epidemiología**

Es una patología que se notifica básicamente en personas adultos mayores, como consecuencia del deterioro progresivo de la función cardiaca, determinado por un factor de eyección que logre el requerimiento metabólico, el cual se conoce como gasto cardiaco disminuido, sin embargo, personas menores de 65 años pueden presentar dicha afección cuando presentaron algún daño o lesión en la estructura del corazón y las válvulas del corazón que altere el bombeo de sangre del corazón. (Cárdenas, 2017).

### **Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca**

Es una característica en la enfermedad denominado insuficiencia cardiaca la sobre carga de líquido y sal en el organismo, cuando el gasto cardiaco disminuye, también disminuye el flujo renal, la consecuencia es que se producirá una disminución del volumen urinario, como tal condiciona a un balance hídrico positivo el cual explica la presencia de edema. (Packer, 2016)

En la insuficiencia cardíaca, el corazón puede no proporcionarles a los tejidos la cantidad adecuada de sangre para cubrir sus necesidades metabólicas, y la elevación de la presión venosa pulmonar o sistémica relacionada con esta enfermedad puede promover la congestión de los órganos. (Merck, 2019).

El modelo hemodinámico. La injuria miocárdica, por la lesión del miocardio genera muerte del tejido muscular cardiaco por la hipoperfusión del propio corazón debido a la lesión cardiaca, el cual como consecuencia terminará la disminución de la fuerza cardiaca que tiene relación directa con la contractibilidad con compromiso de la presión auricular y el volumen diastólico,

que se traduce con disminución del factor de eyección, sin embargo, la demanda del organismo un volumen circulante esfuerzo al corazón un trabajo extraordinario que conlleva a un hipertrofia cardiaca, la idea central es mejorar la post carga para ello el paciente recibirá medicamentos para lograr una mejor contractibilidad cardiaca, tiene que existir la coherencia entre el trabajo sistólico con el trabajo diastólico, cualquier alteración genera injuria, ello es perjudicial. De tal manera el corazón fisiológica y anatómicamente normal puede utilizar el incremento de la precarga para mejorar el trabajo sistólico, para compensar (Packer, 2016)

### **El modelo neuronal y hormonal**

En la presencia de la insuficiencia cardiaca también se producen cambios en la estructura celular y molecular, una actividad neurológica, hormonal e inflamatoria y como consecuencia la remodelación cardiaca determinado por la circulación colateral, el cual como la presentación del conjunto de signos y síntomas provoca un proceso de enfermedad crónica con el deterioro progresivo de la función cardiaca, expresado con volumen insuficiente del corazón, como muchos llegaron a describir el inicio de la insuficiencia cardiaca usualmente el infarto del corazón, la hipertensión arterial, valvulopatía, o cualquier afección al corazón incluyendo los factores hereditario y genético (Mann, 2015)

### **Manifestaciones clínica**

#### **Signos**

Los datos objetivos de la insuficiencia cardiaca son diversos entre ello se puede indicar: Taquicardia, ruidos crepitantes en ambos campos pulmonares, edema generalizada con predominio en los miembros inferiores que hacen que exista fóvea que denota retención de líquidos, en una radiografía una silueta cardiaca incrementada con una hipertrofia cardiomegalia, latido apical desplazado, ingurgitación de la yugular externa, incremento de la frecuencia

respiratoria, imposibilidad de mantenerse en decúbito dorsal, cianosis distal, soplo cardíaco (Rame, 2014).

### **Síntomas**

En el curso de las manifestaciones clínicas el paciente presentara aumento de la presión venosa pulmonar, con el manifiesto de la sensación de no poder respirar disnea, presencia del signo vago sensación de frialdad, sensación de encontrar el bienestar estando sentado ortopnea, anorexia, epigastralgia, limitación para realizar trabajo por tener astenia muscular, aumento de volumen sanguíneo, aumento de las presiones de capilares venosos pulmonares y sistémicos. (Segovia, 2017).

### **Diagnostico**

La Sociedad de Cardiología Europea, en reunión consenso como un ente supremo de las guías internacionales, dictó los siguientes criterios para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca congestiva, de los cuales se requieren de la presencia de 1 y 2 criterios para el diagnóstico: La sobrecarga de volumen en reposo o ejercicio es determinante en cual se expresa en (disnea, edemas), o la pobre perfusión tisular de una arteria coronaria determina la (fatiga); que significa la disfunción cardíaca y respuesta favorable al tratamiento para mejorar la falla cardíaca (Olamendi, 2015)

La diferencia de la insuficiencia cardíaca derecha e izquierda para por la presentación clínica de una congestión pulmonar cuando es de lado izquierdo y una congestión generalizada denota una insuficiencia del corazón derecho, con la congestión generalizada, edema en miembros inferiores (Segovia, 2017.).

Cuando la lesión se presenta en el lado izquierdo, la disfunción se presentará en el lado izquierdo, que compromete el factor de eyección en consecuencia baja o disminuye el gasto cardíaco, ello deviene casi en su totalidad en personas jóvenes que tuvieron un infarto agudo de miocardio, la

hipertensión arterial, hipertrofia de las paredes de la cavidad ventricular. (Jiménez, 2018)

La mayoría de la insuficiencia cardiaca está determinada a través de un ecocardiograma, por el factor de eyección durante el periodo de sístole en actividad, normalmente tiene que estar mayor al 60 % en condiciones normales, sin embargo, la disminución del factor de eyección denotaría cierto grado de disfunción cardiaca. (Villar, 2015).

La consideración de la clínica, signos y síntomas según la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico tener la presencia 3 criterios obligatorios y simultáneos, Síntomas de IC (en reposo o con ejercicio): disnea como dificultad manifiesta para respirar, edema generalizado con predominio en miembros inferiores, fatiga a pequeños esfuerzos; denota insuficiencia cardiaca sea en reposo o actividad, ello se corroborara con un ecocardiograma, en otros casos muchos responden al tratamiento medicamentosos.(OMS, 2017).

### **Criterios de Framingham para determinar la insuficiencia cardiaca**

#### **Criterios mayores**

Cardiomegalia

Estertores

Disnea paroxística a pequeños esfuerzos

Ortopnea necesidad de mantenerse sentado

Ingurgitación marcada de la vena yugular externa

Edema agudo de pulmón

Tercer ruido cardiaco

Presión venosa central mayor a 16 centímetros de agua -

Tiempo de circulación > 25 segundos

Reflujo hepatoyugular como aumento de la presión de la vena porta

### **Criterios Menores**

Edema maleolar con predominio en miembros inferiores

Tos nocturna

Disnea a pequeño esfuerzo

Hepatomegalia palpable a la palpación

Derrame pleural que se evidencia con la radiografía

Cardiomegalia

Taquicardia (> 120 lat/min)

Pérdida de > 4,5 kg en 5 días en respuesta al tratamiento (también puede ser criterio mayor)

### **Pruebas Complementarias**

**Electrocardiograma.** Se aprecia hipertrofia ventricular, bajo voltaje en el complejo o ejes electrocardiográficos, inclusive puede observarse taquicardias arritmias cardiacas, inversamente bloqueos cardiacos.

**Ecocardiograma.** Se precisa a través del examen las características de la estructura o morfología cardiaca y la función cardiaca en sí, de las capacidades de las cavidades, la presión de cavidades, llenado y vaciado y la circulación sanguínea, función de las válvulas, el factor de eyección debería estar hasta en 70%, como un valor normal

**Radiografía torácica** Se aprecia la silueta cardiaca, tamaño del corazón, posesión y ocupación del mediastino, congestión pulmonar. Líneas de Berley, derrame pleural.

**Examen de Sangre.** Entre ellos hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico, perfil hepático, perfil de coagulación, perfil tiroideo, otros marcadores específicos anti ANA ANCA.

**Biopsia cardiaca.** Cuando la función cardiaca específicamente el factor de eyección disminuye bruscamente se tiene que buscar la causa.

## **Tratamiento**

### **Inhibidores de la Enzima Convertidor de Angiotensina (IECA)**

Los IECA tienen utilidad enorme en el tratamiento de paciente con insuficiencia cardiaca, por su efecto de ser remodelador cardiaco en dosis muy pequeñas en todos los pacientes con disfunción sistólica.

Disminuye la mortalidad hasta en un 32 %, reduce sustantivamente hechos de reingresos, reduce la posibilidad de infartarse.

### **Bloqueadores del receptor de angiotensina II (ARA II)**

Los ARA II actúan selectivamente sobre el AT1. Para tratar la hipertensión arterial, como tal reducen tanto morbi como mortalidad frente a placebo. Parecen tener la misma eficacia que los IECA, y está aceptada su indicación en pacientes que no toleran los IECA. Es importante monitorizar para ver la función renal, eventualmente pueden producir la bajada de niveles de potasio en sangre.

### **Betabloqueantes**

El uso de los betabloqueantes, esta para controlar la frecuencia cardiaca, se utiliza en la actualidad como sintomático para evitar los efectos de la catecolamina que expone a riesgo al corazón, es un remodelar cardiaco, el uso sostenido de la beta bloqueadora mejora la función cardiaca y el factor de eyección, sin embargo, en la actualidad es de mucho uso, su contraindicación se resume en pacientes con frecuencia cardiaca menor de 60 latidos por minuto, presión arterial media menor de 70 mmhg. En pacientes con bloque de rama grado 2 y 3., Asma, Enfermedad obstructiv pulmonar.

## **Inhibidores de la aldosterona**

El uso de la espironalactone cobra mucha importancia, que es un diurético ahorrador de potasio, disminuye la presión arterial, bloquea la aldosterona, disminuye la hipertensión ventricular, mejora la eyección ventricular. (Torres, 2011)

## **Fármacos digitálicos**

El uso de la digoxina se brinda por su efecto antrópico que ayuda a mejorar la contractibilidad cardíaca y por consiguiente tiene efecto sobre el control de la frecuencia cardíaca (Melguizo, 2011)

## **Fármacos diuréticos.**

De primera opción es disminuir la carga de sodio y agua en el cuerpo humano, para ello se utiliza la furosemida, lograr un balance hídrico negativo es importante, sin embargo, es importante sopesar la presión arterial, cuando ya se logró controlar la sobrecarga de líquidos es importante utilizar otros diuréticos como la espironalactone. (García, 2008)

## **1.2 Teoría de Enfermería**

Uno de la teorista que trascendió, para los enfermeros en la actualidad es la utilización de la teoría del Autocuidado cuyo escrito corresponde a **Dorothea E. Orem**, quien tuvo un conjunto de habilidades, e intuición acerca de por qué los individuos, familia y la comunidad requieren la ayuda de los enfermeros para satisfacer sus necesidades básicas, Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, constituida por 3 teorías relacionadas entre si: La teoría del autocuidado donde la persona tiene saber cuidarse utilizando sus propias capacidades como es un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva debe evitar todo tipo de riesgo de enfermar o agravar su enfermedad, la teoría del déficit de autocuidado donde la enfermera es la profesional de proveer un conjunto de estrategias para ayudar al paciente y la



teoría de los sistemas de enfermería con una estructuración de lo simple a lo complejo desde una célula hasta el organismo, respetando sus múltiples dimensiones como una sola unidad. (Que tiene distintos tipos de sistemas) (Guillén, 2009).

**Autocuidado** Es la capacidad del individuo de asumir una conducta crítica para asumir su propio cuidado, alejando los factores de riesgo, asume y pone en práctica los conocimientos adquiridos para su propio cuidado, los mismos pueden ser formales e informales inclusive tener un arraigo cultural, cuida de su propio cuidado buscando siempre el bienestar. Participa en actividades de la prevención y promoción (Prado, 2014).

**La teoría del déficit del autocuidado.** Cuando se refiere al déficit del autocuidado, se asume que requiere de la participación de la enfermera para lograr en el paciente la satisfacción de sus necesidades básicas, en ello pone en práctica su aprendizaje como un profesional encargado del paciente generalmente hospitalizado, la enfermera asiste al cuidado con apego a los preceptos del código de la ética y deontología entendiendo al ser humano como una unidad de enfoque holístico. No solo se reduce a la actividad terapéutica, más por el contrario recibe información el paciente, la familia y la propia comunidad de recibir información científica sobre los cuidados a tener en cuenta en todo momento estando en el hospital y fuera de ella, para ello necesariamente tiene estructurarse un plan de cuidado enfermero, es importante considera en ello a los pacientes con problemas coronarios, pues muchos de ellos tienen mucha carencia de sus necesidades básicas por su condición clínica donde existe mucha limitación, para movilizarse, alimentarse, bañarse, eliminación, sueño, etc. (Benítez, 2018).

Se considera a todos los pacientes crónicos con grado de dependencia 2, 3, 4 y 5. Como los cardiacos, neoplásicos, problemas respiratorios, neurológicos y todo cuanto necesita de la participación de la enfermera. Donde se utiliza el proceso de cuidado enfermero con sus 5 etapas, la valoración que

permita una recolección de datos con apego a la realidad que permita una adecuada clasificación de los datos, con capacidad análisis y síntesis, diagnóstico de enfermería que responde como un juicio clínico de la valoración planteando o formulando los diagnósticos de enfermería, planear los cuidados enfermeros con los objetivos claros sean generales y específicos, realizar intervenciones de enfermería y finalmente realizar la evaluación. (Acosta, 2015).

### **1.3. Cuidado De Enfermería.**

1. La educación de parte del enfermero es una de las tareas más importantes que tiene el enfermero, la intervención de enfermería en cuanto se refiere al apoyo y confianza esta general empatía y hacer una intervención holística con la finalidad de potenciar el autocuidado como capacidad de su propio cuidado y la intervención en el déficit del autocuidado para mantener y recuperar el cuadro clínico a estable del paciente (Rabelo, 2017)
2. La comunicación terapéutica como intervención con los mayores éxitos, es importante desarrollar la coherencia de la comunicación verbal y no verbal (Naranjo, 2017)
3. Tratamiento farmacológico. Está orientado a lograr la adherencia terapéutica, que garantice el mejoramiento del gasto cardiaco, mejorar la contractibilidad cardiaca, utilizar los fármacos en dosis y horario establecido, todo trabajo debe ser planificado, orientados a mejorar la calidad de vida, y reducir la mortalidad. (Sánchez, 2016)
4. Soporte emocional. El paciente adecuadamente informado, con soporte emocional de parte de los trabajadores de salud, la familia, se adhieren con facilidad, afrontan con mayor realismo y reconocen precozmente su sintomatología (Silva, 2015).

5. Control de Peso. Es fundamental realizar el control de peso, para observar directamente la ganancia de peso relacionado a retención de líquido, cumplir con el tratamiento, selección de dieta son temas importantes a considerar (Solón, 2016)
6. Dieta terapia Consiste en brindar aporte calórico y proteico en la dosis correcta, cantidad, requerimiento de agua que garantice un adecuado metabolismo. (Rujinky, 2014)
7. Ejercicio diario. Mucho va depender de la condición clínica del paciente, sin embargo, es importante considerar para mejorar el gasto cardiaco y asegurar una buena perfusión cardiaca. El terapeuta es el profesional que programa y la enfermera es la que supervisa el cumplimiento (López, 2017)
8. Evitar Hábitos Nocivos. Desde lo más elemental evitar comidas copiosas con alto contenido de lípidos y grasas, sustancias tóxicas alcohol cigarrillos, ejercicio que demanden mayor consumo de oxígeno, evitar la automedicación, los trasnoches. (Cabrera, 2015)

#### **1.4 Antecedentes del Estudio**

##### **Estudios a Nivel Nacional**

Pariona, (2017) Lima Perú, en la tesis titulado “Características clínico epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca aguda en un hospital terciario” Con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA), se realizó un estudio descriptivo en 1075 pacientes de un hospital de Lima. La edad promedio fue 74 años y el 55% fueron de sexo masculino. El 39% tuvo ICA con fracción de eyección reducida, el 15% con fracción de eyección de rango medio y el 46% con fracción de eyección preservada. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (52,6%) y la enfermedad coronaria (51%). El 29,2% de los pacientes tuvo hospitalizaciones previas por ICA. La mediana de la estancia

hospitalaria fue de 3 días. La mortalidad intrahospitalaria por todas las causas fue 7,2%. La hospitalización ocurre, predominantemente, en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades. El bajo uso de fármacos recomendados, conjuntamente con la alta frecuencia de hospitalizaciones previas, probablemente, inciden en la alta tasa de mortalidad registrada en el presente estudio.

Beteta, (2017) Lima Perú, en la tesis titulada “Características clínicas y electrocardiográficas en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue” cuyo objetivo: Esta investigación tiene como propósito de describir las características clínicas y electrocardiográficas en los pacientes con insuficiencia cardiaca que acudieron al servicio de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016-2017. Metodología: El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Material: Del total de 215 historias clínicas solamente se obtuvo un total 80 historias clínicas completas con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. El instrumento que se utilizó en el presente estudio fue la ficha de recolección de datos, con la técnica de análisis documental. Resultados: En relación con la edad se encontró 51 años como mínimo y 89 años como máximo; así mismo determinamos que la moda fue de 84 años; en cuanto a la media fue de 70.01 años, mientras que la mediana fue 72 años. EL género masculino fue mayor con 51.25%, y 48.75% femenino. Entre las comorbilidades, se encontró a la hipertensión arterial con 57.5% seguida de valvulopatías 21.25%, infarto agudo de miocardio 13.75%, y enfermedades congénitas 2.5%. En cuanto a las manifestaciones clínicas predominó con 51.3% disnea, el 22.5% crepitantes pulmonares, 17.5% edema, 5% dolor torácico. En las características electrocardiográficas se encontró trazos de fibrilación auricular con 48.75%, seguido hipertrofia ventricular izquierda 21.25%, infarto agudo de miocardio 12,5%, bloqueo de rama izquierda del haz de His 10%, bloqueo de rama derecha del haz de His 5%.

Gaspar, (2017) en Lima Perú, en el trabajo “Factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor” cuyo objetivo Determinar los factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor. Metodología/Métodos: Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Joven para identificar su grado de evidencia. Resultados: En la selección definitiva se eligieron 11 artículos, encontramos que el 73% (08) corresponden a España, con un 9% (01) son de Brasil, Colombia y Argentina respectivamente. De los cuales 50% son estudios transversales analíticos del total de los artículos analizados el 80% afirma que los factores de riesgo en la evolución y mortalidad en la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor son hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y obesidad mientras el 20% son estilo de vida, dislipidemia, farmacológico, edad, sexo y ansiedad que afecta negativamente en los pacientes. Conclusiones: Los 11 artículos revisados, el 80% (n=9/11) muestran que los factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en adulto mayor son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad y el 20% (2/11) afirman que son estilo de vida, dislipidemia, farmacológico, edad, sexo y ansiedad.

Brancacho, (2018) Huánuco en la tesis titulada “Intervención de enfermería en la mejora del tratamiento pacientes con Insuficiencia Cardiaca Hospital II Essalud” tuvo como objetivo demostrar que la intervención de enfermería mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de dicha enfermedad. La muestra probabilística estuvo conformada por 30 pacientes usuarios del Servicio de Cardiología (15 por cada grupo: experimental y control). La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, tipo cuasi experimental, longitudinal (antes y después), analítico, prospectivo y con dos grupos: experimental y control. Los instrumentos de investigación aplicados fueron el cuestionario de adherencia

al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la encuesta de características generales previamente validadas y fiabilizadas, conservando las consideraciones éticas. Al grupo experimental se aplicó la intervención de enfermería consistente en 6 sesiones dirigidas hacia la generación de compromiso de la adherencia. Al comparar las medias, se obtuvo diferencias de 6,133 puntos entre los grupos experimental y control; y al contrastar tales diferencias mediante la prueba t de Student se obtuvo un valor  $t = 2,051$ , con  $p \leq 0,05$ , por tanto, se aceptó la hipótesis de investigación, demostrando que la intervención de enfermería, mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la insuficiencia cardíaca en los pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital II EsSalud, Huánuco

### **Estudios Previos a Nivel internacional**

Olmos, (2016) en España, en la tesis titulada “Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca” cuyo objetivo fue Sintetizar la literatura existente que hace referencia a los roles del profesional de enfermería y las características de cada uno en el paciente con falla cardíaca. Metodología: Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos, utilizando los descriptores «insuficiencia cardíaca», «rol de la enfermera», «atención de enfermería» y «Enfermería».. Resultados: Enfermería una profesión dedicada al cuidado, juega un papel importante en la ejecución de roles concernientes en la búsqueda del bienestar integral del individuo enfermo. Conclusiones: La falla cardíaca supone ser una enfermedad de abordaje complejo y con una población en crecimiento, por lo cual se vislumbra como un desafío para el profesional de enfermería, el cual, a través sus diferentes esferas de actuación, busca armonizar el cuidado favoreciendo la recuperación y la mejora en la calidad de vida.

Alvarado, (2016) en Ecuador, en el trabajo titulado “Etiología de la insuficiencia cardiaca en pacientes que acuden a consulta externa de

cardiología del Hospital Luis Vernaza” cuyo objetivo de determinar la etiología de la insuficiencia cardiaca e identificar las causas más frecuentes y establecer medidas generales en el control de la misma La insuficiencia cardiaca se define como la incapacidad o deficiencia del corazón en bombear sangre en los volúmenes adecuados hacia todas las partes del cuerpo humano provocando disminución de la fuerza contráctil del corazón y aumentando los volúmenes ventriculares con o sin disminución del gasto cardiaco. Los métodos de recolección de datos fueron: Observación y encuesta directa hacia los pacientes que acuden al consultorio 2 de consulta externa del Hospital Luis Vernaza, Mediante encuesta directas a 120 pacientes del consultorio 2 obtuvimos, referente a la insuficiencia cardiaca que el 85% que representan 102 personas encuestadas conoce acerca de la insuficiencia cardiaca y el 15% que corresponde a 18 personas dicen desconocer de la enfermedad, al control cardiológico realizado tenemos que, el 48% que representa a 47 personas, acuden 3 veces al año, el 34% que representa 33 personas, acuden 2 veces al año, y el 18% restante que representa a 17 personas acuden 4 veces al año con respecta a cuales son las enfermedades causales de insuficiencia cardiaca, observamos que el 60% que representan a 72 personas afirmaron que la hipertensión arterial les causo la insuficiencia cardiaca, el 40% restante se dividió en diabetes mellitus, valvulopatias, cardiopatías y otros con un total de 12 personas cada uno, esto nos refleja que la hipertensión arterial es la principal causa de insuficiencia cardiaca en la consulta externa

Rique, (2017) en Brasil. En la tesis titulada “Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio comparativo” Objetivo: Verificar el conocimiento de las enfermeras sobre la insuficiencia cardiaca en diferentes hospitales. Método: Participaron 74 enfermeros de dos hospitales públicos, general y especializado en cardiología, de una capital brasileña del noreste. Se utilizó el Cuestionario de Conocimiento de Enfermeros sobre Insuficiencia Cardiaca (Q-CENIC). Los datos se analizaron de forma descriptiva e inferencial. Resultados: Se encontraron índices satisfactorios de

respuestas correctas ( $\geq 70\%$ ) en términos de conocimientos básicos sobre la insuficiencia cardíaca como la restricción de sodio y líquidos, los cambios en el estilo de vida y la actividad sexual. No hubo diferencias estadísticas entre los profesionales del hospital general y los de atención especializada en cardiología. Conclusión: Se encontró que el conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca fue satisfactorio en el hospital general e insatisfactorio en el servicio especializada en cardiología. Se identificaron los temas que necesitan de intervención educativa, junto con los participantes investigados.

Torres, (2016) en Cuenca Ecuador, en el trabajo “Estilos de vida de las personas con insuficiencia cardiaca congestiva que acuden a consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.” Objetivo: Determinar los estilos de vida de las personas con Insuficiencia Cardiaca Congestiva que acuden a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca enero-junio 2016. Metodología: Estudio descriptivo, la información fue recolectada de la totalidad de pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva que acudieron a Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, se usó un formulario de recolección de la información en el cuál se incluyó datos demográficos, nutricionales, de actividad física, adherencia al tratamiento y consumo de tabaco. Los datos se analizaron en SPSS versión 15. Resultados: El 47,1% de los pacientes tuvieron más de 60 años, siendo el 55,9% de los casos varones; en los hábitos alimenticios el consumo de grasas es elevado y el de frutas y verduras no supero el 40%; la frecuencia de inactividad física fue de 26,5% y los efectos adversos y el desconocimiento fomentaron la falta de adherencia al tratamiento, el tabaquismo fue de 23,5%. Conclusiones: Los pacientes poseen hábitos de vida variables, existe población con consumo inadecuado de alimentos, sedentarismo, consumo de tabaco y no adherencia al tratamiento lo que condiciona su evolución y puede generar complicaciones



## **CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIAS.**

### **2.1 Situación de la problemática**

#### **1. Datos de Filiación**

Nombre : JQM  
Sexo : Masculino  
Edad : 66 años  
Peso : 74 Kilos  
Talla : 1.65 Metros  
Natural : Piura  
Procedente : Villa María del triunfo  
Domicilio : Av. Mariátegui N° 887  
Ocupación : Comerciante  
Religión : católica  
Historia Clínica 566431  
Servicio : Emergencia  
Hospital : María Auxiliadora

#### **2. Antecedentes Patológicos**

- a. Diabetes mellitus
- b. Artrosis

#### **3. Hiperplasia prostática benigna Antecedentes familiares**

- a. Padres fallecidos
- b. 03 hijo

#### 4. Funciones biológicas

- a. Apetito : Hiporexia
- b. Sed : Aumentado
- c. Sueño : A intervalos
- d. Eliminación: Disminuido

#### 5. Diagnósticos Médicos

- a. Insuficiencia respiratoria Aguda tipo III
- b. Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Edema agudo de pulmón

#### **Situación problemática**

Paciente J. Q. M. varón de 66 años de edad, Natural de Piura y procedente Villa María del Triunfo, estatura 1.65 metros y con un peso de 74 kilos, ingresa por servicio de Emergencia al Hospital María Auxiliadora el día 15 de mayo del 2019, a horas 11 de la mañana, por presentar: Dificultad para respirar, polipnea, cianosis, edema generalizado, en mal estado de higiene.

Actualmente, 16 de mayo del 2019, 8.00 am con ECG de 14/15, con signos vitales PA: 90/50 mm Hg, FC: 105 x', FR: 28 x', SatO2: 91%. paciente en posición semifowler, despierto con soporte de oxígeno por sistema de Venturi al 35 %, con su acceso venoso central, infundiendo Noradrenalina de 8mg diluido en 100 de Dextrosa al 5% en agua destilada, con PVC de 17 cm de agua, conectado a monitor multiparametro, portador de sonda vesical a circuito cerrado con flujo urinario de 90 cc/ hora, edema generalizada con predominio en los miembros inferiores, ++/+++ , ingurgitación de la yugular externa, tiene tos moviliza secreción bronquial color amarillo con rasgos de sangre, ruidos estertores en ambos campos pulmonares, palidez.

A la entrevista el paciente refiere: “Varios días no puedo dormir”, “me agito cuando hablo”, “me canso al mínimo movimiento”, “me duele la pierna”, “mi pierna esta hinchada”, “no puedo moverme sólo” “mi pecho me ronca”, “siento que me falta aire y me ahogo”, “tengo miedo a morir” “hasta cuando estare aquí”, “me podré mejorar” “tengo mucha sed”

Exámenes auxiliares se encuentra los siguientes hallazgos: Taquiarritmia en el Electrocardiograma, disminución del factor de eyección a 35%, cámaras de auriculares y ventriculares dilatadas, imágenes de la radiografía de tórax con cardiomegalia y congestión pulmonar, Bioquímico: Glucosa 145 mg/dl, Urea en 84mg/dl, Creatinina 1.42 mg/dl. Hemograma: Leucocitos de 13,026 XC, Hb. 9.8 g/ dl, Plaquetas de 198,432. Ecografía abdominal hepatomegalia y esplenomegalia, agua en cavidades libres anasarca, Gases arteriales PH. 7.42, PCO2 de 48 mmhg, PO2 de 74 mmhg, HCO3 17, Potasio de 3.2, Solio de 156

**Terapéutica Médico :**

Tolerancia oral

Noradrenalina 8 mg + Dextrosa al 5% AD 100 a 8cc/HORA

Ceftazidima 1 gr C/8HORAS

Digoxina 0.25 mg C/ 24HORAS

Propranolol 40 mg C/ 12

Furosemida 20 mg C/ 8 HORAS

Omeprazol 40 mg EV C/ 24 horas

Captopril 25 mg ¼ tab. C/12

Oxigeno por sistema de Venturi al 0.35

Reposo absoluto

Balance Hídrico Estricto

## Exámenes Auxiliares

### a. Hematología

Hemoglobina	: 9.8
Hematocrito	: 29.4%
Leucocitos	: 13026 m.m3
Eosinofilos	: 1.0%
Basófilos	: 1.0%
Monocitos	: 4.0%
Linfocitos	: 14%
Neutrófilos	: :91%
Plaquetas	: 198,432 mm3

### b. Examen de orina:

Color	: ámbar
Aspecto	: turbio
Densidad	1005
pH	: 6.5
Bilirubina	: 1 (+)
Urobilirrubina	: 1 (+)
Leucocitos	: 10-12 x campo
Leuco. Aglutinados	: 1-
Células epiteliales	: escasas
Hematíes	: 0 -1
Cristales	: —

### c. Bioquímica

Urea:	84 mg/dl
Creatinina:	1.42 mg/dl
Glucosa:	145 mg/dl

**d. Análisis de gases arteriales electrolitos**

pH 7.42

pCO<sub>2</sub> 48

pO<sub>2</sub> 74

SO<sub>2</sub>% 90.1

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17

K<sup>+</sup> 3.2

Na<sup>+</sup> 156

CL<sup>-</sup> 102

Lactato 2.1

**e. Exámenes de imágenes complementarios:**

**Radiografía de tórax:**

Se evidencia cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, no signos de derrame

**Reporte De Estudio Ecocardiografía**

Conclusión:

Cardiopatía dilatada severa aurícula ventricular de etiología no especificada.

Factor de eyección del FE < 35%

Hipertensión pulmonar leve

Ecografía Abdominal

Leve engrosamiento de la pared vesicular de aspecto reactivo, hepatomegalia y esplenomegalia.

Resto de órganos abdominales evaluados de características ecográficas habituales existen líquidos libres en cavidades

## **2.2. Valoración por dominios**

La valoración de enfermería se realizó de manera irrestricta por dominios acorde a la taxonomía NANDA, el cual se agrupa por clases, los mismos se los datos recolectados se dividen en datos objetivos y subjetivos de acuerdo al lenguaje enfermero, lo que se procedió a sistematizar y ordenar con fines didácticos y académicos. La recogida de datos se realizó como parte de la valoración utilizando las diversas estrategias permitidas por el método científico como es la Observación, examen físico, entrevista y datos por documentarios. A continuación, se detalla como parte del proceso de cuidado enfermero como herramienta de trabajo enfermero.

### **Valoración por dominios**

Se realizó la valoración de enfermería por dominios y clases de la NANDA. Los dominios de NANDA permiten una recolección de datos subjetivos y objetivos de manera ordenada y sistemática en la valoración del paciente. Este modelo proporciona una recogida de datos efectiva por su amplitud y forma como se debe indagar la información. Estos permiten una mejor aplicación del proceso de enfermería que lo componen 5 pasos o etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

## Valoración de enfermería por dominios

Dominio	Clase	Datos
1. Promoción de la Salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma de la conciencia de la salud</li> <li>2. Manejo de la Salud</li> </ol>	<p>Desconoce referente a su enfermedad, al tratamiento que recibe, inclusive relacionado a las complicaciones.</p> <p>Tiene disposición a cumplir con su tratamiento, colabora con el equipo de salud.</p>
2. Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingestión</li> </ol>	<p>Peso: 74 Kg. Talla: 1,65 m. IMC: 27.4. Mucosas orales secas, tolerancia oral, hiporexia y ha aumentado de peso durante el último mes, "tengo mucha sed".</p>
3. Eliminación Intercambio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema urinario</li> <li>2. Sistema gastrointestinal</li> </ol>	<p>Orina colurica en cantidad variable, con dificultad a la micción espontánea, con sonda Foley, 90 CC/hora con furosemida, edema generalizada con predominio en miembros inferiores, congestión pulmonar y presencia de líquido en cavidad abdominal, Evacuaciones: estreñimiento cada 3 días, deposiciones secas.</p>
4. Actividad / Reposo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reposo / Sueño</li> <li>2. Autocuidado</li> <li>4. Respuestas cardiovasculares / respiratorias</li> </ol>	<p>Sueño a intervalo, Se cansa y tiene fatiga a pequeños movimientos</p> <p>Frecuencia respiratoria incrementada, taquicardia, permanece en posición semi fowler, reposo</p>

		<p>absoluto, participa parcialmente en sus cuidados, recibe soporte de oxígeno por sistema de Venturi.</p> <p>Cardiomegalia, congestión pulmonar</p> <p>Infusión de Noradrenalina a 8 cc/hora, PVC 17 cm de agua. Ingurgitación de yugular externo.</p>
5. Percepción / Cognición	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención</li> <li>2. Orientación</li> <li>3. Cognición</li> <li>4. Comunicación</li> </ol>	<p>El paciente somnoliento, tendencia sueño, refiere que tiene problema para concentrarse, sin fuerzas y pálido, no conoce sobre su enfermedad y tratamiento y complicaciones, se comunica poco.</p>
6. Auto percepción	1. Imagen Corporal	<p>El paciente refiere que en el último mes se hinchó, no puede realizar actividades, no se siente bien</p>
7. Rol / Relaciones	1. Desempeño del Rol	<p>Estado civil divorciado, comerciante, bajo recurso económico, no puede trabajar por su condición clínica, según refiere vive solo, eventualmente le visitan sus hijos.</p>
8. Sexualidad	1. Identidad Sexual	<p>Estado civil viudo, no tiene pareja en la actualidad, estructuralmente se evidencia edema en bolsa escrotal, no tiene lesiones visibles.</p>



9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	1. Respuestas de afrontamiento	Refiere sentirse solo y abandonado, se aprecia signos evidentes de preocupación, tiene la mirada perdida, está preocupado, llega al llanto con facilidad, tiene ansiedad, finalmente acepta el tratamiento Refiere que está dispuesto a cumplir con el tratamiento.
10. Principios vitales	1. Congruencias entre valores / creencias / acciones	Es católico creyente, pertenece a la hermandad del señor de los milagros, debido a su condición de adulto mayor no participa en actividades como él quisiera.
11. Seguridad Protección	2. Riesgo de lesión y caída	Paciente somnoliento, edematizado, agitado, con fatiga, con hipoxia tisular, tiene la piel seca.
12. Confort	1. Confort físico 2. Confort ambiental	Dolor de los miembros inferiores, dificultad para movilizarse, no puede respirar, le falta aire, orina poco, el ambiente terapéutico es limpio, ventilado e iluminado, no existe privacidad, es un ambiente común con mucho ruido por el monitor y las personas.
13. Crecimiento y Desarrollo	1. Crecimiento	Posición semi sentado obligado, no puede realizar actividades cotidianas.

### 2.3 diagnósticos de enfermería

**Código 00029** Disminución del gasto cardiaco R/C aumento de la precarga y disminución de la post carga E/P factor de eyección de 35%, PVC 17 cc de agua, taquicardia, ingurgitación de la yugular externa refiere Siento que me falta el aire, me canso al mínimo movimiento

**Código 00026** Exceso de volumen de líquidos y electrolitos R/C alteración del mecanismo de eliminación urinaria E/P Edema generalizada con predominio en miembros inferiores, congestión pulmonar, hepática, esplénica, PVC de 17 cm de agua, estertores en ambos campos pulmonares, creatinina de 1.42, urea de 84, me siento hinchado, sodio de 156, orina colurica, está utilizando furosemida.

**Código 00024** Perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva R/C disminución del flujo arterial generalizado E/P el uso de vasopresor noradrenalina, palidez, taquiarritmia, cardiomegalia y congestión pulmonar, ECG 14/15; refiere debilidad y cansancio.

**Código 00030** Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración del mecanismo ventilo perfusión E/P Congestión pulmonar según radiografía, aprecia resultado de gases arteriales, PH. 7.42, PCO2 de 48 mmhg, PO2 de 74 mmhg, HCO3 17, Potasio de 3.2, Solio de 156, saturación de Oxígeno al 91% a pesar de estar con soporte de oxígeno al 35%, además se aprecia polipnea, cianosis distal, disnea a pequeño esfuerzo y fatiga; refiere me falta el aire, me canso al mínimo movimiento

**Código 00095** Deterioro del patrón sueño R/C Dificultad para respirar y factores ambientales E/P. Facies de cansado, duerme a intervalo, tiene una mirada perdida; refiere no puedo respirar, me agito, me falta el aire, hay mucha bulla los pacientes, las enfermeras y el equipo monitor, tengo tos exigente, me ronca el pecho, tengo miedo que me pase algo malo

**Código 00214** Disconfort R/C a factor biológico y mecánico E/P Edema con predominio en miembros inferiores; refiere Me canso al mínimo movimiento, no puedo moverme solo, mi pierna esta hinchada y me duele

**Código 00092** Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno E/P Permanece sentado, tiene polipnea, se mantiene con soporte de oxígeno con sistema de Venturi al 35%; refiere Me agito cuando hablo, siento que me falta aire y me ahogo, no puedo moverme solo

**Código 00146** Ansiedad R/C amenaza de cambios en estilos de vida, E/P llega al llanto con facilidad, sudoración, temblores, voz entrecortadas; refiere verbalización tengo miedo a morir, estoy preocupado, nadie viene a verme

**Código 00004** Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

## 2.4. Planteamiento de objetivos e intervenciones de enfermería

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>Datos Objetivos</b></p> <p>Factor de eyección de 35%, PVC 17 cc de agua, taquicardia 105 X', fatiga a pequeño esfuerzo, ingurgitación de la yugular externa, presión arterial de 90/60 mmhg</p> <p><b>Datos subjetivos</b></p>	<p><b>Código 00029</b></p> <p>Disminución del gasto cardiaco R/C aumento de la precarga y disminución de la post carga E/P factor de eyección de 35%, PVC 17 cc de agua, taquicardia, ingurgitación de la yugular externa refiere Siento que me falta el aire, me canso al mínimo movimiento</p>	<p><b>0802 Estado de los signos vitales</b></p> <p>Objetivo General Paciente logrará un gasto cardiaco adecuado durante el turno con ayuda del enfermero.</p> <p>Objetivo Especifico Paciente lograra mejorar el factor de eyección para mejorar el gasto cardiaco</p>	<p><b>2300 Administración de medicamentos</b></p> <p>Se registra la taquiarritmia. Valorar los signos y síntomas cardiaco y valorar la circulación periférica Administrar vasopresor Noradrenalina a 8cc/hora titulable a respuesta de la presión arterial. Administrar Digoxina 0.25 mg v.o cada 24 horas. Restringir ingesta de agua. Realizar un balance hídrico estricto.</p> <p>Contrastar los resultados de exámenes auxiliares (AGA y electrolitos y enzimas cardiacas) Asistir dieta bajo en sal Administrar propanolol como terapia para la taquiarritmia</p>	<p>Paciente al término de la jornada laboral Una PVC de 13 cm de agua Frecuencia cardiaca de 92 LPM Persiste la sensación de falta de aire y casado Paciente aun con ingurgitación de la yugular externa La presión arterial del paciente queda en 120/70 mmhg Continua con soporte de inotrópico. Al control de Fast Eco cardiográfico en 38 %.</p>

Siento que me falta el aire, me canso al mínimo movimiento			<p>Monitorear la función cardiaca y hemodinámica</p> <p>Estar atento a los cambios fisiológicos</p> <p>Brindar soporte emocional al paciente y la familia</p> <p>Realizar control de Electrocardiograma durante cada turno</p> <p>Controlar la ECG en horario</p> <p>Registrar el t r a b a j o de la enfermera.</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Stephen J.	2017	<a href="https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid">https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid</a>	Gasto cardiaco, flujo sanguíneo y presión arterial	III

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>Datos Objetivos</b> Edema generalizado con predominio en miembros inferiores, congestión pulmonar, hepática, esplénica, PVC de 17 cm de agua, estertores en ambos campos pulmonares, creatinina de 1.42, urea de 84, sodio de 156, orina colorica, está utilizando furosemida refiere</p> <p><b>Datos subjetivos</b> Me siento hinchado, no puedo respirar, estoy orinando poco, no puedo movilizarme.</p>	<p><b>Código 00026</b> Exceso de volumen de líquidos y electrolitos R/C alteración del mecanismo de eliminación urinaria E/P Edema generalizada con predominio en miembros inferiores, congestión pulmonar, hepática, esplénica, PVC de 17 cm de agua, estertores en ambos campos pulmonares, creatinina de 1.42, urea de 84, me siento hinchado, sodio de 156, orina</p>	<p><b>0600 Equilibrio electrolítico</b> Objetivo General Paciente logrará un balance hídrico negativo durante el turno con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico Paciente lograra eliminar el líquido corporal en exceso por las vías urinarias durante el turno, con ayuda de la enfermera.</p>	<p><b>4120 Manejo de líquidos</b> Monitorizar las constantes vitales, principalmente la tensión arterial Cuantificar el volumen urinario horario a través del flujo de sonda foley Administrar diurético de asa, Furosemida 20 mg EV C/ 8 horas Monitorizar electrolitos séricos sodio y potasio como control del medio interno Control de PVC para medir la volemia.</p>	<p>Paciente al termino del turno continua con: Volumen urinario significativo de 135 cc/ Hora, flujo urinario de 1870 en 12 horas, con administración de furosemida Control de PVC en 13 cm de agua. Creatinina 1.2 Urea 66 Sodio en 136 Aún persiste con edema de miembros inferiores y la congestión pulmonar. Potasio en 3.1</p>

	colurica, está utilizando furosemida.		<p>Restringir sodio, agua en todas sus formas</p> <p>Notificar al médico sobre los efectos adversos</p> <p>Conservar al paciente sentado o semi sentado</p> <p>Valorar el balance hídrico horario.</p> <p>Evidenciar el trabajo enfermero a través del registro</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Martínez, J	2006	documentación/ ibro_blanco_hidr atacion.pdf	El libro blanco de la hidratación	III

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Por el uso de vasopresor noradrenalina, palidez, taquiarritmia, cardiomegalia y congestión pulmonar, ECG 14/15, FR: 28 x', SatO2: 91%, PH. 7.42, PCO2 de 48 mmhg, PO2 de 74 mmhg, HCO3 17, Potasio de 3.2, Solio de 156</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>Siente debilidad y cansancio</p>	<p><b>Código 00024</b></p> <p>Perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva R/C disminución del flujo arterial generalizado E/P el uso de vasopresor noradrenalina, palidez, taquiarritmia, cardiomegalia y congestión pulmonar, ECG 14/15; refiere debilidad y cansancio</p>	<p><b>0503</b></p> <p><b>Eliminación urinaria</b></p> <p>Objetivo General</p> <p>Paciente logrará una perfusión tisular adecuada durante su permanencia en el hospital con ayuda de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Paciente logrará un gasto cardiaco adecuado</p>	<p><b>2080 Manejo de líquidos/electrolitos</b></p> <p>Monitoreo de signos vitales</p> <p>Medicion de la presion venosa central en cada turno</p> <p>Balance hidrico estricto</p> <p>Perfundir vasopresor Noradrenalina de 8 mg diluido en Suero glucosado a razón de 8CC/hora.</p> <p>Valorar los trazos electrocardiográficos</p>	<p>Paciente soporte de inotrópico Noradrenalina a 6 cc/hora.</p> <p>Su estado neurológico está recuperado ECG 15/15 puntos.</p> <p>Continúa con palidez moderado, persiste la debilidad muscular.</p> <p>Saturación de oxigeno 94%</p> <p>PCO2 44 mmhg</p> <p>PO2. 86 mmhg</p>



			<p>Conectar a monitor cardiaco Para su control hemodinámico</p> <p>Valorar las constantes vitales cada hora: Presión arterial, pulso, respiración, temperatura y saturación de oxígeno.</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Aldana, J	2014	<a href="http://bdigital.unal.edu.co/46548/1/598843.2014.pdf">http://bdigital.unal.edu.co/46548/1/598843.2014.pdf</a>	Perfusión tisular: Consideraciones Generales	IV

**PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

<b>Valoración</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervención</b>	<b>Evaluación</b>
<p><b>Datos Objetivos</b></p> <p>Congestión pulmonar según radiografía, aprecia resultado de gases arteriales, PH. 7.42, PCO2 de 48 mmhg, PO2 de 74 mmhg, HCO3 17, Potasio de 3.2, Solio de 156, saturación de Oxígeno al 91% a pesar de estar con soporte de oxígeno al 35%, además se aprecia polipnea, cianosis distal,</p>	<p><b>Código 00030</b></p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración del mecanismo ventilo perfusión E/P Congestión pulmonar según radiografía, aprecia resultado de gases arteriales, PH. 7.42, PCO2 de 48 mmhg, PO2 de 74 mmhg, HCO3 17, Potasio de 3.2, Solio de 156, saturación de Oxígeno al 91% a</p>	<p><b>403 Deterioro Intercambio gaseoso</b></p> <p>Objetivo General</p> <p>Paciente recuperará un adecuado intercambio gaseoso durante el turno con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Paciente recibirá soporte de</p>	<p><b>3142. Manejo de las vías Aéreas</b></p> <p>Valorar la frecuencia respiratoria con todas sus características</p> <p>Valorar la respuesta muscular asociado a la fatiga diafragmática</p> <p>Valorar la tos y sus características clínicas.</p> <p>Poner atención la disnea y sus características</p> <p>Brindar soporte de oxígeno por sistema de Venturi al 35 %.</p>	<p>Saturación de oxígeno 94%</p> <p>PCO2 44 mmhg</p> <p>PO2. 86 mmhg</p> <p>HCO3 22</p> <p>Balance hídrico negativo de 1050 en las últimas 12 horas.</p> <p>Paciente continua con polipnea, con soporte de oxígeno.</p> <p>Continua con fatiga a pequeños esfuerzo y sensación de falta de aire.</p>

<p>disnea a pequeño esfuerzo y fatiga</p> <p><b>Datos subjetivos</b></p> <p>Siento que me falta el aire, me canso al mínimo movimiento</p>	<p>pesar de estar con soporte de oxígeno al 35%, además se aprecia polipnea, cianosis distal, disnea a pequeño esfuerzo y fatiga; refiere me falta el aire, me canso al mínimo movimiento</p>	<p>oxígeno durante el turno</p>	<p>Monitorear el soporte de oxígeno con la oximetría de pulso</p> <p>Valorar con resultado de AGA y electrolito.</p> <p>Colocar al paciente sentado a semi sentado</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Livio, P.	2015	<a href="http://www.sciel.o.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169">http://www.sciel.o.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169</a>	Deterioro del intercambio gaseoso	III

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>Datos Objetivos</b> Facies de cansado, duerme a intervalo, tiene una mirada perdida.</p> <p><b>Datos subjetivos</b> No puedo respirar, me agito, me falta el aire, hay mucha bulla los pacientes, las enfermeras y el equipo monitor, tengo tos exigente, me ronca el pecho, tengo miedo que me pase algo malo</p>	<p><b>Código 00095</b> Deterioro del patrón sueño R/C Dificultad para respirar y factores ambientales E/P. Facies de cansado, duerme a intervalo, tiene una mirada perdida; refiere no puedo respirar, me agito, me falta el aire, hay mucha bulla los pacientes, las enfermeras y el equipo monitor, tengo tos exigente, me ronca el pecho, tengo miedo que me pase algo malo</p>	<p><b>4 Sueño</b> Objetivo General Paciente recuperará a conciliar un sueño adecuado durante el turno con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico Paciente lograra reconocer los signos y síntomas</p>	<p><b>1850 Fomentar sueño</b> Favorecer un ambiente terapéutico adecuado, libre de efectos estresores.</p> <p>Promover un sueño reparador y sin interrupciones Propiciar técnicas de relajación que induzca al sueño</p> <p>Brindar soporte emocional efectivo</p> <p>Disminuyendo de efectos de la ansiedad Facilitar proceso de afrontamiento</p>	<p>Paciente logra dormir 6 horas Durante el turno. Logra entender que los ruidos y bulla que se genera es la naturaleza del trabajo. Muestra disposición a colaborar con su tratamiento.</p>
AUTOR	AÑO	BASE/ FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Gallego, J.	2017	<a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid</a>	<b>Trastornos del sueño</b>	III

**PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

<b>Valoración</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervención</b>	<b>Evaluación</b>
<p><b>Datos Objetivos</b> Edema con predominio en miembros inferiores</p> <p><b>Datos subjetivos</b> Me canso al mínimo movimiento, no puedo moverme solo, mi pierna esta hinchada y me duele.</p>	<p><b>Código 00214</b> Discomfort R/C a factor biológico y mecánico E/P Edema con predominio en miembros inferiores; refiere Me canso al mínimo movimiento, no puedo moverme solo, mi pierna esta hinchada y me duele</p>	<p><b>0300 Autocuidado para las actividades diarias</b> Objetivo General Paciente verbalizará ausencia del discomfort durante el turno con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Mejorar las condiciones personales y ambientales para disminuir el discomfort durante el turno</p>	<p><b>1800 Ayudar a su confort</b> Administrar analgésico Ketoprofeno 100 mg en STAT</p> <p>Control de constantes vitales de presión arterial, Frecuencia respiratoria, temperatura, pulso y saturación de oxígeno.</p> <p>Evaluar el del efecto y respuesta a la administración del analgésico Promover un ambiente terapéutico adecuado, evitar los efectos nocivos personales y ambientales</p>	<p>Paciente continua con edema de +/-+++ Permanece en reposo absoluto Tiene limitación para movilizarse</p> <p>No refiere dolor alguno</p>

			Promover reposo absoluto, promover sueño de larga duración Evitar hechos que pueden generar molestia y dolor en el paciente, escucha activa.	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Blanco, S.	2011	<a href="http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos">http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos</a>	Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada:	IV

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Permanece sentado, tiene polipnea, se mantiene con soporte de oxígeno con sistema de Venturi al 35%.</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>Me agito cuando hablo, siento que me falta aire y me ahogo, no puedo moverme solo.</p>	<p><b>Código 00092</b></p> <p>Intolerancia a la actividad R/C</p> <p>desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno E/P</p> <p>Permanece sentado, tiene polipnea, se mantiene con soporte de oxígeno con sistema de Venturi al 35%; refiere Me agito cuando hablo, siento que me falta aire y me ahogo, no puedo moverme solo</p>	<p><b>00002</b></p> <p><b>Conservación de la energía</b></p> <p>Objetivo General</p> <p>Paciente recuperará su capacidad de tolerancia a la actividad durante el turno con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Paciente participará en de terapia rehabilitación cardiaca</p>	<p><b>0180 Manejo de la energía</b></p> <p>Educar al paciente para limitar movimientos que signifique mayor consumo de oxígeno</p> <p>Mantener al paciente en reposo absoluto, con el mínimo movimiento necesario y asistido</p> <p>Conservar al paciente con soporte de oxígeno por sistema de Venturi al 35%</p> <p>Participar activamente otorgando soporte en su alimentación enteral, baño higiene personal, protección y seguridad individual y colectiva.</p> <p>Notificar los signos clínicos de</p>	<p>Paciente continua con soporte de oxígeno por sistema de Venturi al 35%.</p> <p>Permanece en reposo absoluto, posición semi sentado</p> <p>Verbaliza que se agita fácilmente.</p>

			<p>Intolerancia, como agitación, polipnea las alteraciones fisiológicas como saturación, arritmias, cianosis, etc.</p> <p>Administrar inotrópicos que ayuda una mejor perfusión tisular</p> <p>Coordinar con terapia física y rehabilitación para su rehabilitación cardiaca</p> <p>Presentar al paciente opciones recreativas permitido para el paciente como lectura, música y videos.</p> <p>Brindar soporte emocional paciente, familia y el equipo de salud que incluya cuidados básicos.</p> <p>Registro de trabajo enfermero.</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>



Santaolalla, S.	2017	<a href="https://s.scribd.com/document/386501632/Inteligencia">s.scribd.com/document/386501632/Inteligencia</a>	Inteligencia Física	III
-----------------	------	---	---------------------	-----

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p><b>Datos Objetivos</b> llega al llanto con facilidad, sudoración, temblores, voz entrecortadas</p> <p><b>Datos subjetivos</b> Verbalización tengo miedo a morir, estoy preocupado, nadie viene a verme</p>	<p><b>Código 00146</b> Ansiedad R/C amenaza de cambios en estilos de vida, E/P llega al llanto con facilidad, sudoración, temblores, voz entrecortadas; refiere verbalización tengo miedo a morir, estoy preocupado, nadie viene a verme</p>	<p><b>1402 Controla la respuesta de la ansiedad</b> Objetivo General Paciente se mantendrá libre de los efectos de la ansiedad durante el turno con apoyo de la enfermera. Objetivo Especifico Paciente se mantendrá en</p>	<p><b>5820 Disminución de la ansiedad</b> Informar al paciente, la familia con palabras sencillas y fácil de comprender sobre la enfermedad, tratamiento y los cuidados a tener en cuenta. Explicar con claridad sobre cada procedimiento medico al paciente y la familia</p>	<p>Paciente adecuadamente informado al término del turno. Permanece en ambiente terapéutico con todas las garantías de seguridad. Expresa voluntad de cumplir y colaborar con su tratamiento médico. Hijos y nietos del paciente colaboran y están pendiente de su evolución clínica.</p>

		<p>un ambiente terapéutico adecuado en compañía de la familia.</p>	<p>Ofrecer seguridad física y ambiental al paciente durante su permanencia en el hospital</p> <p>Brindar un cuidado enfermero: Oportuno, seguro, humano.</p> <p>Mantenerse cerca, mostrar interés en el paciente y la familia, brindando un soporte emocional efectivo que propicie un acercamiento emocional efectivo y eficiente</p> <p>Practicar la escucha activa al paciente,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>familia sobre las grandes preocupaciones que tienen sus dudas, preocupaciones, expectativas.</p> <p>Mantener un contacto físico de compresión, hacer participe en su tratamiento y rehabilitación del paciente</p> <p>Fomentar en el paciente la toma de decisiones sobre su cuidado personal después del alta</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Educar al paciente y familia sobre los efectos estresores y su control personal</p> <p>Coordinar con el psicólogo para su evaluación y soporte o apoyo psicológico</p> <p>Establecer una comunicación asertiva que promueve la empatía</p>	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Virues, a.	2015	<a href="http://www.psicologiainvestigativa.com/ansiedad-estudio">http://www.psicologiainvestigativa.com/ansiedad-estudio</a>	La Ansiedad y sus efectos	IV

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos No evidencia</p> <p>Datos subjetivos No evidencia</p>	<p><b>Código 00004</b> Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos</p>	<p><b>01807</b> <b>Conocimiento y control de la infección</b> Objetivo General Paciente mantendrá libre de los agentes infecciosos durante su estancia hospitalaria con apoyo de la enfermera.</p> <p><b>01609</b> <b>Conocimiento y conducta en salud</b> Objetivo Especifico Paciente socializará la educación sobre</p>	<p><b>6540 Control de infecciones</b> Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento Administrar antibioticoterapia, ceftazidima 1 EV C/8 horas. Educar al paciente, familia sobre las técnicas asépticas del lavado de manos Indicar el lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente Valorar la presencia o ausencia de signos de flogosis. Valorar el resultado del hemograma. Observar rigurosamente el</p>	<p>Paciente recibe su tratamiento de antibiótico con apego a la prescripción terapéutica. No presenta signos sugerentes de inflamación e infección Buena praxis de medida de bioseguridad en la unidad terapéutica</p>

		las medidas de bioseguridad	cumplimiento de las técnicas asépticas durante el cuidado enfermero, curación de catéter venosos central y sonda vesical.	
<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>BASE/ FUENTE DE DATOS</b>	<b>TITULO</b>	<b>NIVEL</b>
Rael, S.	2016	/www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/	Factores de riesgo que contribuyen a la infección	IV

## **CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **3.1 Conclusiones**

Se elaboró un proceso de atención de enfermería respetando escrupulosamente los pasos del proceso de cuidado enfermero como herramienta de trabajo enfermero, según la taxonomía NANDA, con sus dominios y clases comprometidas, implementando un plan de cuidado que responde al cuidado de un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

Luego de aplicar correctamente el proceso de cuidado enfermero, paciente aún continúa hospitalizado con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva, con discreta mejoría, que mejora su medio interno, la clínica del paciente, con soporte de inotrópicos, diuréticos, digitalicos y antiarritmicos y soporte de oxígeno. Donde los cuidados enfermeros tengan base científica, como tal cada intervención se ejecuta para mejorar la condición clínica del paciente, satisfaciendo las necesidades básicas del paciente y conservar lo que aún posee el paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

El Proceso de cuidado enfermero es el método científico, que utiliza el enfermero para valorar e interpretar racionalmente las respuestas humanas, realizando un juicio clínico del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, con la finalidad de brindar cuidados específicos según el diagnóstico enfermero planteada en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

El proceso de cuidado enfermero, es sistematizado, dinámico que permite brindar un cuidado humano, seguro, oportuno, continuo, cuyo propósito de estudio es el paciente y la familia, respetando estrictamente la NANDA, aplicado a un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.



### **3.2 Recomendaciones.**

1. Al jefe de enfermeros del servicio de emergencia y los enfermeros asistenciales elaborar e implementar los formatos proceso de cuidado enfermero, que permita reconocer precozmente las respuestas humanas y ser abordado con la prontitud en pacientes con insuficiencia cardiaca congestivas en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.
2. Las enfermeras del servicio de emergencia deben tener el dominio de la teoría y la experticia practica de las enfermeras para poder brindar un cuidado con fundamento científico, para evitar complicaciones ulteriores y favorecer una pronta recuperación del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.
3. A los enfermeros del servicio de emergencia actualizarse en el uso del proceso enfermero con la utilización del lenguaje enfermero, logrando plantear diagnósticos de enfermería como resultado de un juicio clínico del paciente con insuficiencia cardiaca congestiva en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.
4. A los enfermeros del servicio de emergencia brindar cuidados enfermeros concordantes con los preceptos del código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, de brindar cuidado oportuno, continuo, seguro y humano en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva en el Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Acosta M. (2015). *La enfermería cubana inmersa en el paradigma de la transformación*. Revista Cubano Enfermería, 2015
- Alvarado, G. (2016). *En Ecuador, en el trabajo titulado "Etiología de la insuficiencia cardíaca en pacientes que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Luis Vernaza"*
- Benítez A. (2016). *Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Las casas, 2016*
- Beteta, A. (2017). *Lima Perú, en la tesis titulada "Características clínicas y electrocardiográficas en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue"*
- Brancacho, R. (2018). *Huánuco en la tesis titulada "Intervención de enfermería en la mejora del tratamiento pacientes con Insuficiencia Cardíaca Hospital II Essalud"*
- Dávila D. (2018). *Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca, 2018.*
- Cabrera Y. (2015). *Hábito de fumar: Repercusión sobre el aparato cardiovascular. Revista Cubana Medicina General, 2015*
- Cárdenas, L. (2017). *Situación de Salud; Insuficiencia cardíaca. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; Argentina, 2017.*
- Douglas L. (2011). *Decompensated Heart Failure Contemporary Medical Management, 2011*

- García M. (2008). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio, en una institución de cuarto nivel de atención, en Bogotá, 2008*
- Gaspar, E. (2017). *En Lima Perú, en el trabajo “Factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardíaca en el adulto mayor”*
- Guillén M. (2009). *Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en educación superior. Revista Cubana Enfermería 2009*
- Jiménez, M. (2018). *Tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica. Revista especializada en cardiología, 2018*
- López F. (2017). *Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. 2017*
- Man, D. (2015). *Mecanismo de circulación cardíaca. 2015*
- Melguizo M. (2011). *Insuficiencia Cardíaca Congestiva enfermedad. Revista Elsevier 2011*
- Merck S. (2019). *Trastornos cardiovasculares insuficiencia cardíaca 2019*
- Naranjo I. (2017). *La comunicación con los pacientes. Encuentros y desencuentros. Universidad de Antioquia. Colombia, 2017.*
- Olamendi, G. (2015). *El diagnóstico de la falla cardíaca, criterio de la determinación de la Falla cardíaca, según la guía internacional Consenso de la Sociedad de Cardiología Europea, 2015*
- Olmos, J. (2016). *En España, en la tesis titulada “Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca”*
- OMS. (2017). *Informe sobre el monitoreo de los progresos en enfermedades no transmisibles. Colombia; 2017*

- Pariona, M. (2017). *Lima Perú, en la tesis titulado “Características clínico epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca aguda en un hospital terciario”*
- Packer M. (2016). *Monitoreo Hemodinámico y cardíaco 2016. USA*
- Pereira, J. (2016). *Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud 2016*
- Prado L. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.*
- Rabelo E. (2017). *What to teach to patients with heart failure and why: The role of nurses in heart failure clinics. Revista Latino-Americano de Enfermería 2017*
- Rame J. (2014). *El pronóstico de la ingurgitación cardíaca. La falla cardíaca en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio. 2014.*
- Remme W. (2016). *Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J. 2016.*
- Rique, P. (2017). *En Brasil. En la tesis titulada “Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio comparativo”*
- Rujinky M. (2014). *Nutrición en la insuficiencia cardíaca Un gran eslabón. Insuficiencia Cardíaca, 2014*
- Sánchez E. (2016). *Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2016*
- Segovia, J. (S/F). *Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. Revista especializada del corazón*

- Silva C. (2015). *Implementación de una consulta de enfermería para pacientes con insuficiencia Cardíaca Revista electrónica, 2015.*
- Solón. J. (2016). *Educación al paciente y su familia. Revista Colombiana de Cardiología. 2016*
- Torres, G. (2016). *En Cuenca Ecuador, en el trabajo “Estilos de vida de las personas con insuficiencia cardíaca congestiva que acuden a consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.”*
- Villar R. (2015). *Criterios Framingham. Criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca. 2015*

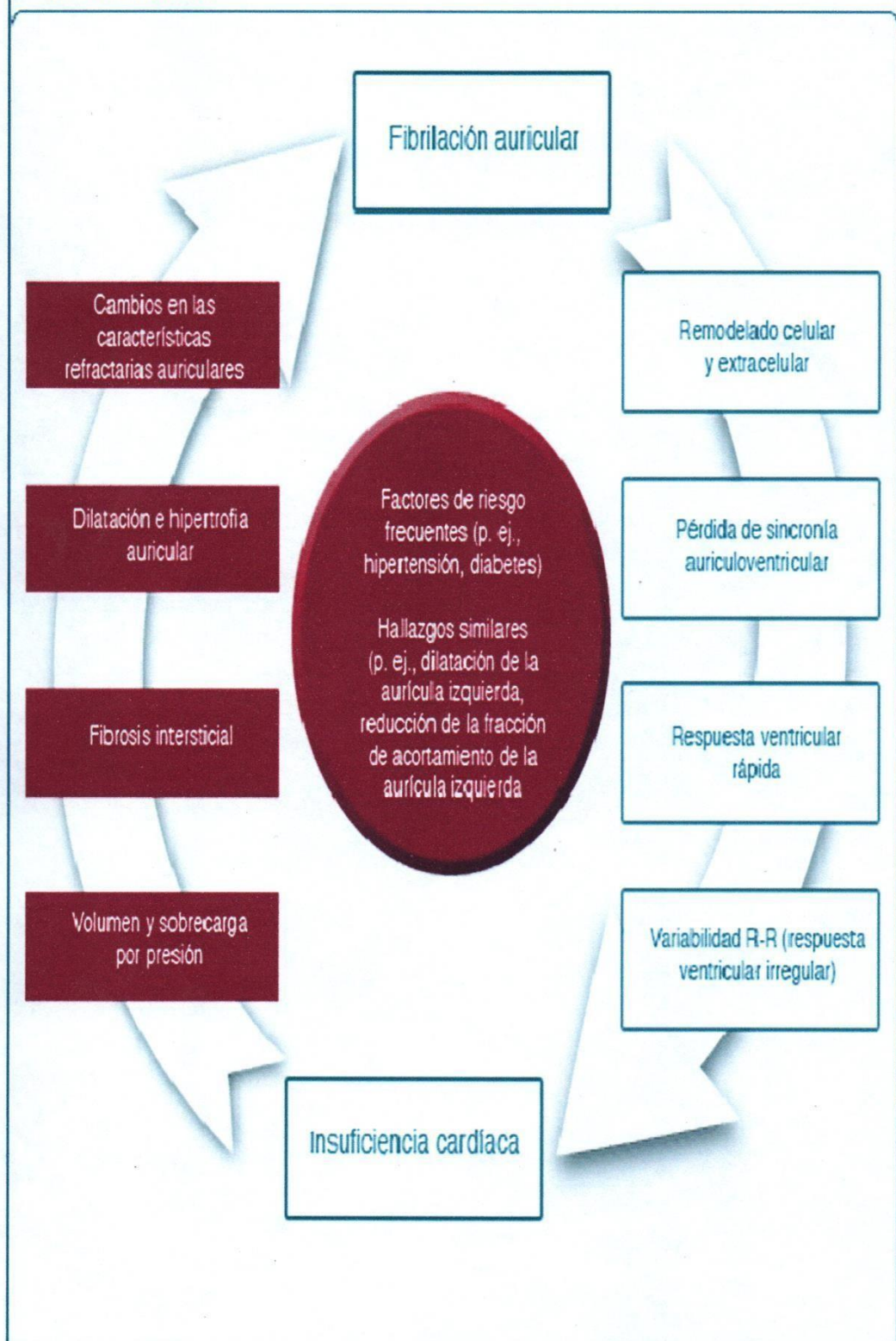
## **ANEXOS**

# MAPA FISIOPATOLOGICO

## Fisiopatología de la IC



## Círculo vicioso





Autorización para la ejecución dl estudio



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
María Auxiliadora

OFICINA DE APOYO A LA  
DOCENCIA E  
INVESTIGACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

# CONSTANCIA

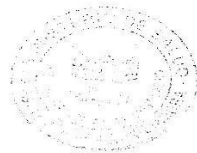
El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA**, Que el **TRABAJO ACADÉMICO**, Versión del 21 de octubre del presente; Titulado: "CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CRÓNICA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/055/19, presentado por la Investigadora: Lic. Luz Meri VELARDE MONTALVO ha sido REVISADO.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **20 de octubre del 2020**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 21 de octubre del 2019.

Atentamente



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA  
M.C. LUZ PARSA SALVÁN  
JEFE DE OFICINA  
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

LHPG/abc.  
c.c. Investigador Principal.  
c.c. Archivo.