



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**  
**CUIDADOS DEL ENFERMERO REALIZADOS A UN PACIENTE CON**  
**INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE**  
**EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO**  
**ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021**

PRESENTADO POR:  
**ROMY MARION CONCHA PEREIRA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO  
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ  
2024



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DEL ENFERMERO REALIZADOS A UN PACIENTE CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO  
ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021**

**PRESENTADO POR:**

**ROMY MARION CONCHA PEREIRA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMERO  
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**APROBADA POR :**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**SEGUNDO MIEMBRO :**

:   
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS SEG 09



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°196 - 2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 19 de julio del 2024

**VISTO:**

El Expediente N° 2023-010143, de la Egresado (a) **CONCHA PEREIRA ROMY MARION**, con DNI N° 29728179 y Código N° 131129071, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Filial Arequipa, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Filial Arequipa, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- NOMBRAR** a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **CONCHA PEREIRA ROMY MARION**, con DNI N° 29728179 y Código N° 131129071, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Filial Arequipa, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

<b>Presidente</b>	:	<b>Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA</b>
<b>Primer Miembro</b>	:	<b>Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE</b>
<b>Segundo Miembro</b>	:	<b>Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO</b>

**SEGUNDO. - DETERMINAR** que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Fecha</b>	:	<b>Viernes, 26 de julio del 2024</b>
<b>Hora</b>	:	<b>08:30 a.m.</b>
<b>Lugar</b>	:	<b>Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA</b>

**TERCERO. - AUTORIZAR** la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, Comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
Dr. Leopoldo Werpessao Condon Cari  
DIRECTOR (a)

C.c/ Arcv. EPG-2024 (03)  
CARGO (01)  
UNIVERSIDAD



## CUIDADOS DEL ENFERMERO REALIZADOS A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

### INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS


1	<a href="http://repositorio.uancv.edu.pe">repositorio.uancv.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	3%
4	<a href="http://www.mayoclinic.org">www.mayoclinic.org</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://bdigital.unal.edu.co">bdigital.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://revistas.unal.edu.co">revistas.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%



## METADATOS COMPLEMENTARIOS

TÍTULO	
<b>CUIDADOS DEL ENFERMERO REALIZADOS A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	ROMY MARION CONCHA PEREIRA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29728179
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0006-9496-7467">https://orcid.org/0009-0006-9496-7467</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4252-5265">https://orcid.org/0000-0002-4252-5265</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-6401-9470">https://orcid.org/0000-0001-6401-9470</a>
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-4145-7030">https://orcid.org/0009-0007-4145-7030</a>



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios – SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Azángaro  <b>Distrito:</b> Azángaro  <b>Edificio:</b> Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro  <b>Coordenadas:</b>  <b>Longitud:</b> 14°90'04°  <b>Latitud:</b> 70°19'97°</p> <p><b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1162Ak69sUtnKqevYiLwEGLkBvAkZuxk&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1162Ak69sUtnKqevYiLwEGLkBvAkZuxk&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Diciembre 2021 – Julio 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Ciencias de la salud</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a></p> <p><b>Enfermería</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a></p> <p><b>Salud Pública</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
ESCUELA DE POSGRADO

*Jesús Mamani Mamani*  
Dr. Jesús Mamani Mamani  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - EPS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROMY MARION CONCHA PEREIRA, identificado con DNI Nro. 29728179, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad,
Programa de Maestría o Doctorado

EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

CUIDADOS DEL ENFERMERO REALIZADOS A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VÍZCARDO DE AZÁNGARO-2021

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca de DICIEMBRE del 2025

Romy Concha Pereiro
Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi familia querida quienes han sabido entender el cumplimiento de todas mis metas y objetivos trazados.



## AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, la salud, la sabiduría y fortaleza para afrontar todos los minutos de mi vida y ser el centro de mi vida.



## RESUMEN

Este trabajo académico se lleva a cabo en el Hospital de Apoyo Azángaro II-1, una institución que brinda atención de urgencias las 24 horas y trata pacientes con diversas patologías, incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva. Debido a la escasez de especialistas en cardiología, muchos pacientes deben ser derivados a hospitales más complejos, lo que incrementa la necesidad de una atención de enfermería oportuna, integral y basada en la evidencia. El objetivo general del estudio es brindar una atención integral biomédica, psicológica y social al usuario para reducir las complicaciones en pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca congestiva y atendidos en salas de urgencias, utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC como base científica. Se organiza en cinco capítulos que corresponden a las fases del proceso de atención de enfermería: evaluación de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, y fundamentos teóricos. Además, los objetivos específicos incluyen la identificación de los principales signos y síntomas del paciente, la formulación de diagnósticos de enfermería prioritarios, el desarrollo de un plan de cuidados eficiente y oportuno, y la evaluación de las intervenciones realizadas durante el tratamiento. Se concluye que la aplicación sistemática del proceso de enfermería ayuda a organizar la atención personalizada, mejora la calidad de la atención y contribuye a la prevención de complicaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca congestiva, cuidados de enfermería, urgencias, NANDA, NIC, NOC, atención integral.



## ABTRAC

This academic work is being carried out at the Hospital de Apoyo Azángaro II-1, an institution that provides emergency care 24 hours a day and treats patients with various pathologies, including congestive heart failure. Due to the lack of cardiology specialists, many patients need to be referred to more complex hospitals, which increases the need for prompt, comprehensive, evidence-based nursing care. The overall goal of the study is to provide comprehensive biomedical, psychological, and social user care in order to reduce complications and complications in patients diagnosed with congestive heart failure treated in emergency rooms, using the NANDA, NIC, and NOC taxonomy as a scientific basis. It is organized into five chapters that correspond to the nursing care process phases: data evaluation, nursing diagnosis, planning, execution and evaluation, and theoretical foundation. Additionally, specific goals include identifying the patient's main signs and symptoms, making priority nursing diagnoses, developing an efficient and timely care plan, and evaluating the interventions performed throughout treatment. It is concluded that the systematic application of the nursing process helps organize personalized care, improves the quality of care, and contributes to the prevention of complications in patients with congestive heart failure.

Key words: congestive heart failure, nursing care, emergency, NANDA, NIC, NOC, comprehensive care..



## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE .....	ii
INTRODUCCIÓN .....	v
OBJETIVOS.....	vi

### CAPITULO I

#### VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACIÓN.....	1
1.2. MOTIVO DE CONSULTA .....	2
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL .....	2
1.4 ANTECEDENTES .....	2
1.5 ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO .....	3
1.6 EXÁMEN FÍSICO. ....	3
1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	4
1.8 RESULTADO ACERCA DEL ANÁLISIS EN EL LABORATORIO .....	4
1.9 DIAGNÓSTICOS DEL MEDICO .....	7
1.10 TRATAMIENTO POR PARTE DEL MEDICO .....	7
1.11 VALORACIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES 8	
1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN .....	10



**CAPÍTULO II**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS ..... 14

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS..... 14

2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA..... 16

SIGNIFICATIVOS ..... 16

**CAPÍTULO III**

**PLANIFICACIONES**

3.1 ESTABLECIMIENTOS ACERCA DE LAS PRIORIDADES PRINCIPALES 19

3.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS PRINCIPALES .....20

3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN .....22

**CAPITULO IV**

**EJECUCION Y EVALUACION**

4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA: .....29

**CAPÍTULO V**

**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

5.1 DEFINICIÓN .....32

5.2 ETIOPATOGENIA.....33

5.3 FISIOPATOLOGÍA.....34



5.4	CLASIFICACIÓN .....	36
5.5	FACTORES DE RIESGO.....	37
5.6	CUADRO CLÍNICO .....	40
5.7	DIAGNÓSTICO.....	40
5.8	EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA.....	42
5.9	TRATAMIENTO:.....	42
5.10	CUIDADOS DE ENFERMERIA: .....	52
	CONCLUSIONES .....	53
	RECOMENDACIONES .....	54
	BIBLIOGRAFIA.....	55
	ANEXOS.....	60



## INTRODUCCIÓN

El Hospital de Apoyo Azángaro II-1 ofrece atención urgente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y también alberga especialistas en diagnóstico por imagen y otros servicios, como obstetricia, pediatría, traumatología y nefrología, entre otros. Un paciente al que se le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva es uno de los muchos pacientes con diversas afecciones que buscan atención urgente en la sala de urgencias. Sin especialistas en cardiología, los pacientes suelen ser enviados a hospitales de ciudades más complejas como San Román, Puno, Cusco y Arequipa.

El presente Trabajo Académico contiene los siguientes Capítulos:

<b>CAPÍTULOS:</b>	<b>FASES:</b>
SEGÚN EL CAPITULO NUMERO I	ASOCIADO A LA VALORACION DE DATOS
SEGÚN EL CAPITULO NUMERO II	ASOCIADO AL DIAGNOSTICOS DE ENFERMMERIA
SEGÚN EL CAPITULO NUMERO III	ASOCIADO A LA PLANIFICACION
SEGÚN EL CAPITULO NUMERO IV	ASOCIADO A LA EJECUCION Y EVALUACION
SEGÚN EL CAPITULO NUMERO V	ASOCIADO A LA FUNDAMENTACION



## OBJETIVOS

### ❖ OBJETIVO GENERAL,

- \* Brindar una atención al usuario de manera integral en las esferas Bio-Psico-Social. Disminuir de forma prioritaria las complicaciones y secuelas en el paciente con el diagnóstico de Insuficiencia cardiaca congestiva atendido en emergencia del Hospital de Azángaro, usando el instrumento científico basado en el NANDA Nic-Noc.

### ❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS,

- \* Conocer e identificar los principales signos y síntomas que aquejan al usuario durante la atención, para poder formular los principales diagnósticos de enfermería.
- \* Desarrollar el plan de atención de enfermería priorizando según la necesidad del usuario de manera oportuna y eficaz para poder evitar las complicaciones y secuelas.
- \* Evaluar las acciones y procedimientos de enfermería que se realizarán durante el plan de atención de enfermería al usuario con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva.



## CAPITULO I

### VALORACION

#### 1.1 DATOS DE FILIACIÓN

NÚMERO DE PACIENTE Y DIRECCIÓN: V..Q.C.

El paciente tiene 45 años.

Edad del paciente: adulto

SEXO: Masculino

Fecha de nacimiento del paciente: 27 de octubre de 1975

El nivel de estudios del paciente es de secundaria completa. La profesión del paciente es conductor. La dirección del paciente es Jr. Lampa N.º 226.

Azángaro es el lugar de origen del paciente. Sin embargo,

Estado civil del paciente: Viudo

El paciente tiene dos hijos.

LENGUA DEL PACIENTE: Castellano

- La religión del paciente es católica. - La fecha de ingreso del paciente es el 21 de octubre de 2021.

La hora de llegada del paciente es las 10:20 a. m.

La esposa del paciente es la informante.



El número de H.CL del paciente es 02416776.

Servicio de Urgencias desarrollado por: Lic. Romy Marion Concha Pereira

## 1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Al interrogatorio, paciente varón de 45 años refiere que “tenía molestias en el pecho, que no podía respirar con normalidad y que tenía dolores en el cuerpo”, “Las palmas de las manos parecen más oscuras de lo que deberían”. Se encuentra en compañía de familiar.

## 1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

En esta evaluación, el paciente tenía dolor en la zona del tórax izquierdo cerca del corazón. Además, el paciente presentaba dificultad respiratoria, cianosis distal y central de las palmas de las manos y de la mucosa oral, y distensión abdominal. El paciente ingresó en urgencias en mal estado general, estado nutricional normal.

## 1.4 ANTECEDENTES

### ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Nació en casa por de parto Eutócico.

Fue amamantado durante el primer año, su crecimiento y desarrollo fueron normales, fue vacunado y su dieta fue mayoritariamente de carbohidratos.

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres aún vive y hermanos 06, Número de hijos 02



## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- Enfermedades no transmisibles: niega
- Bebe Café : si
- Ingiere Alcohol : si, en ocasiones especiales
- Habito de Fumar : en ocasiones
- Consume Drogas : no

## 1.5 ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO

- Tipo de residencia : Concreto
- Servicios básicos de residencia : Agua y luz.
- Tipo de eliminación de basura : en recolector de basura del municipio

## 1.6 EXÁMEN FÍSICO.

- Piel : Húmeda
- Cabeza : Normo céfalos Cabellos Negros
- Ojos : Pupilas que están isocóricas
- Nariz : Fosas Nasales Permeables
- Boca : Mucosa Oral semiseca
- Tórax : Simétricos
- Corazón : Presenta Ruidos cardiacos arrítmicos
- Abdomen : Distensiones Abdominales
- Sist. Genitourinario : Normal
- Miembros Inf. Y Sup.: Parámetros normales con cianosis

## SIGNOS VITALES:



- Temperatura : 36.5°C.
- Presiones Arteriales : 130/86 mmhg.
- Frecuencias Respiratorias : 24x`
- Pulso : 104x`
- SaO2 : 81%

### ANTROPOMETRIA:

- Peso : 70 Kilos
- Talla : 1.65 cmt.

## 1.7 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El paciente tuvo un infarto de miocardio el día anterior, y ahora, un día después de su enfermedad, experimenta molestias en el pecho, falta de aire, cianosis distal y central, orina anormal, ansiedad y trastornos del sueño.

## 1.8 RESULTADO ACERCA DEL ANÁLISIS EN EL LABORATORIO

EXAMENES APLICADOS	VALORES QUE SE HAN ENCONTRADO	VALORES NORMALES	INTERPRETACIONES DE LOS RESULTADOS
Hemoglobina	18.2g/dl	12.0 -17.4g/dl	Valor Normal: 12 - 16 g/cm
Hematocrito	53%	45-51%	Normal
Recuento de leucocitos	9.890	5.0-10.0 9/l	Normal
Segmentados	78	55-64%	Aumentados
Abastionados	00	0-1%	Normal



Monocitos	08	4-8	Normal
Basófilos	00	0-1%	Normal
Eosinófilos	00	2-4	Normal
Linfocitos	14%	20-40%	
Plaqueta.	96.000	150-400x10 <sup>9</sup> /l	Disminuidas
Bilirrubina total	3,7	Hasta 1mg/dl	Alterado
Bilirrubina Directa	1,8	Hasta 0,2mg/dl	Alterado
Bilirrubina Indirecta	2,4	Hasta 0,8mg/dl	Alterado
Creatinina	2,0 mg/dl	0.8-1.4mg/dl	Alterado
glicemia	109mg/dl	70-105	Normal
TGO Cinética	248	Hasta 42 U/l	Elevado
TGP	322	Hasta 38 U/l	Elevado
Proteínas	5.4	de 6,1-7,9 mg/dl	Normal
Albumina	3.0	de 3,5-4,8 gr/dl	Normal
Globulinas	2,4	de 2,2 gr/dl	Ligeramente elevado
Ácido Úrico	4.0	3,5-7.7 mg/dl	Normal
Fosfatasa alcalina	193	68-240 UI/l	Normal
Amilasa cinética	143	Hasta 125 U/l	Elevada
PCR	Negativa	-----	Normal
Reacción de Widal	Negativo	-----	Normal
<b>Examen</b>	<b>Valor Encontrado</b>	<b>Valor Normal</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Urológico</b>			



Color	Amarillo Oscuro	_____	Normal
Aspecto	Ligeramente turbio	_____	Normal
Reacción	P H : 6	_____	Normal
Densidad	1,020	_____	Normal
<b>Examen Químico</b>			
Pig. Sanguínea	50	Alterado	
Leucocitos	25	Alterado	
Cetonas	+	Alterado	
<b>Examen microscópico</b>			
Leucocitos	6-9 x campo	Alterado	
Hematíes	4-8 x campo	Alterado	
Cel. Epiteliales	1-3 x campo	Alterado	
Bacterias	+		

**ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETO**

Nombre del paciente: V. Q. C.

Edad del paciente: 45 años

Solicitante del paciente: Dr. David Mendizábal

Fecha del paciente: 20-10-2021

Antecedentes del paciente: d/c Abdomen Agudo

**Estudio muy limitado por condición del paciente muestra**

**Hígado:** Impresiona de tamaño y ecogénica parénquima conservados. Sin evidencia de lesión focal ni dilatación de las vías biliares intrahepático en los segmentos visibles, LHD: 143mm.



**Vesícula Biliar:** de 63 x 38 mm, sin engrosamiento mural, no se visualiza bacinete, Contenido anecoico habitual.

**Vena porta y colédoco:** solamente visible en pequeño trayecto. Posteriores a hilo hepático, Impresionan de calibre conservado.

**Páncreas:** No visible

**Bazo:** De tamaño y eco estructura conservada.

Marco colónico con abundante gas, impresionan tenues cambios inflamatorios en la grasa mesentérica del flanco derecho, sin lesión focal evidente.

Se evidencia escaso liquido libre intraabdominal laminar en el espacio de Morrison y peri esplénico, de mayor volumen en el espacio parietocolico izquierdo y en menor grado en el derecho.

### **Impresión Diagnostica**

- ❖ Intenso meteorismo intestinal, se sugiere complementar con estudio radiográfico, considerar proceso sub-oclusivo Vs. Íleo funcional.
- ❖ Leves cambios inflamatorios de la grasa mesentérica en flanco izquierdo, hallazgo inespecífico a correlacionar con datos clínicos
- ❖ Leve a moderada Ascitis.

## **1.9 DIAGNÓSTICOS DEL MEDICO**

Insuficiencia cardiaca congestiva

Insuficiencia Aortica

D/C. Sepsis

## **1.10 TRATAMIENTO POR PARTE DEL MEDICO**

Se administro lo siguiente:

Aspirina 400 mg. V.O



Atorvastatina 80mg. V.O

Enoxaparina 80mg. Sub-Cutáneo

Omeprazol 40 mg. EV.

Furosemida 20mg. E,V,

Dimenhidrato 50 mg. E.V.+

Metamizol 500mg. E.V.

Ciprofloxacino 400mg. E.V.

## 1.11 VALORACIONES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

### VALORACIONES SEGÚN LOS DOMINIOS.

DOMINIO: NUMERO I EVIDENCIADO EN LA PROMOCION DE LA SALUD:

- Con buen estado de Higiene

DOMINIO: II EVIDENCIADO EN LA NUTRICION:

- Estado regular de nutrición
- Estado regular de Hidratación

DOMINIO: III EVIDENCIADO EN LA ELIMINACION E INTERCAMBIO

- Eliminación de orina menor a 100ml al dia
- Saturación de Oxigeno = 81%



DOMINIO: IV EVIDENCIADO EN LA ACTIVIDAD Y REPOSO:

- Sueño alterado

DOMINIO: V EVIDENCIADO EN LA PERCEPCION/COGNICION:

- Consciente de su enfermedad

DOMINIO: VI EVIDENCIADO EN LA AUTOPERCEPCION:

- Preocupado

DOMINIO: VII EVIDENCIADO EN LA ROL/RELACIONES:

- Posee con apoyo por parte de su familiar

DOMINIO: VIII EVIDENCIADO EN LA SEXUALIDAD:

- Acorde al sexo masculino normal

DOMINIO: IX EVIDENCIADO EN LA AFRONTAMIENTO TOLERANCIA

AL ESTRES:

- Paciente que presenta ansioso

DOMINIO: X EVIDENCIADO EN LA PRINCIPIOS VITALES:

- Católico de religión

DOMINIO: XI EVIDENCIADO EN LA SEGURIDAD Y PROTECCION

Cuenta con ( SIS)

DOMINIO: XII EVIDENCIADO EN LA CONFORT:



- Presenta la paciente de dolores Intensos en la región torácica izquierdo

DOMINIO: XIII EVIDENCIADO EN LA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- Peso: 70 kilos
- Talla: 1.65 cm.

### 1.12 ESQUEMA DE VALORACIÓN

**DIAGNÓSTICO: Insuficiencia cardiaca congestiva**

DATOS IMPORTANTES	DOMINIOS CLASES Y LOS CÓDIGOS	BASES TEÓRICAS	PROBLEMATICA	FACTORES QUE ESTAN RELACIONADOS
El paciente tiene el abdomen hinchado y abultado cuando se presenta.	Dominio: numero 2 asociado con la nutrición  Clase: numero 5 asociado con la hidratación  Código: numero 00026	Aumento de la retención de líquido isotónico.	Exceso de volumen de liquidos	Relacionado a falla en los mecanismos de regulación comprometidos
La producción de orina es	Dominio: numero 3	Incapacidad de eliminar los	Deterioro de la	Relacionado con el



<p>inferior a 100 mililitros diarios.</p>	<p>asociado con la Eliminación e intercambio Clase: numero 1 asociado con la función urinaria Código: numero 00016</p>	<p>residuos a través del sistema urinario.</p>	<p>eliminación urinaria</p>	<p>deterioro sensitivo motor</p>
<p>El paciente tiene una cianosis central y distal, y su saturación de oxígeno es del 81%.</p>	<p>Dominio número: 3 asociado con la eliminación e intercambio Clase: numero 4 asociado con la función respiratoria Código: numero 00030</p>	<p>Un nivel alto o bajo de oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar puede ser un signo de varias condiciones diferentes.</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases</p>	<p>Relacionado con el desequilibrio en la ventilación perfusión  Relacionado con el patrón</p>





<p>Paciente quejumbroso</p>	<p>de afrontamiento</p> <p>Código: numero 00146</p> <p>Dominio: numero12 asociado con la confort</p> <p>Clase: numero 1 asociado con el confort físico</p> <p>Código: numero 00132</p>	<p>Se denomina dolor a una experiencia sensorial y emocional dolorosa que puede ser inducida por un daño tisular real o previsto.</p>	<p>Dolor agudo</p>	<p>Relacionado con agente lesivo biológico</p>
-----------------------------	--	---	--------------------	--



## CAPÍTULO II

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

#### 2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- ❖ Abdomen distendido
- ❖ Eliminación de orina menor a 100ml por día (Anuria)
- ❖ Dificultad respiratoria (cianosis central y central)
- ❖ Sa O<sub>2</sub> : 81%
- ❖ Dificultad para conciliar el sueño
- ❖ Paciente preocupado y ansioso
- ❖ Presenta dolor torácico lado izquierdo

#### 2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

##### DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO II ASOCIADO CON LA NUTRICION

Dominio según el numero 2 asociado con la Nutrición

Clase según el numero: 5 asociado con la Hidratación

Código según el numero: 00026

- ❖ La ascitis indica un exceso de volumen de líquido debido a un sistema regulador debilitado.



**DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO V: ASOCIADO CON LA ELIMINACION  
E INTERCAMBIO**

Dominio según el numero III : asociado con la Eliminación e intercambio

Clase según el numero 1 : asociado con la Función urinaria

Código según el numero: 00016

- ❖ Una diuresis inferior a 100 mL al día es indicativa de una diuresis insuficiente asociada a una disfunción sensoriomotora.

**DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO III: ASOCIADO CON LA ELIMINACION  
E INTERCAMBIO**

Dominio según el numero 3 : asociado con la Eliminación e Intercambio

Clase según el numero 4 : asociado con la función Respiratoria

Código según el numero: 00030

- ❖ El desequilibrio en el intercambio de gases causado por una ventilación de perfusión desequilibrada se refleja en una saturación de oxígeno del 81%.

**DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO IV: ASOCIADO CON LA ACTIVIDAD  
REPOSO**

Dominio según el numero IV : asociado con la Actividad reposo

Clase según el numero 01 : asociado con Sueño Reposo

Código según el numero: 00198

- ❖ Los pacientes expresaron verbalmente las alteraciones del comportamiento del sueño causadas por los patrones de sueño no reparador.



**DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO IX: ASOCIADO CON AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Dominio según el numero 9 : asociado con Afrontamiento tolerancia al estrés

Clase según el numero 02 : asociado con la Respuestas de afrontamiento

Código según el numero: 00146

- ❖ Los pacientes expresaron verbalmente su temor a los cambios en las condiciones de salud.

**DOMINIO SEGÚN EL NÚMERO XII: ASOCIADO CON CONFORT**

Dominio según el numero 12 : asociado con Confort

Clase según el numero 01 : asociado con Confort Fisico

Código según el numero: 00132

- ❖ Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos manifestado por expresión verbal del paciente

**2.3 ESQUEMA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

**SIGNIFICATIVOS**

**DOMINIO SEGÚN N° III: ASOCIADO CON LA ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Dominio según el numero 3: asociado con la Eliminación e Intercambio

Clase según el numero 4: asociado con la función Respiratoria

Código según el numero: 00030



Un desequilibrio en el intercambio de gases causado por una ventilación de perfusión desequilibrada se muestra con una saturación de oxígeno del 81%.

## **DOMINIO SEGÚN N° XII: ASOCIADO CON CONFORT**

Dominio según el numero 12 : asociado con Confort

Clase según el numero 01 : asociado con Confort Físico

Código según el numero: 00132

- ❖ Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos manifestado por expresión verbal del paciente

## **DOMINIO SEGÚN N° II : ASOCIADO CON LA NUTRICION**

Dominio según el número: 2 asociado con la Nutrición

Clase según el numero: 5 asociado con la Hidratación

Código según el numero: 00026

- ❖ Exceso de volumen de líquidos relacionado con la falla en los mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por acumulación de líquido peritoneal

## **DOMINIO SEGÚN N° V: ASOCIADO CON LA ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Dominio según el numero III: asociado con la Eliminación e intercambio

Clase según el numero 1: asociado con la Función urinaria

Código según el numero: 00016

- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con el deterioro sensitivo motor evidenciado por eliminación de orina menor a 100 ml por día



### **DOMINIO SEGÚN N° IV: ASOCIADO CON LA ACTIVIDAD REPOSO**

Dominio según el numero IV: asociado con la Actividad reposo

Clase según el numero 01: asociado con Sueño Reposo

Código según el numero: 00198

❖ Trastornos del patrón sueño relacionado con el patrón de sueño no reparador manifestado por expresión verbal del paciente

### **DOMINIO SEGÚN N° IX: ASOCIADO CON AFRONTAMIENTO**

#### **TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Dominio según el numero 9: Afrontamiento tolerancia al estrés

Clase según el numero 02: Respuestas de afrontamiento

Código según el numero: 00146

❖ Ansiedad r/c cambios en las condiciones de salud. Manifestado por una expresión verbal del paciente.



## CAPÍTULO III

### PLANIFICACIONES

#### 3.1 ESTABLECIMIENTOS ACERCA DE LAS PRIORIDADES PRINCIPALES

- La evidencia de una alteración del intercambio de gases debido a un desequilibrio en la ventilación de perfusión puede observarse en el nivel de saturación de oxígeno del paciente, que equivale al 81%.
- El dolor agudo se caracteriza por el uso de la comunicación vocal por parte del paciente y está causado por sustancias biológicas que han causado daño.
- Una cantidad excesiva de líquido que está causada por el fallo de los sistemas reguladores que se han debilitado.
- Una disminución de la cantidad de orina que se expulsa cada día de menos de 100 mililitros es indicio de un problema de eliminación urinaria que se asocia a una disfunción sensomotora.
- Interrupciones del patrón de sueño que están relacionadas con un patrón de sueño que no es reparador.
- Ansiedad provocada por cambios en el estado físico



### 3.2 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS PRINCIPALES

Diagnóstico de enfermería	Objetivos
Un desequilibrio en el intercambio de gases causado por una ventilación de perfusión desequilibrada se muestra con una saturación de oxígeno del 81%.	Realizar las acciones de Enfermería encaminadas a normalizar la saturación de oxígeno mediante la administración de oxígeno monitorización de las constantes vitales
Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos manifestado por expresión verbal del paciente	Brindar los cuidados de Enfermería realizando las acciones para disminuir el dolor mediante la administración de analgésicos indicados y el apoyo emocional
Exceso de volumen de líquidos relacionado con la falla en los mecanismos de regulación comprometidos	Cumplir con la medicación indicada, proceder al control de ingresos y egresos de líquidos
Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con el deterioro sensitivo motor evidenciado por eliminación de orina menor a 100 ml por día.	Colocar sonda vesical permanente y determinar el volumen de líquidos eliminados por el paciente para determinar el ingreso y egreso de líquidos
Trastornos del patrón sueño relacionado con el patrón de sueño no reparador	Tener en cuenta el control ambiental el confort, el descanso, evitar ruidos y luz fuerte.
Ansiedad relacionado con los cambios en el estado de la salud	Propiciar y brindar apoyo emocional dar información sobre la evolución de la enfermedad para así quitarle el miedo a lo desconocido



### 3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombres: V. Q. C.

Servicios: Emergencia

Edad : 45 años

Dx : Insuficiencia cardiaca congestiva

#### PLANES SOBRE LAS ATENCIONES DE LA ENFERMERIA

Dx. De la Enfermería	(NOCs)	(NICs)	Fundamentos Científicos	Evaluaciones (NOC)																								
Dominio: asociado con la 3  Eliminación e intercambio  Clase: asociado con la 4 función respiratoria  Cód.: asociado con 00030	Dominio: asociado con la Salud fisiológica II  Clase: asociado con líquidos y electrolitos G  Código: asociado con 0600 Equilibrio electrolítico y acido base	Código1910  Manejo básico del equilibrio ácido  Las actividades incluyen la apertura de una vía aérea periférica que es patente.	La  oxigenación  y/o la  eliminación del dióxido de carbono demasiado alto o demasiado bajo en la membrana	Código: asociado con 0606 Equilibrio electrolítico y acido base <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código asociado con la 060012 Creatinina sérico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código asociado con la 060015 PH urinario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código asociado con la 060035 Debilidad muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje final: 12 Ptuje Diana: 15 Ptuje Basal: 09 Ptuje final: 12 15.....100% 12.....x X= 80%	Indicadores	1	2	3	4	5	Código asociado con la 060012 Creatinina sérico				X		Código asociado con la 060015 PH urinario				X		Código asociado con la 060035 Debilidad muscular				X	
	Indicadores	1	2	3	4	5																						
	Código asociado con la 060012 Creatinina sérico				X																							
	Código asociado con la 060015 PH urinario				X																							
	Código asociado con la 060035 Debilidad muscular				X																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código asociado con la 060012 Creatinina sérico</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código asociado con la 060015 PH urinario</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código asociado con la 060035 Debilidad muscular</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 09	Indicadores	1	2	3	4	5	Código asociado con la 060012 Creatinina sérico			x			Código asociado con la 060015 PH urinario			x			Código asociado con la 060035 Debilidad muscular			x						
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Código asociado con la 060012 Creatinina sérico			x																									
Código asociado con la 060015 PH urinario			x																									
Código asociado con la 060035 Debilidad muscular			x																									



<p>La evidencia de un intercambio gaseoso deteriorado debido a un desequilibrio en la ventilación de perfusión puede verse en el nivel de saturación de oxígeno del paciente, que</p>		<p>Colocar al paciente en una posición que le facilite una respiración adecuada, abrir la vía aérea y elevar la cabeza. El tratamiento con oxígeno debe administrarse a un ritmo de 3 litros por minuto.</p>	<p>alveolo capilar.</p>	<p>Interpretación: al principio, se le dio una puntuación de 09 puntos, lo que corresponde a una desviación moderada; sin embargo, tras las intervenciones de enfermería, se alcanzó una puntuación final de 12 puntos, lo que produjo una desviación menor del rango normal, que es del 80%.</p>
---	--	--	-------------------------	---



<p>es equivalente al 81%.</p>		<p>Control y observación de los procesos fisiológicos. Se miden los niveles de electrolitos en suero y orina, así como la gasometría arterial. La administración del fármaco prescrito.</p>		
-------------------------------	--	---	--	--

1= Desviaciones Graves 2= Desviaciones Sustanciales 3= Desviaciones Moderadas 4= Desviaciones Leves 5= Sin Desviaciones



Nombres: V. Q. C.

Edad : 45 años

Servicios: Emergencia

Dx : Insuficiencia cardiaca congestiva

**PLANES SOBRE LAS ATENCIONES DE LA ENFERMERIA**

Dx. De la Enfermería	(NOCs)	(NICs)	Fundamentos Científicos	Evaluaciones (NOC)																								
Dominio N° 12 asociado con el Confort Clase N° 01 asociado con Confort Físico Cód. N° 00132 Dolor Agudo relacionado con Agente lesivo biológico	Dominio: Clase: Código: numero 1605 Control del dolor	Código: numero 1400 asociado con el manejo del Dolor  Actividades: Realizar una evaluación en profundidad del dolor del paciente. Estar atento a las señales no verbales de que alguien está incómodo, sobre todo en aquellos que tienen problemas para comunicarse bien.	Es la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial de inicio súbito o lento de cualquier	Código: 1605 Control del dolor <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código 160501 Reconoce factores causales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código 160507 Siente síntomas incontrolables del dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código 160509 Reconoce los síntomas asociados al dolor</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Ptje final: 11 Ptje diana: 15 Ptje basal 08 Ptje final: 11 15.....100% 11.....X X= 73.3% Interpretación: Interpretación: Debido a los 11 puntos adquiridos, que oscilaron entre	Indicadores	1	2	3	4	5	Código 160501 Reconoce factores causales				X		Código 160507 Siente síntomas incontrolables del dolor				X		Código 160509 Reconoce los síntomas asociados al dolor			X		
	Indicadores	1	2	3	4	5																						
	Código 160501 Reconoce factores causales				X																							
	Código 160507 Siente síntomas incontrolables del dolor				X																							
	Código 160509 Reconoce los síntomas asociados al dolor			X																								
Indicadores	1	2	3	4	5																							
Código numero 160501 Reconoce factores causales			X																									
Código numero 160507 Siente síntomas incontrolables del dolor			X																									
Código numero 160509 Reconoce los síntomas asociados al dolor		X																										
Punto inicial: 08																												



evidenciado por manifestación verbal del paciente		Es imprescindible proporcionar al paciente el tratamiento analgésico adecuado.	intensidad de leve a grave con un final anticipado o prevenible	una desviación significativa del rango normal y una pequeña desviación del rango normal, o sea el 73,3%, no fue factible obtener la puntuación ideal de Diana.
---	--	--	---	--

1= Desviaciones Graves 2= Desviaciones Sustanciales 3= Desviaciones Moderadas 4= Desviaciones Leves 5= Sin Desviaciones



Nombres: V. Q. C.  
Servicios: Emergencia

Edad: 45 años  
Dx : Insuficiencia cardiaca congestiva

### PLANES SOBRE LAS ATENCIONES DE LA ENFERMERIA

Dx. De la Enfermería	(NOCs)	(NICs)	Fundamentos Científicos	Evaluaciones acerca de la (NOC)																																																
Dominio: 2 asociado con nutrición Clase: 5 hidratación Cód.: asociado con 00026 Exceso de volumen de líquidos relacionado con la falla en los	Dominio: asociado con Salud fisiológica II Clase: asociado con líquidos y electrolitos (G) Código: asociado con 0603 Severidad de la sobrecarga de líquidos	Código: asociado con 4120 Manejo de líquidos Actividades: asociado con la administración de diuréticos	Aumento de la retención de líquidos isotónicos	Código: 0603 Severidad de la sobrecarga de líquidos																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código numero 060306 Ascitis</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código numero 060307 Aumento de la circunferencia abdominal</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código munero 060319 Disminución de la diuresis</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores		1	2	3	4	5	Código numero 060306 Ascitis			x			Código numero 060307 Aumento de la circunferencia abdominal		x				Código munero 060319 Disminución de la diuresis		x				Monitorización de signos vitales Colocación de sonda vesical	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código 060306 Ascitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código 060307 Aumento de la circunferencia abdominal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Código 060319 Disminución de la diuresis</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Código 060306 Ascitis				x		Código 060307 Aumento de la circunferencia abdominal				x		Código 060319 Disminución de la diuresis			x		
	Indicadores	1		2	3	4	5																																													
	Código numero 060306 Ascitis				x																																															
	Código numero 060307 Aumento de la circunferencia abdominal			x																																																
Código munero 060319 Disminución de la diuresis		x																																																		
Indicadores	1	2	3	4	5																																															
Código 060306 Ascitis				x																																																
Código 060307 Aumento de la circunferencia abdominal				x																																																
Código 060319 Disminución de la diuresis			x																																																	
Puntaje Basal: 07	Realizar registro de ingreso y	Ptje final: 11 Ptje Diana :15 Ptje basal: 07 Ptje final: 11 15.....100% 11.....x X= 73.3% <b>Interpretación:</b>																																																		



<p>mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por acumulación de líquido peritoneal</p>		<p>egreso de la ingesta de líquidos</p>		<p>No se cumple en la puntuación objetivo ya que se obtuvieron 11 puntos de desviación sustancial del rango normal a desviación moderada del rango normal, lo que suma el 73,3% del total posible.</p>
---	--	---	--	--

1= Desviaciones Graves 2= Desviaciones Sustanciales 3= Desviaciones Moderadas

4= Desviaciones Leves 5= Sin Desviaciones



## CAPITULO IV

### EJECUCION Y EVALUACION

#### 4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA:

##### SOAPIE Nº 1

Nombre del Paciente : V. Q. C.

Edad : 45 años

Fecha : 21-10-21

Hora : 10:20

“S” Refiere el paciente “no puedo respirar bien, me falta aire “

“O” El paciente era un hombre en el momento de la evaluación de enfermería, en mal estado general, con regular estado de hidratación y nutrición Afebril, exploración física preferente, mucosas orales húmedas y cianóticas, conjuntivas palpebrales rosadas, fosas nasales permeables, cuello cilíndrico móvil, tórax simétrico doloroso a la palpación y latidos ligeramente irregulares. Los pulmones presentaban un murmullo vesicular que atravesaba ambos pulmones, miembros superiores e inferiores simétricos permeables, así como sin rasgos distintivos.



“A” Un desequilibrio en el intercambio de gases causado por una ventilación de perfusión desequilibrada se muestra con una saturación de oxígeno del 81%.

“P” Cuando se proporcione atención de emergencia al usuario, utilice las intervenciones de la enfermera para tratar la alteración del intercambio de gases.

“I” **Actividades** del personal de enfermería:

10:25 se controla las funciones Vitales.

T<sup>o</sup>=36.5°C P/A= 130/86mmhg, Pulso=104x`, FR= 24x` Peso=70 kilos

Talla : 1.65 cm SaO<sub>2</sub>: 81%

Código1910

Manejo del Equilibrio acido básico

Actividades:

Se apertura una vía periférica permeable.

Se coloca al paciente para facilitar una ventilación adecuada se abre la vía aérea y se eleva la cabecera

Se administra oxigenoterapia a 3 litros por minutos

Monitorización de las funciones vitales.

Monitorización de la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios



Administración de la medicación indicada

“E” 11:30 Paciente mejora la saturación de oxígeno registrando 90% y una frecuencia respiratoria de 18 X´

---

Lic. Romy Marion Concha Pereira  
CEP: 70166



## SOAPIE Nº 2

Nombre del Paciente : V. Q. C.

Edad : 45 años

Fecha : 21/10/2021

Hora : 10:20

**“S”** Al interrogatorio paciente refiere “me duele mucho mi Pecho en el corazón ”

**“O”** El examen de enfermería de los pacientes masculinos, el estado general es pobre, el estado nutricional de los fluidos corporales es normal, no hay fiebre, se da prioridad a la exploración física, la mucosa oral está húmeda y cianótica, el párpado y la conjuntiva son de color rosa, las fosas nasales tienen fugas, el cuello es móvil, el pecho es simétrico, la ternura, y la arritmia. Doble soplo vesicular en los pulmones, fuga en las fosas nasales, cuello móvil, simetría, ninguna otra característica evidente, simetría de las extremidades superiores e inferiores

**“A Dolor** Agudo relacionado con agente lesivo biológico m/p expresión verbal del paciente

**“P”** Realizar acciones que disminuyan el dolor Agudo durante la atención en emergencia.

**“I”** Acciones de enfermería.

Código: 1400

Manejo del Dolor



## Actividades:

- ❖ Evaluar exhaustivamente su dolor. La puntuación del dolor en una escala analógica visual es de 7 sobre 10.
- ❖ Sobre todo entre quienes tienen dificultades para comunicarse con éxito, se observan señales no verbales de malestar.
- ❖ Asegúrese de que el paciente recibe el tratamiento analgésico adecuado.
- ❖ Gestión de los exámenes complementarios.

**“E”** 11:30 En la evaluación del dolor analógico visual, el paciente informó de un malestar menor con una puntuación de 4/10.

Pereira

---

Lic. Romy Marion Concha

CEP: 70166



## CAPÍTULO V

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 5.1 DEFINICIÓN

El síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva crónica se define por una serie de signos y síntomas causados por cambios estructurales y funcionales en el sistema cardiovascular. Este cambio puede producirse tanto en el propio corazón como en las arterias que lo irrigan. (1) La activación progresiva de los procesos neuroendocrinos responsables del control de la presión arterial y de los fluidos corporales es otro factor que contribuye al desarrollo de esta afección. Estos procesos son responsables de mantener la presión arterial y los fluidos corporales normales (2).

La explicación tradicional de la enfermedad es la incapacidad del sistema cardiovascular para mantener su gasto cardíaco a un nivel suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. En cambio, el término "síndrome de insuficiencia cardíaca crónica" se utiliza actualmente para designar los cambios en la estructura y la función del corazón que limitan la actividad física de los pacientes (disnea de esfuerzo) y/o presentan síntomas clínicos de retención de agua y sal. . Estos dos estados pueden darse al mismo tiempo. En otras palabras, un paciente debe presentar ambos

síntomas para ser diagnosticado de SAFC (3). Además, en contra de lo que se creía, la aparición de síntomas e indicios de insuficiencia cardíaca congestiva en un paciente indica que ya se encuentra en una fase avanzada de la historia natural de la enfermedad. Este descubrimiento ha echado por tierra una creencia muy arraigada. La tasa de mortalidad es tan alta una vez que se manifiestan los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca que los expertos han situado la media de supervivencia en sólo 1,7 años para los hombres y 3,2 años para las mujeres. Una vez que se manifiestan los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca, la tasa de mortalidad se dispara. Esto se aplica a ambos sexos. La tasa de mortalidad a cinco años en los hombres es del 75%, frente al 62% en las mujeres (4). (5).

## 5.2 ETIOPATOGENIA

Esta condición clínica es el resultado final de muchas entidades diferentes, cada una con la capacidad de afectar a la estructura y función del corazón. Esta condición clínica es el producto final del desarrollo de muchas entidades diferentes. La cardiopatía isquémica representa el 60% de todos los casos de insuficiencia cardíaca, la miocardiopatía dilatada el 18%, la valvulopatía el 12% y la cardiopatía hipertensiva el 10% de todos los casos.

Sin embargo, una fracción de eyección inferior o igual al 40% de sus síntomas está presente en el 80% al 90% de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos síntomas pueden variar desde la dominancia diastólica hasta la dominancia sistólica, pasando por entidades mixtas. Hay varios síntomas asociados a los distintos estadios de la insuficiencia cardíaca (6).



Aunque la hipertensión arterial y la isquemia coronaria representan el 70% de la incidencia de la insuficiencia cardíaca en los adultos mayores, la etiología de la insuficiencia cardíaca en los adultos mayores es a veces más compleja que en los pacientes más jóvenes. Otras posibles comorbilidades o patologías aisladas son la valvulopatía, la miocardiopatía, las arritmias, el alcoholismo, el consumo de fármacos (incluidos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los betabloqueantes, los antagonistas del calcio y los antidepresivos tricíclicos), la insuficiencia renal, la anemia, la disfunción tiroidea, la enfermedad pericárdica y la hipertensión pulmonar. Cuando se comparó a las personas con ICC y diabetes con las que no tenían diabetes, las que tenían ICC presentaban una mayor tasa de mortalidad y sus síntomas eran más frecuentes y graves. La fibrilación auricular se encuentra hasta en el 30% de los pacientes con ICC que han participado en grandes ensayos clínicos. El estudio clínico no demuestra que el restablecimiento del ritmo sinusal sea superior al control de la frecuencia cardíaca en los adultos mayores con ICC y fibrilación auricular (7).

### 5.3 FISIOPATOLOGÍA

Disfunción ventricular izquierda (ICC) Los hipertensos tienen un riesgo más de dos veces mayor de desarrollar ICC, mientras que los pacientes con cardiopatía isquémica tienen un riesgo cinco veces mayor de desarrollar ICC. (8). (9).

Por otra parte, los pacientes con hipertensión en estadio II tienen una incidencia 5 veces mayor de hipertrofia ventricular derecha y 17 veces mayor de hipertrofia ventricular izquierda (10). (11). La presencia de disfunción del



VI es necesaria para el desarrollo de la ICC; sin embargo, no es el único componente que contribuye al desarrollo de la ICC. El proceso de reducción de la función sistólica es proporcional al desarrollo de mecanismos compensatorios que mantienen un estado funcional normal o casi normal. Estos mecanismos han evolucionado con el tiempo. Estos procesos incluyen la activación temprana del sistema nervioso simpático, la retención de sodio y agua, la activación de los péptidos natriuréticos, las prostaglandinas I2 y E2 y los vasodilatadores como el óxido nítrico (NO), pero sólo se producen cuando la actividad neuroendocrina es elevada. De asintomática a sintomática, especialmente en la norepinefrina y la angiotensina II y en los sistemas de citoquinas (factor de necrosis tumoral y endotelina). Esta noción está respaldada por el hecho de que el uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (p. ej., enalapril) y de bloqueadores B (p. ej., metoprolol o carvedilol) son beneficiosos para la progresión de la enfermedad, pero no alteraron el curso de la misma o, en algunos casos, el pronóstico de los casos que empeoraron durante el tratamiento con inótrofos. Los cambios hemodinámicos también se acompañan de cambios biomoleculares como la disminución de la expresión de la miosina, el aumento de la expresión génica de la miosina-miosina, el aumento de la pérdida de miofilamentos, la alteración de las proteínas del citoesqueleto y diversos acoplamientos de excitación-contracción. Paralelamente a estos cambios morfológicos, se observó una mayor tasa de apoptosis. Los bloqueadores B tienen el potencial de corregir parcialmente esta disfunción contráctil, pero los mecanismos exactos que la causan no se conocen del todo (11).

## 5.4 CLASIFICACIÓN

La clasificación de la insuficiencia cardíaca según la capacidad funcional es el método más utilizado y se considera la medida más general del deterioro clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Este método también se conoce como la gravedad de la disnea.

Hay muchas categorías diferentes que pueden utilizarse para describir la insuficiencia cardíaca, que varían según el tipo y el grado de deterioro clínico y hemodinámico. Son importantes y dignas de mención

- Insuficiencia cardíaca izquierda y derecha: La gravedad de la enfermedad depende de si el paciente presenta signos y síntomas de hipertensión auricular izquierda (congestión pulmonar) o de hipertensión auricular derecha (congestión visceral). El término "insuficiencia cardíaca global" se utiliza para describir una situación en la que se observa un compromiso similar a nivel global.

- Insuficiencia cardíaca compensada o congestiva: se refiere al grado de alteración del gasto cardíaco o de la hipertensión capilar venosa, que pueden producir síntomas en el momento inicial incluso cuando el paciente está en reposo.
- Insuficiencia cardíaca: se refiere al grado de variación del gasto cardíaco o de la hipertensión capilar venosa.

- Los términos insuficiencia cardíaca aguda y crónica describen, respectivamente, el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas de la insuficiencia cardíaca y la rapidez con que éstos han empeorado. La fisiopatología y las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca pueden variar según la forma específica de insuficiencia cardíaca.



Cuando alguien padece una "insuficiencia cardíaca congestiva", se refiere a una afección en la que los pulmones o el sistema gastrointestinal experimentan síntomas de congestión. Debe distinguirse de un "estado congestivo" caracterizado por la hipervolemia y la congestión visceral, pero puede ser el resultado final de diversos trastornos, incluida la insuficiencia cardíaca.

La insuficiencia circulatoria súbita es una avería del sistema circulatorio provocada por diversas causas, como: B. Hipovolemia grave, shock séptico o insuficiencia cardíaca aguda. El fallo circulatorio agudo puede ser mortal (12).

## 5.5 FACTORES DE RIESGO

La insuficiencia cardíaca puede ser provocada por un único factor de riesgo, pero la probabilidad de padecer la enfermedad suele aumentar cuando hay muchos factores de riesgo presentes.

A continuación, se presenta una relación de posibles factores de riesgo de insuficiencia cardíaca, que incluyen, entre otros, los siguientes

- Enfermedad arterial coronaria Cuando las arterias se estrechan, se reduce la cantidad de sangre rica en oxígeno que puede fluir libremente hacia el corazón. Esto, a su vez, hace que el músculo cardíaco se debilite.
- Ataque cardíaco Un "ataque cardíaco" es un término que utilizan los profesionales médicos para dirigirse a la aparición repentina de una enfermedad de las arterias coronarias. Los ataques cardíacos dañan el



músculo cardíaco, lo que a veces impide que el órgano bombee suficiente sangre a todo el cuerpo.

- Enfermedad de las válvulas del corazón. Las personas con defectos en las válvulas del corazón tienen un mayor riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca.

- Hipertensión (HTA). Si su presión arterial es anormalmente alta, su corazón tiene que trabajar más de lo que debería.

- Ritmo cardíaco anormal. Estos ritmos anormales, sobre todo cuando se producen con mucha frecuencia y regularidad, pueden dañar el músculo cardíaco y acabar provocando una insuficiencia cardíaca.

- Enfermedad cardíaca congénita de nacimiento. Algunos niños nacen con una cardiopatía subyacente que altera la estructura o el funcionamiento de los órganos, lo que puede provocar insuficiencia cardíaca en algunos pacientes.

- La diabetes. La diabetes hace que las personas sean más propensas a las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria. No se recomienda dejar de tomar ningún medicamento sin consultar al médico. Consulte a su médico si es necesario hacer cambios.

- La diabetes puede tratarse con distintos fármacos. Se ha demostrado que los medicamentos para la diabetes rosiglitazona (Avandia) y pioglitazona (Actos) pueden aumentar el riesgo de insuficiencia cardíaca en algunas personas. Sin embargo, no debe dejar de tomar estos medicamentos sin consultarlo antes con su médico. Si los está tomando actualmente, debe consultar a su médico para determinar si es necesario cambiar la dosis.



- Ciertos medicamentos. Varios medicamentos recetados se han relacionado con casos de insuficiencia cardíaca y otras enfermedades cardiovasculares. Los antiinflamatorios no esteroideos, también conocidos como AINE, algunos anestésicos y algunos medicamentos se incluyen en esta categoría. Estos fármacos se utilizan para tratar afecciones como la hipertensión arterial, el cáncer, los trastornos sanguíneos, los latidos irregulares o anormales del corazón, los trastornos neurológicos, los trastornos mentales y los problemas del tracto urinario, la inflamación y las infecciones.

- Consumir bebidas alcohólicas en la dieta. El consumo excesivo de alcohol puede debilitar el músculo cardíaco y acabar provocando una insuficiencia cardíaca.

- Apnea del sueño. Si no puede respirar correctamente mientras duerme, la cantidad de oxígeno en la sangre disminuye, lo que a su vez aumenta el riesgo de sufrir problemas de ritmo cardíaco. Ambas condiciones reducen la eficiencia del corazón.

- Cualquier forma de consumo de tabaco, incluyendo mascar y fumar. Si fuma, deje de hacerlo. El consumo de tabaco aumenta considerablemente la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca.

Un trastorno en el que el cuerpo almacena cantidades anormalmente grandes de grasa. Las personas con un peso saludable tienen menos riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca que las personas con sobrepeso.

- Virus. Hay muchas enfermedades víricas que dañan el músculo cardíaco (13).

## 5.6 CUADRO CLÍNICO

Los pacientes de edad avanzada pueden no experimentar los signos y síntomas clínicos habituales de la insuficiencia cardíaca. Esto significa que síntomas como la disnea de esfuerzo progresiva, la disnea paroxística nocturna y la ortopnea suelen ser indicativos de insuficiencia cardíaca izquierda. En la insuficiencia ventricular derecha, en cambio, se observan a menudo síntomas como edema periférico, dolor en el flanco derecho y ascitis, que pueden tratarse con síntomas menos específicos, como fatiga, debilidad muscular generalizada, anorexia o delirio. La presencia de otras comorbilidades, como el asma y la EPOC, así como los cambios típicos relacionados con la edad, como el edema periférico y la pérdida de apetito, pueden complicar el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. Existen criterios diagnósticos (Apéndices 1 y 2) que apoyan el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en presencia de síntomas y signos subjetivos y en la respuesta cuestionada al tratamiento. Las pruebas objetivas para detectar la insuficiencia cardíaca son la ecocardiografía, la resonancia magnética cardíaca o la ventriculografía. Los apéndices 1 y 2 contienen estos criterios diagnósticos de referencia (14).

## 5.7 DIAGNÓSTICO

### Clínica

La fatiga y la falta de aire son los síntomas más comunes asociados a la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Estos síntomas provocan una disminución de la movilidad y una retención de líquidos en los pacientes, lo que en última instancia conduce a un edema pulmonar y periférico. La disnea debe estratificarse según los criterios relacionados con el ejercicio de la



Asociación de Nueva York (NYA), en los que el grado 4 es la disnea con la higiene personal, el grado 3 es la actividad física diaria mínima o la marcha ligera, y el grado 2 es el ejercicio diario B. El piso, el nivel 1, la disnea debida al esfuerzo físico, debe evaluarse individualmente, ya que depende del entrenamiento individual. La disnea debe estratificarse según los criterios de la Asociación de Nueva York (NYA) relacionados con el ejercicio (15). (quince).

Los criterios de Framingham requieren un criterio mayor y dos criterios menores o dos criterios mayores y se siguen utilizando hoy en día para diagnosticar la insuficiencia cardiaca (ICC). Estos criterios estipulan que los pacientes deben tener un criterio mayor y dos criterios menores o dos criterios mayores (Tabla 3). Se puede observar una confusión de signos y síntomas comunes a la ICC. Estos signos y síntomas incluyen frecuencia cardiaca irregular, disnea, estertores, aumento de la presión venosa, edema de las extremidades, tos nocturna e incluso reflujo hepático yugular y hepatomegalia. Otros signos y síntomas son el edema de las extremidades y la tos nocturna. La disnea paroxística se confunde a menudo con la pseudodisnea paroxística nocturna porque ambas están causadas por el broncoespasmo matutino, aunque la disnea paroxística puede no ser nocturna (15).

Recientemente se ha desarrollado una estratificación de la insuficiencia cardiaca (ICC). Esta estratificación incluye las condiciones patológicas que conducen a la insuficiencia cardíaca, con el objetivo principal de alertar a los médicos sobre las condiciones patológicas relativamente comunes que pueden conducir a la insuficiencia cardíaca (11). (Tabla 4). El edema de las



extremidades inferiores y la insuficiencia respiratoria persistente son manifestaciones clínicas en pacientes con cor pulmonar (16). (17).

## 5.8 EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA

Los pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca deben someterse a un hemograma completo. Esto incluye la lectura de la hemoglobina, los glóbulos blancos y las plaquetas del paciente, así como los electrolitos séricos, la creatinina sérica, la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe), la glucosa, las pruebas de función hepática y el análisis de orina. La presentación clínica del paciente es uno de los factores que se tienen en cuenta a la hora de decidir si un paciente necesita más pruebas (Tabla 14). En la insuficiencia cardíaca leve o moderada no predominan las anomalías sanguíneas o electrolíticas; sin embargo, son frecuentes la anemia leve, la hiponatremia, la hiperpotasemia y la disfunción renal, sobre todo cuando se utilizan en los pacientes diuréticos e inhibidores neurohormonales (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina [IECA], antagonistas de los receptores de la angiotensina [ARA], antagonistas de la aldosterona). La monitorización adecuada del paciente es fundamental al inicio del tratamiento de la IC, durante la titulación y durante la fase de titulación.

## 5.9 TRATAMIENTO:

El objetivo principal del tratamiento a corto plazo es aliviar los síntomas del paciente, lo que en última instancia conduce a una mejora de la función y la calidad de vida del paciente. Los objetivos a largo plazo incluyen la reducción de la mortalidad por todas las causas y la detención o reversión del desarrollo



de problemas estructurales en el ventrículo izquierdo, un proceso comúnmente conocido como remodelación. (19) Terapia alternativa

Lo primero que hay que hacer para tratar esta enfermedad es eliminar los factores de riesgo comentados anteriormente. El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) muy convencionales es una de las principales razones. El descontrol de los procesos más básicos es una causa de inestabilidad que puede llevar a repetidos ingresos en centros sanitarios.

dieta

A los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca moderada o grave se les suele aconsejar que reduzcan su consumo de sal a menos de 3 gramos al día. Los pacientes con insuficiencia cardíaca grave o insuficiencia cardíaca congestiva que requieren dosis altas de diuréticos pueden necesitar una prescripción reducida. Esta restricción puede conseguirse evitando las cosas ya cocinadas, como las conservas, los embutidos, las patatas fritas, etc.; cocinando con muy poca sal; y evitando la sal en los alimentos ya cocinados. Dado que estas dos sustancias tienen un alto contenido en sal, le conviene evitar los medicamentos efervescentes y el bicarbonato sódico.

Se recomienda que los pacientes con insuficiencia cardíaca inestable grave que no responden bien a los diuréticos o con hiponatremia diluida limiten la ingesta de agua a menos de 1,5 litros al día. Esto se debe a que tanto los diuréticos como la hiponatremia diluida provocan una importante retención de líquidos.



En el caso de los individuos diagnosticados de miocardiopatía alcohólica, el consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo debe restringirse severamente y desaconsejarse enérgicamente.

**Control del peso** Los pacientes deben ser vigilados de cerca si aumentan más de 2 kg en tres días.

O más de un kilo en menos de tres días, lo que puede indicar retención de líquidos. El edema de las extremidades y la dificultad para respirar son otros dos síntomas que deben vigilarse cuidadosamente. Se mire como se mire, el control de la obesidad es un problema que hay que abordar.

Intente evitar las situaciones que puedan causar malestar físico o mental.

A medida que aumentan las fluctuaciones de temperatura, es importante beber suficiente agua. Es mejor evitar el esfuerzo físico en la medida de lo posible. Si la ansiedad y el insomnio están presentes, es mejor evitar la angustia emocional a toda costa y, si es necesario, discutir las opciones de tratamiento con un médico especializado en trastornos de ansiedad. Si no se puede evitar la angustia emocional, lo mejor es discutir las opciones de tratamiento con un médico especializado en trastornos de ansiedad. Si es inevitable enfrentarse a la angustia emocional, también es conveniente evitar la ansiedad y las noches de insomnio.

### **Ejercicio físico**

La reducción de la actividad física se recomienda sólo en casos de insuficiencia cardíaca grave o inestabilidad. Dado que favorece la degradación del tejido muscular, no se debe descansar en ninguna otra condición. Además, los pacientes que han alcanzado un nivel satisfactorio



de compensación pueden beneficiarse de la participación en un programa de acondicionamiento físico consistente en actividades regulares de intensidad moderada.

Las personas sedentarias son más propensas a desarrollar una trombosis venosa profunda.

Tratar y prevenir la anemia y las infecciones

Los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca deben recibir las vacunas anuales contra la gripe y el neumococo. Los adultos mayores tienden a sufrir varias formas de anemia, cada una de las cuales puede ser un precursor de la insuficiencia cardíaca. La anemia es también un factor de riesgo de insuficiencia cardíaca. Por ello, debe ser revisada y tratada lo antes posible.

tratamiento médico

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca tiene como objetivo reducir los síntomas de la enfermedad y mejorar la capacidad funcional del paciente. También busca corregir las fluctuaciones hemodinámicas y los mecanismos compensatorios neurohormonales, prevenir o retrasar el deterioro cardíaco, mejorar la calidad de vida de los pacientes y alargar su esperanza de vida. Además, el tratamiento tiene como objetivo prevenir o retrasar el deterioro de la función cardíaca. Debido a la compleja fisiopatología de la enfermedad y a la naturaleza progresiva de su avance, a menudo se utilizan combinaciones de fármacos como estrategia terapéutica para la insuficiencia cardíaca (IC).



Fármacos que bloquean la enzima convertidora de la angiotensina (inhibidores de la ECA).

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) son medicamentos que reducen la presión arterial al inhibir la actividad de la enzima en los riñones que es responsable de convertir la angiotensina I en angiotensina II. De este modo, se reducen los niveles de angiotensina I y angiotensina II en el organismo. Al reducir la producción de aldosterona, se consigue una vasodilatación arterial y venosa y una reducción de la capacidad de almacenamiento de sal del propio organismo (inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona). La posibilidad de que los inhibidores de la ECA tengan efectos beneficiosos en los pacientes con insuficiencia cardíaca está respaldada por el hecho de que estos fármacos también tienen posibles efectos hemodinámicos, antiarrítmicos, antiisquémicos y cardioprotectores. Múltiples estudios han demostrado que el uso de estos fármacos acorta el curso de la insuficiencia cardíaca (IC) y prolonga la vida de los pacientes con hipofunción del ventrículo izquierdo, independientemente de que el paciente tenga o no síntomas de insuficiencia cardíaca. Los inhibidores de la ECA difieren en su farmacocinética y características tisulares, aunque su potencia es esencialmente la misma. Los principales inhibidores de la ECA son: captopril, enalapril, lisinopril, trandolapril, etc. Las dosis recomendadas para adultos se muestran en la Tabla 4. Puede ser beneficioso iniciar el tratamiento con una dosis más baja y alcanzar gradualmente la dosis recomendada.

consecuencias negativas. En la mayoría de los casos, se asocian a la inhibición de la angiotensina II, lo que puede dar lugar a hipotensión e



insuficiencia renal o a niveles más altos de cinina endógena (tos y angioedema).

Contraindicaciones. En pacientes con hipotensión sintomática, hiperpotasemia ( $K > 5,5$  mmol/L), insuficiencia renal establecida, estenosis bilateral o unilateral de la arteria renal sin riñón único y antecedentes de angioedema debido a la terapia con IECAs de por medio.

## **Diuréticos**

Son el fármaco de elección para tratar los síntomas de congestión y retención de líquidos en el organismo. Su mecanismo de acción consiste en eliminar agua y sales del organismo reduciendo la cantidad de líquido que llega al corazón. Se utilizan como terapia de primera línea, y su uso debe ir acompañado de una reducción del consumo de sal. Los diuréticos se dividen en tres categorías, a saber

Diuréticos de asa. Son los de mayor impacto. Tanto la furosemida como la torasemida se utilizan para el tratamiento.

Tiazidas. Son diuréticos de potencia moderada. Esta categoría incluye los químicos hidroclorotiazida y clortalidona.

Diuréticos ahorradores de potasio. Se recomiendan la amilorida y la espironolactona. Tienen poco potencial diurético, pero la espironolactona es un antialdosterónico que, además de su efecto diurético, tiene la capacidad de bloquear la actividad neurohormonal.

En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca inestable, se suelen administrar dosis altas de diuréticos de asa. A continuación, se realizan reducciones



hasta alcanzar una dosis mínima que permita al paciente estar asintomático durante la fase estable. Este proceso continúa hasta que se alcanza la dosis mínima. En esta fase, se utilizan diuréticos de asa o tiazidas; sin embargo, casi siempre se utilizan en combinación con otros fármacos debido a su potencial para empeorar el pronóstico de la enfermedad al provocar una activación neurohormonal.

Como se ha descrito en apartados anteriores, la espironolactona es el único diurético que inhibe la actividad neurohormonal. Los diuréticos de asa y las tiazidas provocan hipocalcemia, y la gravedad de la enfermedad está relacionada con la dosis. El uso de digitálicos en combinación con otros fármacos aumenta el riesgo de toxicidad y la posibilidad de arritmias cardíacas.

Los fármacos ahorradores de potasio no se recomiendan en caso de hiperpotasemia ( $K > 5,5$  mmol/l) e insuficiencia renal (creatinina  $> 2,5$  mg/dl). La ginecomastia es uno de los posibles efectos secundarios de la toma de espironolactona.

Es mejor evitar la combinación de inhibidores de la ECA y diuréticos con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), especialmente la COX-2, porque puede reducir la eficacia de estas dos últimas categorías.

Actúan reduciendo la actividad de la bomba ATPasa Na/K, lo que provoca un aumento de la concentración de sodio intracelular y una disminución de la concentración de potasio. Digitálicos (digoxina) También promueven la entrada de calcio en las células humanas, que es responsable de aumentar la contractilidad del corazón. En conclusión, el gasto cardíaco aumenta, la



diuresis mejora y la presión de llenado ventricular disminuye, todo lo cual conduce a la disminución de la congestión pulmonar. Además, la diuresis también mejora. La digoxina se recomienda para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca cuando los síntomas persisten tras el tratamiento con inhibidores de la ECA y diuréticos. La digoxina puede ser especialmente útil en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca asociada a la fibrilación auricular. El rango terapéutico de este agente es muy limitado, y la intoxicación digitálica es frecuente, especialmente en los ancianos. En la mayoría de los casos, la dosis diaria recomendada es de 0,25 a 0,50 mg. Los efectos secundarios más comunes incluyen casi todos los tipos de arritmias cardíacas. Los niveles de potasio y la función renal de los pacientes deben controlarse durante el uso de la digoxina.

### **Bloqueadores beta**

Estos fármacos calman el sistema nervioso simpático, que es hiperactivo y contribuye de forma importante a la fisiopatología de la enfermedad. Se recomiendan para pacientes con miocardiopatía dilatada en estadios II, III y IV, y para pacientes en estadio IV sin retención de líquidos ni reducción del gasto cardíaco. Empezar con una dosis muy baja una vez estabilizado el paciente y aumentarla gradualmente. Se asocian a las formas más básicas de tratamiento (diuréticos e inhibidores de la ECA). Este grupo incluye los fármacos bisoprolol y carvedilol.

malas consecuencias. Después de la dosis inicial, los pacientes deben ser informados de que pueden experimentar mareos. Al principio del curso del tratamiento, la condición puede empeorar y el paciente no puede notar cambios en la movilidad durante al menos dos meses.



Contraindicaciones. Si se padece enfermedad del nodo sinusal, bloqueo AV, bradicardia, hipotensión sinusal o asma bronquial.

Anticuerpo que bloquea la acción del receptor de la angiotensina II (ARA II).

Lo hacen impidiendo que la angiotensina II actúe, pero lo hacen sin aumentar los niveles de bradicinina. Esto es fundamental porque los niveles elevados de bradicinina pueden provocar efectos secundarios de los inhibidores de la ECA, como tos y angioedema. Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas hasta la fecha, no se recomienda el tratamiento sustitutivo con inhibidores de la ECA. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II o los ARA II se recomiendan cuando una persona no tolera los inhibidores de la ECA. Los beneficios potenciales de la integración de estos dos grupos se están investigando actualmente en varios ensayos clínicos. El miembro más notable de este grupo, el losartán, está contraindicado en individuos con insuficiencia renal, hipercalemia (K superior al 5,5%) o hipotensión, ya sea sintomática o asintomática.

vasodilatador

Lo hacen ajustando los elementos vasculares, lo que provoca una dilatación venosa (reduciendo la precarga) y/o arterial. Esto mejora la función ventricular (reduce la poscarga).

Se inyectan vasodilatadores (nitroglicerina, dinitrato de isosorbida y mononitrato de isosorbida). Reducen la tensión de la pared ventricular, lo que a su vez reduce la demanda de oxígeno del miocardio y la isquemia cardíaca, así como los síntomas de congestión pulmonar y sistémica. Su eficacia disminuye con el uso continuado. Se recomiendan los IECA y los



ARA II si no deben utilizarse. Los vasodilatadores intravenosos se consideran una mala opción de tratamiento si el paciente tiene hipotensión sintomática o una presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg.

Dilatación arterial (hidralazina). Pueden mejorar el flujo sanguíneo periférico al reducir la resistencia vascular periférica y mejorar la ventilación minuto; sin embargo, tienen poco efecto sobre los síntomas de obstrucción pulmonar o la presión arterial. También aumentan el volumen minuto.

La coadministración de dos vasodilatadores, hidralazina y dinitrato de isosorbida, mejoró la supervivencia.

### **Antagonistas del calcio**

El verapamilo y el diltiazem son fármacos que deben evitarse porque reducen la capacidad de contracción del corazón. El amlodipino se recomienda como opción de tratamiento cuando coexisten la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica o cuando la insuficiencia cardíaca está causada por una disfunción diastólica.

### **Anticoagulantes**

Los casos de fibrilación auricular, los antecedentes de tromboembolismo o la presencia de coágulos sanguíneos en las cavidades cardíacas son motivos para considerar estos procedimientos. Los pacientes postrados en cama con insuficiencia cardíaca grave son candidatos a la anticoagulación con heparina.

otros fármacos



Se ha descubierto que los mecanismos que conducen a una supervivencia óptima son comunes a todas las clases de fármacos, que ahora son objeto de investigación, que actúan modulando el sistema neurohormonal. Entre ellos se encuentran los inhibidores del factor de necrosis tumoral, la vasopresina, la endotelina, los péptidos natriuréticos, la endopeptidasa y la vasopectidasa, así como los inhibidores de la endopeptidasa y la vasopectidasa, respectivamente. (19).

## 5.10 CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- ❖ La toma de funciones vitales es el primer paso en el proceso de cuidado de enfermería.
- ❖ Evaluación del paciente con el médico especialista en medicina interna
- ❖ Oxigenoterapia 3 litros por minutos
- ❖ Se apertura una vía periférica perfundiendo Cl. Na al 9% x 1,000cc a 30 gotas por minutos
- ❖ Se administra la medicación indicada
- ❖ Se coloca una sonda vesical Foley con bolsa colectora en posición permanente.
- ❖ Toma de Electrocardiograma
- ❖ Se gestiono los exámenes de laboratorio
- ❖ Se brindo apoyo emocional y psicológico
- ❖ Se brindo comodidad y confort ambiental
- ❖ Se brindo información acerca de la salud actual del paciente a sus familiares.



## CONCLUSIONES

**PRIMERO:** Durante la valoración de enfermería al usuario se identificaron los principales signos y síntomas que podrían haber comprometido la vida del usuario siendo estos los siguientes: dificultad respiratoria Abdomen distendido, eliminación de orina menor a 100ml por día, cianosis distal y central, dificultad para conciliar el sueño, preocupación por el estado actual de la salud y dolor en el tórax izquierdo a nivel del corazón.

**SEGUNDO:** Los siguientes diagnósticos de enfermería se elaboraron a partir de los principales signos y síntomas descubiertos: alteración del intercambio gaseoso, dolor agudo, exceso de volumen de líquidos, alteración de la eliminación urinaria, trastornos del sueño y ansiedad.

**TERCERO:** A la evaluación de enfermería después de realizados todos lo procedimientos indicados el usuario presenta una saturación de Oxígeno de 88%, en cuanto al dolor agudo presenta una puntuación EVA de 4/10 (dolor leve), en cuanto al exceso de líquido y deterioro de la eliminación urinaria presenta 2,800 cc de diuresis en 24 horas presenta sueño conservado y disminución de la ansiedad.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERO:** Al personal de enfermería del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, recomienda realizar una atención eficaz y oportuna al usuario, teniendo en cuenta su privacidad, individualidad.

**SEGUNDO:** Se aconseja que el enfermero jefe del servicio de urgencias disponga de todos los recursos y materiales imprescindibles para un tratamiento oportuno, eficaz y de calidad. Esto evitará que se pierda tiempo durante el proceso de atención a los pacientes.

**TERCERO:** A los familiares del usuario se recomienda brindar apoyo emocional y económico para la pronta recuperación del usuario.



## BIBLIOGRAFIA

1. Dávila DF DC. Mechanisms of neurohormonal activation in chronic congestive heart failure: Pathophysiology and therapeutic implications. [ Links ]. [Online]; 2005. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000300001).
2. Dávila DF DJBGTACJMdDC. Cardiac afferents and neurohormonal activation in congestive heart failure. Med Hypot. [Online]; 2001. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000300001).
3. Scielo. [Online]; 2001. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000300001).
4. Adams KF DSSCCSPJBMJLTLKG. Scielo. [Online]; 1996. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000300001).
5. Adams KF SCGM. Scielo. [Online]; 1999. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000300001).
6. Daniel DC. Scielo. [Online]; 2001. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422001000200006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422001000200006&script=sci_arttext).



7. Vilches Moraga Arturo RPC. [Online] Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
[https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2030\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2030_III.pdf).
8. F R. Epidemiología de la Insuficiencia Cardíaca. [Online]; 2004. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
9. Boscha X AFyBJ. Redalyc. [Online]; 2004. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
10. Braunwald E CWGW. Redalyc. [Online]; 1997. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
11. E. W. Redalyc. [Online]; 2003. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
12. Chile Pucd. medicina.uc.cl. [Online]; 2022. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/clasificaciones-la-insuficiencia-cardiaca/>.
13. Clinic M. MayoClinic.org. [Online]; 2022. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>.
14. Vilches Moraga Arturo RPC. [Online] Acceso Enero de 6 de 2022. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fZBFnlhgIPYJ:https://www.segg.es/download.asp%3Ffile%3D/tratadogeriatría/PDF/S35-05%252030\\_III.pdf+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fZBFnlhgIPYJ:https://www.segg.es/download.asp%3Ffile%3D/tratadogeriatría/PDF/S35-05%252030_III.pdf+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe).
15. Braunwald E CWGW. Clinical aspects of heart failure. [Online]; 1997. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en: Braunwald E, Colucci W, Grossman W eds. Clinical



- aspects of heart failure. En Braunwald Herat Disease 5 Ed 1997: pp 445-470  
[Acce<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
16. E. W. Redalyc. [Online]; 2003. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
  17. Lehrman S RPFW. Redalyc. [Online]; 2002. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible  
en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363925008.pdf>.
  18. (ESC) GdlpcdlSEdC(pedytdlicayc. revespcardiol.org. [Online]; 2008. Acceso 6 de  
Enero de 2022. Disponible en:  
<https://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia-icc.pdf>.
  19. Rafaela RM. Elsevier. [Online]; 2008. Acceso 6 de Enero de 2022. Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-abordaje-terapeutico-insuficiencia-cardiaca-diagnostico-13120522>.
  20. Alexander CAA. repositorio digital ucE. [Online].; 2021. Acceso 02 de 10 de 2021.  
Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23722/1/UCFCQ-CASTILLO%20ANDRES.pdf>.
  21. Silvera Chipana JE, Saravia Diaz GM. DSpace Principal Uwiener. [Online].; 2019.  
Acceso 02 de 10 de 2021. Disponible  
en:<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2950/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Silvera%20Jans%20%20Saravia%20Graciela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  22. DIAZ SMea. Niveles de colinesterasa en cultivadores de papa expuestos  
ocupacionalmente a plaguicidas, Totoró, Cauca. Revista de la Universidad Industrial  
de Santander. Salud. 2017; 49(01).



23. Valdivieso Aquije JJ, Obregon Zorrilla YN. DSpace Principal Uwiener. [Online].; 2017. Acceso 10 de 10 de 2021. Disponible en:  
[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/407/T061\\_25558083\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/407/T061_25558083_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
24. Mishell MBG. repositorio digital UCE. [Online].; 2020. Acceso 02 de 10 de 2021. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21964/1/T-UCE-0008-CQU-248.pdf>.
25. Merino Salazar PA. Repositorio de la Universidad Internacional SEK Ecuador. [Online].; 2021. Acceso 05 de 10 de 2021. Disponible en:  
<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4351/1/Sunta%20Ru%c3%a4dz%20Mario%20Leopoldo.pdf>.
26. Lozano B. Repocitorio Universidad Peruana Los Andes. [Online].; 2020. Acceso 10 de 10 de 2021. Disponible en:  
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1992/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. Ruben dario vela inquilla. Repositorio Institucional de la UNSA. [Online].; 2018. Acceso 10 de 10 de 2021. Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7739/AGveinrd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Maravi Sandoval JJ. Repositorio Institucional UNDAC. [Online].; 2018. Acceso 10 de 10 de 2021. Disponible en:  
<http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/697/1/TESIS%20JOCELYN%20MARAVAL%20SANDOVAL%202018.pdf>.
29. Lozano B. Universidad Peruana Los Andes. [Online].; 2020. Acceso 10 de 10 de 2021. Disponible en:



<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1992/TESIS%20FINANCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

30. ELISA GV. Repositorio de la Universidad César Vallejo. [Online].; 2017. Acceso 07 de 10 de 2021. Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16916/Gamarra\\_VE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16916/Gamarra_VE.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

31. CONTRERAS EKC. Repositorio Institucional de la UNSA. [Online].; 2017. Acceso 07 de 10 de 2021. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2734/ENScccoek.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

32. AQUINO LMC. Cybertesis. [Online].; 2019. Acceso 07 de 10 de 2021. Disponible en:

[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11103/Cruz\\_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11103/Cruz_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y).



## ANEXOS



### Anexo 1. Matriz de consistencia

**Título del estudio: Cuidados del enfermero realizados a un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en el área de emergencia del Hospital de Apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro – 2021**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuáles son los cuidados del enfermero realizados a un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en el área de emergencia del Hospital de Apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro, 2021?</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal</p> <p>Método: Observacional</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Qué cuidados de enfermería se realizan durante la valoración del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva?</p> <p>Identificar los cuidados de enfermería relacionados con la valoración del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Describir los cuidados del enfermero realizados a un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en el área de emergencia del Hospital de Apoyo Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro, 2021.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>—</p> <p>Describir las intervenciones de enfermería realizadas al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en el área de emergencia.</p> <p>Analizar los cuidados de educación y apoyo brindados al paciente durante su atención en emergencia.</p>	<p>No aplica (estudio descriptivo).</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>Variable única:</p> <p>Cuidados del enfermero al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva.</p> <p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Valoración de enfermería</p> <p>Administración de oxígeno, control de líquidos, administración de medicamentos, posicionamiento del paciente</p> <p>Educación al paciente</p> <p>Registro y monitoreo</p>	<p>Evaluación de signos vitales, valoración respiratoria, valoración cardiovascular, control del balance hídrico</p> <p>Población y muestra: Paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva atendido en emergencia</p> <p>Orientación sobre reposo, adherencia al tratamiento, signos de alarma</p> <p>Registro de signos vitales, monitoreo cardíaco, evolución del paciente</p>	<p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Técnicas: Observación directa, revisión de historia clínica</p> <p>Instrumentos: Guía de observación, ficha de recolección de datos</p>



## ANEXOS: 2

### EXAMENES DE LABORATORIO

#### 1) HEMOGLOBINA

Un recuento de hemoglobina alto indica un nivel de hemoglobina por encima de lo normal de la proteína que contiene hierro en los glóbulos rojos. La hemoglobina (a menudo abreviada Hb o Hgb) es el componente de los glóbulos rojos que transporta oxígeno.

La hemoglobina, que les da el color a los glóbulos rojos, ayuda a transportar oxígeno desde los pulmones hacia el resto del cuerpo y el dióxido de carbono de vuelta hacia los pulmones para exhalarlo.

El umbral para un recuento de hemoglobina alto difiere ligeramente entre las prácticas médicas. Generalmente, se define como más de 16,6 gramos (g) de hemoglobina por decilitro (dl) de sangre para los hombres y 15 g/dl para las mujeres. En los niños, la definición de un recuento de hemoglobina alto varía con la edad y el sexo. El recuento de hemoglobina también puede variar según la hora del día, cuán hidratado estés y la altitud en la que te encuentres.

#### 2) PLAQUETAS

Las plaquetas son células sanguíneas que forman parte del sistema de coagulación y se aglutinan alrededor de las heridas en los vasos sanguíneos para crear una malla que tapone la herida y detener la hemorragia.

En condiciones normales de salud, una persona tiene entre 150.000 y 450.000 plaquetas por microlitro de sangre. Cuando tenemos las plaquetas bajas hablamos de trombocitopenia (trombopenia o plaquetopenia), que consiste en un descenso del número de plaquetas o trombocitos. La vida media de una



plaqueta es de 10 días, de manera que la médula ósea precisa ir creando nuevas plaquetas para cubrir las necesidades de hemostasia del organismo.

### **3) BILIRRUBINA TOTAL**

La prueba de bilirrubina mide los niveles de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es un pigmento amarillento que se genera durante la descomposición normal de los glóbulos rojos. La bilirrubina pasa a través del hígado y, finalmente, se expulsa del cuerpo.

Los niveles de bilirrubina por encima de lo normal pueden indicar diferentes tipos de problemas hepáticos o del conducto biliar. En ocasiones, los niveles más elevados de bilirrubina pueden ser provocados por un mayor índice de destrucción de glóbulos rojos (hemólisis).

### **4) BILIRRUBINA DIRECTA**

La bilirrubina directa es la bilirrubina conjugada por el hígado, principalmente con el ácido glucurónico y en pequeños porcentajes con glucosa, xilosa, proteínas y sulfatos obteniendo así solubilidad en agua. Los adultos normales tienen muy bajos niveles de bilirrubina conjugada, usualmente menor a 0,1 mg/dl. La bilirrubina directa está aumentada cuando existe una obstrucción del árbol biliar intrahepático o extrahepático (colangitis, colelitiasis, colecistitis, tumores de vías hepáticas, tumores de cabeza de

páncreas, pelotón de áscaris, adherencias), en el daño hepatocelular (sobre todo en el período tardío del proceso patológico), en la colestasis, en el síndrome de Dubin Johnson (regurgitación al plasma de la bilirrubina por defecto de excreción del hepatocito a los canalículos biliares), en el síndrome de Rotor (parecido al



síndrome de Dubin Johnson). También está aumentada en la ictericia hepatocelular o parenquimatosa. Es decir, en las enfermedades que cursan con insuficiencia hepática: hepatitis vírica o tóxica, cirrosis hepática (brotes icteroascíticos), necrosis hepática aguda, tumores de hígado, abscesos.

## 5) BILIRRUBINA INDIRECTA

La bilirrubina indirecta se une a la albúmina (proteína) en sangre y llega al hígado, donde la absorben los hepatocitos o células hepáticas.

La elevación de la bilirrubina en sangre no es una enfermedad, es una manifestación de una enfermedad, generalmente de origen hepático o de la vesícula biliar. Significa que existe una enfermedad que está provocando la elevación de sus valores.

## 6) CREATININA

En general, los niveles de creatinina altos en la sangre y bajos en la orina indican una enfermedad renal o que afecta el funcionamiento de los riñones, como:

Enfermedades autoinmunitarias

Infección bacteriana de los riñones

Bloqueo de las vías urinarias

Insuficiencia cardíaca

Complicaciones de la diabetes

## 7) TGO Y TGP CINÉTICA

Los valores de TGO y TGP pueden variar de acuerdo con el laboratorio; sin embargo, de forma general, los considerados normales son:

TGO: entre 5 y 40 U/L;

TGP: entre 7 y 56 U/L.



Aunque la TGO y la TGP sean consideradas marcadores hepáticos, estas enzimas también pueden ser producidas por otros órganos, principalmente el corazón en el caso de la TGO. Por esta razón, es importante que la evaluación de los resultados sea realizada por el médico que solicitó el examen, pues así es posible determinar si hubo alteración y, en caso positivo, establecer la causa.

## **8) AMILASA CINETICA**

La prueba de amilasa mide la cantidad de amilasa que hay en la sangre o en la orina. La amilasa es una enzima o proteína especial que ayuda a digerir los alimentos. La mayoría de la amilasa se produce en el páncreas y en las glándulas salivales. Es normal que haya un poco de amilasa en la orina. Una cantidad excesiva o insuficiente podría indicar un trastorno del páncreas, infección, alcoholismo u otro problema médico.



### ANEXO 3

## TARJETAS FARMACOLOGICAS

### • CLORURO DE SODIO

#### COMPOSICIÓN

Cada frasco de 1 000 mL contiene por cada 100 ml, cloruro de sodio 0.9 g

(154 mmol/L de Na<sup>+</sup> y de Cl<sup>-</sup>), agua para inyección, Categoría farmacológica

- Restaurador de volemia
- Restaurador de electrolitos
- Promotor de diuresis
- Disolvente

#### FARMACOCINÉTICA

El sodio se elimina por vía renal pero la reabsorción es extensiva. Pequeñas cantidades de sodio se pierden por el sudor y las heces

#### INDICACIONES

Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis Diabética, íleo y ascitis). Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, Para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación De secreciones mucosas. Como diluyente de medicamentos para administración parenteral.

#### CONTRAINDICACIONES



Pacientes con hipercloremia, hipernatremia, hipertensión tanto arterial como intracraneal. Retención de líquidos.

## **PRECAUCIONES**

Usar con precaución en insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, insuficiencia circulatoria, preeclampsia, edema pulmonar: riesgo de retención de agua, sodio y edemas.

## **ATORVASTATINA**

La atorvastatina pertenece al grupo de medicamentos conocidos como estatinas. Las estatinas disminuyen la síntesis endógena de colesterol mediante inhibición competitiva de la enzima hidroximetil-glutaril-coenzima A (HMG-CoA) reductasa. La disminución hepática de la síntesis de colesterol se traduce en una reducción de los niveles plasmáticos de VLDL, y por tanto de LDL. Van a disminuir también los triglicéridos y los niveles de apolipoproteína ApoB y a aumentar el HDL-colesterol y los niveles de apolipoproteína ApoA1.

## **USO CLINICO**

Prevención de la enfermedad cardiovascular (E: off label): distintos estudios han observado los beneficios de disminuir los niveles de LDL en niños con alto riesgo de aterosclerosis. Prevención de enfermedad cardiovascular si considerados de alto riesgo de sufrir un primer evento cardiovascular, como tratamiento adyuvante a la corrección de otros factores de riesgo si las demás medidas no son adecuadas.

### **Administración:**

La dosis diaria se administra en una dosis única y se puede tomar en cualquier momento del día. Se recomienda emplear la dosis mínima eficaz.



Tomar los comprimidos enteros con un vaso de agua, con o sin comidas. En general se recomienda que las estatinas se tomen antes de acostarse porque es cuando hay mayor síntesis de LDL-c, sin embargo, la atorvastatina, al tener una vida media larga, se puede tomar en cualquier momento del día.

## ENOXAPARINA

La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular. Se caracteriza por un peso molecular medio de 4.500 daltons (3.500-5.500). La distribución del peso molecular es la siguiente: fracciones <2.000: <20%, fracciones de 2.000 a 8.000: >68% y fracciones >8.000: <15%. Posee una actividad anti-Xa elevada (alrededor de 100 UI/mg) y una débil actividad anti-IIa o antitrombínica (aproximadamente 28 UI/mg). La relación entre estas dos actividades es de 3,6, aproximadamente.

**Biodisponibilidad:** tras la inyección por vía subcutánea, la absorción del producto es rápida y completa, directamente proporcional a la dosis administrada en el intervalo 20-80 mg (2.000-8.000 UI), lo que indica que la absorción de la enoxaparina es lineal. La biodisponibilidad, basada en la actividad anti-Xa, está próxima al 100%.

**Absorción:** la actividad anti-Xa plasmática máxima se observa 3 a 4 horas después de la inyección subcutánea y alcanza 0,18, 0,43 y 1,01 UI anti-Xa/ml, tras la administración subcutánea de dosis de 20 mg (2.000 UI), 40 mg (4.000 UI) y 1 mg/kg (100 UI/kg), respectivamente. El máximo de la actividad anti-IIa se observa aproximadamente 4 horas después de la administración de 40 mg (4.000 UI), mientras que no se detecta con un nivel de dosis de 20 mg (2.000 UI), utilizando el



método amidolítico convencional. Tras la administración de 1 mg/kg (100 UI/kg), el máximo de actividad anti-IIa en plasma es de 0,11 anti-IIa/ml.

**Eliminación:** la semivida de eliminación de la actividad anti-Xa es aproximadamente de 4 horas. La actividad anti-Xa está presente en el plasma durante 16-24 horas después de la administración subcutánea de 40 mg (4.000 UI) de enoxaparina. Con dosis de 1 mg/kg (100 UI/kg) 2 veces al día, el

## **OMEPRAZOL**

Es un benzimidazol sustituido que inhibe, a través de un nuevo mecanismo de acción, la secreción ácida en el estómago mediante su efecto específico sobre la bomba de ácido en las células parietales. Mecanismo de acción: es una base débil que se convierte a su forma activa únicamente en el medio ácido de la célula parietal, donde inhibe la enzima  $H^+$ ,  $K^+$ -ATPasa, es decir, el último paso de la producción del ácido gástrico. La inhibición es dosis dependiente y afecta tanto la secreción basal como la estimulada, independiente al tipo de estímulo. No actúa sobre los receptores histaminérgicos. El tratamiento provoca, al igual que los antagonistas  $H_2$ , reducción en la acidez del estómago, que implica incremento en la secreción de gastrina proporcional a la reducción de la acidez. Este aumento de la gastrina es reversible.

## **CONTRAINDICACIONES:**

hipersensibilidad al omeprazol, embarazo, lactancia, niños.

Lactancia Materna: no se debe administrar, no se dispone de información.

Niños: no se recomienda la administración IV.



Adulto mayor: precaución de enmascarar proceso maligno digestivo.

El tratamiento con omeprazol, al igual que otros fármacos antiulcerosos puede enmascarar el cáncer gástrico, descartar su presencia antes de prescribirlo.

## REACCIONES ADVERSAS:

**Frecuentes:** diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas, vómito, cefalea y flatulencia, vértigo.

**Ocasionales:** sequedad de la boca, visión borrosa, rash cutáneo o prurito, eritema y alopecia.

## FUROSEMIDA

asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. También se utiliza en el tratamiento de la hipertensión ligera o moderada y como adyuvante en las crisis hipertensivas y edema pulmonar agudo. La furosemida es empleada, asimismo, para el tratamiento de la hipercalcemia. Pertenece al grupo de los diuréticos de alto techo.

**Mecanismo de acción:** el mecanismo de acción de la furosemida no es bien conocido. La furosemida no se une a los grupos sulfhídrico de las proteínas renales como hace el ácido etacrínico, sino que parece ejercer su efecto diurético inhibiendo la resorción

del sodio y del cloro en la porción ascendiente del asa de Henle. Estos efectos aumentan la excreción renal de sodio, cloruros y agua, resultando una notable diuresis.



**Farmacocinética:** la furosemida se administra por vía oral y parenteral. La absorción oral de este fármaco es bastante errática y es afectada por la comida, si bien esta no altera la respuesta diurética. La diuresis se inicia a los 30-60 minutos después de la administración oral y a los 5 minutos después de la administración intravenosa.

## **Contraindicación**

La furosemida está contraindicada cuando existe un desequilibrio electrolítico importante, tal como hiponatremia, hipocalcemia, hipokaliemia, hipocloremia e hipomagnesemia. Las fluctuaciones de los electrolitos inducidas por la furosemida se producen muy rápidamente y pueden provocar un coma en pacientes susceptibles. Por estos motivos, la furosemida se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedades hepáticas, estando contraindicada en los pacientes con coma hepático.

Los diuréticos de techo alto pueden aumentar la resistencia a la glucosa, por lo que los pacientes con diabetes bajo tratamiento antidiabético deberán monitorizar sus niveles de glucosa en sangre.

## **DIMENHIDRATO**

### **Mecanismo de Acción**

Complejo equimolecular de difenhidramina con 8-cloroteofilina. Antihistamínico que bloquea receptores H<sub>1</sub> impidiendo propagación de impulsos emetógenos aferentes a

nivel de núcleos vestibulares y anticolinérgico periférico que inhibe hipersecreción e hipermovilidad gástrica. Efecto sedante.



## **Precauciones**

Riesgo de sensibilidad cruzada con antihistamínicos; riesgo de agravar: asma bronquial, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hipertrofia prostática, retención urinaria, enf. obstructivas del tracto urinario y gastrointestinales, HTA, glaucoma de ángulo cerrado, hipertiroidismo, epilepsia; por su efecto antiemético puede interferir en diagnóstico de apendicitis; concomitancia con ototóxicos, puede de enmascarar síntomas de ototoxicidad; I.R., I.H., niños < 2 años, ancianos; historia previa de arritmias cardíacas, úlcera péptica o gastritis; puede provocar sedación o somnolencia (potenciada por depresores del SNC); puede agravar el golpe de calor (por disminución de sudoración); evitar consumo de bebidas alcohólicas; no tomar el sol durante el tratamiento.

## **Reacciones Adversas**

Taquicardia, palpitaciones, otras arritmias cardíacas; somnolencia, sedación, cefalea, vértigo, mareo; glaucoma, trastornos de la visión (midriasis, visión borrosa, diplopía); aumento de la viscosidad de secreciones bronquiales; náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor epigástrico, anorexia, sequedad de boca; retención urinaria, impotencia sexual; reacciones de hipersensibilidad y fotosensibilidad; ataques agudos de porfiria; hipotensión, HTA.

## **METRONIDAZOL**

### **Mecanismo de Acción**

Antiinfeccioso antibacteriano y antiparasitario, posiblemente por interacción con el ADN.

### **Advertencia**

Reducir dosis, cuando no estén sometidos a diálisis, y monitorizar nivel sérico de metabolitos; encefalopatía hepática; Enf. aguda o crónica grave del SNC o SNP, riesgo de empeoramiento neurológico; si es preciso alargar el tratamiento., valorar



beneficio/riesgo, realizar determinaciones hematológicas, en especial recuento leucocitario, y vigilar por riesgo de neuropatías central o periférica; oscurece la orina; efecto antabús con alcohol, evitar; evaluar uso en tratamiento. prolongado; fallo hepático en combinación con otros antibióticos; riesgo de tromboflebitis (vía IV)

## **Reacciones Adversas**

Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis oral, trastorno del sabor, anorexia, pancreatitis (reversible), decoloración de la lengua/ lengua pilosa; angioedema, shock anafiláctico; neuropatía sensorial periférica, cefaleas, convulsiones, vértigo, encefalopatía, síndrome cerebeloso agudo, meningitis aséptica; trastorno psicótico, confusión, alucinación, comportamiento depresivo; trastornos transitorios de la visión, neuropatía óptica, neuritis; agranulocitosis, neutropenia, trombocitopenia; aumento de enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatasa alcalina), hepatitis colestásica o mixta y daño hepatocelular, fallo hepático; rash, prurito, sofocos, urticaria, erupciones postulares, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica; fiebre.

## **CIPROFLOXACINO**

### **Mecanismo de Acción**

Como agente antibacteriano perteneciente al grupo de las fluoroquinolonas, la acción bactericida de ciprofloxacino se debe a la inhibición tanto de la topoisomerasa de tipo II (ADN-girasa) como de la topoisomerasa de tipo IV, necesarias para la replicación, la transcripción, la reparación y la recombinación del ADN bacteriano.

Profilaxis post-exposición y tratamiento curativo de carbunco por inhalación. En adultos: infección de vías respiratorias bajas por Gram- (exacerbación de EPOC,



infección broncopulmonar en fibrosis quística o en bronquiectasia, neumonía). Otitis media supurativa crónica, y maligna externa. Exacerbación aguda de sinusitis crónica (Gram-). Infecciones urinarias. Uretritis y cervicitis gonocócicas causadas por *N. gonorrhoeae*. Orquiepididimitis y EPI, incluidos causados por *N. gonorrhoeae*. Infecciones de tracto gastrointestinal (p. ej. diarrea del viajero), intraabdominales, de la piel y tejidos blandos (Gram-), de huesos y articulaciones.

## **Precauciones**

I.R. ajustar dosis; evitar en pacientes que hayan experimentado con anterioridad reacciones adversas graves con el uso de medicamentos que contienen quinolonas o fluoroquinolonas; asociar a antibacteriano adecuado en tratamiento de: infecciones graves, causadas por gram+, anaerobios o *N. gonorrhoeae*; no recomendado en infecciones estreptocócicas (eficacia insuficiente)



ANEXO 4

00416776

REDES AZÁNGARO  
SERVICIO E INFORME DE LABORATORIO CLÍNICO  
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSSELLO VIZCARRO

EDAD 41 SEXO (F) (M)  
CONSULTORIO EXTERNO ( ) HOSPITALIZACIÓN ( ) CAMA N° ( )

HEMATOLOGÍA		BIOQUÍMICA		(STANBIO)	VALORES NORMALES
Hemoglobina: 12.5	g/dl	D5 Glucosa: 129	mg/dl		70-105 mg/dl
Hematócrito: 37	%	D4 Urea: 105	mg/dl		17-49 mg/dl
Hematocrito: 37	%	L Creatinina cinética: 2.0	mg/dl		0.9-1.5 mg/dl (M) 0.7-1.4 mg/dl (F)
Velocidad de sedimentación (VHS): 9.00	(VN=3-7)	D3 TGO cinética: 298	U/l		Hasta 8-33 U/l
Velocidad de sedimentación (VHS): 9.00	(VN=1-5)	D2 TGP cinética: 72.2	U/l		Hasta 3-35 U/l
Leucocitos: 9,890	(150,000-350,000/mm <sup>3</sup> )	Bilirrubina Total Adultos: 3.7	mg/dl		Hasta 1.2 mg/dl
Leucocitos: 9,890	(5000-10000/mm <sup>3</sup> )	Ración Nacidos: 1.8	mg/dl		Hasta 1.2 mg/dl
Neutrófilos: 78	55-64%	Bilirrubina Directa: 1.8	mg/dl		Hasta 0.5 mg/dl
Linfocitos: 14	0-1%	Bilirrubina Indirecta: 2.4	mg/dl		5.6-8.3 mg/dl
Monocitos: 03	25-35%	Proteínas: 5.4	g/dl		3.8-5.1 g/dl
Basófilos: 00	4-8%	Albúminas: 2.0	g/dl		2.2 g/dl
Eosinófilos: 00	0-1%	Globulinas: 2.4	g/dl		3.4-7.0 mg/dl (M) 2.4-5.7 mg/dl (F)
( ) PRUEBA DE COMBS:	2-4%	Ac. Úrico: 2.4	mg/dl		68-240 U/l Adulto
( ) GOT A GRUESA:		( ) Fosfatasa Alcalina: 193	U/l		25-125 U/l
OTROS:		( ) Amilasa cinética: 143	U/l		140-200 mg/dl
<b>UROLOGÍA:</b>		( ) Colesterol total Adultos	mg/dl		30-150 mg/dl
Color: amarillo oscuro		( ) LDL:	mg/dl		<100 mg/dl
Aspecto: turbamente turbio		( ) HDL:	mg/dl		30-70 mg/dl
Reacción: pH 6		( ) VLDE:	U/L		13-60 U/L
Densidad: 1.020		( ) LIPASA:	U/L		Hombres=80-285 U/L Mujeres=103-227 U/L
<b>EXAMEN QUÍMICO:</b>		( ) DESHIDROGENASA LACTICA	U/L		8.5-10.5 mg/dl
Pig. Sanguíneo: 50 mg/dl		( ) Calcio:	mg/dl		Otros:
-Urobilinogeno: -		( ) PREGNOSTICON EN SANGRE:			
-Bilirrubina: -		( ) R.P.R:			
-Albumina: -		( ) VIH:			
-Nitritos: -		( ) Hepatitis B:			
-Ácido Ascórbico: -		( ) P.C.R: <i>negativo</i>			
-Glucosa: -		( ) F.R:			
-Leucocitos: 25 leucodul		( ) ASO:			
-Otros: coloros (+)		( ) PSA:			
<b>EXAMEN MICROSCÓPICO:</b>		<b>REACCIÓN DE WIDAL:</b>			
Leucocitos: 6-9 x campo		Tífico "O" .....			
Hematías: 4-8 x campo		Tífico "H" .....			
Cilindros: -		Paratífi "A" .....			
Cristales: -		Paratífi "B" .....			
Cel. Epiteliales: 1-3 x campo		( ) REACCION INFLAMATORIA:			
Bacterias: 11+		( ) PARASITOLÓGICO:			
Otros:		( ) THEVENON:			
( ) A.S.S.:		( ) AGA Y ELECTROLITOS:			
( ) PROTEINURIA 24 Hrs.: mg/24 horas		HORA DE LA SOLICITUD: 10/120			
( ) TEST DE HELECHO:		FECHA: 21/10/2021			
( ) GRAM:					

*Dr. Clara A. Cabana Nip*  
LABORATORISTA  
DNI: 70000000

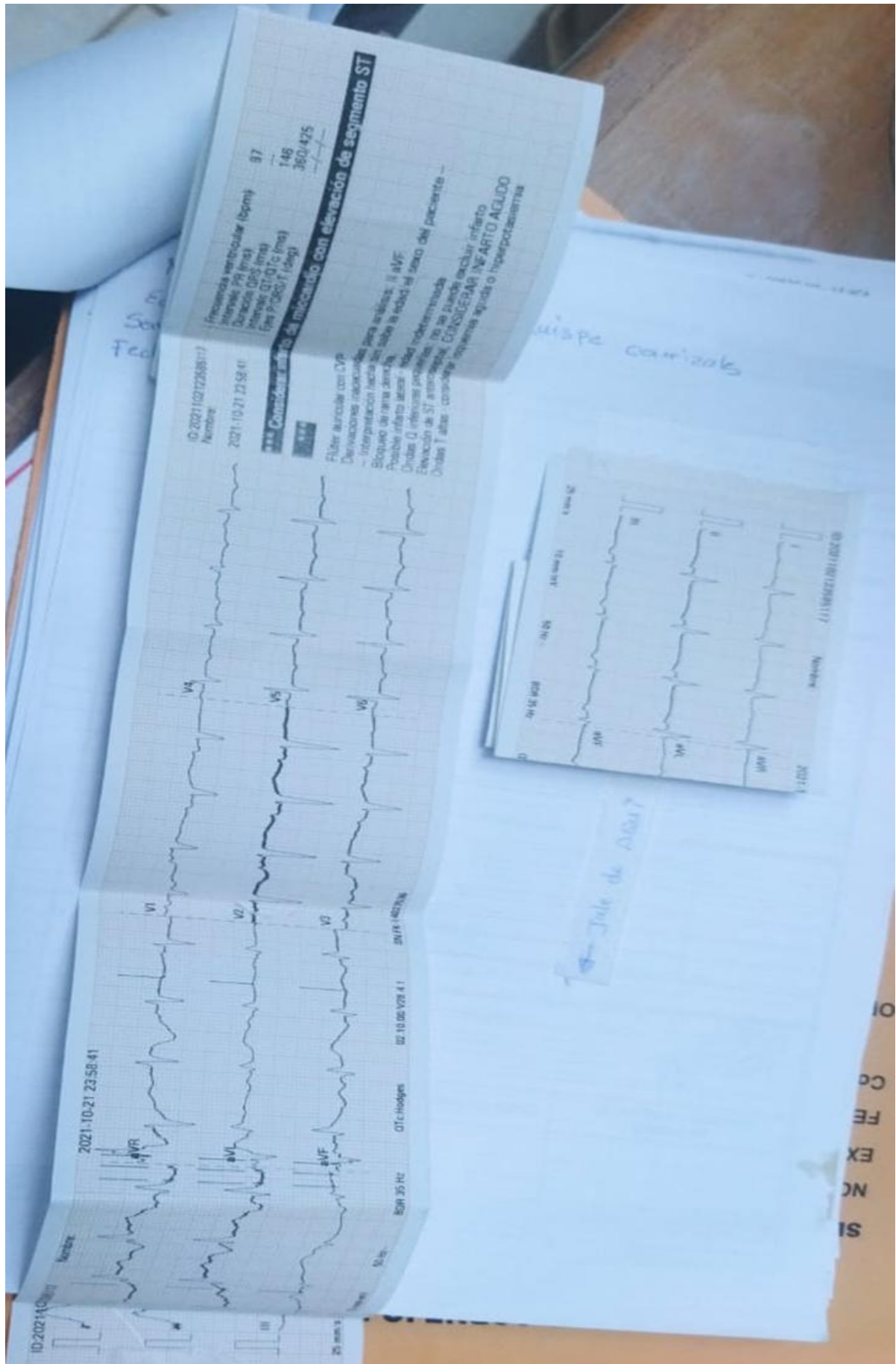
*Dr. David Mendizabal González*  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
DNI: 80114253

MINISTERIO DE SALUD  
REDES AZÁNGARO  
RIBCO GUIDO A. MACHACA MAC  
C.B.P. 7988  
DNI. 80114253

Dr. David Mendizabal González  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
DNI: 80114253

Hora de Recepción de la Solicitud \_\_\_\_\_ Hora de Entrega de Resultados \_\_\_\_\_  
Hora de Término de Procesamiento \_\_\_\_\_ Nombre: Del Personal que entrega resultado \_\_\_\_\_

*Dr. David Mendizabal González*  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
DNI: 80114253





PERU Ministerio de Salud RED DE SALUD AZANGARO

**FORMATO DE HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL**  
0000002941 CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARGO II-1

Documento de Identidad DNI / CE  
**02416776**

Apellidos y Nombres:  
**QUISPE CARRIZALES VIDAL**

Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento
27/10/1975	45 a, 11 m, 24 d	M	AZANGARO

Afiliado en IPRESS y/o Establecimiento de Salud (actual)  
0000002953 CAÑICUTO

Domicilio Actual	Procedencia
JR. LAMPA 226	AZANGARO

Ocupación	Grado de Instrucción	Estado Civil
CONDUCTOR	SECUNDARIA	CONVIVIENTE

Financiadore (tiene seguro?)	Celular	Religión
290-2-02416776	SIS	0

Datos de los Familiares:

Apellidos y Nombres Padre	DNI Padre	Dirección
Apellidos y Nombres Madre	DNI Madre	Dirección
Apellidos y Nombres Acompañante	Domicilio Acompañante	Celular Acompañante
PACHA QUISPE YOLANDA	CENTRO POBLADO CAÑICUTO	986183391

Registro NHC 02416776

Fecha de apertura de Historia Clínica: 21/10/2021



UNIVERSIDAD "CCRV" AZÁNGARO

Ministerio de Salud  
Personas que Avanzamos Juntos

**ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA**

NOMBRE : VIDAL QUISPE CARRIZALES.  
EDAD : 45 Años  
SOLICITANTE : Dr. David Mendizabal.  
FECHA : 20-10-2021

---

**Antecedente: d/c abdomen agudo.**

**ESTUDIO MUY LIMITADO POR CONDICION DEL PACIENTE MUESTRA:**

**Hígado:** Impresiona de tamaño y ecogenicidad parenquimal conservados. Sin evidencia de lesión focal ni dilatación de las vías biliares intrahepáticas en los segmentos visibles. LHD: 143 mm

**Vesícula biliar:** De 63 x 38mm, sin engrosamiento mural, no se visualiza bacinete. Contenido anecoico habitual

**Vena porta y colédoco:** Solamente visibles en pequeño trayecto, posteriores a hilio hepático, impresionan de calibre conservado

**Páncreas:** No visible

**Bazo:** De tamaño y ecoestructura conservada.

**Marco colonico** con abundante gas, impresionan tenues cambios inflamatorios en la grasa mesentérica del flanco derecho, sin lesión focal evidente.

Se evidencia escaso líquido libre intra abdominal laminar en el espacio de Morrison y periesplénico, de mayor volumen en el espacio parietocolico izquierdo y en menor grado en el derecho.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

- Intenso meteorismo intestinal, se sugiere complementar con estudio radiográfico, considerar proceso suboclusivo vs íleo funcional
- Leves cambios inflamatorios de la grasa mesentérica en flanco izquierdo, hallazgo inespecífico a correlacionar con datos clínicos
- Leve a moderada ascitis

Atentamente,

E LEONEL FLORES BAUTISTA  
MÉDICO RADIOLOGO  
C.M.P. 48501 P.N.E. 38950





2. Referencia de tesis:

Bachiller  Titulo  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios – SEG09

Firma de Autor



huella digital

– DICIEMBRE – 2025

Fecha