

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia cardiaca  
congestiva del Servicio de Emergencia de un hospital de apoyo de Ayacucho,  
2022**

**Trabajo Académico**

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de  
Enfermería: Emergencias y Desastres

**Por:**

Diana Maribel Huanca Vilca  
Marisol Gallegos Gonzales

**Asesora:**

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, 15 de abril de 2024

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Guima Reinoso Huerta, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE APOYO DE AYACUCHO, 2022”** de las autoras Diana Maribel Huanca Vilca y Marisol Gallegos Gonzales si tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 15 días del mes de abril del año 2024.



---

Dra. María Guima Reinoso Huerta

**Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia  
cardiaca congestiva del Servicio de Emergencia de un hospital de  
apoyo de Ayacucho, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad  
profesional de enfermería: Emergencias y Desastres



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora  
Dictaminador

Lima, 15 de abril de 2024

## Tabla de Contenido

Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Metodología .....	6
Proceso de Atención de Enfermería.....	7
<i>Valoración</i> .....	7
Planificación .....	10
Ejecución.....	12
Evaluación.....	14
Resultados.....	16
Discusión .....	17
Conclusiones .....	23
Apéndices .....	31



## **Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia cardiaca congestiva en el servicio de emergencia de un hospital de apoyo de Ayacucho, 2022**

Diana Maribel Huanca Vilca<sup>1</sup> y Marisol Gallegos Gonzales<sup>2</sup> Dra. Maria Guima Reinoso Huerta<sup>3</sup>

<sup>1</sup> autora del trabajo académico, Unidad de Posgrado de ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

<sup>2</sup> Autora del trabajo académico, Unidad de Posgrado de ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

<sup>3</sup> Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

### **Resumen**

La insuficiencia cardiaca congestiva es un síndrome que se caracteriza por una disfunción en el gasto cardiaco, provocando cumulo de líquido en los pulmones y en otras zonas del cuerpo, esto aumenta en pacientes adultos mayores, teniendo mayor riesgo el sexo masculino (Chavez, 2019). El objetivo del presente trabajo fue gestionar el proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, que ingreso al servicio de emergencia. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería, se inicia con la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. La etapa diagnostica se realizó en base a la taxonomía II de NANDA I, se identificaron diagnósticos enfermeros, y se priorizaron: disminución del gasto cardiaco, deterioro de intercambio gaseoso y dolor agudo, la planificación se realizó con la Taxonomía NOC, NIC, así mismo, la etapa de ejecución se realizó los cuidados de enfermería y la evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio, +1, +1, +2; En conclusión, se gestionó las cinco etapas de proceso de atención de enfermería, con lo que se obtuvo la estabilización de la salud del paciente, por lo que consideramos que los cuidados de enfermería brindados a tiempo están relacionados con una mejoría de la salud.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca; Proceso de atención de enfermería; dificultad respiratoria.

## Abstract

Congestive heart failure is a syndrome that is characterized by a dysfunction in cardiac output, causing fluid accumulation in the lungs and other areas of the body. This increases in older adult patients, with males being at greater risk (Chavez, 2019).

Keywords: heart failure; Nursing care. The objective of this work was to manage the nursing care process for a patient with congestive heart failure, who was admitted to the emergency service. The study had a qualitative approach, a single case type, the methodology was the nursing care process, it begins with the assessment of the 11 functional patterns of Marjory Gordon, The diagnostic stage was carried out based on taxonomy II of NANDA I , nursing diagnoses were identified, and prioritized: decreased cardiac output, impaired gas exchange and acute pain, planning was carried out with the NOC Taxonomy, NIC, likewise, the execution stage included nursing care and evaluation was given by the difference in final and baseline scores respectively. The results obtained a change score, +1, +1, +2; In conclusion, the five stages of the nursing care process were managed, resulting in stabilization of the patient's health, so we consider that nursing care provided on time is related to an improvement in health. rocess; respiratory distress.

## Introducción

La insuficiencia cardiaca congestiva es un síndrome que se caracteriza por una disfunción en el gasto cardiaco, provocando cumulo de líquido en los pulmones y en otras zonas del cuerpo, la prevalencia de esta es aproximadamente entre el 1% al 2% de la población adulta en países del primer mundo, esto aumenta en pacientes adultos mayores, teniendo mayor riesgo el sexo masculino (Chávez, et al., 2019). En España, esta es una afección que afecta cerca del 10% de las personas que superan los 70 años, esta es la tercera causa de muerte y la primera causa en hospitalizaciones en este grupo etario, con una tasa de reingreso del 50% posterior al alta, esta es una patología a la que se le destina mayores recursos por la cantidad de medicamentos y soportes mecánicos a brindar dependiendo el grado (Pérez, et al., 2020).

Por otro lado, en Cuba que existe un envejecimiento población considerable, el 17.80% de la población es adulta mayor y muchos de ellos ya padecen patologías crónicas, donde se va en aumento las muertes por enfermedades cardiovasculares, cerca de 54.6 por 10,000 habitantes, siendo la cardiopatía isquémica la primera causa y muchos de ellos que no llegan a fallecer terminan desarrollando insuficiencia cardiaca congestiva (Gutierrez, et al., 2020).

Al nivel latinoamericano, en Ecuador, se conoce que alrededor de 6.1% de los pacientes que se encuentran hospitalizados, tienen insuficiencia cardiaca y el 12.6% tuvieron como principal causa el infarto agudo de miocardio, seguido de la hipertensión arterial no controlada, ya que, esta causa una cardiopatía hipertrófica porque existe un aumento de presiones y sobrecarga al corazón (Crespo et al., 2021).

En el Perú, la población masculina fue reportada con mayor incidencia de insuficiencia cardiaca en el 71.8% de los casos, sobre todo en aquellos mayores de 60 años y mientras más avanzada era la edad, la fragilidad es mayor, el 29.4% tienen más de 4 comorbilidades, donde el

17.5% se consideran como pacientes frágiles, ya que, el 37.6% de estos pacientes, tuvieron una falla cardiaca isquémica que los conlleva a esta complicación (Bastidas et al., 2021).

La insuficiencia cardiaca congestiva es una disfunción del corazón para poder bombear la sangre de manera eficaz, esto puede afectar otros órganos, dentro de las causas puede ser originado por enfermedades de las arterias coronarias, miocardiopatías, hipertensión arterial, valvulopatías, arritmias, agentes tóxicos, disminución de la función renal, infarto agudo de miocardio, edad avanzada, tabaquismo y obesidad (Umaña et al., 2018).

Dentro de la etiología de la enfermedad, se tiene a las que alteran la contractibilidad del corazón como la enfermedad coronaria; miocardiopatías, déficit proteico-vitamínico; alteraciones de la precarga, la insuficiencia de válvula mitral o aortica, fistulas arteriovenosas, estados circulatorios hiperkinéticos, estos elevan la precarga; y las que disminuyen, son la estenosis mitral y/o tricúspidea, pericarditis constrictiva, miocardiopatía restrictiva e hipertrófica. También existen patologías que alteran la poscarga, como la hipertensión arterial, estenosis aortica, hipertensión pulmonar, estenosis de la válvula pulmonar, coartación aórtica; por otro lado, las que alteran la frecuencia cardiaca como las taquiarritmias (Rivera et al., 2022).

Respecto a la fisiopatología de la enfermedad, consiste en tener alguna alteración cardiovascular de base este afecta la precarga, pos carga, disminuye la contractibilidad y hay remodelación ventricular; favoreciendo a la disminución del gasto cardiaco, produciendo síntomas relacionados a la patología, que puede ser diferenciado sobre una insuficiencia cardiaca derecha o izquierda, que a causa de los mecanismos compensadores como el sistema nervioso simpático, factores hormonales y hemodinámicos terminarán haciendo más daño al corazón y se convertirá en algo crónico(Cassalett, 2018).

Dentro de las manifestaciones clínicas, la insuficiencia cardiaca izquierda, es muy frecuente la aparición de los derrames pleurales con agravación de la disnea y ortopnea, aumento de la ventilación, que reduce la PaCO<sub>2</sub> y eleva el PH en sangre produciendo alcalosis respiratoria, estertores, crepitantes, aumento de la presión de la aurícula izquierda (Schwinger, 2021). Respecto a la insuficiencia cardiaca derecha, hay presencia de ingurgitación yugular a causa del aumento de la presión de la auricular derecha, hepatomegalia dolorosa, ascitis, edema de miembros inferiores y estasis venosa, presencia de edemas en regiones periféricas (García et al., 2019).

El tratamiento consiste en reducir la mortalidad para mejorar el pronóstico del paciente; reducir la morbilidad, aliviando signos y síntomas, eliminar retención de líquidos, reducir fatiga y disnea, reducir hospitalizaciones y suministrar; también como tratamiento preventivo se debe enfocar evitar el daño del miocardio, remodelado del mismo, reparación de síntomas y retención de fluidos y hospitalización (Espinosa, 2018).

Respecto a la medicación indicado para este grupo de pacientes cardiopatas, se utiliza diuréticos como parte de la piedra angular del tratamiento, como es el uso de la furosemida para mejorar la congestión en la que se encuentra el paciente; también se emplea los vasodilatadores por su efecto al reducir la precarga, poscarga o ambas para producir dilatación arterial y venosa, disminuyendo la presión del llenado ventricular izquierdo, mejorando el volumen de eyección y apoyo oxigenatorio a los tejidos, es el caso de la nitroglicerina y el uso de oxigenoterapia para poder mejorar la saturación de oxígeno, esto podría reducir la necesidad de intubación (Giner et al., 2022).

La importancia del proceso de atención en enfermería en el cuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva radica por ser proceso sistemático que está dirigido para

alcanzar un objetivo, siendo dinámico, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier área, especialidad u paciente, para poder identificar las necesidades reales y potenciales del mismo, establecer planes de cuidados individuales y actuar para resolver problemas (Belziti et al., 2019).

Los cuidados brindados por profesionales de enfermería especializados en el servicio de emergencia cuentan con las competencias para trabajar en equipo multidisciplinario y garantizar el buen cuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestive. Dandicourt (2018) manifestó que la comprensión del cuidado del enfermero es algo mucho más allá de una actividad humana, sino que se debe tratar al paciente de forma integral, donde no solo se debe enfocar en la enfermedad, sino tener una visión integradora de todos los aspectos de la persona.

### **Metodología**

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería; el sujeto de estudio fue una paciente adulta mayor de 67 años, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca seleccionada a conveniencia de la investigadora. Para la valoración se utilizó la técnica de la observación, entrevista y revisión documentada (historia clínica), como instrumento se utilizó una Guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, después del análisis crítico de los datos significativos se formularon los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I; para la etapa de planificación se utilizó la Taxonomía NOC y NIC. Luego de la etapa de ejecución de los cuidados enfermeros se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de las puntuaciones final y basal.

## Proceso de Atención de Enfermería

### *Valoración*

#### **Datos Generales.**

Nombre: MCB

Sexo: femenino

Edad: 67 años

Días de atención de enfermería: 1

Fecha de valoración: 01/11/2022

Diagnóstico médico: insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial no controlada, obesidad tipo II, hiperglucemia: D/C diabetes mellitus

Motivo de ingreso: Paciente presenta agitación, falta de aire se hace más intensa, refiere que “la agitación se presentaba al caminar 20 pasos, al vestirse, al peinarse”, al comer, además presenta dolor intenso en el pecho, familiar refiere “a mi mama se le hinchaba los pies, manos y rostro” por lo cual deciden traerla al servicio de emergencia donde ingresa con presión arterial 180/100mmhg.

#### **Valoración Según Patrones Funcionales de Salud.**

***Patrón Funcional I: Percepción - Control de la Salud.*** Paciente refiere que hace 4 años le diagnosticaron hipertensión arterial desde entonces toma medicamentos solo cuando se siente mal de salud, estuvo hospitalizada hace 1 semana con 2 días de estancia hospitalaria en el servicio de medicina, niega antecedentes de cirugía ,además refiere dolor retroesternal , le preocupa su peso ya que le ocasiona dolor intenso a nivel de miembros inferiores y región lumbar , paciente toma conciencia de que lleva una vida sedentaria y una dieta inadecuada alta en grasas y bebidas azucaradas , niega alergias , cuenta con vacuna completa de COVID 19.

**Patrón Funcional III: Nutrición Metabólico.** Paciente con un peso de 97.5 kg y una talla 158 cm y un IMC de 39 teniendo obesidad tipo II, refiere alto consumo de carbohidratos. azúcares procesados, se observa piel pálida, fría y sudorosa con mucosas orales húmedas. Glucosa 127mg/dl. Con valores de electrolitos:  $K^+ = 4.5$ MMO/L,  $Na^+ = 139$  mmo/L,  $Ca^{++} = 0.74$ mmo/L, estado ácido base : base en exceso =  $-3.3$ mmo/L,  $HCO_3^- = 21$  mmo/L (disminuido), anion gap =  $15.6$ mmol/L, OSMOLARIDAD =  $285.0$  mmo/kg con  $FiO_2 = 0.21$ .

**Patrón Funcional IV: Actividad - Ejercicio.**

**Actividad Respiratoria.** Al inspección paciente con taquipnea (28 respiraciones por minuto), disnea, hipoxémico (Saturación de oxígeno 89%), administrándosele oxígeno por cánula binasal a un  $FiO_2$  al 0.32%, cianosis distal en miembros superiores, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares con impresión de crepitantes bibasales, no alteración a la percusión, se evidencia cianosis distal en miembros superiores, con resultados de AGA  $PH = 7.352$ ,  $PCO_2 = 39.6$  mm Hg.,  $PO_2 = 50$  mm Hg.

**Actividad Circulatoria.** Se observa a paciente con frecuencia cardíaca :121 por minuto, con una presión arterial 180/100 mm Hg, a la auscultación ruidos cardíacos arrítmicos se ausculta tercer ruido ( $S_3$ ), cambios en el electrocardiograma fibrilación auricular intervalo de RR irregular, ausencia de onda P, palpitaciones. A la palpación paciente con edema en miembros inferiores (+).

**Actividad Capacidad de Autocuidado.** Paciente refiere no realizar actividad física, desde hace 20 años refiere llevar una vida sedentaria, refiere sentirse agitada al caminar (20 pasos), comer, hablar además refiere como única actividad hacer manualidades (tejido a mano).

***Patrón Funcional VI: Perceptivo - Cognitivo.*** Paciente lucido, orientado en tiempo espacio y persona, refiere olvidar con frecuencia las cosas motivo por el cual no es constante con su tratamiento en casa, paciente cuenta con estudios de primaria completa, paciente presenta dolor intenso en pecho evaluado con la escala análoga visual (EVA) recibiendo un puntaje de 8.

***Patrón Funcional VIII: Reposo - Sueño.*** Paciente refiere no poder conciliar el sueño por bruscas interrupciones de malestar general refiriendo dificultad respiratoria, pudiendo conciliar el sueño 5 horas.

***Patrón Funcional X: Autopercepción - Auto concepto.*** Paciente refiere sentirse triste por su enfermedad y por su estado físico relacionado con la obesidad además de sentirse culpable por llevar malos hábitos de alimentación.

***Patrón Funcional XI: Adaptación - Tolerancia a la situación y al estrés.*** Paciente refiere manejar el estrés con manualidades aun así no logra estar aliviada del todo por su preocupación por su estado de salud.

### ***Diagnósticos de enfermería Priorizados***

#### **Primer Diagnóstico.**

***Etiqueta Diagnostica (00029) Disminución del Gasto Cardíaco.***

***Características Definitorias.*** Cambios en el electrocardiograma fibrilación auricular intervalo de RR irregular, ausencia de onda P, ritmo cardíaco anormal 121 latidos por minuto, palpitaciones, presión arterial 180/100 mm Hg, cianosis, ansiedad, disnea, piel fría y sudorosa

***Factores Relacionados a la Alteración de la Contractibilidad.***

***Enunciado Diagnóstico.*** disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la contractibilidad manifestado por cambios en el electrocardiograma fibrilación auricular intervalo

de RR irregular, ausencia de onda P, ritmo cardiaco anormal 121 por minuto, palpitations, presión arterial 180/100 mm Hg, ansiedad, disnea, piel fría y sudorosa

**Segundo Diagnóstico.**

*Etiqueta Diagnostica (00033) Deterioro del Intercambio de Gases.* Características definitorias hipoxemia (PO<sub>2</sub>=50 mm Hg): saturación de O<sub>2</sub>: 89%, cianosis, diaforesis, disnea, patrón respiratorio anormal 28 por minuto.

*Factores Relacionados.* Desequilibrio en la ventilación perfusión.

*Enunciado Diagnóstico.* Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por hipoxemia spo<sub>2</sub>(89%), cianosis, diaforesis, disnea, patrón respiratorio anormal 28 por minuto.

**Tercer Diagnóstico.**

*Etiqueta Diagnostica (00132) Dolor Agudo.*

*Características Definitorias.* Escala de EVA con puntuación 8, conducta expresiva (inquietud, llanto), diaforesis.

*Factores Relacionados.* Agentes lesivos biológicos.

*Enunciado Diagnóstico.* Dolor agudo R/C Agentes lesivos biológicos E/P escala de Eva con puntuación 8, conducta expresiva (inquietud, llanto) diaforesis.

**Planificación**

**Primer Diagnóstico.** *NOC: (0400) Efectividad de la Bomba Cardiaca.*

**Indicadores.**

- ✓ Presión arterial sistólica
- ✓ Presión arterial diastólica
- ✓ Frecuencia cardiaca
- ✓ Disnea.

***Intervenciones de enfermería. NIC [4040] Cuidados Cardiacos.***

***Actividades.***

- ✓ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- ✓ Monitorizar signos vitales con frecuencia.
- ✓ Observar signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.
- ✓ Proporcionar terapia antiarrítmica : losartan 50mg via oral cada 12 horas, amlodipino 5mg via oral cada 24 horas, furosemida 20 mg via endovenosa cada 12 horas, ácido acetilsalicílico 100mg via oral cada 24 horas, atorvastatina 20 mg via oral cada 24 horas.
- ✓ Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

**Segundo Diagnóstico.** Deterioro del intercambio de gases.

***Resultados de enfermería.*** NOC [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

***Indicadores.***

- ✓ Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>)
- ✓ Saturación de O<sub>2</sub>
- ✓ Cianosis
- ✓ Disnea al esfuerzo.

***Intervenciones de Enfermería.*** NIC [3320] Oxigenoterapia.

***Actividades.***

- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler, si no estuviera contraindicado.
- ✓ Administrar oxígeno por cánula binasal a un FiO<sub>2</sub> al 0.32%.
- ✓ Observar la presencia o ausencia de cianosis.
- ✓ Evaluar la saturación de oxígeno.
- ✓ Evaluar la presencia o ausencia de disnea.

- ✓ Observar si se produce lesiones de la piel por fricción del dispositivo de oxígeno.

**Tercer Diagnóstico.** Dolor agudo.

**Resultados de enfermería.** NOC [2102] nivel del dolor.

**Indicadores.**

- ✓ Dolor referido
- ✓ Expresiones faciales de dolor
- ✓ Diaforesis.

**Intervenciones de Enfermería.** NIC [1400] Manejo del dolor.

**Actividades.**

- ✓ Monitorizar el dolor utilizando una herramienta válida apropiada para su edad
- ✓ Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en la actividad de recuperación.
- ✓ Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en los que no pueden comunicarse.
- ✓ Asegurar que el paciente reciba atención de analgesia inmediata antes de que el dolor se agrave , Administrar analgesia: metamizol 1 gramo via endo venosa cada 8 horas.
- ✓ Enseñe al paciente y familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor

**Ejecución**

**Tabla 1**

*Ejecución de la intervención de cuidados cardiacos para el diagnóstico disminución del gasto cardiaco*

---

Intervención: cuidados cardiacos

Fecha	Hora	Actividades
1/11/2022	Mañana Tarde Noche	<p>Se realizo una valoración exhaustiva de la circulación periférica comprobando el pulso periférico, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades)</p> <p>Se monitorizo los signos vitales con frecuencia</p> <p>Se observo signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco</p> <p>Se proporcionar terapia losartan 50mg v.o. cada 12 horas, amlodipino 5mg v.o. cada 24 horas, furosemida 20 mg e.v. cada 12 horas, ácido acetilsalicílico 100mg v.o. cada 24 horas, atorvastatina 20 mg v.o. cada 24 horas.</p> <p>Se monitorizó la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</p>

**Tabla 2**

*Ejecución de la intervención para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases*

Intervención: Oxigenoterapia		
Fecha	Hora	Actividades
1/11/2022	Mañana Tarde noche	<p>Se colocó al paciente en posición semifowler</p> <p>Se administró oxígeno utilizando el dispositivo de cánula binasal y FiO<sub>2</sub> 0.32%</p> <p>Se observó la presencia o ausencia de cianosis</p> <p>Se evaluó la saturación de oxígeno</p> <p>Se evaluó la presencia o ausencia de disnea</p> <p>Se observó si se produce lesiones de la piel por fricción del dispositivo de oxígeno de cánula binasal.</p>

**Tabla 3**

*Ejecución de la intervención manejo del dolor para el diagnóstico dolor agudo*

Intervención: manejo del dolor		
Fecha	Hora	Actividades
1/11/2022	Mañana Tarde Noche	<p>Se monitorizo el dolor utilizando la escala Eva con puntuación 8.</p> <p>Se identificó la intensidad del dolor durante los movimientos en la actividad de recuperación</p> <p>Se observo si hay indicios no verbales de incomodidad</p> <p>Se administro metamizol 1gr. E.V. cada 8/hrs</p>

---

Se enseñó al paciente y familia la intensidad, calidad y duración del dolor

---

### *Evaluación*

#### **Resultado: Efectividad de la Bomba Cardiaca.**

**Tabla 4**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado cardiopulmonar*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión arterial sistólica	3	4
Presión arterial diastólica	3	4
Frecuencia cardiaca	3	4
Disnea	2	3

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado cardiopulmonar seleccionados para el diagnóstico disminución del gasto cardiaco antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido) para los indicadores presión arterial sistólica , presión arterial diastólica , ritmo cardiaco , sin embargo para el indicador disnea fue de 2(sustancialmente comprometido), después de la misma, la moda fue de 3 (moderadamente comprometido) corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la ausencia de esfuerzo respiratorio . La puntuación de cambio fue de +1.

#### **Resultado: Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso**

**Tabla 5**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado respiratorio: intercambio gaseoso*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
-------------	------------------	------------------

Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO <sub>2</sub> )	2	3
Disnea al esfuerzo	2	3
Cianosis	3	4
Saturación de oxígeno	3	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado oxigenoterapia seleccionados para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 3 (moderadamente comprometido) para los indicadores presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>) y disnea al esfuerzo, sin embargo para los indicadores cianosis y saturación de oxígeno fue de 3 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido) corroborado por la mejora de los valores de las funciones vitales y la ausencia de cianosis. La puntuación de cambio fue de +1.

### **Resultado: Nivel del Dolor.**

**Tabla 6**

*Puntuación basal y final de los indicadores del resultado nivel del dolor*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	4
Expresiones faciales de dolor	2	4
Diaforesis	3	5

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado nivel del dolor seleccionados para el diagnóstico dolor agudo antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido) para los indicadores dolor referido, expresiones faciales de dolor, sin embargo para el indicador diaforesis fue de

3(moderadamente comprometido), después de las mismas , la moda fue de (ninguno) corroborado por la ausencia de expresiones verbales y faciales de dolor . La puntuación de cambio fue de +2.

### **Resultados**

En cuanto a la evaluación de la fase de valoración, la recolección de los datos se obtuvo de la paciente como fuente principal, la historia clínica y entrevista con la paciente. Asimismo, se utilizó básicamente el examen físico como medios de recolección de la información. Luego, se organizó la información en la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

En la fase de diagnóstico se realizó el análisis de los datos significativos según la NANDA, arribando a seis diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizo tres: Disminución del gasto cardiaco, Deterioro del intercambio de gases, Dolor agudo. En esta etapa se tuvo cierta dificultad en diferenciar el segundo diagnóstico de los diagnósticos Patrón respiratorio ineficaz por la similitud de las características definatorias entre estos.

La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se realizó el análisis para determinar los resultados de enfermería que mejor se relacionen con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados. Se tuvo que hacer un reanálisis y ajustes de los indicadores de resultado. La dificultad en esta fase estuvo en la determinación de la puntuación de los indicadores de resultados tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación.

En la fase de ejecución se llevó a cabo la planificación, no hubo mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades de cada intervención.

Por último, la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas durante el cuidado que se brindó a la paciente del presente estudio.

La evaluación de los resultados de enfermería se detalla en la parte de resultados.

## Discusión

### Disminución del Gasto Cardíaco

Según la NANDA define “como la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo” (Herdman, 2016).

Por otro lado, Martín (2019) lo define como un síndrome que es provocado por una incapacidad de la bomba cardíaca de mantener un volumen minuto cardíaco adecuado para poder oxigenar tejidos y remover metabolitos tóxicos, afectando el cerebro, hígado, riñones, piel, intestinos y musculo esquelético, sumado a que existen alteraciones de la frecuencia cardíaca, volumen de eyección, contractibilidad, precarga y poscarga que se puede evidenciar en diversos signos y síntomas del paciente.

También, Rivera et al. (2022) manifiesta que existe una falta de capacidad del corazón para mantener los latidos por minuto, volumen de sangre eyectado por cada latido, ya que, la frecuencia cardíaca y el volumen sistólico está regulado por el sistema nervioso autónomo, esto representa al volumen de sangre bombeada por cada ventrículo, el cual se halla con la multiplicación del volumen sistólico por frecuencia.

Dentro de las características definitorias fue la alteración de la contractibilidad, el paciente de este estudio presentó; fibrilación auricular determinado por electrocardiograma, frecuencia cardíaca en 121 por minuto asociado a palpitaciones, frecuencia respiratoria en 28, presión arterial elevada en 180/100, piel fría, diaforesis, saturación de oxígeno de 89%, cianosis de piel y mucosas con dolor agudo de región retroesternal. Dorado, et al. (2019) sostiene que el síntoma más frecuente es la disnea asociada a pequeños esfuerzos, diaforesis, alteraciones en los ruidos pulmonares por congestión, dolor torácico, palpitaciones, hipoxia, palidez de mucosas, arritmias y taquicardia.

Se consideró la intervención: cuidados cardíacos y se ejecutaron las siguientes actividades:

La realización de una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades), debido a que se encontraron signos de hipoperfusión en el paciente, Burguez, 2017) indica que dentro de los signos y síntomas típicos

da insuficiencia cardiaca, existe sobrecarga de líquidos, por lo que habrá una disminución del gasto cardiaco, eso se manifestará con signos característico de hipoperfusión periférica.

A su vez, la monitorizar signos vitales se realizó con frecuencia para preservar la salud del paciente, se encontró un aumento de la frecuencia cardiaca a 121 por minuto, indicativo de descompensación cardiaca, a su vez, taquipnea de 28 por minuto y SatO<sub>2</sub> de 89%, por lo que, se tiene un patrón de disminución del gasto cardiaco e insuficiencia respiratoria. Pappas y Filippatos (2011) sostienen que la causa más frecuente de edema agudo de pulmón es de origen cardiogénico, a su vez, dentro de las causas más frecuentes es la presencia de hipertensión arterial no controlada.

El paciente contaba con signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco, como extremidades frías, oliguria, ortopnea, disnea, entre otros. Esto debe ser monitorizado de manera constante para evaluar el progreso de estas, ya que, conlleva a mecanismos compensatorios, donde hay un aumento de la presión intravascular, provocando síntomas de congestión como la disnea paroxística nocturna y la ortopnea. Por otro lado, también pueden presentar aumento de volumen de miembros inferiores (edema), hepatomegalia y ascitis (Sousa et al., 2019).

El paciente tuvo el diagnostico de hipertension arterial hace cuatro años, el cual no fue correctamente controlado, por lo que, produjo complicaciones cardiologicas, manifestando falta de aire que se intensifica al caminar 20 pasos y al realizar sus actividades de la vida diaria. Dentro de las causas mas frecuencia de insuficiencia cardiaca congestiva es la hipertension arterial no controlada, ya que, al nivel fisiopatologico, Fajardo et al. (2016), sostiene que existe un estrechamiento y bloqueo de los vasos sanguineos causado por una presion elevada sostenida en un largo tiempo, provocando una hipertrofia ventricular y una disfuncion diastolica sin aumento de la poscarga.

El profesional de enfermeria se encarga de evaluar y analizar la situacion del paciente para poder brindar las intervenciones correspondientes. Rodríguez et al. (2022) manifiestan que el profesional de

enfermería debe brindar cuidados reconociendo un problema para poder plantear una intervención, comprende todo tratamiento basado en conocimiento y juicio clínico a favor del paciente. En el presente caso se realizó una valoración exhaustiva de la circulación periférica comprobando el pulso periférico, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades, monitorizando signos vitales, donde se visualizó síntomas y signos propios de la disminución del gasto cardíaco, como disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. SantaMaría et al. (2020) considera que se debe colocar al paciente en una posición que permita una mejor ventilación, que es impedida por la congestión pulmonar, vigilar el estado respiratorio y valorar el uso de oxigenoterapia, asegurando que este sea usado de manera correcta y al litraje correspondiente con el pulsoxímetro.

### **Deterioro del Intercambio de Gases**

Según la NANDA define al deterioro del intercambio de gases “como un exceso o déficit en la oxigenación y o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar” (Herdman, 2016).

El deterioro del intercambio gaseoso es definido por Santos (2021) como una alteración en el flujo de oxígeno de los pulmones hacia la circulación sanguínea y en la eliminación del CO<sub>2</sub> de la sangre a los pulmones, esto puede ser causado por patologías pulmonares in situ, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática y/o renal, ya que cualquiera de estos puede generar congestión pulmonar, facilitando la alteración del intercambio de gases para la oxigenación como parte de la circulación de la sangre.

Este puede ser manifestada mediante el análisis de gases arteriales, que se basa en la obtención de una muestra de sangre arterial, para poder diagnosticar el tiempo de insuficiencia respiratoria, además permite diagnosticar el tipo de alteración ácido-base, es la técnica más efectiva y básica para poder estudiar el intercambio gaseoso, según los valores del PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub>, también indica como se encuentra el PH, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> (Ruiz, 2018).

El factor relacionado con este diagnóstico es el desequilibrio en la ventilación perfusión. Según Alva (2019) la ventilación de los alveolos lleva oxígeno hacia el pulmón y elimina el dióxido de carbono, dentro de las causas encontramos que la insuficiencia cardíaca sobre todo del ventrículo izquierdo por un

mecanismo fisiopatológico, va a generar estenosis de la válvula mitral, aumentando la presión capilar pulmonar y generará extravasación de líquidos al espacio intersticial y alveolos pulmonares, dando paso al edema agudo de pulmón.

En el caso del paciente de este estudio, las características definitorias son la hipoxemia moderada con SatO<sub>2</sub> de 89%, dificultad respiratoria asociada a taquipnea, cianosis, disnea y ortopnea Espinosa et al. (2022) manifiesta que en la insuficiencia cardiaca congestiva es frecuente el acumulo de líquidos en los pulmones, si el ventrículo izquierdo tiene dificultad para bombear la sangre por problemas de sístole o diástoles, eso se acumula en los espacios pulmonares, generando dificultad para poder respirar, con el diagnóstico de edema agudo de pulmón, por lo que, se opta que los pacientes puedan estar semisentados para evitar que les falte la respiración.

Por su parte, Santos et al. (2021) la hipoxemia generalizada aumenta los requerimientos energéticos de las células produciendo vasodilatación al nivel sistémico, aumentando el gasto cardiaco, esto puede descompensar a los pacientes con disfunción ventricular o insuficiencia cardiaca compensadas, produciendo signos de hipoperfusión de tejidos como la cianosis.

Dentro de las intervenciones realizadas se colocó al paciente en posición semifowler, para mejorar la ventilación en el paciente, el cual consiste en elevar la cabecera unos 25-40cm y las piernas extendidas en 90°. La Insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico, donde los síntomas dependen del bombeo y el llenado cardiaco en reposo, por lo que, se debe apoyar al paciente colocando en esa posición para aliviar los síntomas de la disnea, ya que, la aparición de la ortopnea aparece cuando el paciente se recuesta por completo (Granado et al., 2015).

A su vez, se brindó apoyo ventilatorio utilizando el dispositivo de cánula binasal a FiO<sub>2</sub> 0.32%, ya que, el paciente estaba saturando 89%, lo que condiciona a los tejidos a un estado de hipoperfusión, por lo que, es indicativo de oxigenoterapia. Masip et al. (2012) manifiestan que el control de la saturación de oxígeno establece un diagnóstico precoz para brindar el apoyo con oxígeno suplementario y favorecer el intercambio gaseoso y perfusión de tejidos.

Las alteraciones oxigenarías previamente descritas, se evidenciaron por presencia de cianosis, disnea e hipoxia moderada mediante la oximetría de pulso, por lo que, esto debe ser vigilando en todo momento, ya que, si existe un buen aporte ventilatorio y administración de medicamentos para la disminución de la congestión pulmonar y estabilizar la insuficiencia cardíaca, mejorarán los signos y síntomas (De la Espriella et al., 2022).

Por otro lado, el uso de cánula binasal no generó alteraciones cutáneas en el paciente, debido al cuidado necesario que se brindó para la prevención de esta, Barbara y Ancuta (2021) resaltan la importancia de facilitar la hidratación oral, lubricar las mucosas nasales con soluciones acuosas para evitar lesiones y realizar leves rotaciones para evitar que se adhiera a la mucosa nasal.

### **Dolor Agudo**

Según la NANDA lo define “como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y con una duración inferior a 3 meses” (Herdman, 2016).

Por su parte, Cabo de Villa et al. (2020) indican que el dolor agudo puede ser transitorio y de corta duración, que en algunos casos dependiendo de la patología puede hacer crónico, presentando distintas evoluciones para tener un abordaje terapéutico diferente.

El factor relacionado con el diagnóstico es la lesión por agentes biológicos, García, et al. (2020) manifiesta que el dolor agudo es consecuencia de la activación de nociceptivos por una noxa, aparece por estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos, como consecuencia de una lesión somática o visceral

En este caso, las características definitorias son: escala de EVA con puntuación 8, conducta expresiva, inquietud, llanto y diaforesis, con alteración en los procesos del pensamiento, alteración del tono muscular, cambios en el apetito e ingesta de alimentos. Umaña (2018) manifiesta que la diaforesis es la sudoración excesiva que se da en el reposo del paciente, asociado a síntomas autonómicos como ansiedad, palidez, náuseas, dolor retroesternal, lo cual es definido como angina inestable, ya que, este no

cede al reposo, sino que persiste en el tiempo. González et al. (2017) indican que en pacientes con insuficiencia cardiaca es frecuente la aparición de depresión y ansiedad, asociado con una baja adherencia al tratamiento, mal estilo de vida, incremento de hospitalizaciones y mortalidad severa, se asocia directamente con un mal desarrollo de la enfermedad, generando mayores complicaciones.

Por otro lado, las intervenciones fueron

La monitorización del dolor utilizando la escala EVA, es necesaria para evaluar el requerimiento de analgésicos según lo manifestado por el paciente, este contaba con una puntuación 8, mucha inquietud, llanto, diaforesis, sugestivos de dolor moderado, lo que dificultaba también la movilización de este. Solá (2018) indica que los pacientes con ICC suelen tener dolor precordial, en muchos casos se le acompaña de diaforesis, en algunos casos de dolor severo, se puede aplicar opioides.

Por otro lado, sumado a lo previamente descrito, hubo signos de dolor como mucha inquietud y llanto, con una fascie dolorosa e incómoda, esto requirió administración de analgésicos para la disminución del dolor, se pueden emplear desde los AINES, esto dependerá del dolor según su naturaleza que puede ser nociceptivo y/o neuropático, según su intensidad; por lo que, se debe valorar el origen y necesidad de cada individuo, por lo que, resulta importante también instruir a la familia para que puedan detectar ello a tiempo (Caraballo et al., 2021).

También, del Arco (2015) manifiesta que el dolor es un síntoma habitual del paciente con ICC en fases avanzadas, no tiene una causa definida, pero este puede estar asociado a la hipoperfusión, isquemia o la congestión e incluso si se le asocia otras comorbilidades, puede empeorar el cuadro; para estos casos se debe tener cuidado con el tratamiento a brindar, debido a que, muchos medicamentos están contraindicados en pacientes cardiopatas, bajo vigilancia se emplea paracetamol, aines, colchicina, antidepresivos e incluso opiáceos débiles hasta los más potentes, según amerite los cuidados paliativos de cada paciente.

Por último, se debe colocar al paciente con la mayor comodidad posible para evitar posiciones que le generen algún dolor adicional al que ya presentan, por la misma condición que presentan dependen del personal de enfermería dentro del centro hospitalario; el mejor momento para poder valorar sus necesidades es cuando este se encuentra lucido, orientado en tiempo espacio y persona; pero cuando se encuentra alterado el estado de conciencia, impedirá la comunicación; se utilizaran las habilidades ya descritas asociado a todos los materiales necesarios para dar comodidad al paciente y favorecer la movilización (Aravena, 2018).

### **Conclusiones**

El Proceso de atención de enfermería es una excelente metodología para brindar cuidados a los pacientes de forma sistemática, lógica, ordenada, con resultados favorables.

Es de suma importancia realizar una valoración de Enfermería completa, objetiva, precisa; puesto que es la base para la identificación de los diagnósticos de enfermería pertinentes.

El manejo de la interrelación NANDA-NOC-NIC por parte de los profesionales de enfermería, permite la utilización de un lenguaje unificado que facilita el trabajo de enfermería.

Finalmente, los cuidados de enfermería brindados, contribuyó en la recuperación de la paciente lo que permitió brindar un cuidado integral y de calidad.

## Referencias

- Aravena Aravena, F. A. (2018). *Fundamentación del diagnóstico enfermero: disminución del gasto cardiaco al paciente con Insuficiencia Cardiaca Izquierda* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma San Luis de Potosí]. Repositorio institucional. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4623>
- Barbara, K. y Ancuta, M. (2021). Cánula nasal de alto flujo: manejo y cuidados de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/canula-nasal-de-alto-flujo-manejo-y-cuidados-de-enfermeria/>
- Bastidas, J. C., Sánchez, E. G. M., Bastidas, J. L. C., Pérez, F. V. y Riveros, E. L. (2021). Fragilidad en adultos mayores con falla cardiaca crónica en un hospital de Lima: *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 2(1), 15–21. <https://doi.org/10.47487/APCYCCV.V2I1.122>
- Belziti, C., Garagoli, F., Favini, A., Chiabrando, J. G., Barbagelata, L., Denes, J., Rossi, E. y Pizarro, R. (2019). Prognostic value of clinical presentation in acute heart failure syndromes. *Revista Argentina de Cardiología*, 87(1), 33–39. <https://doi.org/10.7775/RAC.V87.I1.13871>
- Burguez, S. (2017). Insuficiencia cardíaca aguda. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(3), 370–389. <https://doi.org/10.29277/RUC/32.3.17>
- Cabo de Villa, E. D., Morejón Hernández, J. M. y Acosta Figueredo, E. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *Medisur*, 18(4), 694–705. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000400694](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694)
- Caraballo, C., Desai, N. R., Mulder, H., Alhanti, B., Wilson, F. P., Fiuzat, M., Felker, G. M., Piña, I. L., O'Connor, C. M., Lindenfeld, J., Januzzi, J. L., Cohen, L. S. y Ahmad, T.

(2021). Abordaje del dolor en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Evidentia*, 8(23).

<https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014240>

Cassalett-Bustillo, G. (2018). Falla cardíaca en pacientes pediátricos Fisiopatología y manejo

Parte I. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(4), 286–294.

<https://doi.org/10.1016/J.RCCAR.2018.02.003>

Calle Crespo, A.P. y Ojeda Orellana, K.P. (2021). Prevalencia y factores asociados a

insuficiencia cardiaca en adultos mayores. Hospital Homero Castanier Crespo, 2015-2019.

*Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad de Cuenca*, 39(2), 11.

<https://doi.org/10.18537/RFCM.39.02.03>

De la Espriella, R., Santas, E., Zegri Reiriz, I., Górriz, J. L., Cobo Marcos, M., & Núñez, J.

(2022). Cuantificación y tratamiento de la congestión en insuficiencia cardíaca: una visión clínica y fisiopatológica. *Nefrología*, 42(2), 145–162.

<https://doi.org/10.1016/J.NEFRO.2021.04.006>

Del Arco, J. (2015). Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y

tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*, ISSN 0213-9324, Vol. 29, Nº. 1, 2015,

Págs. 36-43, 29(1), 36–43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7711948>

Dorado Criado, M., Fabra Garrido, C., Martín Sánchez, J., Labrandero de Lera, C., Ceano-Vivas

La Calle, M. de, Dorado Criado, M., Fabra Garrido, C., Martín Sánchez, J., Labrandero de

Lera, C. y Ceano-Vivas La Calle, M. (2019). Insuficiencia cardiaca en urgencias: un reto

diagnóstico. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), e77–e79.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[76322019000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Gutiérrez Pérez, E.T., Meneses Foyo, A.L., Conyedo Vergel, E., Echerogoyen López, O. y García Sierra, Y. (2020). Factores de riesgo determinantes de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en adultos | Gutiérrez Pérez. *Acta Medica Centro*, 14(4).  
<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1249>
- Espinosa, B., Llorens Soriano, P., Gil, V., Rosselló, X., Jacob Rodríguez, J., Herrero Puente, P., Martín Sánchez, F. J., Alquezar, A., Masip, J. y Miró Andreu, Ó. (2022). Pronóstico de la insuficiencia cardíaca aguda basado en datos clínicos de congestión. *Revista Clínica Española: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Medicina Interna*, 222 (6), 321-331, 222(6).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8454911&info=resumen&idioma=ENG>
- Fajardo, H. L. C., Fajardo, H. L. C., Bermúdez, E. R. S. y Zaldívar, Y. N. (2016). Hipertensión Arterial e Insuficiencia Cardíaca. Apuntes de interés actual. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 22(3), 172–180.  
<https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/662>
- García Pinilla, J. M., Díez-Villanueva, P., Bover Freire, R., Formiga, F., Cobo Marcos, M., Bonanad, C., Crespo Leiro, M. G., Ruiz García, J., Díaz Molina, B., Enjuanes Grau, C., García, L., Rexach, L., Esteban, A. y Martínez-Sellés, M. (2020). Documento de consenso y recomendaciones sobre cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca de las Secciones de Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 73(1), 69–77.  
<https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2019.06.024>
- García Sarasola, A., Alquézar Arbé, A., Gil, V., Martín-Sánchez, F. J., Jacob, J., Llorens, P., Rizzi, M., Fuenzalida, C., Calderón, S. y Miró, Ò. (2019). NOVICA: Characteristics and

outcomes of patients who have a first episode of heart failure (de novo). *Revista Clínica Española*, 219(9), 469–476. <https://doi.org/10.1016/J.RCE.2019.04.006>

Giner-Soriano, M., Díaz Baena, D., Ouchi, D., Gomez-Lumbreras, A. y Morros, R. (2022).

Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca según la fracción de eyección ventricular en atención primaria. *Atención Primaria*, 54(8).

<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2022.102362>

González Gómez, A., Montalvo Prieto, A., Herrera Lian, A., González Gómez, A., Montalvo

Prieto, A. y Herrera Lian, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*, 16(45), 266–294.

<https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.16.1.260101>

Granado Guijarro Tutor, S., Frutos Martín Cotutor, M. y Merino Romero, I. (2015). *Plan de*

*Cuidados en la Insuficiencia Cardíaca Aplicando el Modelo Área* [Trabajo académico de bachillerato, *Universidad de Valladolid*]. Repositorio institucional.

<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17984>

Herdman, T. y Heather, S. (2016). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 (10ma ed.)*. Elsevier.

<https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788490229514/Diagn%C3%B3sticos+Enfermeros++Definiciones+Y+Clasificaci%C3%B3n+2015-2017>

María, A., Santamaría Fernández, B. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17984>

De Las, M., Cuadrado, M. R., & Duque López, E. A. (2020). Caso clínico: cuidados de

enfermería a un paciente con insuficiencia cardíaca y arteria coronaria única. *Enfermería En Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en*

*Cardiología*, 80, 69–75.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726308&info=resumen&idioma=SPA>

Martín-Sánchez, F. J. (2019). La insuficiencia cardíaca aguda. Causas y consecuencias. Hospital Clínico San Carlos.

[https://www.fbbva.es/microsites/salud\\_cardio/mult/fbbva\\_libroCorazon\\_cap39.pdf](https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap39.pdf)

Masip, J., Gayà, M., Páez, J., Betbesé, A., Vecilla, F., Manresa, R. y Ruíz, P. (2012).

Pulsioximetría en el diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), 879–884. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2012.02.022>

Osmar Chávez Alfonso, C., Antonio Centurión, O., Dirección, F., Mariscal López, A. y Casal

San Lorenzo, C. (2019). Epidemiological concepts, diagnostic and pharmacological management of chronic congestive heart failure. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 75–85. [https://doi.org/10.18004/RVSPMI/2312-](https://doi.org/10.18004/RVSPMI/2312-3893/2019.06(01)75-085)

[3893/2019.06\(01\)75-085](https://doi.org/10.18004/RVSPMI/2312-3893/2019.06(01)75-085)

Pappas, L. y Filippatos, G. (2011). Congestión pulmonar en la insuficiencia cardiaca aguda: de la

hemodinámica a la lesión pulmonar y la disfunción de la barrera alveolocapilar. *Revista Española de Cardiología*, 64(9), 735–738. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2011.05.006>

Pérez Romero, J. L., Sadek M, I., Madrona Marcos, F., Peiró Monzón, F., Octavio Sánchez, R.,

Villar Inarejos, M. J., Angel Simón, M., Tárraga López, P. J., Pérez Romero, J. L., Sadek M, I., Madrona Marcos, F., Peiró Monzón, F., Octavio Sánchez, R., Villar Inarejos, M. J.,

Angel Simón, M. y Tárraga López, P. J. (2020). Insuficiencia cardiaca la epidemia en el medio rural: características y manejo en un centro de salud rural de Albacete. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(8), 831–852. <https://doi.org/10.19230/JONNPR.3637>

<https://doi.org/10.19230/JONNPR.3637>

- Rivera-Toquica, Alex Saldarriaga-Giraldo, Clara I. Echeverría, Luis E. Buitrago, Andrés Mariño, A., Arias-Barrera, C.A. Castellanos, Jeffrey Gallego, C. y Garcia-Pena, A. A. (2022). Actualización 2022 del Consenso colombiano de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: Capítulo de falla cardíaca, trasplante cardíaco e hipertensión pulmonar de la Asociación Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/62278>
- Rodríguez-León, A., Garcés-González, R., Izquierdo-Medina, R., Enríquez-González, C. y Fimia-Duarte, R. (2022). Intervención de Enfermería en Cuidados Paliativos a Pacientes Con Insuficiencia Cardíaca Crónica en la Comunidad. *The Biologist*, 20(1), 33–42. <https://doi.org/10.24039/RTB20222011278>
- Ruiz González, M. (2018). *Proceso Cuidado Enfermero en pacientes críticos con diagnóstico “deterioro del intercambio de gases”* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma San Luis de Potosí]. Repositorio institucional. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4603>
- Santos-Martínez, L. E., Gómez-López, L., Arias-Jiménez, A. y Quevedo-Paredes, J. (2021). Deterioro del intercambio gaseoso en sujetos con incremento del índice de masa corporal a una altitud de 2,240 metros sobre el nivel del mar. *Archivos de Cardiología de México*, 91(1), 7–16. <https://doi.org/10.24875/ACM.20000407>
- Santos-Martínez, L. E., Gómez-Tejada, R. A., Murillo-Jauregui, C. X., Hoyos-Paladines, R. A., Poyares-Jardim, C. V. y Orozco-Levi, M. (2021). Exposición crónica a la altura. Características clínicas y diagnóstico. *Archivos de Cardiología de México*, 91(4). <https://doi.org/10.24875/ACM.20000447>

- Schwinger, R. H. G. (2021). Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 11(1), 263. <https://doi.org/10.21037/CDT-20-302>
- Solá Truyols, A. y Nabal Vicuña, M. (2018). Opioides e insuficiencia cardiaca avanzada: revisión de la literatura. *Medicina Paliativa*, 25(4), 274–280. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIPA.2016.10.006>
- Sousa, A (2019). Débito cardíaco disminuido: mapeo cruzado de las intervenciones de enfermería y su contribución en la práctica clínica. *Enfermería Global*, 18(56), 324–364. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.18.4.346221>
- Thomas, C. D. (2018). Nursing care with a community approach. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55–62. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=80703>
- Alva Torres, S. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con insuficiencia respiratoria tipo I en la Unidad de Cuidados Cardiológicos de un hospital de Lima, 2018* [Trabajo académico de licenciatura, *Universidad Peruana Union*]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3033?show=full>
- Umaña-Giraldo, H. J., Jiménez-Salazar, S., Buitrago y -Toro, K. y Echeverry-Bolaños, M. (2018). Semiología y diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica Risaralda*, 49–57. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672018000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100009)

## **Apéndice**

### **Apéndice A: plan de cuidado**

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades			
Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la contractibilidad manifestado por cambios en el electrocardiograma fibrilación auricular intervalo de RR irregular, ausencia de onda P, ritmo cardiaco anormal 121por minuto, palpitaciones, presión arterial 180/100 mm Hg, ansiedad, disnea, piel fría y sudorosa.	Resultado NOC: efectividad de la bomba cardiaca	3	Mantener en Aumentar a:	<b>Intervención:</b> Cuidados cardiacos Código: (4040).			
	Escala: De desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			<b>Actividades:</b>			
	<b>Indicadores:</b>		+1	Se realizo una valoración exhaustiva de la circulación comprobando el pulso periférico, edema, relleno capilar, temperatura de las extremidades.	M	T	N
	Presión arterial sistólica.	3		Se monitorizo los signos vitales con frecuencia	M	T	N
	Presión arterial diastólica.	3	+1	Se observo signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco	M	T	N
	Frecuencia cardiaca	3	+1	Se proporciona terapia losartan 50mg v.o. cada 12 hrs Amlodipino 50 mg v.o. cada 24 hrs, furosemida 20mg cada 12 hrs, ácido acetilsalicílico 100mg v.o. cada 24 horas, atorvastatina 20 mg v.o. cada 24 hrs.	M	T	N
	Disnea palidez	2	+1	Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.	M	T	N

Plan de Cuidados

Diagnóstico efenero	Planificación				Ejecución	Evaluación		
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (E5)	Puntuación diaria	Intervenciones/Actividades		Puntuación final	Puntuación de c...	
Cambio de B/E/P Equilibrio en Intubación E/P emia (89%), Dialíforesis. resis, a, patrón ratorio nal 28 por to	Resultado NOC: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Escala: De desviación grave de 1 a 5 normal (1) a sin desviación del rango normal (5) a sin desviación del rango normal (5)	3	Mantener en Aumentar a: Aumentar a:	Intervención: oxigenoterapia Código: (3320). Intervención: oxigenoterapia Código: (3320)			4 4	+ +1
	Indicadores: Dolor referido Presión parcial de O2 en la sangre	2	+1	Se orienta al paciente a posición durante los movimientos en la actividad de recuperación Se administro oxígeno utilizando el dispositivo de	M T N M T N		4	
	Expresiones faciales de dolor	2	+1	Se observó si hay finido 32% verbales de incomodidad, especialmente en los que no puede comunicarse	M T N M T N		3	
	Cianosis Dialíforesis	3	+1	Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	
	Disnea al esfuerzo	3	+1	Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		5	
				Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	
				Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	
				Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	
				Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	
				Se evaluó la saturación de oxígeno atención de	M T N M T N		4	

Plan de Cuidados

## Apéndice B: Marco de valoración

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES		H.C.:.....
Nombre:..... Fecha y hora de nacimiento:...../...../..... Edad:.....días Sexo: M F		
Fecha y hora de ingreso al servicio:...../...../..... Procedencia: SOP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> EMG <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> A.C <input type="radio"/> UCIN <input type="radio"/>		
Forma de llegada: Incubadora <input type="radio"/> Cuna <input type="radio"/> otro:..... PC.....cm PT.....cm Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC.....x' FR.....x'		
SatO <sub>2</sub> :.....% T°:.....°C APGAR 1' ____ 5' ____ EG ____ Dx. Medico de ingreso:..... Seguro:.....		
Nombre de la madre ..... Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono.....		
Nombre del Padre..... Ocupación..... Tipo de Sangre.....		
Teléfono:..... otro:.....		
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES		

I. Patrón percepción control de la salud	II. Patrón de relaciones-rol
<p><b>Antecedentes</b></p> <p><b>Madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DM ( ) HIV ( ) HEPATITIS ( ) HIPOTIROIDISMO ( )</li> <li>- TORCH ( ) VDRL ( ) Otro:.....</li> <li>- Hemoglobina:.....</li> <li>- Alergias: No ( ) Si ( ) especificar:.....</li> <li>- Medicamentos que consume: No Si especificar:.....</li> <li>- Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:.....</li> <li>- N° de gestación..... Aborto..... Numero de hijo vivo:.....</li> <li>- Control prenatal: No Si N°..... Grupo S. y factor:.....</li> <li>- Complicación gestacional: RPM ( ) Preclampsia ( ) Eclampsia ( ) Síndrome de HELLP ( ) Otro.....</li> </ul> <p><b>Padre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DM HIV HEPATITIS Otro:.....</li> <li>- Alergias: No Si especificar:.....</li> <li>- Medicamentos que consume: No Si especificar:.....</li> <li>- Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:.....</li> </ul> <p><b>Parto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intrahospitalario ( ) Extrahospitalario ( )</li> <li>- Tipo: Vaginal espontaneo Vaginal instrumental Cesárea: si ( ) no ( ) Tipo de anestesia: Epidural ( ) Raquídea ( ) General ( )</li> <li>- Presentación: Cefálico ( ) Podálico ( ) Transverso ( )</li> <li>- L. Amniótico: Claro ( ) Meconial ( ) Contacto precoz: No ( ) Si ( )</li> </ul> <p><b>RN o Neonato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apgar: 1' ____ 5' ____ pto EG : ____</li> <li>- Sufrimiento fetal: No Si</li> <li>- Circular: Simple ( ) Doble ( ) Ninguno ( )</li> <li>- Profilaxis: umbilical ( ) ocular ( ) vit. K ( )</li> <li>- Estado de higiene: Buena Regular Mala</li> </ul> <p><b>Comentario adicional:</b>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuantos hijos tienen los padres:</li> <li>- Que numero de hijo es:</li> <li>- Parentesco entre los padres: casados ( ) Convivientes ( ) Divorciados ( )</li> <li>- Soporte familiar: .....</li> </ul>
	III. Patrón valores - creencias
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricciones religiosas: No Si especificar: .....</li> <li>- Religión de los padres: Católica Otro: .....</li> <li>- Comentario adicional:.....</li> </ul>
	IV. Patrón Autopercepción autoconcepto /Adaptación afrentamiento Tolerancia a la situación y al estrés
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado emocional del Neonato: Tranquilo Irritado Llanto persistente</li> <li>- Estado emocional de los padres: Tranquilo Ansioso Irritable Indiferente.</li> <li>- Muestra interés por la situación de su hijo: Si ( ) No ( )</li> <li>- Preocupación principal de los padres: .....</li> </ul>
	V. Patrón perceptivo cognitivo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de conciencia: Dormido ( ) Activo ( ) Somnoliento ( ) sedado: Reactivo ( ) Letárgico ( ) Hipoactivo ( )</li> <li>- Reflejos: succión ( ) búsqueda ( ) plantar ( ) Babinski ( ) Moro ( )</li> <li>- Presencia de anomalías: Visión..... Escucha.....</li> <li>- Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reactivas ( ) No reactivas ( ) Tamaño ( )</li> <li>- Dolor: No ( ) Si ( ) especificar:.....</li> <li>- Comentario adicional:.....</li> </ul>

**VI. Patrón actividad ejercicio****Actividad respiratoria**

- Espontanea ( ) FR: ..... Sat:.....  
 Oxigenoterapia ( ) VM invasiva ( ) VM no invasiva ( )  
 - Fio<sub>2</sub>:.....% CBN ( ) HALO ( ) HOOD ( ) CPAP ( )  
 - TET N°..... FIJADO EN:.....  
 - V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: FIO<sub>2</sub>: .....  
 FR: ..... VT: ..... PS: ..... PEEP: .....  
 - Cianosis: No ( ) Sí ( ) Zona:  
 - Disnea: No ( ) Sí ( ) Aleteo nasal ( ) Retracción xifoidea ( )  
 Tiraje ( ) Ptje de Silverman: .....  
 - Ritmo: Regular ( ) irregular ( ) Ruidos respiratorios: MV ( )  
 Sibilantes ( ) Roncantes ( ) Crepitantes ( ) en: ACP.....  
 HTD..... HTI.....  
 - Secreciones: mucosa ( ) serosa ( ) meconial ( ) sanguinolenta ( )  
 Verdosa/amarillenta ( ) fluida ( ) densa ( )

**Actividad circulatoria**

- Ritmo: Regular ( ) irregular ( )  
 - Llenado capilar: menor de 2" ( ) Mayor de 2" ( ) Obs:.....  
 - Pulsos periféricos: Conservados ( ) disminuido ( ) ausente ( )  
 - Frialdad: MSI ( ) MSD ( ) MII ( ) MID ( )  
 - Edema: No ( ) Sí ( ) localización:.....  
 - Líneas invasivas: No ( ) Sí ( ) Vía central ( ) PICC ( ) CUV-CUA ( )  
 Vía Periférica ( ) ubicación: MMSS ( ) MMII ( ) Yugular ( )

**Ejercicio**

- Tono muscular: Conservado ( ) hipotonía ( ) hipertonia ( )  
 - Tremores ( )  
 - Movilidad: Conservada ( ) limitada ( )

Comentario adicional:.....

**VII. Patrón descanso sueño**

- Horas de sueño: ..... regular irregular  
 - Duerme con dificultad: Sí ( ) No ( )  
 - Se despierta con facilidad: Sí ( ) No ( )  
 - Recibe medicamentos estimulantes: -----Otro: .....  
 - Comentarios adicionales:.....

**VIII. Patrón nutricional-metabólico**

**Alimentación:** NPO ( ) NPT ( ) NPP ( ) LME ( ) LM ( )  
 FM ( ) por LM ( ) Gotero ( ) SNG ( ) SOG ( ) SGT ( )  
 SY ( ) Gastroclisis ( )

observación:.....

**Piel:**

- Diaforesis: Sí ( ) No ( ) Temperatura:.....  
 H.O: ..... Días: .....  
 Vermis caseosa ( ) Lanugo ( ) Miliun ( ) Eritema ( )  
 - Color: Rosada ( ) Pálida ( ) ictérica ( )  
 otro:.....  
 - Integridad: No ( ) Sí ( )  
 especificar:.....  
 - Fontanela : Abombada ( ) deprimida ( )

**Boca**

- Vómitos: No ( ) Sí ( ) Características:.....  
 - Malformaciones: No ( ) Sí ( ) Especificar:.....

**Abdomen**

- Blando ( ) Depresible ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ) Globuloso ( )  
 - Perímetro abdominal.....cm  
 - Ruido hidroaereo: Presente ( ) disminuido ( ) aumentado ( )  
 ausente ( )  
 - Drenajes: No ( ) Sí ( )  
 Características:.....  
 - Comentarios: .....

**IX. Patrón Eliminación**

- Ano permeable: Sí ( ) No ( )  
**Intestinal:**  
 Estreñimiento ( ) Días:.....  
 N° deposiciones/día:.....  
 Características:  
 Color: Meconial ( ) Transición ( ) Amarillo ( ) Sangre ( )  
 (Consistencia:.....  
 Colostomía ( ) ileostomía ( )  
 Fecha de colocación:.....  
 Comentarios:.....  
 Malformación:.....  
**Vesicales:**  
 Micción espontánea: Sí ( ) No ( )  
 Características:.....  
 Sonda vesical ( ) Colector Urinario ( ) Pañal ( )  
 Orina: Amarilla ( ) Colúrica ( ) Con sangre ( )  
 Fecha de colocación:.....

**X. Patrón -sexualidad-reproducción**

- Varón:** Testículos descendidos: Sí ( ) No ( )  
 Malformaciones:.....  
**Mujer:**  
 Labios genitales: Normales ( ) Edematizados ( )  
 Secreción vaginal: Sangre ( ) Moco ( ) blanquecinas ( )  
 Malformaciones:.....

**OBSERVACIONES:****TTO. MEDICO ACTUAL**

Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C

Firma y sello de la enfermera:

## Apéndice C: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud

### Consentimiento Informado

El presente trabajo académico tiene como título “Proceso de atención de enfermería a paciente con insuficiencia cardiaca congestiva del servicio de emergencia de un hospital de apoyo de Ayacucho, 2022”. El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva. La presente investigación es realizada por la Lic. Diana Maribel Huanca Vilca y lic Marisol Gallegos Gonzales . La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice D: Escalas de valoración

Escala de dolor EVA

