



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA
PACIENTE ADULTA MAYOR CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

BACHILLER: Peter Alexander, SALCEDO MAICELO.

**JURADO : Presidenta : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ
Secretaria : Lic. Enf. Teresita Álida, DAMIÁN CUBAS.
Vocal : Lic. Enf. Wilfredo, AMARO CÁCERES**

CHACHAPOYAS – AMAZONAS – PERÚ

2011

DEDICATORIA

A mis padres Ignacia y Fildeneysner , por su apoyo incondicional, por el gran esfuerzo que realizaron día a día para educarme, y por ser el motivo principal de mi constante superación razón de mi inspiración (los quiero).

El autor

AGRADECIMIENTO

Tengo en mi mente a muchas personas que me gustaría agradecer por su apoyo, amistad, y compañía. Algunos los voy a mencionar en este trabajo, y a los que no menciono los llevo en mi corazón.

- Agradezco a la señora M.J.L.C. Por haberme permitido la maravillosa oportunidad de brindarle los cuidados de Enfermería y por ser mi mejor libro en este trabajo.
- A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, por sus brillantes enseñanzas y por enseñarme a querer esta hermosa carrera de Enfermería
- Al personal profesional y técnico del servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas por haber colaborado desinteresadamente para realizar este trabajo.
- A mi familia, por ayudarme siempre y por estar siempre en los momentos que más los necesité.

AUTORIDADES

Ph. D., Dr.Hab. CASTAÑEDA CHÁVEZ, Vicente Marino.

Rector

Dr. BARRENA GURBILLÓN, Miguel Ángel.

Vicerrector Académico.

Dr. BARRENA GURBILLÓN, Miguel Ángel

Vicerrector Administrativo.

Lic. Enf. SAAVEDRA CHINCHAYÁN María Esther

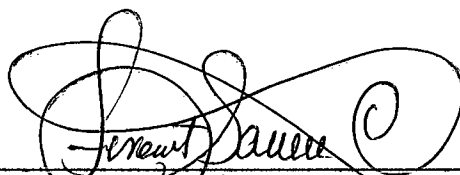
Decana de la Facultad de Enfermería.

JURADO EVALUADOR

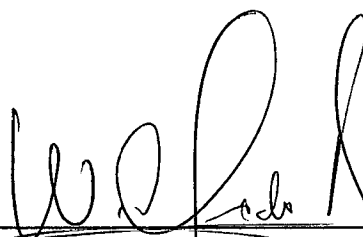
En cumplimiento del artículo 91° del reglamento de grados y títulos de la Univerisadad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, mediante **RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 108-2011-UNTRM-VRAC/F.E.**, del 16 de mayo del año 2011, LA Decana de la Facultad de Enfermería designa el jurado evaluador del examen de suficiencia profesional del Bachiller en Enfermería Peter Alexander Salcedo Maicelo ; conformado por los siguientes docentes.



Lic .Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez
PRESIDENTA



Lic.Enf. Teresita Ácida Damían cubas
SECRETARIA:



Lic.Enf. Wilfredo Amaro Cáceres
VOCAL

PRESENTACIÓN

En la actualidad, el profesional de enfermería es aquella persona que ha adquirido competencia científica y técnica con conocimientos en las áreas biológicas, psicológicas, sociales y humanísticas, entrenado en técnicas específicas en el marco del desarrollo científico y tecnológico para dar cuidado y ayuda no solo orientado hacia la atención del cliente enfermo él cual requiere la ejecución de actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de su salud, si no también hacia el cliente sano y su entorno; Mediante una actitud ética, humanística y de responsabilidad legal destacando sus posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que puedan amenazar su salud.

En ese sentido, me es grato presentar éste informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional de Licenciado en Enfermería*, cuyo contenido responde al Cuidado de Enfermería a una cliente adulto mayor con insuficiencia cardiaca congestiva. El presente informe está estructurado principalmente en dos partes: la primera, en la cual se plasma de manera sistemática conocimientos precisos en los que se menciona; definición, etiología, manifestaciones clínicas, complicaciones, tratamiento y formas preventivas de la enfermedad. En la segunda parte se encuentra el Proceso de Atención de Enfermería aplicado de manera específica a la cliente adulta en su cuarto día de hospitalización. Dicho Proceso de Atención de Enfermería está desarrollado de manera sistemática y contiene todas las etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Dejo éste trabajo como una herramientas más de lectura para enriquecer los conocimientos a disposición de toda persona que tenga el hábito de la lectura, y, principalmente de los estudiantes, egresados y profesionales de Enfermería.

ÍNDICE

	Pág
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AURORIDADES	iii
JURADO EVALUADOR	iv
PRESENTACIÓN	v
ÍNDICE	vi

PRIMERA PARTE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
III. MARCO TEÓRICO	3
3.1 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	3
3.1.1 DEFINICIÓN	3
3.1.2 ETIOLOGÍA	3
3.1.3 CLASIFICACIÓN	5
3.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS	7
3.1.5 DIAGNÓSTICO	10
3.1.6 TRATAMIENTO	11
3.1.7 PREVENCIÓN	13
3.1.8 COMPLICACIONES	13

SEGUNDA PARTE

IV. PROCESO ENFERMERO	14
4.1. VALORACIÓN	14
4.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	14
4.1.2 SITUACIÓN PROBLEMA	15
4.1.3 EXAMEN FÍSICO	16

4.1.4 VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	26
4.1.5 EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	29
4.1.6 TRATAMIENTO E INDICACIONES	31
4.2. DIAGNÓSTICO	32
4.2.1 E INTERPRETACIÓN DE DATOS	32
4.2.2 CONSOLIDADO DE DIAGNÓSTICOS	37
4.3. PLANIFICACIÓN	38
4.4. EJECUCIÓN	47
4.5. EVALUACIÓN	50
V. DISCUSIÓN	51
VI. CONCLUSIONES	52
VII. RECOMENDACIONES	53
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
IX. ANEXOS	56
NOTAS DE ENFERMERÍA MODELO SOAPIE	57
PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA	60
INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA	63
FICHAS FARMACOLÓGICAS	65
ESQUEMA FISIOPATOLÓGICO	71

I. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia es cuando el corazón disminuye su capacidad de suministrar al organismo la cantidad de sangre necesaria para satisfacer sus necesidades metabólicas. Aunque la insuficiencia cardiaca implica el fracaso de la función de bomba del corazón, sus manifestaciones clínicas dependen de la repercusión hemodinámica que determina en otros órganos. La insuficiencia cardiaca se acompaña de deterioro físico, funcional mental (en su doble componente: cognitivo y afectivo) lo que va a conllevar a hospitalizaciones frecuentes, tasas elevadas de mortalidad, y por ende al empeoramiento significativo de la calidad de vida.

Enfermería como profesión juega un papel fundamental para ayudar al cliente enfermo con Insuficiencia Cardiaca Congestiva a realizar actividades que contribuyan al mejoramiento de su salud, involucrándolo en su recuperación para que sea más autónoma. Para ayudar a la persona nos basamos en el método científico de Enfermería (Proceso de Atención de Enfermería).

En esa perspectiva este trabajo se ha realizado con el fin de ejecutar todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería mediante la interacción Enfermero – cliente para conocer su situación anterior y actual de salud; y de esa manera obtener los datos subjetivos y objetivos posteriormente formular los diagnósticos de Enfermería y el respectivo plan de cuidados con la finalidad de ayudar a mejorar la condición de vida del cliente.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Brindar cuidados de Enfermería a una paciente adulto mayor con Insuficiencia Cardíaca Congestiva promoviendo un estado de salud óptimo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar las condiciones de salud de la cliente con insuficiencia cardíaca congestiva.
- Identificar los problemas reales y potenciales de la cliente.
- Formular los diagnósticos de Enfermería priorizando en base a los problemas reales y potenciales que presenta la cliente.
- Planificar las acciones priorizando las necesidades de la cliente.
- Afianzar actitudes para poner en práctica los buenos hábitos de salud.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

3.1.1. DEFINICIÓN: La insuficiencia cardíaca es cuando el corazón tiene una menor capacidad para bombear sangre. A pesar que el corazón sigue latiendo, su menor capacidad para bombear sangre resulta en que el cuerpo recibe menos nutrientes y oxígeno de los que necesita. El paciente tendrá dificultad para caminar, cargar cosas o subir escaleras. Probablemente sentirá que le falta el aliento (aire); dado que el cuerpo no tiene suficiente oxígeno para funcionar normalmente.

3.1.2. ETIOLOGÍA:

❖ CAUSAS PRIMARIAS

- Cardiopatía congénita.
- Cardiopatía isquémica.
- Valvulopatía cardíaca.

❖ CAUSAS DESENCADENANTES

- **Infección:** La insuficiencia cardíaca también puede ocurrir cuando una infección debilita el miocardio.
- **Esfuerzo físico:** Todos los esfuerzos físicos son capaces de desencadenar en una insuficiencia cardíaca .ocasionalmente las relaciones sexuales causan , en particular la estenosis mitral , una insuficiencia aguda.
- **Agravamiento de la hipertensión arterial:** El aumento de la presión arterial predispone a un mayor esfuerzo del corazón para bombear sangre y puede culminar en descompensación cardíaca.

- **Embarazo y ciclo menstrual:** En el embarazo las personas con cardiopatías están expuestas a desarrollar insuficiencia cardiaca ya que en el embarazo tiende a aumentar el gasto cardiaco. La tendencia de la insuficiencia cardiaca en la menstruación es debido a la retención hídrica.
- **Alimentación:** La obesidad y las comidas abundantes ricas en sal favorecen la aparición de insuficiencia cardiaca congestiva.
- **Embolia pulmonar:** La embolia pulmonar puede elevar la presión arterial pulmonar que a su vez produce o empeora la insuficiencia ventricular. En presencia de congestión vascular pulmonar, las embolias ocasionan a veces infartos pulmonares.
- **Arritmias:** Se sitúan entre las causas desencadenantes más frecuentes de insuficiencia cardiaca. Las arritmias causan un efecto dañino de la función del miocardio por diversos mecanismos.
 - Las taquiarritmias acortan el tiempo destinado al llenado ventricular.
 - La disociación entre las contracciones auricular y ventricular hace que se pierda el mecanismo de estimulación de bomba en la aurícula, es decir el llamado “estimulo auricular” y con ello aumenta las presiones en la cavidad auricular.
 - La actividad o rendimiento cardiaca puede disminuir todavía más por la pérdida de la contracción ventricular sincronizada normalmente, en cualquier arritmia que provenga de conducción interventricular anormal.
 - La lentificación de la frecuencia cardiaca surge con el bloqueo auriculoventricular completo u otras bradiarritmias intensas.

- Una taquicardia relativamente moderada podrá precipitar la insuficiencia cardiaca en un paciente con un miocardio ya dilatado o hipertrofiado la fibrilación auricular, las taquicardias paroxísticas contribuyen a menudo a ocasionar la descompensación en los cardiacos.
(Beers.M, 1999).

3.1.3. CLASIFICACIÓN:

Según la capacidad funcional

Clase I: Enfermos sin limitación en su actividad física. La actividad física usual no causa fatiga desproporcionada, palpitaciones, disnea ni dolor anginoso.

Clase II: Pacientes con enfermedad cardiaca, con ligera limitación de su actividad física, no padecen molestias en reposo pero la actividad física ordinaria les trae fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

Clase III: Pacientes con enfermedad cardiaca y considerable limitación de su actividad física. Se sienten bien en reposo y en un ejercicio menor les ocasiona fatiga, disnea palpitaciones y dolor anginoso.

Clase IV: Pacientes con enfermedad cardiaca, que los incapacita para cualquier actividad física, sin molestias. Suelen existir síntomas de insuficiencia cardiaca o síndrome anginoso si emprenden cualquier actividad las molestias aumentan. (Fatorusso, 1999).

Insuficiencia Cardiaca compensada: Se Denomina Insuficiencia Cardiaca compensada Cuando El Sistema Nervioso Simpático a través de la estimulación directa en la musculatura del corazón y en la vascularización periférica produce vasodilatación, disminuye la resistencia venosa y de este modo produce un mayor flujo de sangre al corazón y como resultado la presión arterial y el gasto cardiaco llegan a sus valores normales.

Insuficiencia cardiaca descompensada: La descompensación se produce cuando el corazón no responde a los mecanismos compensadores en consecuencia el gasto cardiaco no aumenta como para producir una función normal del riñón, se retiene mas líquidos la, persona desarrolla cada ves mas edema, se eleva la presión auricular hasta que el corazón finalmente se distiende tanto o esta edematoso que no puede bombear ni cantidades moderadas de sangre y, por tanto llega a un fracaso completo que si no se corrigen puede conducir a la muerte inmediata.

La insuficiencia descompensada se evidencia por el progresivo edema y estertores pulmonares. (Guyton.H, 2001).

Según predominan los síntomas de congestión pulmonar o sistémica.

Insuficiencia cardiaca izquierda: La sangre se estanca en el lado izquierdo del corazón por que no puede ser bombeada con eficacia como consecuencia, la presión de llenado aumenta debido al desplazamiento de de grandes volúmenes de la circulación sistémica a los pulmones. A medida que aumenta el volumen de sangre en los pulmones también aumenta la presión capilar pulmonar comenzando a filtrarse líquido fuera de los capilares hacia los espacios intersticiales y alveolos, produciendo edema pulmonar.

Insuficiencia cardiaca derecha: La insuficiencia cardiaca derecha refleja el trastorno de eyección de la sangre desde el ventrículo derecho. La hipertensión arterial y el infarto de miocardio ventricular derecho se asocian con la insuficiencia del lado derecho.

El fracaso de eyección de sangre del ventrículo derecho da lugar a un estancamiento del lado derecho del corazón llevando a un

eventual aumento de la presión venosa sistémica, lo que origina signos clínicos como edema periférico y distensión venosa yugular. (Beare.M, 2000).

3.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

A. SIGNOS:

a) **Estertores.** De carácter crepitante o de burbuja pequeña junto con el apagamiento de la percusión en la zona dorsal de las bases pulmonares. Son un hallazgo frecuente en los enfermos con insuficiencia cardíaca.

Cuando a la congestión se agrega la exudación, se ausculta estertores en ambos campos pulmonares, son frecuente mente áspera y sibilante.

b) **Cianosis.** Puede presentarse en cualquier forma de IC. Su causa puede ser central y puede reflejar una hipoxemia. Puede estar también presente un componente periférico debido a la estasis capilar y la instauración de oxihemoglobina venosa. La mejoría del color del lecho ungüeval con un enérgico masaje indica cianosis periférica. La cianosis central no puede modificarse por el aumento de la perfusión sanguínea local.

c) **Edema.** El de origen cardiaco se presenta en la zonas declives, piernas pretibial y tobillos, en los pacientes ambulatorios, los que guardan cama. En la región sacra.

d) **Hidrotórax.** Resultante de elevada presión capilar pleural, dado que las venas pleurales drena en ambos sistemas, mayor y menor, se ve cuando cualquiera de las presiones esta elevada mas frecuente en la derecha que en la izquierda.

e) **Hepatomegalia.** Es congestiva y acompaña a la hipertensión venosa generalizada. El hígado es sensible, pulsátil y comprimiéndolo aumenta los latidos de la yugular (reflejo hepatoyugular). Si la hipertensión venosa es muy intensa puede haber esplenomegalia.

- f) Ascitis.** Se produce por la hipertensión hepática y de las venas que drenan peritoneo. Frecuentemente esta asociada con valvulopatías tricúspides o pericarditis constrictiva.
- g) Ictericia.** Es un hallazgo tardío y se encuentran elevadas tanto la bilirrubina directa como la indirecta, resulta del deterioro de la función hepática por estasis crónica e hipoxia, asociada con degeneración del centro lobulillar. Están elevadas las transaminasas GOTS y GPTS.
- h) Caquexia cardiaca.** Producida en la insuficiencia cardiaca crónica grave, puede haber gran baja de peso y caquexia por:
- Elevación del metabolismo (aumento de la demanda de oxígeno por los músculos respiratorios y miocardio).
 - Anorexia, náuseas y vómitos (por causas centrales o hepatomegalia congestiva y distensión abdominal).
 - Disminución de la absorción intestinal (congestión de las venas intestinales).
 - Enteropatía perdedora de proteínas raramente (pacientes con grave insuficiencia derecha).

B. SÍNTOMAS:

- a) Disnea.** Al principio de la enfermedad se la refiere solo durante la actividad, cuando no es más que la agravación de la falta de aliento que acompaña esta condición. progresivamente, con la evolución de la insuficiencia se produce con esfuerzos mínimos hasta llegar a estar presente a un nivel de reposo. La disnea cardiaca se presenta con más frecuencia en lo enfermos que tienen aumento de la presión auricular izquierda, venosa pulmonar o capilar pulmonar, por lo tanto la ingurgitación del lecho pulmonar. A este respecto, el pulmón rígido por la congestión estimula el reflejo de Herig – Breuer (inhibe la inspiración) y provoca la respiración rápida y superficial del cardiaco.

- b) Ortopnea.** El paciente eleva su cabeza con varias almohadas en la noche y se despierta con la falta de aire si se ha deslizado y yace horizontal. Esta sensación de ahogo se calma cuando retorna a la posición semifowler. Con avance de la enfermedad el enfermo no puede estar costado ni un instante y duerme toda la noche sentada. Contrariamente otros pacientes se alivian con el tiempo, cuando se deteriora la función del ventrículo derecho.
- c) Disnea paroxística nocturna.** Se refiere a los síntomas de ahogo intensísimo que despierta la paciente y lo hace ir hacia una ventana para respirar libremente. Va acompañada de tos y sibilancias audibles. Se acepta que estos enfermos tienen una respiración espiratoria durante el sueño que agrava la anoxemia (especialmente si existe edema intersticial del pulmón), también empeoraría la función ventricular durante el sueño por disminución del estímulo adrenérgico de la vigilia, Agravándola estasis pulmonar con extravasación serosa así es frecuente que termine la crisis con abundante expectoración a veces rosada.
- d) Respiración de Cheyne Stokes.** También llamada respiración periódica o cíclica, está caracterizada por una hiposensibilidad del centro respiratorio con respiraciones progresivamente más superficiales hasta llegar a la apnea, momento en el cual el enfermo dormita. La apnea trae consigo una disminución de la PO₂ y aumento de la PCO₂ que estimula nuevamente al centro respiratorio, con hiperventilación progresiva, lavado de CO₂ y aumento de PO₂ hasta que el ciclo se reinicia. Esta respiración se ve en pacientes con arterioesclerosis y lesiones cerebrales particularmente en las etapas finales de la hipertensión arterial
- e) Astenia y debilidad.** Estos síntomas son inespecíficos pero muy comunes y estarían relacionados con la disminución del volumen minuto. Se asocian comúnmente con anorexia, náuseas y sensación de plenitud abdominal. se los supone vinculados con la congestión hepática.

- f) **Síntomas cerebrales.** Aparecen en los paciente con arterioesclerosis y ancianos y se debe a las escasas perfusión del sistema nervioso, existen confusión, dificultad de la concentración y la pérdida de la memoria, dolor de cabeza, insomnio.
- g) **Otras manifestaciones.** Puede haber extremidades pálidas, frías y sudorosas, debido de la disminución del flujo sanguíneo. El flujo de orina está disminuido, contiene proteínas, tiene elevada densidad y baja concentración de sodio, hay uremia pre renal. (Fatorusso, 1999).

3.1.5. DIAGNÓSTICO:

- A) **Pruebas recomendadas de laboratorio:** Son el recuento completo de sangre, la creatinina hemática, el BUN, electrolitos (p. ej., Mg, Ca), glucosa, albúmina y pruebas de función hepática. En enfermos con fibrilación auricular y en personas seleccionadas, especialmente ancianas, deberán valorarse los resultados de las pruebas de función tiroidea. En los enfermos con sospecha de arteriopatía coronaria pueden estar indicadas las pruebas de esfuerzo con radioisótopos o imágenes ultrasónicas o la angiografía coronaria. La biopsia de endocardio es de utilidad limitada. (Beers.M, 1999).
- B) **El EKG.** Debe realizarse en todos los pacientes con IC, aunque los hallazgos no son específicos; el ECG ambulatorio en general no es útil. Diversas alteraciones (p. ej., de la hipertrofia ventricular, IM o bloqueo de rama) pueden proporcionar indicaciones etiológicas. El comienzo reciente de una fibrilación auricular rápida puede precipitar una insuficiencia aguda VI o VD. Las contracciones ventriculares prematuras frecuentes pueden ser secundarias y desaparecer al tratar la IC. (Beers.M, 1999).

- C) Radiografía de Tórax.** La congestión venosa pulmonar y el edema intersticial o alveolar son característicos del edema de pulmón. Las líneas B de Kerley reflejan la elevación crónica de la presión auricular izquierda y el engrosamiento crónico de los tabiques interlobulares por el edema. El volumen microvascular aumenta muy llamativamente en las zonas dependientes, es decir, en las bases, en bipedestación. El cuidadoso estudio de la silueta cardíaca, la valoración del aumento de tamaño de las cavidades y la búsqueda de calcificaciones cardíacas pueden descubrir importantes indicaciones etiológicas. (Beers.M, 1999).
- D) La ecocardiografía.** Puede ayudar a valorar las dimensiones de las cavidades, la función valvular, la fracción de eyección, las alteraciones de la motilidad de la pared y la hipertrofia VI. La ecocardiografía Doppler o Doppler color descubre con exactitud el derrame pericárdico, los trombos intracardíacos y los tumores, reconoce calcificaciones en las válvulas cardíacas, anillo mitral y pared de la aorta. Las alteraciones de la movilidad de la pared, segmentarias o localizadas, sugieren con gran fuerza una arteriopatía coronaria subyacente. Los estudios Doppler de la entrada venosa, mitral y pulmonar son útiles con frecuencia para descubrir y medir la disfunción diastólica VI.(Beare.M, 2000).

3.1.6. TRATAMIENTO:

A) MEDIDAS GENERALES:

- a) Reposo.-** La limitación de la actividad física es uno de los pilares de tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. Los beneficios del reposo físico y emocional derivan de la reducción de la frecuencia cardíaca y presión arterial, lo que disminuye la sobrecarga impuesta al corazón. además, al descender las necesidades de oxígeno del músculo

esquelético, la redistribución del gasto cardiaco al riñón aumenta la diuresis.

Los riesgos tromboembólicos se disminuyen con movimientos pasivos de las extremidades, la elevación de los pies, el uso de medias elásticas y el uso de anticoagulantes.

b) Dieta.- La reducción de peso del paciente obeso mediante dieta hipocalórica es primordial, puesto que el sobrepeso aumenta el trabajo del corazón.

La disminución de la ingesta de sal ayuda a mejorar sustancialmente los síntomas.

B) MEDICAMENTOS:

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Se usan para permitir que el corazón lata con menor dificultad.

Se ha comprobado que estos medicamentos permiten que los pacientes que padecen de insuficiencia cardíaca vivan mejor y por más tiempo. Los inhibidores relajan los vasos sanguíneos y ayudan a mejorar el latido del corazón. Algunos pacientes tienen que esperar varias semanas antes de sentir los beneficios.

Los inhibidores de la enzima convertidora que se usan en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca son el captopril, enalapril, lisinopril y quinapril.

Diuréticos. Se usan para desechar el exceso de líquidos y sales que se acumulan en el cuerpo. Al hacer que orine con más frecuencia, los diuréticos ayudan a eliminar los líquidos que se pueden acumular en los pies, tobillos, piernas o abdomen (estómago). El olvidar tomar una de las dosis de estos medicamentos puede causar hinchazón de estas partes del cuerpo o falta de aliento cuando se acueste o realice actividades físicas.

Los diuréticos de uso más común son la hidroclorotiazida y la furosemida (Lasix).

El uso prolongado de diuréticos puede resultar en que el cuerpo pierda potasio y causar otros problemas. Para vigilar los niveles de estas sustancias es necesario realizar análisis de sangre.

Para reemplazar el potasio en el cuerpo es recomendable:

- Comer más alimentos ricos en potasio, como los plátanos (guineos), las pasas, el jugo de naranja y otros cítricos.
- Tomar suplementos de potasio.

Digitales ("digitalis"). Se usan para fortalecer los latidos del corazón y permitir un mayor flujo de sangre. Los digitales mejoran el latido del corazón y pueden ayudarle a realizar mayor esfuerzo físico y ejercicio. Muchos pacientes con condiciones cardíacas toman digitales diariamente, recetados bajo los nombres comerciales de Digoxina o Lanoxina. (Beers.M, 1999).

3.1.7. PREVENCIÓN:

- Dejar de fumar. El cigarrillo además de disminuir la capacidad pulmonar, hace esforzar el corazón.
- Bajar el peso y comenzar un programa de ejercicios.
- Comer menos grasas para reducir el nivel de colesterol.
- No hacer esfuerzos después de comer.
- Controlar la presión arterial.(Beare.M, 2000).

3.1.8. COMPLICACIONES:

- Edema pulmonar.
- Insuficiencia total de la función del corazón(colpaso circulatorio).
- Infarto agudo de miocardio (IMA).(Fatorusso, 1999).

IV. PROCESO ENFERMERO

4.1 VALORACIÓN:

4.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Nombres y Apellidos : M.J.L.C.
- Fecha de nacimiento : 17/03/1942
- Fecha de entrevista : 28/06/2011
- Edad : 69 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Lugar de nacimiento : Distrito de Milpuc
- Domicilio actual : Anexo Chontapampa
- Grado de Instrucción : 2º grado de primaria
- Estado civil : Casada
- Ocupación : Su casa
- Religión : Católica

Signos Vitales:

- T^a: 36.5 C°
- FC: 68 lpm
- FR: 20 rpm
- P/A: 140/80 mmHg.

Medidas antropométricas:

- **PESO ACTUAL** : 46 kg.
- **TALLA** : 1.48 m
- **IMC** : 21.3

4.1.2 SITUACION PROBLEMA.

Cliente adulto mayor M.J.L.C. de 69 años de edad, sexo femenino, se encuentra Hospitalizado en la cama "244-A", de la Unidad de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. Se le encuentra en su 4º día de hospitalización, en posición semifowler, ventilando espontáneamente del medio ambiente, con vía clampada en miembro superior izquierdo se le observa triste, intranquila.

AL EXAMEN FÍSICO:

MEIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO = 46Kg TALLA= 1.48m IMC = 21.3

AL CONTROL DE FUNCIONES VITALES:

PA= 140/80mmhg FC=68 lpm FR=20 rpm T°
=36.5 C°

Presenta, LOTEP, fascies ligeramente pálida piel y mucosas hidratadas, edema palpebral, murmullo vesicular en ACP, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes extremidades integras, con buena locomoción y desplazamiento. edema (+) en miembros inferiores

AL INTERROGATORIO.- Manifiesta que hace 2 semanas presentó tos .dificultad para dormir y empezó a notar que sus pies se hinchaban. Luego de una semana de presentar estos síntomas acudió al Hospital de Rodríguez de Mendoza y de ahí lo refirieron al Hospital Regional Virgen de Fátima, en donde le diagnosticaron insuficiencia cardiaca y se viene recuperando. Además manifiesta cuando camina se marea, que en las noches no puede dormir por que siente que le falta el aire y estar preocupada por su situación de salud.

4.1.3 EXAMEN FÍSICO.

PARÁMETROS	LO QUE PRESENTA	LO NORMAL
Signos vitales		
Presión arterial	100/70 mm Hg	De 120/ 80 mm Hg
Frecuencia cardíaca	68 x minuto	60 – 100 x min.
Respiraciones	20 x minuto	12-20 x minuto
Temperatura	36.5 °C	36-37.5 °C
Medidas		
Antropométricas		
Peso	46 Kg	45 a 55 kg
Talla	1.48 m	
Estado General	LOTEP, comunicativa. AREN, AREH.	LOTEP.BEN,BEH
Piel		
Color	Ligeramente pálida	Varían del claro al rosado intenso, del rosado enrojecido al claro, del tono amarillo al oliva.
Turgencia	Poco turgente	Turgente, buena elasticidad, buena extensión.
Integridad	Íntegra	Pecas, algunas marcas de nacimiento, algunos nevus aplanados y prominentes; no presenta lesiones, es íntegra.
Edema	Edema palpebral Edema (+) en miembros inferiores.	Sin edema

* Cabeza		
Forma	Redonda	Redondeada, con prominencia frontal, parietal y occipital.
Simetría	Simétrica	Simétrica
Tamaño	Normal	Normocefálica
Integridad del distribución del cabello.	Buena implantación y distribución, largo oscuro	Buena distribución, buena implantación, brillante, suave, no debe haber pediculosis, cuero cabelludo e íntegro.
Ojos:		
Forma	Redondos	La forma y tamaño puede variar (achinados, redondos, grandes, pequeños).
Tamaño	Grandes	
Simetría	Simétricos	Simétricos
Secreciones	No presenta secreciones	No secreciones
Párpados:		
Edema	Edema palpebral	No edema
Inflamación	Inflamado	No inflamación
Conjuntiva		
Color	Rosa pálido	La conjuntiva aparece sonrojada y brillante
Integridad	Íntegra	Íntegra.
Esclera		
Color	Blanca	La esclerótica en condiciones normales tiene color de porcelana en pacientes de piel blanca y amarilla claro en pacientes con piel

Integridad	Íntegra	negra. Integra
Pupilas Forma Simétrica Reacción a la luz	Redondas Simétricas Fotoreactivas	Redondas, regulares y de igual tamaño (3 a 7 mm de diámetro) simétricas, cuando se proyecta un rayo de luz se estimula las pupilas y estas reaccionan dilatándose y contrayéndose.
Pabellón auricular Forma Simetría Integridad Implantación Secreciones Permeabilidad	Ovalada Simetría Íntegros Buena implantación No presenta Permeable	Se encuentra por encima de la línea del ángulo externo de ojo. Simétricas Íntegros. Buena implantación No secreciones Permeable, es frecuente que exista una sustancia amarilla y cérea llamada cerumen.
Nariz Forma Integridad Secreciones Permeabilidad	Nariz lisa. Íntegra No presenta secreciones. Permeable	Recta, No debe de desviación de tabique nasal Sin secreciones secreciones. Permeable.

Boca		
Simetría	Simétrica	Simétrica en los contornos; de acuerdo a cada persona puede ser pequeña o grande.
Amígdalas	De tamaño normal no inflamada	Amígdalas no inflamadas.
Humedad	Mucosa oral hidratada	Húmeda
Integridad	Íntegra	Integra liso o suave.
Labios		
Color	Rosado	Normalmente la mucosa tiene una coloración rosa brillante es resbaladiza.
Erupciones	No	No debe presentar erupciones.
Masa	No	Suave, no masas.
Encías		
Integridad	Íntegra	De textura firme y húmeda rosadas (pardos azulados y oscuro en clientes de piel oscuro).
Color	Rosadas	
Inflamación	No hay sangrado, inflamación u edema.	Encías no inflamadas, sin retracción.
Dientes		
Presencia de dientes	Presenta prótesis dental en buen estado de conservación	Por lo normal son 32 dientes no deben presentar caries.
Paladar duro		
Integridad	Íntegro	Íntegro
Paladar blando		
Integridad	Íntegro	Íntegro

<p>Lengua</p> <p>Tamaño</p> <p>Color</p> <p>Integridad</p> <p>Movilidad</p> <p>Humedad</p>	<p>Grande</p> <p>Rosada</p> <p>Íntegra</p> <p>Movible</p> <p>Húmeda</p>	<p>La lengua debe presentar un color rojo apagado o medio húmedo, presenta una Superficie superior ligeramente rugosa, bordes laterales húmedos suaves, así como la libertad para el movimiento, no debe presentar endurecimiento o ulceración, textura lisa, uniforme y está libre de lesiones.</p>
<p>Cuello</p> <p>Simetría</p> <p>Tamaño</p> <p>Movimiento</p> <p>Ganglios linfáticos</p>	<p>Simétrico</p> <p>Corto</p> <p>Poco movimiento</p> <p>Ganglios no inflamados</p>	<p>Simétrico</p> <p>Cilíndrico</p> <p>Músculos de igual medida, cabeza centrada, movimientos suaves, sin molestias.</p> <p>Ganglios pequeños no palpables.</p>
<p>Tórax</p> <p>Forma</p> <p>Tiraje</p> <p>Integridad de la escápula</p>	<p>Circular</p> <p>No</p> <p>Si</p>	<p>Circular, la relación entre el diámetro antero posterior y lateral es 1:2</p> <p>No tiraje.</p> <p>Integridad de costillas, escápula, clavícula y</p>

Integridad de la clavícula	Si	esternón.
Movimientos respiratorios		
Simetría	Simétricos	Simetría bilateral 12-20 x minuto. En la respiración normal sigue una a la otra, en forma uniforme, con poca variación en la duración de las pausas entre las dos fases del ciclo.
Frecuencia	20 rpm	
Ritmo	Rítmico	
Presencia de ruidos pulmonares	Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares	Los sonidos respiratorios normales son los broncodilatadores, los vesiculares. Los sonidos tienen 2 fases, la espiratoria e inspiratoria iguales. Son suaves a modo de murmullo de tono bajo.
Presencia de ruidos anormales	No se ausculta estertores, sibilantes, ni roncales	Los ruidos anormales se producen por el paso del aire a través de áreas húmedas o con moco a través de vías aéreas estrechas o alvéolos re insuflados de manera brusca o bien como consecuencia de

<p>Corazón</p> <p>Frecuencia cardiaca</p> <p>Ritmo</p> <p>Ruidos cardiacos</p>	<p>68 lpm</p> <p>Rítmico</p> <p>No se auscultad ruidos anormales como soplos</p>	<p>una inflamación entre los recubrimientos pleurales del pulmón.</p> <p>La frecuencia debe ser Igual que el pulso radial la cual frecuentemente fluctúa entre 60 – 80 x min.</p> <p>Es intervalo que existe entre una latido debe ser el mismo.</p> <p>Los ruidos cardiacos deben ser claros, no apagados regulares y uniformes no deben existir ruido anormal, soplos, etc.</p>
<p>ABDOMEN</p> <p>Integridad</p> <p>Hígado</p> <p>Forma</p> <p>Dolor</p> <p>GENITALES</p> <p>ANO</p>	<p>Integro blando</p> <p>depresible</p> <p>De tamaño normal</p> <p>Plana</p> <p>No</p> <p>No evaluados por que el ambiente no era el adecuado</p> <p>No evaluados por que el ambiente no era el adecuado.</p>	<p>Liso, sin lesiones.</p> <p>Hígado 2-3 cm de borde costal inferior.</p> <p>Plana</p> <p>Sin dolor</p>

<p>MÚSCULO ESQUELÉTICO</p> <p>Movilidad</p> <p>Extremidades</p>	<p>Movibles</p> <p>Sin contracturas, presencia de edema (+) en miembros inferiores pies.</p>	<p>Movible, flexible hipertónica y sin lesiones, movimientos firmes.</p> <p>Las articulaciones son flexibles, no debe presentar rigidez contracturas ni temblores. Igual tamaño a ambos lados del cuerpo, normalmente firme, igual fuerza en ambos lados del cuerpo.</p>
<p>SISTEMA NERVIOSO</p> <p>Nivel de conciencia</p> <p>Lenguaje</p>	<p>Comunicativa orientada en tiempo espacio y persona.</p> <p>Cliente posee fluidez verbal.</p>	<p>Alerta comunicativo orientado en tiempo espacio y persona.</p> <p>Paciente debe poseer fluidez verbal.</p>
<p>PARES CRANEALES</p> <p>I par Olfatorio</p> <p>II Par óptico</p>	<p>Cliente percibe olores</p> <p>Agudeza visual normal</p>	<p>Al hacerlo que cierre los ojos el cliente idéntica diferente aromas suaves lo hace sin dificultad.</p> <p>Se pide que lea el cliente, se valora los</p>

		campos para confrontación. Tiene dificultad en la percepción visual.).
III Par Motor Ocular Común	Mira hacia arriba y abajo contrae y dilata sus pupilas.	Movimientos extraoculares hacia arriba y abajo, contracción y dilatación de la pupila
IV Par patético	Cliente mueve el globo acular arriba y abajo.	Movimiento ocular hacia arriba y hacia abajo.
V Par trigémino	Paciente tiene reflejo corneal, sensibilidad en la cara, mueve la mandíbula.	Sensibilidad en rostro, buen reflejo corneal. Mueve la mandíbula.
VI Moto Ocular Externo	Paciente mueve el globo acular a la derecha e izquierda.	Movimientos laterales del globo ocular. a los lados.
VII Facial	Cliente realiza expresiones faciales como fruncir el ceño inflar la boca, sonreír.	Debe hacer expresiones faciales.
VIII Auditivo	Cliente presenta buena agudeza auditiva.	Escucha las palabras y no pregunta nuevamente.
IX Glossofaríngeo	Cliente identifica sabores dulce salado,	Distingue sabores básicos dulce salado acido y amargo.
X Neumagástrico	Cliente presenta sensación de náuseas	Reacciona con sensación náuseas al estimular la úvula con

XI Espinal	Cliente realiza movimientos de cabeza y de hombros.	el baja leguas. Presenta fuerza y resistencia muscular óptima, mueve la cabeza levanta los hombros.
XII Hipogloso	Cliente realiza movimiento de lengua.	Actividad glosal presente.

4.1.4 VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

A. PATRÓN RECEPCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Evolución del problema. La señora M.J.L.C manifiesta que hace 2 semanas presentó tos .dificultad para dormir y empezó a notar que sus pies se hinchaban. Luego de una semana de presentar estos síntomas acudió al Hospital de Rodríguez de Mendoza y de ahí lo refirieron al Hospital Regional Virgen de Fátima ,en donde le diagnosticaron insuficiencia cardiaca y se viene recuperando actualmente.

Antecedentes patológicos. Hace 2 años tenía diabetes . En cuanto a intervenciones quirúrgicas fue operado de la cabeza hace 14 años.

Hábitos nocivos. Cliente refiere que consumía café. No consumió alcohol y ninguna droga.

Medicamentos. Paciente manifiesta que esta tomando Enalapril 20 mg vo 1 vez por día.

B. PATRÓN NUTRICIONAL Y METABOLISMO.

Cliente refiere que en su casa solamente come tres veces al día Los alimentos que mas le gustan son la carne, principalmente de pollo, come carne 1 vez por semana, huevos dos veces por semana, arroz cuatro veces por, refiere no tener mucho apetito. Bebe líquido aproximadamente 1 litro como agua de linaza, agua de cascara de piñas.

Actualmente le brindan dieta hiposódica

la temperatura corporal a la hora de la entrevista es de 36.5°C.

, sus medidas antropométricas son Peso: 46.00 Kg Talla: 1.46 m
IMC: 21.3.

C. PATRÓN ELIMINACIÓN.

Cliente refiere que su eliminación intestinal lo hace cada 1 día dos o tres veces y son de consistencia dura, la última evacuación refiere que fué hace 1 día aproximadamente.

Cliente refiere que su última micción ha sido en la noche aproximadamente 10 horas antes de la entrevista. Además refiere orinar en poca cantidad. Su frecuencia de micción es de unas dos a tres veces al día.

D. PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Cliente manifiesta que se agita cuando camina

P/A: 140/80 mm Hg P: 68 lpm, FR: 20 rpm, se observa paciente en su unidad en reposo en posición semifowler.

E. PATRÓN REPOSO SUEÑO.

Cliente refiere que se acuesta a las 8.00 pm y se levanta a las 7.00 am pero que en las noches se despierta por que siente que le falta el aire.

F. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL.

Cliente refiere no tener dolor

Se encuentra lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Cliente distingue los sabores.

G. PATRÓN AUTO PERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

La cliente se describe como una persona normal pero que está demasiado preocupada por las cosas, y sobre todo por su esposo que le da pena el por que está trabajando solo.

H. PATRÓN ROL RELACIONES

Cliente refiere que vive con su esposo y que se lleva bien con ellos la relación con las personas de su pueblo es buena.

I. PATRÓN AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

La cliente dice que le cuesta tomar decisiones. Ha notado que su vida a cambiado conforme pasan los años ya que se hace más dependiente.

J. PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN

La cliente refiere que ha tenido 11 hijos de los cuales viven solo 7 hijos.

K. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Cliente refiere ser una persona religiosa desde siempre. Dice que en los momentos difíciles es preferible que Dios lo recoja.

Por ahora mantiene la esperanza de que pronto saldrá del hospital y que su estado de salud mejorará.

4.1.5 EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Fecha	Tipo de Examen	Resultados	Valores Normales
24/06/11	Hematología		
	Leucocitos	7.100 pmm ³	4000-10000 pmm ³
	Hematocrito	27 %	40-54 %
	Hemoglobina	9.02mg/dl	12-18
	Neutrófilos	62%	40 = 60 %
	-Abastoados	0	0%
	- Segmentados	62%	40-60%
	Linfocitos	33%	20 – 40%
	Monocitos	01%	4-8%
	Basófilos	0%	0-1%
	Eosinófilos	0.4%	1-4%
24/06/11	Bioquímica		
	Glicemia	98 mg/dl	80-120 mg/dl
	Úrea	47 mg/dl	20-25 mg/dl
	Creatinina	3.62 mg/dl	1.2- 3.47 mg/dl
26/06/11	Creatinina	3.6 mg/dl	1.2- 3.47 mg/dl
28/06/11	Creatinina	3.47 mg/dl	1.2- 3.47 mg/dl
24/06/11	EKG	Onda P elevada	La onda p elevada evidencia que hay una hipertrofia auricular y con ello una insuficiencia sistólica
24/06/11	Examen de orina		
	Aspecto físico		
	Color	Amarrillo turbio	Turbio amarillo
	Aspecto	Ligeramente	Ligeramente turbio

Densidad	turbio	1.010- 1.015
Ph	1.015	4-7
Aspecto químico	5	
Acetona	Negativo	Negativo
Proteínas	Presentes	Presentes
Nitrito	Negativo	Negativo
Acido ascórbico	Negativo	1-7 ng/dl
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Sangre	Negativo	Negativo
Aspecto microscópico	1-2 x campo	Negativo
Hematíes	10-2 x campo	Ocasionales
Células epiteliales	Regular cantidad	
Gérmenes	Negativo	Negativo
Cristales	Escaso	Ausente
Filamento mucoide	0-1 x campo	Ausente
Piocitos		

4.1.6 TRATAMIENTO E INDICACIONES

PACIENTE: Maria De Jesús López De Calderon				FECHA DE INGRESO: 24/06/11				
HORA DE INGRESO: 4:00pm				H CL. N°: 17953				
DIAGNÓTICO: ICC.HTA.D/C IRC								
EDAD: 69 AÑOS				AMBIENTE: 244 A				
MEDICAMENTO	FREC	DOSIS	VIA	24/6/11	25/6/11	26/6/11	27/6/11	28/06/11
FUROSEMIDA	c/8h	1 amp.	EV.	4 12	8 4 12	8 4 12	8 4 12	VO C/12 h
ENALAPRIL	c/8h.	1 tab	VO	10 6	2 10 6	2 10 6	2 10 6	2 10 6
DIGOXINA	c/24h	½ tab	VO	10	10	10	10	10
RANITIDINA	c/8 h	1 amp	EV	4 12	8 4 12	8 4 12	8 4 12	Suspendido
ALPRAZOLAN	c/12 h	½ tab	VO	10 10	10 10	10 10	10 10	Suspendido
CEFADROXILO	c/12 h	1 tab	VO	-	-	-	-	10 10
DIETA				D.B Hiposódica	D.B Hiposódica	D.B Hiposódica	D.C Hiposódica	D.C Hiposódica
VENOCLISIS		EXAMENES COMPLEMENTARIOS						
FEC HA	NOMBRE							
		Fecha			O	M	R	
	Vía clampada	24/06/11	Hemograma completo		X	X	X	
		26/06/11	Examen completo de orina		X	X	X	
		26/06/11	Electrocardiograma		X	X	X	

4.2. DIAGNÓSTICO:

4.2.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida hb 9,02 mg/ dl.	<p>Cuando hay insuficiencia cardíaca disminuye el aporte de cuando existe un insuficiencia cardíaca disminuye el aporte de sangre a los riñones lo que va a estimular la producción de renina, una enzima proteolítica formada en los gránulos de las células del aparato yuxtaglomerular, cataliza la transformación de la proteína angiotensinógeno en angiotensina I, un decapeptido. Este producto inactivo es desdoblado por una enzima convertidora, principalmente en el pulmón, pero también en el riñón y en el cerebro, en angiotensina II, que es un potente vasoconstrictor que va a conducir a una resistencia vascular periférica total (RPT) aumentada provocando un aumento de la PA</p> <p>La perfusión renal disminuye gradualmente a medida</p>	Alteración de la hemodinamia r/c disminución de perfusión renal m/p Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida hb 9,02 mg/ dl

	<p>que la PA aumenta La hipertensión causan una lesión directa de las células endoteliales; aumentan el stress de la pared provocando desprendimiento de células endoteliales, lo que permitirá el atrapamiento de macromoléculas y formación de depósitos hialinos, obliterándose luego el capilar; tensionan las células mesangiales, con lo que se liberan citocinas (factor de crecimiento derivado de las plaquetas, PDGF) con aumento de la matriz mesangial. El problema glomerular termina por provocar también un daño túbulo intersticial. (Beers.M, 1999).</p> <p>La formación de glóbulos rojos es estimulada por una hormona denominada eritropoyetina que se forma en un 90% en los riñones por lo que una enfermedad renal afecta mucho la producción de esta hormona y aparece la anemia. (Guyton. H, 2001).</p> <p>La hematuria se origina por la pérdida de fibrinógeno por la membrana basal glomerular.</p>	
--	---	--

<p>Edema en miembros inferiores y párpados:</p>	<p>En la insuficiencia cardiaca se produce reducción del flujo sanguíneo renal y del filtrado glomerular, con la consecuente disminución de la oferta de sodio a los túbulos renales por lo que el riñón recibe una señal de reducción del volumen plasmático. y responde con activación del Sistema Renina Angiotensina, la cual contribuye a la vasoconstricción y participa muy activamente en el restablecimiento o incremento del volumen circulante. También la aldosterona producto de la zona mineralocorticoide de la corteza suprarrenal provoca retención de Na⁺ y agua este mecanismo se une a la acción de la vasopresina, y a la sed con el fin de restablecer el nivel de volumen circulante. La vasopresina. aparte de vasoconstrictora es antidiurética, contribuyendo a la retención de agua y sodio que produce la aldosterona, es así que se logra un aumento del retorno venoso que intenta compensar la hipovolemia. a congestión circulatoria venosa y redistribución de flujo hacia la circulación central se acompaña de elevación de la presión</p>	<p>Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores Insuficiencia cardiaca congestiva m/p edema en miembros inferiores edema en párpados</p>
---	--	--

	<p>venosa central que se trasmite hacia las venas renales, resultando en alteración directa de la función renal, con mayor retención de sodio, llevando a una diuresis disminuida y edemas periféricos. ((Beers.M, 1999).</p>	
<p>Cliente en posición semifowler paciente refiere "cuando camino me fatigo"</p>	<p>En individuos normales, con el ejercicio hay un incremento progresivo de la ventilación debido al aumento del volumen corriente y de la frecuencia ventilatoria.</p> <p>Los pacientes con insuficiencia cardiaca muestran una ventilación mayor que los sujetos normales, un incremento progresivo de la frecuencia ventilatoria y una caída del volumen corriente. La hiperventilación genera una escasa eficiencia ventilatoria, definida como alta ventilación relativa a la producción de CO₂, a su vez, esta ventilación anormal es un factor limitante para la capacidad de esfuerzo.</p> <p>Los mecanismos fisiopatológicos están relacionados con anomalías obstructivas y restrictivas, disminución de la capacidad de difusión, debilidad de</p>	<p>Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m / p cliente en posición semifowler, refiere "cuando camino me fatigo"</p>

	los músculos respiratorios, anormalidad del control reflejo cardiorrespiratorio, desproporción ventilación/perfusión y edema alveolar, llevando a este tipo de pacientes a la intolerancia al ejercicio. (Beers.M, 1999).	
Cliente refiere “estoy preocupada por mi situación de salud”	ANSIEDAD: Estado o sensación de aprensión desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de algunas amenazas o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo. (Beare.M, 2000).	Alteración del patrón auto percepción: Ansiedad r/c estimulación del sistema nervioso, problema de salud actual m/p expresión verbal “estoy preocupada por mi situación de salud”.
Presencia de unas largas y de tierra procedimientos invasivos	Las manos desaseadas con uñas largas y con tierra se puerta principal para muchas enfermedades especiales pacientes con insuficiencia cardiaca en los que su sistema inmunológico esta disminuido están mas propensos a enfermedades infecciosas	Riesgo de infección r/c mecanismos inmunológicos disminuidos

4.2.2 CONSOLIDADO DE DIAGNOSTICOS

- Alteración de la hemodinamia r/c disminución de perfusión renal m/p Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida Hb 9,02 mg/ dl.

- Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores, aumento de la producción de renina angiotensina m/p edema en miembros inferiores edema en párpado.

- Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m / p cliente en posición semifowler , refiere “cuando camino me fatigo”.

- Alteración del patrón auto percepción: ansiedad r/c estimulación del sistema nervioso, problema de salud actual m/p expresión verbal “estoy preocupada por mi situación de salud”.

- Trastorno del patrón del sueño r/c sensación de falta de aire s/a edema pulmonar cardiogénico m/p cliente refiere “me despierto varias veces en la noche por que siento que me falta el aire y no aguanto”.

- Riesgo a infección r/c sistema inmunológico disminuido, procesos invasivos

4.3. PLANIFICACIÓN:

Diagnóstico	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamento científico
Alteración de la hemodinamia r/c disminución de perfusión renal m/p Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida Hb 9,02 mg/ dl.	Mejorar el estado hemodinámico de la cliente. Criterio de resultado Cliente evidenciará: - Una presión arterial optima. - Hb dentro de los valores normales. - No evidenciará hematuria.	Control de signos vitales. Control de P.A y PAM. Realizar BHE.	Permite un control sistemático de las variables fisiológicas para la detección, el reconocimiento y la corrección temprana de alteraciones fisiológicas. El control de la P.A y PAM permite identificar posibles alteraciones en la perfusión tisular constante. La PAM por debajo de los 50 mm Hg. produce perfusión insuficiente, disminuyendo la concentración de oxígeno en los órganos vitales. El BHE permite determinar si el ingreso y los egresos de líquidos están equilibrados (+/- 500), y valora también la retención de líquidos como consecuencia de una alteración de la función cardiaca y renal.

		<p>Valorar diuresis horaria y características.</p> <p>Administrar furosemida.</p> <p>Valoración de las características de la piel: Frialdad y humedad, cianosis.</p> <p>Administrar digoxina 0.25 mg ½ tab VO c/ 24 h.</p>	<p>La valoración de la diuresis a horario permite detectar cambios en las características del patrón urinaria; ya que la disminución de la perfusión renal ocasiona oliguria debido a la presión arterial elevada.</p> <p>La administración de furosemida intravenoso reduce la precarga prácticamente de forma inmediata por un mecanismo de venodilatación; posteriormente a este efecto se suma el aumento de la diuresis.</p> <p>La palidez y frialdad de piel con sudoración fría periférica junto a livideces indican hipo perfusión periférica debida la vasoconstricción.</p> <p>Es digitálico cardiotónico que fortalece los latidos del corazón y permite un mayor flujo de sangre a órganos importantes como lo es el riñón.</p>
--	--	--	---

		<p>Administrar enalapril 10 mg VO.</p> <p>Educar a la cliente sobre alimentación baja en sal, baja en grasa.</p> <p>Educar a la cliente sobre la ingesta de menestras y de carnes rojas sancochadas.</p> <p>Educar a la cliente sobre consumo de cítricos.</p>	<p>Inhibe a la enzima convertidora de angiotensina de angiotensina opacando su actividad vasoconstrictora.</p> <p>Las comidas con abundante contenido de sal tienen a perjudicar al riñón y a conducir a aumentar la PA.</p> <p>Por otra parte las grasas exigen un mayor trabajo del corazón-</p> <p>Las menestras y las carnes proporcionan hierro para ayudar a aumentar la hemoglobina en la sangre.</p> <p>Los cítricos fortalecen el sistema inmunológico además que ayuda al organismo a asimilar mejor el hierro.</p>
<p>Exceso de volumen líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores,</p>	<p>Eliminar el exceso de volumen de líquido.</p> <p>Criterio de Resultado cliente no evidenciará edema.</p>	<p>Controlar y anotar diariamente las entradas y salidas de líquido de la cliente.</p> <p>Valorar diariamente la reducción de edemas.</p>	<p>El registro de las entradas y salidas pone en alerta al personal de la enfermería sobre un exceso de líquidos</p> <p>Determina si el tratamiento es efectivo y orienta al personal de salud optar por otras terapias.</p>

<p>aumento de la producción de renina angiotensina m/p edema en miembros inferiores edema en párpado.</p>		<p>Realizar el BHE.</p> <p>Control de diuresis horaria.</p> <p>Administrar furosemida 20 ev mg Luego pasar a VO.</p> <p>Pesar a la cliente diariamente en las mismas condiciones.</p>	<p>El BHE permite determinar si el ingreso y los egresos de líquidos están equilibrados y valora también la retención de líquidos como consecuencia de una alteración de la función cardiaca</p> <p>La valoración de la diuresis a horario permite detectar cambios en las características del patrón urinaria; ya que la disminución de la perfusión renal ocasiona oliguria debido a que el gasto cardíaco se redistribuye para mantener un mejor aporte en los órganos más activos.</p> <p>La administración de furosemida intravenoso reduce la precarga prácticamente de forma inmediata por un mecanismo de venodilatación; posteriormente a este efecto se suma el aumento de la diuresis.</p> <p>Un aumento de peso de 0,5 a 0,9 kg. al día indica retención de líquidos.</p>
---	--	---	---

<p>Intolerancia a la actividad r/c</p> <p>desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m / p cliente en posición semifowler, refiere “cuando camino me fatigo”.</p>	<p>Mejorar la movilidad de la cliente.</p> <p>Criterio de resultado:</p> <p>Cliente realizará movimientos sin dificultad.</p>	<p>Elevar el cabezal de la cama a una posición de semifowler.</p> <p>Determinar la estabilidad cardiaca evaluando la PA, FC e indicadores de la oxigenación.</p> <p>Favorecer el reposo absoluto.</p> <p>Cuando la cliente esté estable instituir un programa gradual de rehabilitación pulmonar y cardiaca: Cambios posturales regulares y ejercicios de amplitud de movimiento y que progresa a ejercicios activos.</p>	<p>El elevar el cabezal de la cama disminuye la resistencia al flujo de aire. Una posición incorporada redistribuye el flujo sanguínea a áreas dependientes disminuyendo la cantidad de sangre que regresa al corazón.</p> <p>Si la actividad se inicia en un estado que compromete el gasto cardiaco (taquicardia o disarritmias graves) este se reducirá aún más).</p> <p>Al disminuir la actividad, reduce las demandas de oxígeno lo cual es necesario para el metabolismo celular y la formación de ATP y energía-</p> <p>Los cambios posturales y los ejercicios mejoran la circulación periférica y disminuyen el riesgo de tromboembolismo y otros efectos adversos de la inmovilidad).</p>
--	--	---	---

<p>Alteración del patrón auto percepción: ansiedad r/c estimulación del sistema nervioso, problema de salud actual m/p expresión verbal “estoy preocupada por mi situación de salud”.</p>	<p>Disminuir la ansiedad de la cliente.</p> <p>Criterio de resultado</p> <p>Cliente comprende las limitaciones consecuentes de su enfermedad.</p>	<p>Valorar el estado emocional de la cliente.</p> <p>Establecer una relación terapéutica</p> <p>Brindar apoyo psicológico.</p> <p>Explicar al cliente y familia sobre los procedimientos a realizar</p> <p>Enseñar a la cliente y familiares las rutinas hospitalarias.</p>	<p>La valoración del estado emocional permite saber cuáles son los sentimientos frente a la enfermedad y así poder actuar de acuerdo a ellas.</p> <p>La comunicación terapéutica establece y mantiene una relación de ayuda eficaz y terapéutica en todo momento, disminuyendo así la sensación de desamparo.</p> <p>El apoyo psicológico permite a la persona expresar sus dudas, temores, preocupaciones mejorando así su nivel de tranquilidad.</p> <p>Con el conocimiento de cada procedimiento que se realice se lograra colaboración evitando alteraciones del estado emocional.</p> <p>Reduce el nivel de ansiedad de la cliente</p>
---	--	---	---

		<p>Pasar tiempo con la cliente y animarle a que solicite ayuda cuando sienta ansiedad.</p> <p>Administrar alprazolam 0.5 mg 1 tab VO con prescripción médica.</p>	<p>Permanecer con la cliente durante el episodio de ansiedad le ayuda a reducir la sensación de impotencia.</p> <p>Actúa en general como depresore del SNC, desde una leve sedación hasta hipnosis o coma lo que depende de la dosis. Se piensa que su mecanismo de acción es potenciar o facilitar la acción inhibitoria del neurotransmisor ácido gamma aminobutínico (GABA), mediador de la inhibición tanto en el nivel presináptico como postsináptico en todas las regiones del SNC.</p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c sensación de falta de aire s/a edema pulmonar cardiogenico m/p cliente refiere "me</p>	<p>Prolongar las horas de sueño de la cliente.</p> <p>Criterio de resultado</p> <p>Cliente logrará dormir con menos interrupciones.</p>	<p>Colocar a la cliente en posición semifowler.</p> <p>Disminuir factores externos que alteren el sueño.</p>	<p>La posición semifowler disminuye la presión ejercida sobre el diafragma mejorando la expansión pulmonar y por consiguiente disminuye la sensación de falta de aire.</p> <p>Los factores externos como ruido no permiten un sueño eficaz.</p>

<p>despierto varias veces en la noche por que siento que me falta el aire ya no aguanto”.</p>		<p>Procurar mantener la unidad de la cliente agradable. Administrar alprazolam 0.5 mg 1 tab VO c/ 12 h.</p>	<p>Permite la comodidad y confort. El sueño se ve afectado por factores psicológicos como la ansiedad el alprazolam es una benzodiazepina que ayuda a aliviar la ansiedad y así permitir que el paciente duerma mejor.</p>
<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, sistema inmunológico disminuido</p>	<p>Evitar la infección. Criterio de resultado Cliente no presenta signos de infección como dolor ardor o roboración ni tumor.</p>	<p>Realizar lavado de manos para realizar procedimientos como administra tratamiento. Valorar la piel en zonas de punción en busca de calor, temperatura, inflamación. Control de temperatura corporal. Valoración de los resultados de laboratorio (Leucocitosis).</p>	<p>El lavado de manos es una medida fácil de realizar que previene las infecciones cruzadas. La valoración de la piel nos permite identificar un proceso de infección caracterizado por enrojecimiento, piel caliente con exudado. El aumento o descenso de la temperatura es un indicador de presencia de infección. El aumento de los niveles de leucocitos indica proceso infeccioso determinando la respuesta ante los antígenos de los organismos.</p>

		<p>Administración de antibiótico prescrito: Cefadroxilo 500 mg VO c/ 12 horas.</p>	<p>Es una cefalosporina de primera generación Su acción bactericida depende de su capacidad para alcanzar y unirse a las proteínas que ligan penicilina, localizadas en las membranas citoplasmáticas bacterianas. Las cefalosporinas inhiben la síntesis de la pared celular y del septum bacteriano, por acilación de las transpeptidasas unidas a la membrana. Además, inhiben la división y el crecimiento celular; con frecuencia se produce la lisis y la elongación de las bacterias sensibles.</p>
--	--	--	--

4.4. EJECUCIÓN

FECHA	HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
28-06-11	10.00 am	<p>P: Alteración de la hemodinamia r/c disminución de perfusión renal m/p Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida hb 9,02 mg/ dl</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales - Control de P.A y PAM - Realizar BHE - Administrar furosemida - Valoración de las características de la piel: Frialdad y humedad, cianosis.
	10:30 am	<ul style="list-style-type: none"> - Educar a la cliente sobre alimentación baja en sal, baja en grasa. - Educar a la cliente sobre la ingesta de menestras y de carnes rojas sancochadas - Educar a la cliente sobre consumo de cítricos. - Administrar de enalapril 10 mg VO
29-06-11	7:00 am	<p>E: Cliente con descenso progresivo de la PA 130/80 mm hg.</p>
28-06-11	10.30 am	<p>P: Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m / p cliente en posición semifowler, refiere “cuando camino me fatigo”.</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevar el cabeza de la cama a una posición de semifowler. - Determinar la estabilidad cardiaca evaluando la PA, FC e indicadores de la oxigenación. - Favorecer el reposo absoluto
29-06-11	7:00 am	<p>E: Cliente puede movilizarse al baño con ayuda</p>

28-06-11	10:00am	<p>P:Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores, aumento de la producción de renina angiotensina m/p edema en miembros inferiores edema en parpado</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar el BHE - Se evalúa peso de la cliente - Administrar de furosemida 20 Ev mg <p>Luego pasar a VO</p>
29-06-11	7:00 am	E: Cliente no presenta edema en miembros inferiores
28-06-11	10:00 am	<p>P:Alteración del patrón auto percepción: Ansiedad r/c estimulación del sistema nervioso, problema de salud actual m/p expresión verbal “estoy preocupada por mi situación de salud”</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el estado emocional de la cliente - Establecer una relación terapéutica - Brindar apoyo psicológico. - Explicar a la cliente y familia sobre los procedimientos a realizar - Enseñar a la cliente y familiares las rutinas hospitalarias.
	10:00 pm	<ul style="list-style-type: none"> - Pasar tiempo con la cliente y animarle a que solicite ayuda cuando sienta ansiedad. - Administrar alprazolam 0.5 mg 1 tab VO con prescripción médica <p>E: Cliente se muestra más tranquila</p>
28-06-11	10:00 am	<p>P:Trastorno del patrón del sueño r/c sensación de falta de aire s/a edema pulmonar cardiogénico m/p cliente refiere “me despierto varias veces en la noche por que siento que me falta el aire ya no aguanto”.</p> <p>I:</p>

29-06-11	7:00 am	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a la Cliente en posición semifowler - Disminuir factores externos que alteren el sueño - Procurar mantener la unidad de la cliente agradable. - Administrar alprazolam 0.5 mg 1 tab VO c/ 12 h <p>E: Cliente durmió toda la noche sin interrupciones</p>
28-06-11	10:00 am	<p>P: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, sistema inmunológico disminuido.</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar lavado de manos para realizar procedimientos como administra tratamiento - Valorar la piel en zonas de punción en busca de calor, temperatura, inflamación. - Control de temperatura corporal. - Valoración de los resultados de laboratorio (Leucocitosis) - Administración de antibiótico prescrito: Cefadroxilo 500 mg VO c/ 12 horas. <p>E: Cliente no presenta infección</p>

4.5. EVALUACIÓN:

VALORACIÓN	<p>Se realizó de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ La captación de la cliente se llevó a cabo en Hospital Regional Virgen de Fátima➤ Se realizó el examen físico integral de la cliente.➤ Se realizó la valoración por patrones funcionales de salud➤ Se realizó la valoración y recogida de datos, gracias a la colaboración de la cliente.➤ Se sacó los datos de la historia clínica
DIAGNÓSTICO	<p>Cada uno de los diagnósticos se formuló después de un minucioso análisis, presentándose los más importantes de acuerdo a su priorización.</p>
PLANIFICACIÓN	<p>Se realizó de acuerdo a los diagnósticos formulados priorizando acciones del personal de enfermería en las áreas física, biológica y psicológica de la cliente.</p>
EJECUCIÓN	<p>Se logró brindar una atención integral a la cliente, gracias a la colaboración.</p>
EVALUACIÓN	<p>Asimismo de todas las actividades programadas, se realizó en la unidad de la cliente, fue provechoso para la familia.</p> <p>38 = 100%</p> <p>32 = X = 84 % de actividades realizadas.</p>

V. DISCUSIÓN:

La Insuficiencia Cardíaca es una de las 4 más frecuentes causas de morbi-mortalidad en el mundo. El aumento de la longevidad en la población y la mayor supervivencia post infarto agudo han contribuido entre otros factores al incremento de la prevalencia de insuficiencia cardíaca y consume del 1 al 2% del gasto en salud. Es reconocida como un problema de salud mayor y creciente en los países desarrollados. En los Estados Unidos existe una población de 5 millones de pacientes con Insuficiencia Cardíaca y cada año aparecen 550,000 nuevos casos con un gasto de 24.3 billones de dólares. Las causas más frecuentes de Insuficiencia Cardíaca son hipertensión arterial y enfermedad coronaria, en algunas regiones la enfermedad valvular y la cardiomiopatías. La supervivencia de Insuficiencia Cardíaca en mujeres es menor que el cáncer de la mama, colo rectal y ovario; y en hombres es menor que el cáncer de la próstata. En Insuficiencia Cardíaca descompensada aguda la mortalidad hospitalaria es 4.3 %, la estancia hospitalaria es de 4 a 6 días, con 20% de readmisión a 30 días y 50% en 6 meses. La mortalidad en un mes es de 11.6% y en un año de 33.3%. En conclusión, Insuficiencia Cardíaca es un problema de salud crítico y prioritario en el mundo por su creciente prevalencia y por su agresividad.

En el caso presentado de la señora el pronóstico es incierto ya que los factores como la Diabetes y Hipertensión han ocasionado un compromiso renal severo sumado la insuficiencia cardíaca que complica aún más el estado de salud de la cliente lo que podría conllevar a una incapacidad del riñón para funcionar formándose así un círculo vicioso, que hacen aumentar la probabilidad de muerte.

Aquí radica la importancia del profesional de Enfermería para ayudar a la cliente disminuir este problema brindando atención oportuna, promoviendo en la cliente y familia estilos de vida saludable.

VI. CONCLUSIONES

- Se realizó cuidados de enfermería priorizando sus necesidades, identificando problemas reales y potenciales de la cliente.
- Se priorizó los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades posteriormente se realizó la planificación.
- Se brindó orientación y consejería de la enfermedad presente, por lo que la cliente lo tomó con mucha importancia.
- Se concientizó a la familia sobre la importancia de la práctica de los buenos hábitos de salud.
- Se brindó una atención integral a la cliente tratando de solucionar sus necesidades prioritarias.

VII. RECOMENDACIONES:

a) Para el Hospital Regional Virgen de Fátima.

- Realizar campañas de salud promoviendo estilos de vida saludable

b) Para la facultad los docentes de la Facultad Enfermería.

- Seguir enseñando el cuidado holístico a los clientes.
- Promover en los estudiantes la cultura de la prevención para que así estos sean entes multiplicadores de esta cultura

c) Para los estudiantes de la facultad de enfermería.

- Empezar a formular diagnósticos de enfermería, no solo de la enfermedad, si no de un amañera holística y así realizar actividades propias de enfermería para ayudar a mejorar las condiciones de vida de los clientes.

d) Para la familia.

- Brindar apoyo incondicional a las personas que padecen esta enfermedad para prevenir que éstos lleguen a un estado de angustia y depresión por que esto facilitaría el empeoramiento de su salud.
- Seguir las indicaciones sobre el cuidado de los clientes en el hogar

e) Para la sociedad.

- Incluir a los adultos en las diferentes actividades que realizan para que se sientan parte de la sociedad y que son importantes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DE LIBROS

1. Beare.M. (2000). **“El Tratado de Enfermería Mosby”** 2ª ed. Edit Harcourt Brace. Barcelona - España. pgs 787-793.
2. Beers.M.(1999). **“Manual Merk de diagnóstico y tratamiento”** 10ª ed. Edit. Mc Graw Hill Barcelona España. pgs 1650-1668.
3. Carpenito.L. (1999). **“Planes de Cuidado y Documentación En Enfermería”**. 1ª Edición. Editorial Mc. Graw Hill. Barcelona - España. pgs 95- 131.
4. Smeltetzer .C. (2004). **“ Brunner y Sudart: Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico”** 9ª ed .Edit Mc Graw Hill Intermaericana-Mexico pgs 823-835.
5. DuGas. (2000). **“Tratado de Enfermería Práctica”**. 4ª ed. Ed. Mc Graw Hill. México. pgs 90-100, 299-321.
6. Fattorusso . (1999). **“Vademécum Clínico del síntoma a la receta”** 7ª ed. Edit el Ateneo Barcelona España. pgs 434-443.
7. Guyton. H. (2001). **“Tratado de Fisiología Médica”** 10ª ed. Edit Mc Graw Hill Interamericana México. pgs 283-304.
8. Griffin.A. (1999). **“Enfermería clínica técnicas y procedimientos”** 4ª ed. Edit Harcourt Brace Madrid España. pgs 453- 467.
9. NANDA. (2004). **“Diagnóstico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones”** Ed. El Sevier. Madrid- España. pgs 23-245.

10. Vademecúm Médico del Perú. (2005). **“La Revista Médica”**. Lima-Perú.

DE SITIOS EN RED (ACCESO WEB)

11 Héctor H. (2010). **“Insuficiencia Cardíaca”**. Disponible en <http://www.msd.com.pe/msdpe/patients/corazón/teinsufic.html>.
Obtenido el 03-06-2011.

12 Dr. Oswaldo A.H. (2011) **“Tratamiento de la insuficiencia cardíaca con síntomas leves”**. Disponible en <http://www.tvp-peru.com/2011/06/tratamiento-de-la-insuficiencia-cardiaca-con-sintomas-leves/>. Obtenido el 10-06-2011.

13 Fonarow. G. (2009). **“Insuficiencia Cardíaca Congestiva estado fisiopatológico”**. Disponible en <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Insuficiencia%20Cardiaca%20Congestiva.pdf>. Obtenido el 18-06-11.

14 OMS (2011) **“Enfermedades Cardiovasculares”**. Disponible en http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/. Obtenido el 28-06-2011.

ANEXOS

NOTAS DE ENFERMERÍA MODELO SOAPIE

28-06 11 10:00 am Paciente adulto mayor M.J.L.C. de 69 años de edad, sexo femenino, se encuentra Hospitalizado en la cama "244 - A", de la Unidad de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. En su cuarto día de hospitalización,

S Cliente refiere "cuando camino me fatigo y se mareo mi cabeza, estoy preocupada por mi situación de salud"

O Se le encuentra en posición semifowler, ventilando espontáneamente del medio ambiente, con vía clampada en miembro superior izquierdo se le observa, intranquila, piel ligeramente pálida y mucosas hidratadas

Al examen físico

Control de signos vitales: P/A: 140/80 mm Hg P: 68 lpm FR: 20 rpm T° = 36.5°C

Piel: Piel ligeramente pálida y mucosas hidratadas

Cabeza: Normo céfalo,

Ojos: Redondos pupilas isocóricas edema palpebral

Oreja Pabellón auricular íntegro buena agudeza auditiva

Nariz: Pequeña, íntegra, permeable.

Boca Presencia de prótesis dental paladar blando y duro íntegros, encías íntegras, amígdalas íntegras sin inflamación labios húmedos.

Cuello: Corto cilíndrico, ganglios linfáticos normales.

Tórax: Focos cardiacos normales, no soplos, murmullo vesicular en ACP

Abdomen: blando y depresible no doloroso.

Extremidades: Movimiento activos flexión rotación interna externa aducción y abducción Edema (+) en miembros inferiores, movimiento activos.

Pares craneales: Normales.

A - Alteración de la hemodinamia r/c disminución de perfusión renal m/p Presión arterial 140/80 mm Hg, hematuria piel ligeramente pálida Hb 9,02 mg/ dl.

- Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m / p cliente en posición semifowler, refiere “cuando camino me fatigo”.
- Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores, aumento de la producción de renina angiotensina m/p edema en miembros inferiores edema en párrpado.
- Alteración del patrón auto percepción: ansiedad r/c estimulación del sistema nervioso, problema de salud actual m/p expresión verbal “estoy preocupada por mi situación de salud”.
- Trastorno del patrón del sueño r/c sensación de falta de aire s/a edema pulmonar cardiogénico m/p cliente refiere “me despierto varias veces en la noche por que siento que me falta el aire y no aguanto”
- Riesgo a infección r/c sistema inmunológico disminuido, procesos invasivos.

P

- Control de signos vitales.
- Control de P.A y PAM.
- Realizar BHE.
- Administrar furosemida 20 mg 1 tab VO.
- Administrar digoxina 0.25 mg ½ tab VO.
- Valorar las características de la piel: Frialdad y humedad, cianosis.
- Educar a la cliente sobre alimentación baja en sal, baja en grasa.
- Educar a la cliente sobre la ingesta de menestras y de carnes rojas sancochadas.
- Educar a la cliente sobre el consumo de cítricos.
- Administrar enalapril 10 mg VO.
- Controlar y anotar diariamente las entradas y salidas de líquido de la cliente.
- Control de diuresis horaria.
- Valorar el estado emocional de la cliente.
- Establecer una relación terapéutica.
- Brindar apoyo psicológico.
- Explicar a la cliente y familia sobre los procedimientos a realizar.
- Enseñar a la cliente y familiares las rutinas hospitalarias.

- Pasar tiempo con la cliente y animarle a que solicite ayuda cuando sienta ansiedad.
- Administrar alprazolam 0.5 mg 1 tab VO con prescripción médica.
- Colocar a la cliente en posición semifowler.
- Disminuir factores externos que alteren el sueño.
- Procurar mantener la unidad de la cliente agradable.
- Realizar lavado de manos para realizar procedimientos como administrar tratamiento.
- Valorar la piel en zonas de punción en busca de calor, temperatura, inflamación.
- Control de temperatura corporal.
- Valoración de los resultados de laboratorio (Leucocitosis).
- Administración de antibiótico prescrito:
- Cefadroxilo 500 mg VO c/ 12 horas.

I

- 10:00 am - Se entabla una relación empática.
- Se pesa y talla a la cliente.
 - Se controla de signos vitales.
 - Se controla P.A .
 - Se realiza lavado de manos.
 - Se valora la piel en zonas de punción en busca de calor, temperatura, inflamación.
 - Se valora las características de la piel: Frialdad y humedad, cianosis.
- 11:00am - Se administra tratamiento farmacológico furosemida 20mg VO, cefadroxilo 500 mg 1 tab VO.
- Se educa a la cliente sobre alimentación baja en sal, baja en grasa.
 - Se educa a la cliente sobre la ingesta de menestras y carnes rojas sancochadas.
 - Se educa a la cliente sobre consumo de cítricos.
 - Se valora el estado emocional de la cliente.

E Queda paciente en su unidad en posición semifowler despierta estable conoce sobre su enfermedad y las medidas de prevención.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS

- a. Título : Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- b. Fecha : 28-06-11
- c. Lugar : Hospital Regional Virgen De Fátima
- d. Hora : 10:00 am
- e. Dirigido a : Sra María López de Calderón
- f. Responsable : Br Peter Alexander Salcedo Maicelo
- g. Tiempo : 15 minutos

II. OBJETIVOS

- a. General :
 - Enseñar a la cliente y/ familiares sobre el proceso de la insuficiencia cardíaca congestiva.
- b. Específicos :
 - Enseñar a la cliente sobre los factores de riesgo de la ICC.
 - Educar a los familiares sobre las medidas de prevención de la ICC.
 - Enseñar el cuidado de pacientes con ICC en el hogar.

III. RECURSOS

- a. Humanos : Br Peter Alexander Salcedo Maicelo.
- b. Institucionales : Unidad de la cliente / servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima.
- c. Materiales : Material de escritorio, rota folio, díptico.

IV. CONTENIDO

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

- A. **Definición:** La insuficiencia cardíaca quiere decir que su corazón tiene una menor capacidad para bombear sangre. A pesar que el corazón sigue latiendo, su menor capacidad para bombear sangre resulta en que el cuerpo recibe menos nutrientes y oxígeno de los que necesita. El paciente tendrá dificultad para caminar, cargar cosas o subir escaleras. Probablemente

sentirá que le falta el aliento (aire); dado que el cuerpo no tiene suficiente oxígeno para funcionar normalmente.

B. Factores de riesgo

- Personas adultos mayores.
- Personas con presión alta.
- Obesidad.
- Diabetes.
- Consumo de tabaco.

C. Causas:

- Enfermedades de las arterias coronarias, por lo general con un ataque cardíaco previo (infarto miocárdico).
- Defecto muscular cardíaco (cardiomiopatía).
- Alta presión sanguínea (hipertensión).
- Enfermedades de las válvulas cardíacas.

D. Sintomatología:

- Aumento de peso de 3 libras en 1 día o 1 libra cada día por 3 días o un aumento de 3-5 libras en una semana.
- Incremento de falta de respiración bajo actividades normales.
- El despertarse durante la noche por falta de respiración y con la necesidad de sentarse para poder respirar.
- tos productiva.
- Zumbido o cascabeleo en sus pulmones.
- Períodos de mareo o desmayos.
- Inflamación en los tobillos.
- Pantalones/faldas que quedan muy ajustados.
- Estómago inflamado.
- Náuseas, vómitos, o diarrea.
- Aumento en la dificultad para dormir.
- Más agotamiento que lo habitual.

E. Tratamiento :

- Hábitos y estilo de vida.
- Apoyo de familiares.
- Ejercicio.
- Dieta hiposódica.
- Medicamentos.

Inhibidores de la enzima convertidora . Se usan para permitir que el corazón lata con menor dificultad.

Diuréticos. Se usan para desechar el exceso de líquidos y sales que se acumulan en el cuerpo.

Digitales . Se usan para fortalecer los latidos del corazón y permitir un mayor flujo de sangre.

F. Prevención:

- Controlar la presión arterial alta.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Llevar una dieta balanceada.
- Mantener un peso ideal.

V. METODOLOGÍA

- Motivación** :Se mostrará las imagen del rota folio y preguntar que es lo que observa.
- Desarrollo del tema** :El desarrollo del tema se llevara mediante la Exposición –diálogo.
- Evaluación** :Para la evaluación se preguntara a la cliente sobre el tema desarrollado.

VI. EVALUACIÓN:

- ¿Que es la insuficiencia cardiaca congestiva?
- ¿Que factores de riesgo tiene la insuficiencia cardiaca congestiva?
- ¿Como se puede prevenir la insuficiencia cardiaca congestiva?

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01.

INFORME N° 001-2011-UNAT-A/ PASM

A : Lic. Enf. Sonia Celedonia, HUYHUA GUTIERREZ.
Lic . Enf. Teresita Álida, DAMIÁN CUBAS.
Lic . Enf Wilfredo, AMARO CÁCERES.

DE : Br. Enf. Peter Alexander SALCEDO MAICELO.

ASUNTO : REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01.

FECHA : 28-06-2011.

Es grato es dirigirme a Uds. para saludarles con cordialidad y fina cortesía, y hacerles llegar el Informe de la Sesión Educativa N° 01 “Insuficiencia Cardíaca Congestiva”, realizado el 28 de junio del 2011, dirigido a la Sra María López de Calderón.

I. IDENTIFICACIÓN:

- Título : Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- Fecha : 28-06-11.
- Lugar : Hospital Regional Virgen De Fátima.
- Hora : 10:00 am.
- Dirigido a : Sra María López de Calderón.
- Responsable : Br. Enf Peter Alexander Salcedo Maicelo.
- Tiempo : 15 minutos.

II. FUNDAMENTACIÓN:

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer el desarrollo de la actividad.

III. OBJETIVO:

Informar el desempeño de actividad realizada.

IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO:

La actividad es de carácter educativo-persuasivo para la persona paciente y la familia.

V. LIMITACIONES:

El tiempo y el ambiente no eran adecuados.

VI. LOGROS

- Se proporcionó información a la paciente su familia sobre el tema logrando mejorar los conocimientos previos.
- Entablar confianza con la cliente.
- Se logró que los familiares aprendan sobre los cuidados en casa.

Es todo cuanto tengo que informar en honor a la verdad, para los fines pertinentes.

Atentamente:

PETER ALEXANDER SALCEDOMAICELO

FICHAS FARMACOLÓGICAS

CEFADROXILO

Acción farmacológica: Antibiótico cefalosporínico de amplio espectro y acción prolongada. Inhiben la síntesis de la pared celular, muy estable ante la mayor parte de la B-lactamasa.

Indicaciones: En infecciones producidas por gérmenes gram positivos y gram negativos.

Posología: Adultos: 1,2 g c/12-24 horas.

Niños: 50-100 mg /kg/día EV o c/12h.

Dosis máxima: 4g/día.

Reacciones adversas.

Trastornos gastrointestinales, náuseas, vómitos y diarrea. Reacciones dermatológicas por hipersensibilidad.

Interacciones.

El probenecid potencia su acción al disminuir su secreción tubular. Puede inhibirse su acción por la administración simultánea de agentes bacteriostáticos (tetraciclinas, cloranfenicol, sulfamidas). Los antibióticos aminoglucósidos, la furosemida y el ácido etacrínico aumentan su nefrotoxicidad.

Contraindicaciones.

Hipersensibilidad a las cefalosporinas. Niños menores de 1 mes.

FUROSEMIDA

Mecanismo de Acción: Como diurético actúa principalmente en la rama ascendente del asa de Henle, inhibiendo la reabsorción de electrolitos. Disminuye la reabsorción de cloruro de sodio y aumenta la excreción de potasio en el túbulo distal. Ejerce un efecto directo en el transporte de electrolitos en el túbulo proximal.

Indicaciones: Tratamiento de edema, asociado a fallo cardiaco, congestivo y enfermedad renal, tratamiento de hipertensión.

Dosis:

Adultos: 20 – 40 mg c/6 – 8h tab.

Niños: 2 mg / Kg Tab.

Adultos: 20 – 40 mg inyectable

Niños : 1 mg /kg inyectable

Presentación: Tabletas: caja x 20 y 100 tabletas.

Inyectable: caja x 5 ampollas de 2 ml. FUROSEMIDA.

Reacciones adversas.

Hipotensión ortostática. Bradicardia, visión borrosa, diarrea, cefaleas, aumento de sensibilidad de la piel a la luz solar, anorexia y, rara vez, rash cutáneo, fiebre, dolor de garganta, artralgias, alteración de la audición. hipopotasemia.

Interacciones.

Los corticoides y ACTH disminuyen los efectos natriuréticos y diuréticos y aumentan el desequilibrio electrolítico. Se potencian los efectos diuréticos/hipotensores del alcohol y de los hipotensores.

Contraindicaciones.

Se evaluará la relación riesgo-beneficio en cuadros de anuria, disfunción renal severa, diabetes mellitus, gota, disfunción hepática e infarto agudo de miocardio; también en embarazo y lactancia.

ENALAPRIL

Acción terapéutica. Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA)..

Indicaciones.

En todos los grados de hipertensión esencial y en la hipertensión vasculorrenal. Puede emplearse como indicación inicial o asociado con otros agentes antihipertensivos, sobre todo diuréticos.

Dosificación. HTA: 10-40mg diarios, como dosis única o repartida en 2 tomas.

ICC: hasta 20mg diarios, divididos en una o dos tomas.

Presentación. Tabletas de 25 mg.

Reacciones adversas.

Sensación de inestabilidad y cefaleas. En raras ocasiones fatiga y astenia, hipotensión ortostática, síncope, náuseas, calambres musculares y erupción cutánea. Pueden incrementarse los valores séricos de urea y creatinina, en general cuando se administra con diuréticos.

Interacciones.

Se potencia su efecto al administrarse junto con otros antihipertensivos. La prescripción junto con propanolol reduce las concentraciones séricas de enalaprilato. No se recomienda su utilización junto con suplementos de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, como espironolactona, triamtereno o amilorida, ya que puede producir aumento del potasio sérico.

Contraindicaciones.

Estenosis de la arteria renal.

DIGOXINA

Acción farmacológica.

Aumento de la fuerza y velocidad de la contracción miocárdica (efecto inotrópico positivo) que resulta de la inhibición del movimiento de los iones Na^+ y K^+ a través de las membranas celulares miocárdicas por la formación de complejos con la adenosina trifosfatasa. Como resultado, se intensifica la entrada de calcio y aumenta la liberación de iones de calcio libre en las células miocárdicas que de manera consecuente potencian la actividad de las fibras musculares contráctiles del corazón.

Indicaciones.

Insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia cardíaca en pacientes seniles con signos o no de insuficiencia renal, o asociada con taquicardia. Aleteo auricular.

Dosificación.

Adultos: dosis de carga: 0,75mg a 1,5mg/día como dosis única (digitalización oral rápida). Dosis de mantenimiento: dosis media diaria: 0,25mg durante 5 días por semana.

Niños: dosis de carga (sólo un día): 0,025mg/kg cada 8h hasta obtener la compensación. Dosis de mantenimiento: 0,01 a 0,02mg/kg/día en dosis única o fraccionada.

Reacciones adversas.

Ginecomastia, reacciones cutáneas de tipo alérgico o eosinofilia,

Interacciones.

La indicación conjunta con quinidina puede producir un incremento de los niveles plasmáticos de digoxina, por lo que se aconseja reducir (en caso de tratamiento combinado) en 50% la dosis de mantenimiento de digoxina y, de ser posible, controlar los Los diuréticos tiazídicos, los corticosteroides y la anfotericina B pueden contribuir a la toxicidad digitálica.

Contraindicaciones.

Taquicardia o fibrilación ventricular. Hipersensibilidad a la droga, sinusal excesiva.

RANITIDINA.

Acción terapéutica.

Antiulceroso. Antagonista de los receptores H₂ de histamina. Antagoniza la acción de la histamina por bloqueo competitivo y selectivo de los receptores H₂.

Indicaciones.

Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Síndrome de Zollinger-Ellison. Tratamiento de hemorragias esofágicas y gástricas con hipersecreción y profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante.

Dosificación.

Adultos 150 mg por vía oral.

Reacciones adversas.

Cefaleas o erupción cutánea transitoria, vértigo, constipación, náuseas. En algunos casos se observaron reacciones de tipo anafiláctico (edema angioneurótico, broncoespasmo).

Interacciones.

La ranitidina puede aumentar el pH gastrointestinal, por ello su administración simultánea con ketoconazol puede producir una marcada reducción de la absorción del ketoconazol.

Contraindicaciones.

Hipersensibilidad a la droga. Trátase de evitar su prescripción durante el embarazo y el período de lactancia. La relación riesgo-beneficio deberá evaluarse en la disfunción hepática o renal.

ALPRAZOLAM

Acción terapéutica.

Ansiolítico.potenciador de las acciones del ácido gamma aminobutírico (GABA). La absorción oral es casi completa, el pico plasmático se ha observado entre la 1ra. y la 2da. hora; la vida media plasmática de eliminación es de 12 a 15h. Las dosis repetidas pueden acumularse. El alprazolam se biotransforma en el hígado a metabolitos inactivos que se excretan en la orina.

Indicaciones.

Ansiedad moderada a grave. Ansiedad asociada con depresión.

Dosificación.

Adultos: 0,25 a 0,5mg en 3 tomas diarias hasta un máximo de 3mg/día; en Ancianos y desnutridos: 0,25mg en 2 o 3 tomas diarias.

Reacciones adversas.

Somnolencia. Sedación. Visión borrosa. Inestabilidad. Ataxia. Disminución del estado de alerta y la performance. Confusión. Amnesia (en particular en gerontes). Reacciones paradójicas con agresividad y excitación. Hipotensión, trastornos gastrointestinales, rash cutáneo, retención urinaria, cefalea, vértigo, cambios en la libido, discrasias sanguíneas e ictericia.

Interacciones.

Potencia su efecto cuando es usado con otros depresores del SNC y alcohol.

Contraindicaciones.

Hipersensibilidad reconocida a las benzodiazepinas, insuficiencia pulmonar aguda, miastenia gravis.

ESQUEMA FISIOPATOLÓGICO

