

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON COMUNICACIÓN
INTERVENTRICULAR (CIV) EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA,
2015 -2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

GLORIA JESSICA FRANCIA OSCANOVA

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 052

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°440-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. GLORIA JESSICA FRANCIA OSCANOVA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVO.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	27
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	30
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	33
3.3 PROCESOS REALIZADOS:.....	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	47
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	48
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado “CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR(CIV) EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA DEL 2014 AL 2017” tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con diagnóstico de comunicación interventricular. Así mismo identificar de manera oportuna los signos de alarma y evitar posibles complicaciones disminuyendo a su vez la estancia hospitalaria y mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares.

La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita más frecuente, caracterizada por el cierre incompleto del tabique interventricular—la pared que divide los dos ventrículos del corazón—lo que permite la comunicación libre entre ambos ventrículos. Con frecuencia se asocia a otros defectos estructurales, como la tetralogía de Fallot y el síndrome de Down. Algunos estudios han mostrado que la CIV tiene una prevalencia entre el 2-5% de los nacimientos y que en el 80-90% de los casos se cierra poco después del nacimiento. (5)

El presente informe consta de las siguientes partes: I. planteamiento del problema, II. Marco Teórico, en el III experiencia profesional; IV resultados, V conclusiones, VI recomendaciones, VII referenciales y anexos.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las últimas estadísticas marcan que en Argentina nacen más de 7 mil bebés por año con alguna cardiopatía congénita, donde 7 de cada 10 requieren algún tipo de intervención, y la mitad de ellos de alta complejidad. La comunicación interventricular constituye uno de los defectos cardíacos congénitos más frecuentes (2)

La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita más frecuente, caracterizada por el cierre incompleto del tabique interventricular—la pared que divide los dos ventrículos del corazón—lo que permite la comunicación libre entre ambos ventrículos. Con frecuencia se asocia a otros defectos estructurales, como la tetralogía de Fallot y el síndrome de Down. Algunos estudios han mostrado que la CIV tiene una prevalencia entre el 2-5% de los nacimientos y que en el 80-90% de los casos se cierra poco después del nacimiento. (1)

La mayoría de las comunicaciones interventriculares son defectos únicos, aunque pueden ser múltiples. Por lo general tienen el tamaño aproximado al de la válvula aortica. Los defectos más pequeños suelen ser musculares y un 50% de ellos cierra

espontáneamente. Los defectos grandes suelen ser membranosos o infundibulares y generalmente permanecen permeables. Existe hipertrofia ventricular derecha, con el tiempo, insuficiencia cardiaca. En los defectos grandes, cuando no se operan, hay cianosis y muerte. (1)

Ocho de cada 1.000 nacidos vivos en España sufren una cardiopatía congénita (3) En el Perú, las cardiopatías congénitas son un problema de salud pública. La incidencia es de 08 a 10 casos por cada mil niños nacidos vivos, lo que significa-según los índices de natalidad en el Perú- que anualmente nacen unos cinco mil niños con defectos en el corazón. (4)

La Sub Unidad de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del INSN SB ha realizado desde el 2014 más de 250 cirugías y procedimientos quirúrgicos a niños y niñas de 0 a 17 años de edad, que nacen con enfermedades cardiovasculares y requieren ser operados con urgencia en los primeros años de vida para evitar el riesgo de una muerte temprana. (4)

Existe una alta incidencia y demanda de pacientes diagnosticados con cardiopatía de comunicación interventricular en nuestra institución ante esta problemática es urgente y necesaria que la enfermera sea capacitada en el manejo de cardiopatías complejas, para ello se elaborara un plan de atención de enfermería en el

cuidado de pacientes con comunicación interventricular para unificar criterios, así mismo se realizará la difusión dicho plan.

Así mismo el objetivo de este plan es adquirir destrezas, habilidades y conocimientos para reconocer de manera oportuna los signos de alarma y actuar de manera eficaz con el propósito de evitar riesgo inminente de muerte y disminuir la tasa de mortalidad en el paciente y a la vez brindar un cuidado humanitario.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional como Lic. En enfermería especialista en la atención de pacientes con comunicación interventricular (CIV) en hospitalización cardiología y cirugía cardiovascular en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe se realiza por la necesidad de elaborar un plan de cuidados de enfermería en la atención de pacientes con diagnóstico comunicación interventricular, para favorecer los cuidados oportunos en los pacientes con cardiopatías en la unidad de hospitalización, beneficiando a los pacientes que acuden al servicio.

Así mismo el presente informe se justifica:

- **NIVEL TEORICO:** El presente informe afianzara conocimientos adquiridos previamente en la atención de paciente diagnosticados con comunicación interventricular. Conocer la fisiopatología de la cardiopatía, conocer los signos y síntomas de la enfermedad para actuar en el momento oportuno y evitar complicaciones, elaborar un protocolo de atención de enfermería con base científica para actuar de manera activa y los beneficiados será todo el personal de enfermería que constituye esta unidad.

- **NIVEL METODOLOGICO:** Este trabajo aportará a nivel metodológico ya que se protocolizará un plan de atención de enfermería en pacientes con cardiopatías complejas como es el caso de comunicación interventricular.

- **NIVEL SOCIAL:** A nivel social se beneficiará el personal de enfermería que atiende pacientes con cardiopatías complejas en el área de hospitalización cardiología, ya que el INSNSB es una institución de referencia a nivel nacional con casos operados exitosamente y que ahora son niños que han sido reinsertados a la sociedad, logrando la satisfacción del niño y a su vez de la familia. Así mismo los beneficiarios serán las familias a nivel nacional ya que sus niños serán atendidos por personal especialista y a la vez capacitado para actuar en el momento indicado y oportuno. También los beneficiarios serán los pacientes

ya que mejorara su calidad de vida siendo el corazón un órgano vital para el funcionamiento de todo el organismo.

- **NIVEL PRÁCTICO:** A nivel práctico el personal de enfermería será beneficiados ya que consolidaran y afianzaran sus conocimientos en la atención de pacientes con cardiopatías acianoticas, brindando una atención humanitaria.
- **NIVEL ECONOMICO:** A nivel económico el presente trabajo espera disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes con el actuar de enfermería de manera oportuna, inmediata, eficaz y eficiente.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

GALLO URINA, KATRINA en 2015 realizó un trabajo de investigación titulado: **“Prevalencia de las cardiopatías congénitas en pacientes con síndrome de Down en cuatro hospitales pediátricos de la ciudad de Bogotá en los años 2011 – 2014”**

OBJETIVO: Describir la prevalencia de las cardiopatías congénitas y caracterizar los tipos de defectos cardiacos identificados en los pacientes con Síndrome Down atendidos en la consulta de cardiología pediátrica o que nacieron en cuatro hospitales de Bogotá.

MÉTODO: Estudió observacional de tipo descriptivo retrospectivo en el que se evaluaron las historias clínicas de los niños con diagnóstico de trisomía 21, que asisten a la consulta de cardiología pediátrica o que nacieron en cuatro hospitales de la ciudad de Bogotá, en el período comprendido desde el 01 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2014.

RESULTADOS: Se evaluaron 527 niños con SD. De este grupo el 60.3% tuvo asociación con cardiopatía. Con relación al género, no hubo una diferencia significativa en la prevalencia del defecto cardiaco, encontrándose 31.9% en el sexo masculino y 28.5% en el sexo femenino. La cardiopatía más frecuente fue el Ductus arteriosus persistente (27.3%) seguida de la CIA con un 21,3% y posteriormente la CIV con una prevalencia del 19,7%. El 74% fueron cardiopatías aisladas y el 26% asociadas.

CONCLUSIONES: Las cardiopatías congénitas son la anomalía estructural más frecuente en el Síndrome de Down. La prevalencia de este estudio (60.3%) es concordante con la reportada en la literatura internacional (40-60%). Las cardiopatías que se presentaron con mayor frecuencia fueron la Comunicación interauricular (21.3%), Comunicación interventricular (19.7%) y Ductus Arteriosus Persistente (27.3%); siendo este último el defecto más frecuentemente aislado, y el más común dentro de las asociaciones descritas. También se observó casos aislados de canal A-V sin importancia significativa lo que llama mucho la atención ya que no concuerda con los estudios europeos y asiáticos. Con respecto al género no se observó una diferencia significativa de las cardiopatías, sin embargo, esta varía dentro de cada defecto, encontrándose que la CIV y el DAP predominó en varones, mientras que la CIA en

mujeres. La mayoría de los niños incluidos en el estudio tienen una edad menor a 1 año, lo que nos permite inferir la necesidad de una intervención temprana en el manejo de estas para mejorar en la supervivencia de los niños. Se encontró que las cardiopatías se asociaron más a nacimiento de los niños a una edad gestacional a término. En el caso de la Tetralogía de Fallot considerada por muchos autores como la anomalía cardíaca menos frecuente, solo fue reportado tres casos en los 527 evaluados, coincidiendo con los hallazgos de la mayoría de los estudios. Se encontró mayores casos de defectos aislados en comparación con los múltiples dentro de estos la asociación más frecuente con un 8.7% fue la PDA con FOP (46 casos), seguida de la CIV con CIA, CIV con FOP y CIA con DAP. Se encontró una prevalencia significativa de FOP, de predominio en el sexo masculino que no mencionan otros estudios lo que se explica porque muchos niños estaban por debajo del año de vida. 51 La hipertensión arterial es una complicación frecuente, sin embargo en nuestro estudio se encontró una asociación en el 27.3% de los niños con SD lo que no coincide con lo reportado en la literatura. La cardiopatía que más se asoció a esta complicación fue el DAP y la CIV, aunque en el total de las cardiopatías no hubo una diferencia marcada. Existen varios factores que determinan la variabilidad de la frecuencia de las cardiopatías

congénitas (embriología, altitud) pero ninguno sin aclarar. Se requieren de más estudios que permitan caracterizar la frecuencia de las cardiopatías congénitas según la localización geográfica y determinar los factores que se encuentran implicados en esta teoría. Posteriormente llevar a cabo un manejo interdisciplinario y en los casos necesario manejo quirúrgico para causar un mayor impacto disminuyendo los índices de morbimortalidad. (12)

CORTÉS HERRERA ALBINA ALBERTA, en 2013 presenta tesis titulado: **“Características epidemiológicas de las cardiopatías congénitas en la UMAE N° 189”** diseño descriptivo, transversal.

OBJETIVO: Determinar características epidemiológicas de las cardiopatías congénitas en Veracruz.

RESULTADOS: Se revisó en ARIMAC, pacientes en edad pediátrica que tuvieron el diagnóstico de alguna cardiopatía congénita sometidos a sesión medico quirúrgica. El diagnóstico fue clínico, con apoyo de estudios de gabinete; electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiograma doppler color, así como cateterismo cardiaco, para recolectar las variables del estudio durante los meses de Marzo a Junio del 2013 en un periodo de revisión de 5 años de manera retroactiva, con todas las características anotadas en los expedientes, y se

analizaron con tablas de frecuencias absoluta y relativa; con promedios, desviación estándar, además de gráficas de pastel y barras. Los resultados son: Se estudiaron 453 niños con el diagnóstico de cardiopatía congénita, con edad promedio de diagnóstico de 20 meses, el género del producto fue femenino 54% (244), edad materna de 27 años, en las primigestas se presentaron 47% (214) niños con cardiopatía congénita, con peso de 2959 ± 707 . La comorbilidad asociada, en el 92% no se demostró. Las genopatías en un 90% no se demostraron. El 99% de los niños no presentaron malformaciones congénitas. La mayor frecuencia de cardiopatías congénitas fueron la comunicación interventricular en 29%(131), comunicación interauricular 15%(69), persistencia del conducto arterioso 11%(50), estenosis pulmonar 8%(35), tetralogía de Fallot 7%(31). Conclusiones. Los resultados epidemiológicos concuerdan con la literatura médica, con la Comunicación interventricular como la más frecuente. (13)

2.1.2 A nivel Nacional

URIBE RIVERA ANA KARLA, en el 2014 "Características Epidemiológicas Y Clínicas De Las Cardiopatías Congénitas En Niños Menores De 5 Años Del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo". Estudio cuantitativo de diseño descriptivo transversal

cuyo objetivo: Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las cardiopatías congénitas en niños menores de 5 años en el Hospital "Almanzor Aguinaga Asenjo" durante enero - diciembre de 2012.

CONCLUSIONES:

Las cardiopatías congénitas más prevalentes en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo son las de tipo acianóticas, siendo en orden de frecuencia comunicación interventricular, comunicación interauricular y persistencia del ductus arterioso las más frecuentes.

Las cardiopatías congénitas predominaron en el sexo masculino, cuya procedencia fue mayor del área urbana y de Lambayeque, a su vez siendo la mayor cantidad de pacientes con cardiopatías congénitas acianóticas.

La trisomía 21(Síndrome de Don) es una patología que se asocia con mayor frecuencia a cardiopatías congénitas y al compromiso hemodinámico.

Las cardiopatías congénitas en su mayoría son aisladas, y su tratamiento prevalece el tipo conservador, siendo observación y farmacológico, lo cual depende de la estabilidad hemodinámica del paciente.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

a) Definición

CIV es una cardiopatía congénita acianótica más frecuente. Representa el 25% de todas las cardiopatías congénitas y el defecto se encuentra generalmente en la porción membranosa del tabique interventricular.

El tabique ventricular es la pared que separa los ventrículos (cámaras inferiores del corazón) izquierdo y derecho. Un orificio en el tabique ventricular se denomina comunicación interventricular. Este orificio permite que la sangre oxigenada se mezcle con la sangre usada que regresa desde los pulmones. Con el tiempo se pueden presentar arritmias y otros problemas cardíacos. Al año de edad, la mayoría de las comunicaciones interventriculares se cierran por sí solas. Sin embargo, puede ser necesario cerrar aquellas comunicaciones interventriculares que permanezcan abiertas después de esta edad. (5)

Existen muchas clasificaciones de CIV. En general, éstas se basan en la localización del orificio en el septum interventricular.

Pueden describirse los siguientes tipos: perimembranosa, subaórtica, muscular, posterior (o tipo canal) y subpulmonar. (7)

b) Manifestaciones Clínicas

En CIV "restrictiva" hay soplo cardíaco característico durante la exploración física. El EKG es relativamente normal al igual que la radiografía de tórax.

Si la CIV es grande y la resistencia pulmonar baja, provoca una hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca cuyos síntomas son: disnea, taquipnea, taquicardia, mala alimentación, crecimiento escaso, diaforesis, infecciones respiratorias recurrentes. El ekg muestra hipertrofia del ventrículo izquierdo y puede haber aumento de tamaño de la aurícula izquierda. Las radiografías de tórax muestran cardiomegalia y sobre circulación pulmonar.

c) Pruebas y exámenes

La auscultación con el estetoscopio frecuentemente revela un soplo cardíaco. El volumen de sonido del soplo está relacionado con el tamaño del defecto y con la cantidad de sangre que pasa a través de este.

Los exámenes pueden ser:

- Cateterismo cardíaco (rara vez se necesita, a menos que haya preocupación de presión arterial alta en los pulmones)
- Radiografía de tórax: Observa si hay un corazón grande con líquido en los pulmones.
- ECG: Muestra signos de agrandamiento del ventrículo izquierdo.
- Ecocardiografía: Utilizada para hacer un diagnóstico definitivo.
- Resonancia magnética del corazón: Empleada para averiguar qué tanta sangre está llegando a los pulmones.

(6)

d) Indicaciones

En la mayoría de los casos hay que tranquilizar a los padres, siendo el único tratamiento necesario la profilaxis antibiótica para las manifestaciones dentales y genitourinarias. Si el defecto es grande y el niño está sintomático se tratarán los síntomas de ICC con diuréticos y digoxina. La corrección quirúrgica puede llevarse a cabo en los pacientes con defectos no restrictivos en el primer año de vida con buenos resultados.

e) Complicaciones

Endocarditis infecciosa y las secuelas de una sobre circulación persistente, como las crisis recurrentes de dificultad respiratoria, la insuficiencia cardiaca congestiva y el Sd. de Eisenmenger.

f) Procedimiento Quirúrgico

El cierre por cirugía debe ser realizado prontamente en aquellos pacientes pequeños con importante repercusión por una CIV grande. Esta cirugía correctora se realiza por una incisión en el pecho llamada esternotomía. Se debe conectar al paciente a una máquina de circulación extracorpórea, que reemplaza las funciones del corazón y los pulmones mientras se cierra el orificio de la CIV con el corazón parado y abierto. La CIV puede cerrarse con puntos separados o con un parche del propio pericardio (membrana que envuelve al corazón) o de politetrafluoretileno expandido (una especie de teflón, de marca Goretex habitualmente). (7)

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Preoperatorio:

- Vigilancia hemodinámica del paciente.
- Monitoreo de signos vitales (PA, FC, FR, SAT O2)

- Cuantificación estricta de ingresos y egresos.
- Vigilar llenado capilar y pulsos periféricos.
- Vigilar temperatura, coloración y edema en piel.
- Vigilancia estricta de la diuresis.
- Vigilar estado de conciencia.
- Mantener un ambiente tranquilo.
- Realizar y vigilar gasometrías.
- Vigilar patrón respiratorio taquipnea, apnea, estridor, etc.
- Auscultar campos pulmonares continuamente.
- Valoración de la radiografía de tórax.

Postoperatorio:

- Realizar drenaje postural y fisioterapia pulmonar.
- Mantener la sedación del paciente sí estuviera indicado.
- Cuantificación de diuresis.
- Vigilar piel como edemas.
- Vigilancia de electrolitos séricos.
- Administración de diuréticos según esté indicado.
- Reposición de electrolitos según indicación médica.
- Peso diario de paciente.
- Monitorización de temperatura.
- Evitar pérdidas de calor.

- Evaluación de peso diario, evitar gasto de energía por llanto, aspiración de secreciones o cambios innecesarios.
- Vigilar sitio de inserción de catéter.
- Mantener limpio, seco y sin de signos de infección la zona de inserción del catéter periférico o central.
- Realizar curación de acuerdo a protocolo establecido.
- Realizar baño diario.

2.2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente

difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

a) Metaparadigmas:

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la

independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)
- **Cuidado:** Esta dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
 - **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
 - **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan

de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral. (11)

b) Afirmaciones teóricas de Virginia Henderson:

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: esta situación ocurre cuando el paciente enfrenta una enfermedad grave y la enfermera sustituye las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: cuando el paciente convalece la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: en este caso la enfermera supervisa y educa al paciente para que este realice su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera y el médico trabajan en conjunto, aunque con funciones independientes, en algunos casos estas funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

El equipo de salud (eso incluye a todos los profesionales de la salud) que atiende al paciente trabaja en cooperación, pero cada uno de manera independiente para completar el programa de cuidado al paciente.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

c) Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría y que factores influyeron:

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación

como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nurse Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

c) Aplicación a la práctica:

Victoria Henderson realizó un gran avance en la enfermería mejorando la relación enfermera–médico y enfermera-paciente, así mismo su teoría está basada en satisfacer las necesidades básicas. En nuestra institución se realiza una atención con enfoque holístico de manera que el paciente pueda satisfacer sus necesidades básicas y la vez de sus familias o padres a quienes incluso se les brinda alimentación y descanso a las familias que son de provincias.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cardiopatía:** Las cardiopatías congénitas son un grupo de enfermedades presentes al nacimiento que afectan la estructura y/o función normal del corazón y los grandes vasos. Representan un tercio de todas las anomalías congénitas. Su presentación varía desde defectos asintomáticos simples a enfermedades complejas que amenazan la vida. Cada año más de 1.300.000 bebés nacen con esta condición en todo el mundo (casi 12 por cada 1000 recién nacidos). (7)
- **Congénito:** Hace alusión a cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante el desarrollo intrauterino. Puede ser resultado de un factor hereditario, físico (por ejemplo, radiación X), químico (por ejemplo, fármacos o sustancias tóxicas) o infeccioso (por ejemplo, infecciones virales - rubéola congénita, entre otras). (8)
- **Ventrículo:** Se refiere a cada una de las cámaras inferiores del corazón. El corazón en el humano está dividido en cuatro cavidades: dos superiores —la aurícula derecha y la aurícula izquierda— y dos inferiores, el ventrículo derecho y el ventrículo izquierdo. La aurícula izquierda comunica con el ventrículo izquierdo por medio de la válvula mitral y la aurícula derecha comunica con el ventrículo derecho por medio de la válvula

tricúspide. Cada ventrículo recibe sangre de la aurícula de su mismo lado y la impulsa a una arteria: las arterias pulmonares, en el caso del ventrículo derecho y la aorta, en el caso del ventrículo izquierdo. Los ventrículos están separados entre sí por el tabique interventricular.

La pared del ventrículo izquierdo es más gruesa que la del derecho, esto se debe a que el ventrículo izquierdo impulsa la sangre hacia toda la periferia del cuerpo, mientras que el ventrículo derecho solamente lo hace hacia los pulmones, permitiendo así el intercambio de gases en los pulmones. (9)

- **Endocarditis:** Es una enfermedad que se produce como resultado de la inflamación del endocardio, es decir, un proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las cámaras y válvulas cardíacas. Se caracteriza por la colonización o invasión de las válvulas del corazón con formación de vegetaciones compuestas por plaquetas, fibrina, micro colonias de microorganismos y, ocasionalmente, células inflamatorias. Otras estructuras que pueden resultar afectadas son el tabique interventricular, las cuerdas tendinosas, el endocardio mural e incluso implantes intracardiacos.

Hay varias formas de clasificar la endocarditis; la más sencilla se basa en la etiología, que puede ser infecciosa o no infecciosa, lo

que depende de que la causa de la inflamación sea un microbio o no. Esta enfermedad es diferente de la inflamación del músculo cardíaco, llamada miocarditis, y de una inflamación del revestimiento externo del corazón, llamada pericarditis. Estas dos últimas afecciones no suelen ser causadas por microbios sino por autoinmunidad o virus y en muchas ocasiones la causa se desconoce. (10)

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del siguiente trabajo de experiencia profesional se realizó la técnica de revisión documentaria, se obtuvo información del cuaderno de registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización de cardiología y cirugía cardiovascular, así como del acceso a historias clínicas, para ello se realizó los siguientes pasos:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de Enfermería de la Unidad, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas de los pacientes hospitalizados.
- **Recolección de Datos:** Se realizó un diagrama de flujo desde el proceso de ingreso del paciente, el ingreso a sala de operaciones y el tiempo de estancia hospitalaria.
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó la tabulación de datos en cuadros de Excel para calcular los porcentajes también se elaboró cuadros estadísticos.
- **Resultados:** Se obtuvo datos sobre morbilidad en cardiopatías frecuentes en el Perú, porcentaje de cirugías realizadas en la

institución, morbilidad y grupos atareos frecuentes que padecen de cardiopatías.

- **Análisis e interpretación de resultados:**

Se evidencio que: nuestros datos estadísticos concuerdan con la literatura ya que la proporción de pacientes con cardiopatía de sexo masculino es la misma en relación al sexo femenino con 53% frente a 47% respectivamente esto demuestra que la prevalencia de cardiopatías se da tanto en hombres como en mujeres.

En relación a las edades de los niños, la población infantil que más se atendió fueron los lactantes de 1 mes de edad hasta los 2^a con 11 meses con un 65% de atendidos lo cual demuestra que los pacientes cardiópatas reciben atención oportunamente ya que los primeros meses son importantes para la cirugía ya sea paliativa o correctiva y con pronta mejoría y adaptación al rol social.

Las poblaciones de provincias y de la ciudad de lima son atendidos en igual proporción ya que un 48% de atenciones representa a pacientes de la capital frente a un 49% atenciones de provincia. En los cuatro años de funcionamiento de nuestro instituto ha ido en incremento las atenciones ya que en el 2014 se atendieron a 113 pacientes, en el 2015 232, en el 2016, 485 pacientes y para el 2017, 542 niños haciendo un total de 1372

atenciones; para el 2017 se quintuplico el número de atenciones, así mismo nuestra institución es de referencia ya que llegan niños de distintas regiones del Perú.

La patología de mayor incidencia es CIV concordando una vez más con la literatura con un 34% seguido de PCA y TETRALOGIA DE FALLOT con un 9% respectivamente, un 6% con dx de CIA y en menor proporción Coartación de aorta y trasposición de grandes vasos con 5% y 3% respectivamente. La tendencia demuestra que al paso de los años los casos de CIV también se incrementan durante los 4 años de funcionamiento del instituto se atendieron un total de 461 casos siendo una cifra alarmante, por otro lado los niños diagnosticados con CIV son operados en un 71% frente a un 29% que no son operados por diversas causas siendo una de ellas los trastornos digestivos o respiratorios siendo dados de alta con tratamiento domiciliario hasta su mejoría para ser reprogramados.

De los pacientes operados la estancia hospitalaria es prolongada con un 33% de atenciones de + de 21 días esto es dada por complicaciones en el post operatorio.

La tasa de mortalidad en relación a cardiopatías es 14,5 durante los 4 años de funcionamiento.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

a) Recuento de la Experiencia Profesional

La unidad de hospitalización cardiología y cirugía cardiovascular inicio la atención en enero del 2014 se inició con 1 paciente hospitalizado lactante con dx de PCA se le realizo cirugía correctora siendo esta un éxito realizando los cuidados de enfermería preoperatorios así como postoperatorios mediatos después de días de recuperación el paciente es dado de alta sin complicaciones, luego de ello se incrementó la capacidad de camas a 5 pacientes ya con diagnósticos mucho más complejos como CIV, CIA creando la necesidad de contar con personal más capacitado, después de dos años de funcionamiento la demanda de pacientes iba en incremento por lo que se amplió la capacidad a 15 camas con dx como tronco arterioso común, doble salida de ventrículo derecho, coartación de aorta, etc. también se realizaron convenios con misiones extranjeras para realizar campañas de operación como heart care, misiones chilenas así como españolas. En la actualidad la unidad de hospitalización de cardiología ya se encuentra funcionando en un 100% con alta demanda de pacientes a nivel nacional con cardiopatías complejas requiriendo la necesidad de contar con un personal altamente capacitado, eficiente y empático.

de dx como Holter y respiratorios como cánulas, mascarillas de oxígeno o traqueostomía, pacientes que requieren de monitoreo de signos vitales por taquicardias paroxísticas o bloqueos, con complicaciones en patrón respiratorio o cardiovasculares.

3.3 PROCESOS REALIZADOS:

- Se presentará una guía de atención de enfermería en pacientes con comunicación interventricular.
- Se realizará la difusión de la guía de atención a todo el personal de enfermería.
- Se participa de manera activa en los cuidados preoperatorios y postoperatorios de los pacientes hospitalizados durante campañas extranjeras.
- Se brindará educación continua a los padres sobre los cuidados de sus niños hospitalizados como lavado de manos, desecho adecuado de residuos, medidas de higiene, apoyo durante la alimentación, y normas hospitalarias.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

Se obtuvo datos del cuaderno de registros de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cardiovascular en relación al sexo del paciente, procedencia, grupo etario, cardiopatías más frecuentes atendidas y mortalidad, los cuales se muestran en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 4.1

Cuadro que muestra sexo de los pacientes cardiopatas hospitalizados en el INSNSB del 2014 al 2017

SEXO/ AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2014	59	52	54	48	113	100
2015	120	52	112	48	232	100
2016	264	54	221	46	485	100
2017	282	52	260	48	542	100
TOTAL	725	53	647	47	1372	100

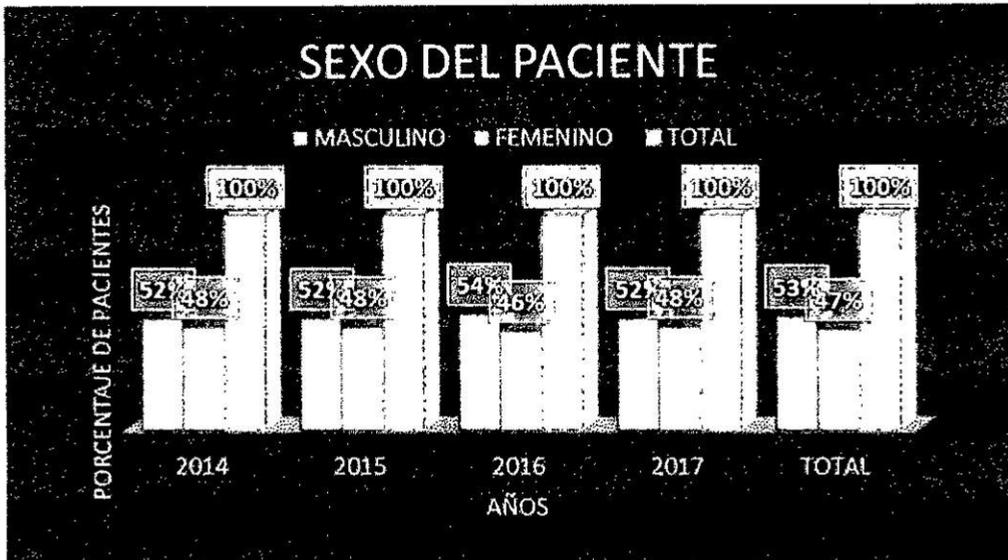
Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El cuadro muestra que los pacientes de sexo masculino con cardiopatías son en mayor porcentaje alcanzando un 53% en relación a los pacientes de sexo femenino que alcanza a un 47% desde el año 2014 al 2017.

GRÁFICO N° 4.1

Grafico de barras muestra porcentaje de sexo de los pacientes en INSNSB del 2014 al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El gráfico de barras muestra sexo de los pacientes hospitalizados desde el 2014 al 2017 y donde se evidencia que los niños son en mayor proporción en relación a las niñas con 725 casos y 647.

CUADRO N° 4.2

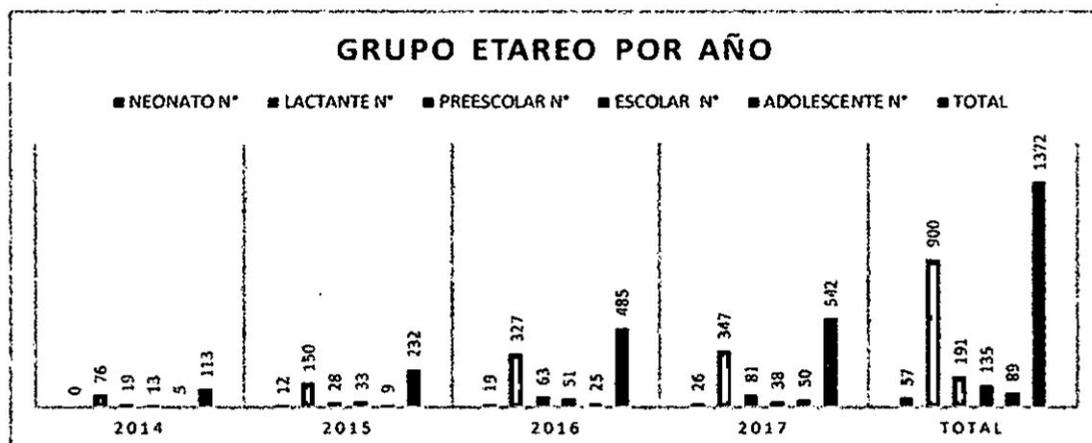
Grupos Etarios De Los Pacientes Cardiopatas Hospitalizados En El INSNSB Desde El 2014 Al 2017

AÑO/EDAD	NEONATO		LACTANTE		PREESCOLAR		ESCOLAR		ADOLESCENTE		TOTAL	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
2014	0	0	76	64	19	18	13	13	5	5	113	100
2015	12	5	150	65	28	12	33	14	9	4	232	100
2016	19	4	327	66	63	14	51	11	25	5	485	100
2017	26	5	347	64	81	15	38	7	50	9	542	100
TOTAL	57	4	900	65	191	14	135	10	89	7	1372	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.2

Grupos Etarios De Los Pacientes Cardiopatas Hospitalizados En El INSNSB Desde El 2014 Al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El gráfico de barras muestra la proporción de pacientes en relación al grupo etario evidenciando que los lactantes son diagnosticados con alguna cardiopatía seguido por la etapa preescolar y escolar y en menor proporción los neonatos.

CUADRO N° 4.3

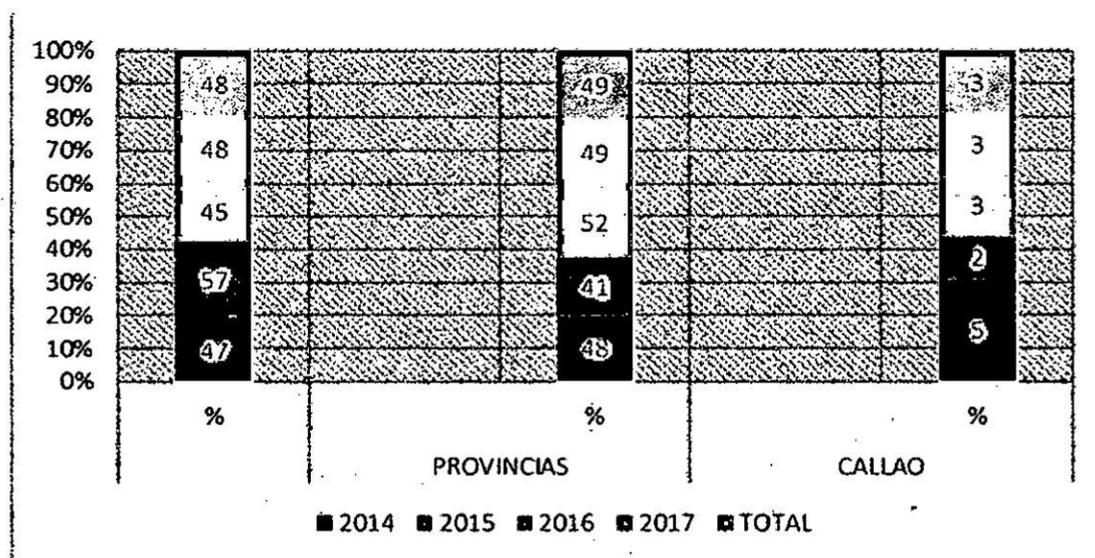
Procedencia de los pacientes hospitalizados en el INSNSB del 2014 al 2017

AÑO/PROCE DENCIA	LIMA		PROVINCIAS		CALLAO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2014	53	47	55	48	5	5	113	100
2015	131	57	95	41	6	2	232	100
2016	217	45	253	52	15	3	485	100
2017	259	48	264	49	19	3	542	100
TOTAL	660	48	667	49	45	3	1372	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.3

Procedencia de los pacientes hospitalizados en el INSNSB del 2014 al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El gráfico de columnas apiladas nos muestra que los niños de provincias, de la ciudad de Lima (capital del Perú) y la provincia constitucional del Callao acuden a nuestra institución. En el 2014 los niños de provincia en un 48% fueron atendidos frente a un 47% de la ciudad de Lima y un 5% de la ciudad del Callao evidenciando esto que nuestro hospital es una institución de referencia para el 2015 los niños de la ciudad de Lima fueron en mayor proporción con un 57% frente a un 41% de provincia y solo 2% del Callao, en el 2016 los niños de provincias fueron atendidos en 52% frente a un 45% de la ciudad de Lima y un 3% del Callao y ya para el 2017 la proporción de pacientes de Lima y provincias es casi parecida en un 48% frente a un 49% y solo un 3% del Callao, además de ello esto evidencia que hay familias que migran por necesidad de salud a la capital.

CUADRO N° 4.4

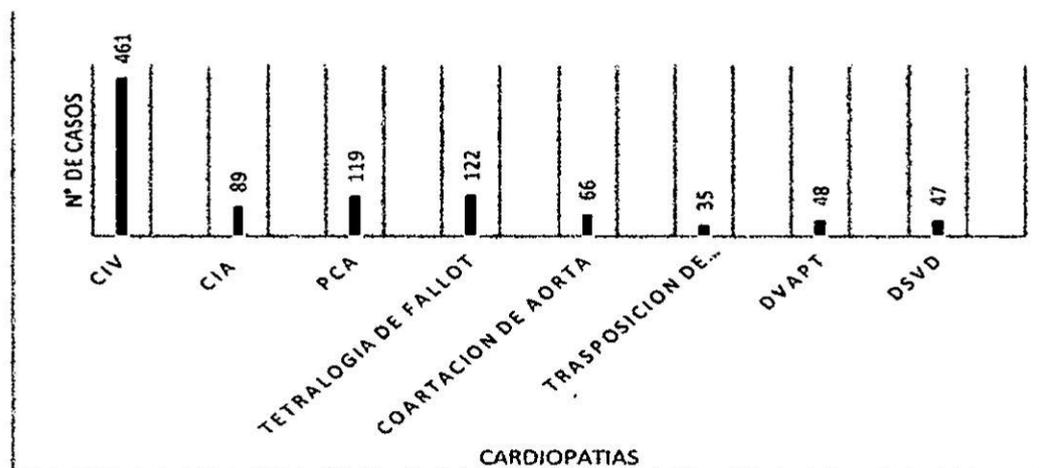
Cardiopatías más comunes en el INSNSB del 2014 al 2017

PATOL GIA/AÑ O	CV		CIA		PCA		TETRALOGIA DE FALLOT		COARTACION DE AORTA		TRASPOSICION DE GRANDES VASOS		DVAPT		DSVD		OTROS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2014	43	38	6	5	8	7	17	15	7	6	2	2	2	2	6	6	22	19	113	100
2015	76	33	22	9	16	7	27	12	3	1	11	5	6	3	14	6	57	24	232	100
2016	146	31	33	7	55	11	39	8	25	5	19	4	14	3	12	2	142	29	485	100
2017	196	36	28	5	40	7	39	7	31	6	3	1	26	5	15	3	164	30	542	100
TOTAL	461	34	89	6	119	9	122	9	66	5	35	3	48	3	47	3	385	28	1372	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.4

Cardiopatías más comunes en el INSNSB del 2014 al 2017

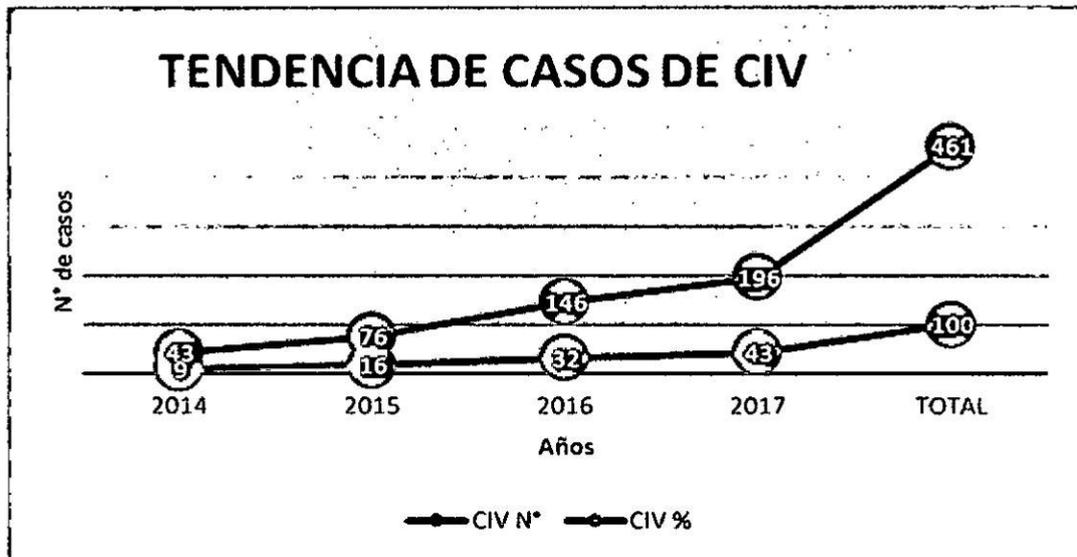


Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación: El cuadro de barras nos muestra que la cardiopatía de mayor incidencia es CIV con 461 casos, seguido por tetralogía de Fallot con 122 casos, 119 casos de PCA, comunicación interauricular con 89 casos, 66 casos de coartación de aorta, 48 casos de Drenaje Venoso Anómalo Pulmonar Total, 47 niños con Doble Salida de Ventrículo Derecho y 35 casos de Trasposición de Grandes Vasos.

GRÁFICO N° 4.5

N° de casos de CIV en el INSNSB del 2014 al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El cuadro de graficas lineales nos muestra que se atendieron 461 casos de pacientes con comunicación interventricular desde el 2014 hasta el 2017, cada año la curva fue en crecimiento ya que en el 2014 se atendieron solo 43 casos y en el 2017, 196 casos.

CUADRO N° 4.5

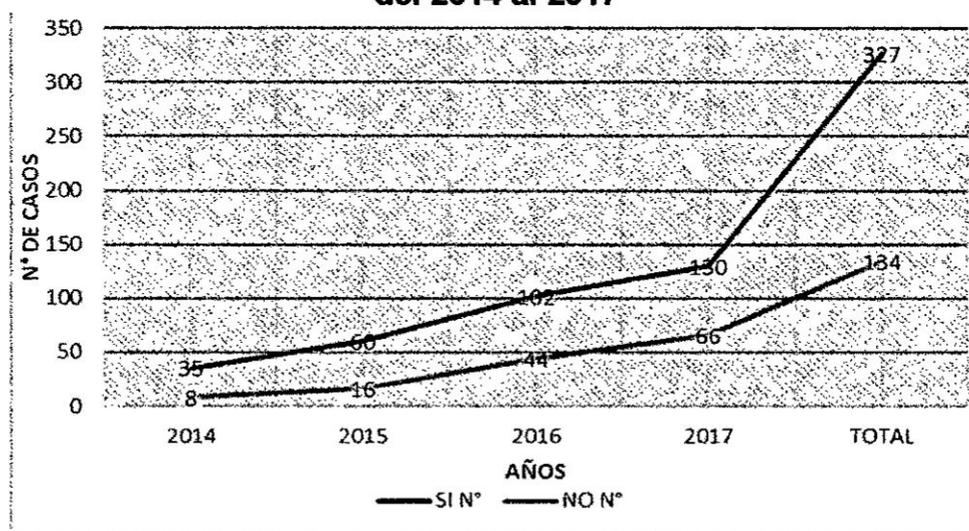
Número de pacientes que ingresaron a sala de operaciones del INSNSB del 2014 al 2017

SOP	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2014	35	81	8	19	43	100
2015	60	79	16	21	76	100
2016	102	70	44	30	146	100
2017	130	66	66	34	196	100
TOTAL	327	71	134	29	461	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.6

Tendencia de pacientes con CIV que fueron operados en el INSNSB del 2014 al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación: El cuadro de gráficas lineales nos muestra que durante el periodo del 2014 hasta el 2017 en el INSNSB se han operado a 327 niños con diagnóstico de CIV y 134 niños no fueron operados por diferentes causas una de ellas son problemas respiratorios, gastrointestinales siendo dados de alta con tratamiento para casa.

CUADRO N° 4.6

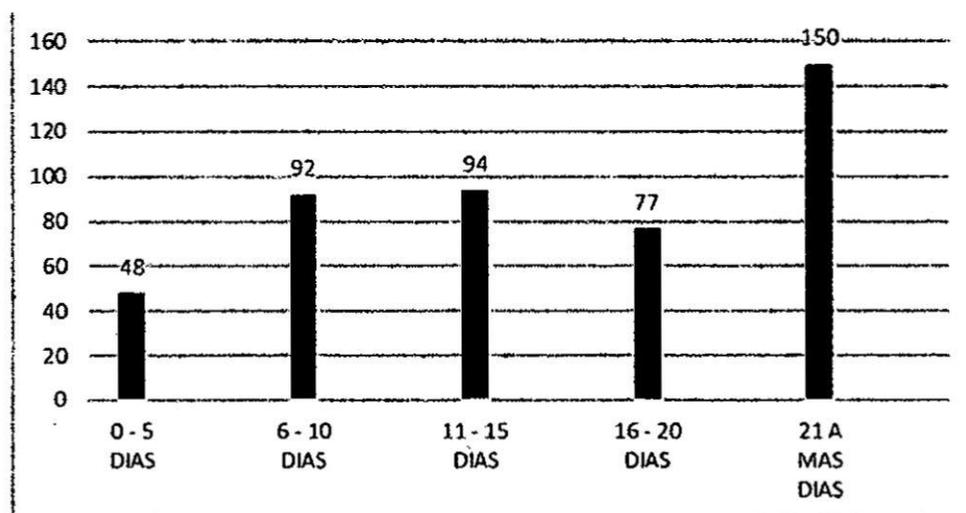
Estancia hospitalaria de pacientes con civ en el INSNSB 2014 - 2017

ESTANCI A HOSP.	0 - 5 DIAS		6 - 10 DIAS		11 - 15 DIAS		16 - 20 DIAS		21 A MAS DIAS		TOTAL	%
	N°		N°		N°		N°		N°			
2014	10	23	17	40	5	12	4	9	7	16	43	100
2015	10	13	22	29	18	24	14	18	12	16	76	100
2016	11	8	24	16	31	21	25	17	55	38	146	100
2017	17	9	29	15	40	20	34	17	76	39	196	100
TOTAL	48	10	92	20	94	20	77	17	150	33	461	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.7

Estancia hospitalaria de pacientes con civ en el INSNSB 2014 -2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación: Cuadro de barras donde se observa que 150 pacientes tuvieron larga estancia hospitalaria de + de 21 días seguido por 94 niños que se quedaron hospitalizados de 11 a 15 días y solo 48 niños estuvieron de 0- 5 días de hospitalizados.

CUADRO N° 4.7

Número de pacientes que fallecieron por causa de alguna cardiopatía en el INSNSB del 2014 al 2017

PACIENTES FALLECIDOS	SI	
	N°	%
2014	0	0
2015	4	20
2016	6	30
2017	10	50
TOTAL	20	100

Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

GRÁFICO N° 4.8

Tendencia de pacientes que fallecieron en el INSNSB del 2014 al 2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El cuadro de graficas lineales muestra que según el paso de los años se incrementa el número de fallecidos por alguna cardiopatía para el 2017 hay 20 casos de fallecidos desde el 2014.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

- a) En el Instituto Nacional De Salud del Niño San Borja las cardiopatías se dan tanto en niños como en niñas indistintamente, siendo la cardiopatía con mayor incidencia es CIV (34%). Además el diagnóstico se da en niños lactantes desde 1 mes hasta los 2 años 11 meses, también en adolescentes que a partir de los 12 años recién son diagnosticados o reciben tratamiento especializado, sin embargo el último año la detección de cardiopatías se da también en recién nacidos quienes son referidos a nuestro instituto para un tratamiento especializado.

- b) La enfermera como parte del cuidado del niño también realiza los cuidados pre y post operatorios por lo que debe ser muy observadora con el fin de identificar algún signo de alarma previo a la cirugía y aplicar un protocolo de atención estandarizado que le permita actuar de manera oportuna y evitar complicaciones durante la operación con el fin de disminuir la estancia hospitalaria.

- c) Los padres se encuentran en alojamiento conjunto con sus niños, por lo deben recibir continua educación para saber reconocer los signos de alarma, así como también los cuidados necesarios durante la hospitalización.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

- a) A la gerencia del hospital, apoyar la investigación en los cuidados diferenciados de enfermería según tipo de cardiopatía, edad, sexo, entre otras variables. Así mismo, realizar convenios con hospitales extranjeros para realizar pasantías y adquirir mayor experiencia en el cuidado y atención a pacientes con comunicación interventricular (CIV).

- b) A la jefatura del servicio, realizar capacitaciones a todo el equipo multidisciplinario en el cuidado de pacientes cardiópatas, con el fin de unificar criterios en el cuidado y la importancia del manejo del niño cardiópata, y considerar una intervención completa.

- c) A los profesionales: Se debe realizar constantes capacitaciones en diversos temas (shock, rcp, manejo de estrés, etc.), en el cuidado de cardiopatías complejas. Así mismo, la programación de educación continua a los padres quienes intervienen en el cuidado de su niño.

CAPÍTULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WIKIPEDIA. Comunicación interventricular [Internet]. x[citado 22 Ago 2017]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n_interventricular
2. INFOBAE. Cardiopatías congénitas: la importancia del diagnóstico prematuro [Internet]. 2015. [citado 21 Dic 2017]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2015/10/01/1747603-cardiopatias-congenitas-la-importancia-del-diagnostico-prematuro/>
3. ECODIARIO. Cardiopatía congénita: qué es y cómo se detecta. [Internet]. 2017 [citado Nov 2017]. Disponible en: <http://ecodiario.eleconomista.es/ciencia/noticias/8284621/04/17/Cardiopat%C3%ADa-congenita-que-es-y-como-se-detecta.html>
4. ROJAS F. INSN San Borja realizó cirugía correctiva a niña de tres meses con cardiopatía congénita [Internet]. 2015 [citado 23 Nov 2017]. Disponible en: www.insnsb.gob.pe/category/agosto/page/4articulo
5. MEDLINEPLUS. Cirugía correctiva para defectos cardíacos congénitos [Internet]. 2016 [citado 23 Nov 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002948.htm>

6. BIBLIOTECA NACIONAL DE MEDICINA DE EEUU [Internet]. [citado 21 Dic 2017]. Disponible en: <https://medineplus.gov/spanish/ency/artele/001099.htm>
7. ASOCIACIÓN CIVIL CARDIO CONGÉNITAS ARGENTINA [Internet]. [citado 24 Nov 2017]. Disponible en: <http://cardiocongenitas.com.ar/cardiopatias-congenitas/civ-comunicacion-interventricular.php>.
8. WIKIPEDIA. Congénito [Internet]. 2015 [citado 6 Jun 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cong%C3%A9nito>
9. WIKIPEDIA. Ventrículo [Internet]. 2012 [citado 8 Nov 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ventr%C3%ADculo>
10. WIKIPEDIA. Virginia Henderson [Internet]. 2012 [citado 17 Ene 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson
11. GALLO URINA K. Prevalencia de las cardiopatías congénitas en pacientes con síndrome de Down. Universidad Nacional de Colombia: Departamento de Pediatría. Bogotá, Colombia. [Trabajo de investigación]. [citado 10 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50918/1/22657392.2015.pdf>.
12. PALMA HERNÁNDEZ E. Características epidemiológicas de las cardiopatías congénitas en la UMAE. Universidad Veracruzana, Instituto Mexicano del Seguro Social: departamento de estudios de

Postgrado Delegación Veracruz Norte Hospital General de Zona No. 71, No 189. [Tesis doctoral]. [citado 10 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Albina.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

Primer paciente intervenido quirúrgicamente en el INSNSB en el 2014



Misión HEART CAR de EEUU.



Dr. Ziemer en una entrevista a canal N por campaña de operaciones al corazón en el INSNSB



Cuidados post operatorios inmediatos en un paciente cardiológico en la Unidad Postoperatoria Cardiovascular



Educación continua a familiares sobre cuidados del paciente

