

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES ADULTOS CON
HIPOGLICEMIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA. DE HUARAL, 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADEMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.**

NELSON FERNANDO BALDEON ZEVALLOS

**Callao, 2018
PERU**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificación	05
II. MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes	07
2.2 Marco conceptual	11
2.3 Definición de términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de datos	26
3.2 Experiencia profesional	27
3.3 Procesos realizados del informe	28
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	36
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

El presente informe describe la experiencia laboral profesional en el Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral la cual ostenta la categoría de hospital de mediana complejidad (II.2), logro merecido después de cumplir con las exigencias establecidas en la Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud, siendo la población atendida de 12 diferentes distritos de la jurisdicción. El hospital tiene un departamento de Emergencia y Cuidados Críticos la cual cuenta con infraestructura recientemente construida con áreas totalmente equipadas. El presente informe tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería a los pacientes adultos con Hipoglicemia en el servicio de Emergencia del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2015 - 2017. Así mismo contribuirá a impulsar, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional.

Consta de VII capítulos , los cuales se detallan a continuación : El Capítulo I describe el planteamiento del problema , descripción de la situación problemática , objetivos , justificación , el Capítulo II incluye los antecedentes , el marco conceptual y la definición de términos , el Capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional , Capítulo IV resultados ; Capítulo V conclusiones , Capítulo VI las Recomendaciones y el Capítulo VII Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática.

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que la hipoglucemia (bajo nivel de "azúcar" en sangre) como una concentración sanguínea de glucosa inferior a tres milimoles por litro (mmol/l) o menos de 54 miligramos por decilitro (mg/dl). (1)

La hipoglucemia es una complicación frecuente en niños malnutridos y puede producir daños cerebrales (la glucosa es el principal combustible del cerebro) y, en último término, la muerte. El tratamiento o, mejor aún, la prevención de la hipoglucemia es vital durante la fase inicial (fase de estabilización) del tratamiento de la malnutrición grave. (2)

En Inglaterra Las tasas de hospitalización por hipoglucemia están aumentando, según un estudio de nueve años publicado en The Lancet. El aumento de la tasa de hospitalización es más probable debido al creciente número de personas con diabetes en el sistema hospitalario. Para el estudio, los investigadores usaron la base de datos de estadísticas de episodios en hospitales para recopilar datos para todas las visitas hospitalarias en el Reino Unido que indicaran la hipoglucemia como la razón principal de admisión entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2014. En total, los investigadores examinaron 101.000 visitas de este tipo para cerca de 80.000 personas en toda Inglaterra. (3)

En los Estados Unidos, con unos 100.000 eventos adversos relacionados con la hipoglucemia que llevan a visitas a los departamentos de urgencias cada año, la hipoglucemia es ahora uno de los más frecuentes en pacientes con diabetes tipo 2. Los pacientes mayores y aquellos con una historia más larga de diabetes son particularmente susceptibles. (4)

En México reportan que la Demanda de algún tipo de asistencia médica alta de 63.3% a 70.3% de pacientes con diabetes tipo 1 y de 60.1% a 71.4% de pacientes con diabetes tipo 2, se reporta un 16.9% de ausentismo laboral. Otros resultados del estudio HAT, destacan que después de un episodio de hipoglucemia los pacientes reportaron que El 60.9% de las personas con diabetes tipo 2 y el 69.7% con diabetes tipo 1, aumentaron la frecuencia de monitoreo de glucosa en la sangre y el 3.4% de las personas con diabetes tipo 2 y el 2.1% con diabetes tipo 1, aumentaron ingreso a hospitalizaciones. (5)

En el Perú el cuadro de hipoglicemia es probablemente una de las emergencias endocrinológicas más frecuentes en el servicio de emergencia; sin embargo, no hay una mucha información acerca de la incidencia o prevalencia de la hipoglicemia en nuestro medio. (6)

En el Hospital San Juan Bautista de Huaral, los pacientes atendidos por esta patología son muchos, en el año 2015 la incidencia fue de 4 pacientes varones y 3 pacientes mujeres siendo un total de 7 pacientes hospitalizados, en el año 2016 la incidencia fue de 13 pacientes mujeres

y 12 pacientes varones siendo un total de 25 pacientes hospitalizados, en el 2017 la incidencia fue de 55 pacientes varones y 94 pacientes mujeres con Hipoglicemia de un total de 149 pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia. (7)

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería a pacientes adultos con hipoglicemia en el servicio de emergencia del hospital san juan bautista de Huaral, 2015 – 2017

1.3. Justificación

Según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición la obesidad y la hipoglucemia son los principales desafíos del tratamiento contra la diabetes. En este sentido, se han valorado positivamente la aparición de nuevas vías terapéuticas con las que se persigue conseguir un adecuado control de la diabetes evitando las hipoglucemias y contribuyendo a la pérdida de peso. (8)

En los últimos años se han visto incrementados los pacientes adultos con Hipoglicemia llegando al servicio de Emergencia del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería a los pacientes adultos con Hipoglicemia, además tiene el propósito de detectar, identificar en forma oportuna complicaciones que pueda presentar el paciente con dicha manifestación.

Este informe beneficiara a los gestores y/o teóricos del cuidado, a la jefatura de Enfermería tanto del servicio y del Hospital y a los(as) licenciados(as) en enfermería que están al cuidado de los pacientes adultos con Hipoglicemia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

LEDESMA ULLOA, Henry Esteban. (Ecuador) en el año 2014 realizó un estudio titulado **Factores de riesgo de hipoglicemia sintomática en pacientes con Diabetes Mellitus ingresados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2012**; con el objetivo de determinar los factores de riesgo de hipoglicemia en pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, durante el período Enero del 2010 a Diciembre del 2012. Se realizó un estudio de prevalencia descriptivo de corte transversal incluyéndose 215 pacientes diabéticos atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca en el año 2012 recolectando información de la base de datos del Departamento de Estadística identificando la asociación de hipoglicemia con los siguientes factores de riesgo: Edad Sexo Tratamiento recibido y Complicación Diabética Concomitante. Se encontró que la mayoría de pacientes que presentaron hipoglicemia fueron del sexo femenino mayores de 60 años con un porcentaje de 28,12% y 30,99% respectivamente. En cuanto al tratamiento recibido la mayor parte de los que toman tratamiento a base de antidiabéticos orales presentan hipoglicemia (61,05%). Observamos además que en base a la complicación diabética concomitante la mayoría de pacientes que presentaron

hipoglicemia son los que padecían neuropatía diabética con un porcentaje de 36,84%. Se concluyó que la mayoría de pacientes diabéticos que han presentado hipoglicemia son del sexo femenino mayores de 60 años. Además de estos pacientes la mayoría que presento hipoglicemia son los que han recibido tratamiento antidiabético, específicamente antidiabéticos orales. Y en cuanto a los que han presentado alguna complicación diabética concomitante, la mayoría presentaron neuropatía. (9)

MORENO PONCE, Leonel Stalin. (Ecuador) en el año 2014 realizo un estudio titulado **Factores de riesgo de hipoglicemia severa en pacientes diabéticos con atención de emergencia en el Hospital del IESS-Milagro**; con el objetivo de establecer los factores que incrementan el riesgo de desarrollar hipoglicemia severa en pacientes diabéticos con atención de emergencia del hospital IESS-Milagro. Se realizó un estudio caso-control en el que se incluyeron de manera aleatoria 55 pacientes diabéticos que experimentaron hipoglicemia y 55 pacientes que no la presentaron. Para la descripción de las variables se emplearon frecuencias simples, porcentajes, promedios y desviación estándar. Para la comparación de prevalencias se empleó la prueba de Chi² considerándose significativos valores de $P < 0.01$. Para el análisis de Riesgo se estimó la razón de exceso (OR). Los resultados que se obtuvieron fueron que los factores que se asociaron significativamente al desarrollo de hipoglicemia fueron la falta de ingesta regular de alimentos (OR 26.2703; IC 95% 3,3 – 205,4; $P < 0.00001$), el antecedente de un evento de hipoglicemia (OR

24.1589; IC 95% 3.0819 – 189.3679; P 0.00003) y duración de la enfermedad ($16,76 \pm 7.5$ vs $9,87 \pm 5.03$; P 0.003). Concluyendo que hemos identificado factores críticos relacionados con el desarrollo de hipoglicemia severa entre pacientes diabéticos, y es necesario que se efectúen intervenciones específicas en pacientes con estos factores de modo que disminuya el número de eventos atendidos en la Emergencia del hospital.(10)

ROJAS Luis y ACHURRA Pablo. (Chile) en el año 2011, realizó un estudio titulado **Diagnóstico y manejo de la hipoglicemia en adultos diabéticos hospitalizados: evaluación de competencias en un equipo profesional multidisciplinario de salud**; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los distintos estamentos de un equipo de salud en el diagnóstico y manejo inmediato de la hipoglicemia en pacientes diabéticos hospitalizados; utilizando la metodología de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó un cuestionario anónimo a casi la totalidad de los médicos de planta, médicos residentes y enfermeras que trabajaran en las unidades de medicina y cirugía tanto de paciente crítico como no crítico del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile; concluyendo que los tres estamentos mostraron un buen nivel de conocimientos en el diagnóstico de la hipoglicemia. Sin embargo, este no ocurre al momento de definir su severidad, lo que cobra relevancia al definir el enfrentamiento terapéutico.

El manejo inicial fue el área mejor respondida por todos los encuestados y fue el único escenario donde se encontró diferencia entre los grupos (mejor en los médicos que en las enfermeras). Probablemente se deba a que son los médicos los que comúnmente asumen labores terapéuticas en la práctica clínica local. Sin embargo, creemos que tanto el diagnóstico como el tratamiento inicial de la hipoglicemia es responsabilidad de todos los estamentos que están en contacto directo con los pacientes, al ser una complicación que requiere de un manejo inmediato. (11)

NOVIK, Victoria y ARRIAGADA, María Paz. (Chile) en el año 2014, realizó un estudio titulado **Asociación entre educación, conocimiento y número de hipoglicemias auto-reportadas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**; con el objetivo de evaluar, en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, la asociación entre el grado de conocimiento acerca de hipoglicemias, con el número de éstas, la mayor prevalencia de hipoglicemia severa y el tratamiento antidiabético usado. Se realizó un estudio transversal. Se aplicó encuesta de conocimiento acerca de hipoglicemia (5 preguntas de alternativa) a pacientes adultos hospitalizados en un periodo de cuatro meses; se registró el número de hipoglicemias reportadas por los pacientes en los últimos 12 meses; y el tipo de tratamiento utilizado para la DM en este periodo; concluyendo que el escaso conocimiento acerca de la hipoglicemia en este grupo de pacientes. Aquellos con más conocimientos reportaron menos hipoglicemias; probablemente porque las saben prevenir. Destaca el mayor número de

hipoglicemias severas en pacientes con más conocimiento, tal vez por mayor reporte. La educación sigue siendo un pilar fundamental en el manejo de pacientes con Diabetes Mellitus. (12)

2.2 Marco conceptual

2.2.1. Hipoglicemia

La hipoglucemia, también conocido como hipoglicemia (no debe confundirse con su antónimo, hiperglucemia), es un estado definido por una concentración de glucosa en la sangre anormalmente baja, inferior a 50-60 mg / 100 ml. Se suele denominar shock insulínico, por la frecuencia con que se presenta en pacientes con diabetes mellitus en tratamiento con insulina. Generalmente se asocia con alteraciones o pérdida del conocimiento

2.2.2. Etiología

La hipoglucemia muy a menudo es resultado del tratamiento para la diabetes mellitus. A continuación se listan otros factores que deben considerarse en cualquier paciente con hipoglucemia:

1. Fármacos: antidiabéticos orales (sobre todo clorpropamida, repaglinida, nateglinida), alcohol, dosis altas de salicatos, sulfonamidas, pentamidina, quinina, quinolonas.

2. Enfermedad grave: insuficiencia hepática, renal o cardíaca; septicemia, inanición prolongada.
3. Deficiencias hormonales: insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo.
4. Insulinoma: tumor de células B pancreáticas, hiperplasia de células B (conocida como nesidioblastosis, ya sea congénita, o posterior a cirugía gástrica o bariátrica)
5. Otras etiologías raras: tumores de células no B (tumores mesenquimatosos grandes o epiteliales que producen factor de crecimiento similar a insulina II, otros tumores no pancreáticos), insulina o anticuerpos contra el receptor para insulina, defectos enzimáticos hereditarios.

La hipoglucemia puede deberse a diversas causas. En personas sanas suele ser consecuencia de un ayuno muy prolongado debido a que el organismo sigue utilizando glucosa, una vez que ya no queda glucógeno en el hígado para producirla. Un ejercicio intenso acompañado de poca ingesta previa puede provocar hipoglucemia. En personas que padecen diabetes mellitus es muy habitual. En este caso, suele deberse a un fallo en la administración de insulina exógena o de medicamento oral antiadiabético. Si se administra cuando no se ha comido lo suficiente, los niveles de glucosa pueden bajar hasta producir una hipoglucemia severa. En este tipo de pacientes también se puede producir por un exceso de

ejercicio unido a una escasa ingesta de alimentos ya que la actividad física promueve la utilización de glucosa por los tejidos.

Hay que vigilarla especialmente en niños menores de 6 años, ya que puede perjudicar al desarrollo cerebral.

También puede causar hipoglucemia el consumo de alcohol debido a los efectos inhibidores de la neo glucogénesis hepática. Para que esto ocurra el glucógeno hepático debe haberse consumido. Esto se da en el ejercicio intenso y en el ayuno prologado. (13)

2.2.3. Fisiopatología

En términos generales, la hipoglucemia es el resultado de dos factores:

- Un exceso de insulina activa en el cuerpo.
- Una respuesta fisiológica correctiva que es imperfecta, generalmente, el glucagón y la adrenalina (las dos hormonas responsables de mantener la glucemia dentro del rango de 70-100 mg/dL).

Cuando el cuerpo produce glucagón y adrenalina, logra corregir cualquier exceso de insulina (que haga bajar demasiado los niveles glucémicos) y logra avisarnos de que no hay suficiente glucosa circulando para permitir la función normal del cuerpo. Pero el proceso de corrección es imperfecto o ausente en la mayoría de las personas con DM. Por este defecto, el azúcar en sangre baja a niveles hipoglucémicos cuando la insulina esté activa y presente en una cantidad excesiva para la cantidad de carbohidrato presente en la sangre. Si se administra insulina cuando los niveles de

glucosa en sangre son normales, puede haber un episodio de hipoglucemia. Si la cantidad de actividad física es mayor a la prevista, la cantidad de insulina o medicamento oral presente en el cuerpo puede resultar excesiva, lo cual podría iniciar un episodio de hipoglucemia. También se puede dar un episodio de hipoglucemia si a la persona con DM1 ó DM2 se le administra insulina o el medicamento oral y luego decide no comer en las siguientes horas. La manera más confiable de saber si se tiene, o se está cerca de tener, un episodio de hipoglucemia es utilizando el medidor casero de glucosa.

2.2.4. Cuadro clínico

Se producen sensaciones muy variadas como:

- Alexitimia
- Nerviosismo
- Sudor
- Temblores y sensaciones vibrantes en las manos y en todo el cuerpo
- Polifagia (hambre excesiva)
- Confusión
- Cefalea
- Pérdida de memoria
- Fenómeno de Raynaud
- Desorientación
- Diaforesis (sudoración fría)

- Dilatación de las pupilas
- Visión borrosa
- Cansancio injustificado
- Ataxia
- Mareos

Un síntoma que identifica esta condición temporal es un dolor en el centro del pecho, lo mejor es tomar un refresco o un dulce para elevar los niveles de glucosa en la sangre.

Si no se ingieren hidratos de carbono, se puede sufrir de convulsiones, pérdida de conciencia, coma, daño cerebral y muerte

2.2.5. Tratamiento.

- Para el shock insulínico, el tratamiento de elección sería la administración inmediata de glucosa o glucagón.
- La eliminación del insulinoma mediante la cirugía es indudablemente el tratamiento de elección, pues en muchos de los casos se puede realizar la enucleación del tumor; pero en otro porcentaje bastante considerable, ha de practicarse una hemipancreatectomía. En aquellos casos en los que la cirugía no resulte posible o reaparezcan los síntomas debe recurrirse al tratamiento médico, que también se aplicará durante el periodo en que se estudia la morfología del tumor; no así cuando se practican estudios de funcionalidad, ya que la mayoría de los fármacos utilizados se basan en la inhibición de la

síntesis de insulina, su secreción endógena, o ambas. Fármacos utilizados:

1. Diazóxido: Derivado de las benzotiadiazinas cuyo mecanismo de acción se basa en la activación de los canales de potasio sensibles al ATP, lo que evita su cierre (efecto opuesto a la sulfonilurea), por lo que en el ámbito de las células β produce una inhibición de la secreción de insulina (pero no un bloqueo de su síntesis), y al nivel del receptor de la insulina en los órganos diana, inhibe la utilización periférica de la glucosa.
2. Octreótido: Es un análogo de la somatostatina que se utiliza principalmente como inhibidor de la hormona del crecimiento en la acromegalia.
3. Glucocorticoides: Se recomiendan como inmunosupresores en el tratamiento de la hipoglucemia de etiología autoinmune.

2.2.6. Prevención

Para evitar recaídas se recomienda que se cambien los hábitos alimenticios del paciente para que haya glucosa disponible en sangre a lo largo de todo el día. Están aconsejadas comidas reducidas y con mayor frecuencia (5 o 6 veces al día), que incluyan hidratos de carbono de digestión y absorción lenta. En lo posible habría que evitar el consumo de alcohol y los azúcares de rápida absorción. (14)

2.2.7. Cuidados de Enfermería a pacientes con Hipoglicemia.

Realizar la higiene de manos antes y después de realizar el procedimiento.

Realizar y registrar una prueba para medir el nivel de glucemia.

Repetir la prueba si la glucosa en sangre es de igual o menor a 70 mg/dl (4.0 mmol/L)

El paciente puede estar sintomático o asintomático. Puede estar consciente (puede deglutir) o inconsciente (no puede deglutir).

El tratamiento se realiza en dos fases:

1. Corrección inmediata del bajo nivel de glucosa en sangre
2. Prevención de hipoglucemia de rebote, debido a la actividad continua de la insulina o secretagogos de insulina, ya que la respuesta glucémica de los hidratos de carbono orales es transitoria (por lo general de 2 horas).

Comprobar el plan de cuidados del paciente y la hoja de medicación para determinar si el médico ha establecido una pauta a seguir en caso de hipoglucemia. Si no hay ninguna pauta indicada, aplicar las siguientes intervenciones:

Actuación en el Paciente Consciente (puede deglutir):

Mantener al paciente en reposo.

Realizar y registrar la glucosa en sangre, repetir y confirmar si los valores son de 70 mg/dl o inferiores (4.0 mmol/l) En pacientes con hipoglucemia

leve administrar por vía oral unos 15 gr de carbohidratos de absorción rápida, y 20 gr en pacientes con hipoglucemia moderada, preferentemente en forma de tabletas de glucosa o solución de sacarosa. Estas presentaciones son preferibles al zumo de naranja y la glucosa en gel.

Registrar y monitorizar la glucemia.

Pedir al paciente que describa con sus propias palabras cómo se siente después del tratamiento de la hipoglucemia.

Identificar la causa del episodio de hipoglucemia, por ejemplo, saltarse las comidas, tentempiés, vómitos etc.

Una vez restablecido el paciente, realizar educación tanto al paciente y a la familia sobre:

- Prevención de hipoglucemias.
- Identificación de síntomas de hipoglucemia.
- Actuación en caso de hipoglucemia.

Paciente Inconsciente (no puede deglutir):

No dejar solo al paciente.

Colocar al paciente en la posición de seguridad.

Realizar y registrar el nivel de glucosa en sangre.

Administrar inmediatamente glucagón por vía intramuscular o subcutánea

- Menores de 2 años: 0,25 mg

- Mayores de 2 años y menores de 5 años: 0,5 mg (peso inferior a 20 kg).
- Mayores de 5 años: 1 mg o Glucosmón por vía intravenosa, según orden médica.

Si no existe, canalizar una vía venosa periférica, y extraer una muestra de sangre venosa.

Si se sospecha alcoholismo administrar Tiamina 100 mg por vía intramuscular o intravenosa, según orden médica.

Administración de perfusión intravenosa de suero glucosado al 10%, según orden médica.

Si la hipoglucemia es causada por antidiabéticos orales la perfusión de suero glucosado puede permanecer durante 24 horas (según la vida media del antidiabético).

Repetir la glucemia a los 30 minutos, y después de forma horaria. Identificar la causa del episodio de hipoglucemia. Ejemplo, saltarse las comidas, vómitos, medicación etc.

Registrar el episodio y el tratamiento en el plan de cuidados.

Una vez restablecido el paciente, realizar educación tanto al paciente como a la familia sobre:

- Prevención de hipoglucemias.
- Identificación de síntomas de hipoglucemia.
- Actuación en caso de hipoglucemia.

Parámetros a monitorizar

Niveles de glucemia.

Estado de consciencia.

Control de constantes.

Síntomas asociados.

Nivel de conocimientos del paciente y su familia.

RESULTADOS ESPERADOS

0912 Estado Neurológico: consciencia.

2300 Control de la glucosa en sangre. (15)

2.2.7 El cuidado según Jean Watson.

Se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería. (16)

2.2.8 Teoría de los síntomas desagradables

Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real. El propósito de esta teoría es mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos.

2.2.9 Elementos Teóricos. Conceptos

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la

naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Los síntomas son el primer componente de la teoría, y constituye el punto de partida de la teoría y por lo tanto el elemento central de esta. A su vez, los síntomas o las manifestaciones de enfermedad tienen una gran relevancia en el cuidado paliativo de enfermería. Los síntomas son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente. Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente. Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas. Un síntoma puede preceder y posiblemente dar lugar a otro síntoma. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada.

Se reconoce que el dolor es el síntoma más importante, frecuente y que más influye en la calidad de vida de las personas. En este sentido la teoría, puede ampliar e incorporar la evidencia existente para orientar sobre la jerarquía que pueden llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar que debe ser el paciente quien informe sobre su importancia, puede presentar en determinado momento dificultad para comunicar sus molestias.

La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. En Cuidados Paliativos se recomienda la utilización de las diferentes escalas

para cuantificar en especial el dolor. Esta es una medida validada para objetivar la magnitud del dolor. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas presentados. Por otro lado, existe evidencia utilizada en cuidados paliativos oncológicos sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

La dimensión angustia: se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. Claramente, el grado de sufrimiento o angustia experimentado con uno o varios síntomas está relacionado con su intensidad o tipo de cáncer. También tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al síntoma. En cuidados paliativos existe evidencia que determinados síntomas (como el dolor, anorexia, náuseas, fatiga) tienen significados diferentes en la persona enferma. Estos, además, pueden tener repercusiones en su ambiente más próximo como su familia y/o seres queridos.

La dimensión tiempo: incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo

que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración. Esta dimensión es relevante en cuidados paliativos porque, generalmente, los síntomas son de naturaleza crónica y de larga duración, que a su vez varían en el tiempo y en el mismo paciente. Por lo tanto, para tener una visión de esta dimensión, en los cuidados paliativos de enfermería convendría preguntar a los pacientes en qué momento se manifiestan los síntomas o cuándo son más intensos, desde cuándo lo tiene, si es permanente o varía en el tiempo.

La Dimensión calidad del síntoma: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente. En cuidados de enfermería paliativa debería orientarse a establecer que no sólo el dolor puede ser caracterizado sino también los otros síntomas que experimentan frecuentemente los pacientes

oncológicos con enfermedad avanzada. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales. (17)

2.3 Definición de términos

2.3.1 Cuidado

El cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera.

2.3.2 Cuidado enfermero

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad. (18)

2.3.3 Hipoglicemia

Bajo nivel de glucosa en la sangre ocurre cuando existe demasiada insulina más no la suficiente glucosa (un simple azúcar) en el cuerpo.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral, se realizó la revisión de los libros de registro de los pacientes atendidos y de la información obtenida de la Oficina de Estadística de dicho nosocomio en los periodos 2015-2017.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional San Juan Bautista de Huaral.

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de Enfermería del servicio de emergencia a fin de obtener acceso a los registros anteriores.

3.2 Experiencia profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, soy egresado de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan Medrano" – Huánuco, mi internado lo realice en el Hospital Nacional Dos de Mayo, posteriormente al finalizar trabajé en el Proyecto del Dr. Eduardo Ticona, **CLINICAL RESEARCH GROUP** Hospital Nacional Dos de Mayo, **SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES** en el año 2005.

Posteriormente en el año 2006 realice mi **SERUMS** en el **CENTRO DE SALUD TAWUANTISUYO BAJO**.

El 01 de enero del 2008 empecé a laborar en el Hospital **SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL**, en el **SERVICIO DE EMERGENCIA**, en condición de servicios no personales (**SNP**) hasta el 2009.

Posteriormente paso a contrato administrativo de servicios (**CAS**) en el 2009 hasta el 2016.

En Diciembre del 2016 paso a condición de nombrado hasta la fecha, laborando en el **SERVICIO DE MEDICINA** (Hospitalización).

- Descripción del Área Laboral

El Hospital San Juan Bautista de Huaral recientemente construido hace tres años consta con un departamento de emergencias y cuidado críticos totalmente equipadas: Además presenta una sala de observación con 20 camas, área de consultorios como: medicina, cirugía, traumatología, pediatría, Triage y una Unidad de Trauma – shock.

- Funciones

Soy enfermero asistencial que viene desempeñando la función día tras día en el cuidado del paciente.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

La Función Básica en el servicio de Enfermería de emergencia:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados en la ejecución de actividades medicas propios del Servicio de Enfermería de Emergencia para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Emergencia son:

- a) Organizar, coordinar y evaluar la atención de enfermería al usuario que acude por emergencia aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.

- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.
- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kardex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.
- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Emergencia para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Emergencia.

- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de Emergencia.
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de emergencia durante su turno.
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.
- s) Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

Innovaciones y Aportes

Capacitaciones al personal técnico.

Plan de charlas al familiar – acompañante.

Reuniones mensuales del servicio para evaluar el trabajo en conjunto.

Limitaciones para el desempeño profesional

Insuficiente número de personal de Enfermería en el servicio de emergencia.

No se cuenta con una Base de datos digitalizados en el servicio.

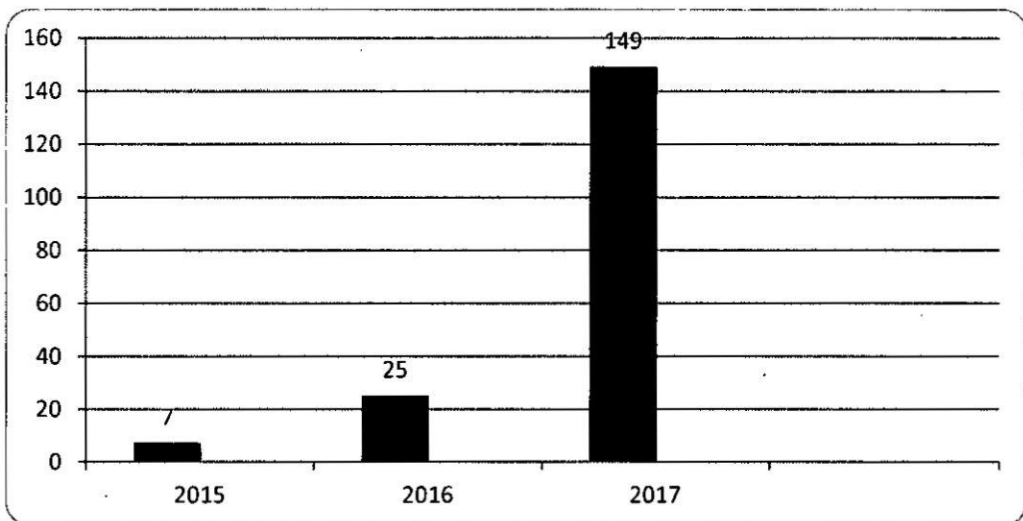
No se cuenta con un área de triage adecuado para las demandas de la población que acude al servicio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

GRAFICA 4.1

PACIENTES ADULTOS CON HIPOGLICEMIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL DEL 2015 - 2017

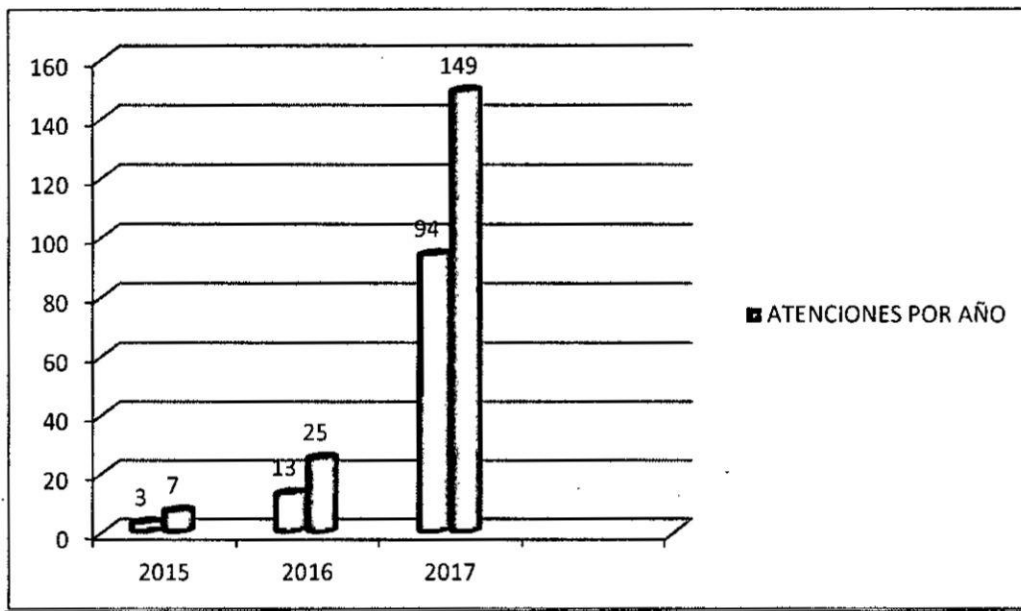


Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la gráfica 4.1, se observa que el año 2015 se tuvo un total de 7 pacientes adultos con hipoglicemia, la cual fue aumentando para el 2016 con un total de 25 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta problema ha ido incrementándose, es así que el año 2017 se atendió a un total de 149 pacientes.

GRAFICA 4.2

PACIENTES ADULTOS CON HIPOGLICEMIA POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES DE SEXO FEMENINO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL DEL 2015 - 2017

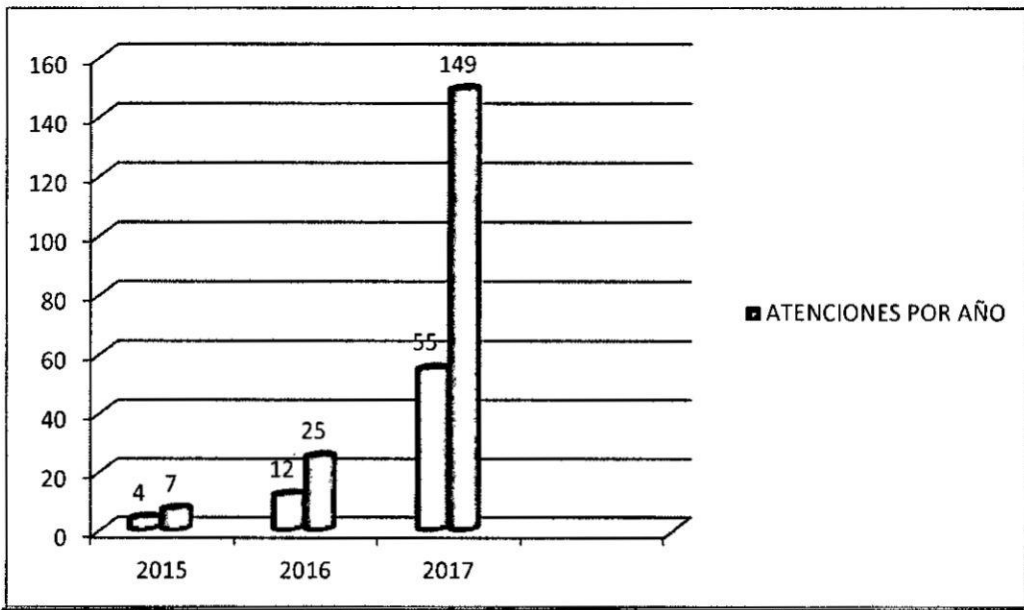


Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la gráfica 4.2 se observa que entre el año 2015 al 2017 se tuvo un total de 110 pacientes del sexo femenino con hipoglicemia, la cual representa aproximadamente el 61% del total de números de pacientes adultos durante el periodo anteriormente mencionado.

GRAFICA 4.3

**PACIENTES ADULTOS CON HIPOGLICEMIA POR AÑO Y
ATENCIONES A PACIENTES DE SEXO MASCULINO EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA
DE HUARAL DEL 2015 - 2017**



Oficina de Estadística del Hospital de Huaral

En la gráfica 4.3 se observa que entre el año 2015 al 2017 se tuvo un total de 71 pacientes del sexo masculino con hipoglicemia, la cual representa aproximadamente el 39% del total de números de pacientes adultos durante el periodo anteriormente mencionado..

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) En el procesamiento de información, se obtuvo de la base de datos que posee el servicio de emergencia, estos datos fueron tabulados y procesados, identificando que el grupo mayoritario que acude por hipoglicemia son las personas de sexo femenino representando el 39% del total de atendidos durante el periodo 2015 al 2017.
- b) La experiencia profesional, que obtiene el licenciado de enfermería durante los años de servicio asistencial agregado a esto las constantes capacitaciones y actualizaciones permiten que uno desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno al paciente adulto con hipoglicemia.
- c) El profesional de enfermería es un quehacer diario debe de concientizar a la familia para que también intervenga en los cuidados del adulto con hipoglicemia ya sea en casa y/o hospitalario porque esto influirá en la recuperación de su bienestar y así evitara las complicaciones.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) Fomentar la capacitación al profesional de Enfermería sobre el cuidado humanizado al paciente adulto con hipoglicemia, con el fin de mejorar la calidad en el cuidado para incrementar el nivel de satisfacción en el paciente que acude a emergencia.
- b) Realizar estudios de investigación sobre los cuidados de enfermería en el paciente adulto con hipoglicemia teniendo en cuenta los resultados del presente informe de experiencia profesional.
- c) Incentivar las acciones preventivo – promocionales dirigidos a los responsables del cuidado del adulto con hipoglicemia y así disminuir las complicaciones que puedan generar durante su estancia hospitalaria.
- d) Gestionar, el petitorio de mejoras como infraestructura, equipo biomédico, recursos materiales que facilitaran al licenciado de enfermería en brindar un cuidado de enfermería de calidad dirigido al adulto hospitalizado en emergencia.

CAPÍTULO VII

REFERENCIALES

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Prevención y tratamiento de la hipoglucemia. Ginebra, 2011.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores. Ginebra, 1999.
3. THE LANCET. Tasas de Hospitalización por hipoglucemia en aumento. Inglaterra, 2017.
4. ANDREW J. KARTER. Una nueva herramienta para identificar los episodios graves de hipoglucemia. Estados Unidos, 2017.
5. ROJAS L, ACHURRA P, PINO F, et al. Diagnóstico y manejo de la hipoglicemia en adultos diabéticos hospitalizados: evaluación de competencias en un equipo profesional multidisciplinario de salud. Rev Med Chile, 2011.
6. BERNUY RODRÍGUEZ IVAN, CASTILLO SAYÁN ÓSCAR. Características clínicas de los cuadros de hipoglicemia en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Perú, 2008.
7. OFICINA DE ESTADISTICA. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Lima. Reporte 2017.
8. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes (SED).España, 2012.

9. LEDESMA ULLOA, Henry Esteban. Factores de riesgo de hipoglicemia sintomática en pacientes con Diabetes Mellitus ingresados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2012.Ecuador. 2012.
10. MORENO PONCE, Leonel Stalin. Factores de riesgo de hipoglicemia severa en pacientes diabéticos con atención de emergencia en el Hospital del IIESS-Milagro. Ecuador, 2014.
11. ROJAS Luis y ACHURRA Pablo. Diagnóstico y manejo de la hipoglicemia en adultos diabéticos hospitalizados: evaluación de competencias en un equipo profesional multidisciplinario de salud. Chile, 2011.
12. NOVIK, Victoria y ARRIAGADA, María Paz. Asociación entre educación, conocimiento y número de hipoglicemias auto-reportadas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Chile, 2014.
13. OLIVARES S, ESCOBAR MC, CARRASCO E. Educación en diabetes. Cuidados básicos para vivir mejor. Santiago: Ministerio de Salud; 1992.
14. BARRAZA JC, NOVIK V. Hipoglicemia en el paciente diabético. ¿Ha cambiado el enfrentamiento? Bol Hosp Viña del Mar, 2013; 69 (3): 100-105.
15. LENO GONZÁLEZ, Daniel. Actuación de enfermería en el paciente con hipoglucemia .España, 2010.
16. SANTO-TOMÁS PÉREZ, M. 2003. "Historia de la Enfermería". En FERNÁNDEZ FERRÍN, C. [et al] Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson.

17. MARITZA ESPINOZA V., VALENZUELA SUAZO S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Chile. 2010.
18. SÁNCHEZ B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002.

ANEXO

ANEXOS



