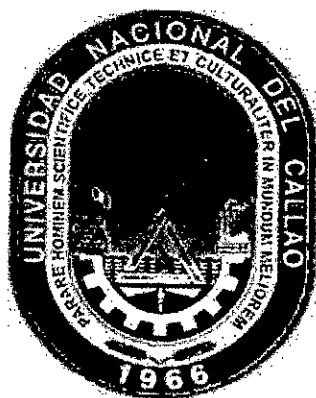


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA A
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE - ESSALUD. 2015 - 2017.**

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

ROSA MERCEDES ORELLANA SORROZA

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Mercedes Orellana Sorroza', is positioned to the right of the text '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: 060

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

Resolución de Decanato N°448-2018-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. ROSA MERCEDES ORELLANA SORROZA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	30
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	34
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXO	45

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado "Cuidados inmediatos del profesional de enfermería en el manejo de los ICC de los pacientes adultos mayores del Servicio de Emergencia del Hospital II Cañete durante los años 2015-2017", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir las ICC, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo; si lo logra, lo hace a expensas de una elevación anormal de la presión de llenado de los ventrículos cardíacos. Cerca del 1% de la población mayor de 40 años presenta insuficiencia cardíaca. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los mayores de 70 años. Se trata de una afección que aumenta con la edad y alcanza el 1% al año en los sujetos mayores de 65 años. La insuficiencia cardíaca es un trastorno progresivo y letal, aun con tratamiento adecuado (1).

El presente trabajo académico consta de siete apartados; **I:** Planteamiento del problema, que contiene la descripción de la situación problemática, el objetivo y la justificación, **II:** Marco teórico el cual incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **IV:** Resultados; **V:** Conclusiones, **VI:** Recomendaciones y el **VII:** Referenciales, asimismo, contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, uno de cada diez adultos sufre de diabetes y uno de cada tres padece hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. La prevalencia de la IC es elevada en países industrializados debido a la mayor edad de la población siendo la hipertensión arterial unas de las principales causas desencadenantes de dicha patología seguida de insuficiencia miocárdica y valvulopatías. Aunque la supervivencia ha mejorado en los últimos años, continua teniendo un mal pronóstico con una mortalidad aproximada del 50% a los 5 años del diagnóstico. Debida a su elevada prevalencia y a su alta tasa de ingresos y re-ingresos supone un problema de salud pública por su elevada carga asistencial. En conjunto se estima que los costes directos de IC suponen del 1 – 2 % del presupuesto sanitario de los países desarrollados (1).

Según la Organización Panamericana de Salud, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer y morir como

consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura. También es la principal causante de la enfermedad isquémica cardíaca y del accidente cerebrovascular. Otras complicaciones derivadas del mal control de la presión arterial son la cardiopatía dilatada, la insuficiencia cardíaca y las arritmias. Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. Todos los años, aproximadamente 89,6 millones de personas en la región – lo que representa un 27,7% de la población adulta- son diagnosticadas con cardiopatías (2).

En el caso de Perú, una de las enfermedades cardíacas de mayor prevalencia es la insuficiencia cardíaca, que afecta a cerca de 400 mil peruanos. Según datos del Estudio de la Carga de la Enfermedad por Condiciones Cardíacas realizado por la consultora Deloitte, más de 2000 peruanos murieron por causa de la insuficiencia cardíaca en 2015. Además, la enfermedad tuvo un impacto económico importante para el país, ya que generó un costo de cerca de 970 millones de soles y una pérdida de productividad que es 1,5 veces más alta que en el resto de la región. Uno de cada seis peruanos mayores de 20 años –alrededor de 3.2 millones de personas– está afectado por hipertensión arterial, infarto al miocardio, fibrilación auricular (más conocida como arritmia) o insuficiencia cardíaca (3).

Durante los últimos años es considerada la ICC como un síndrome coronario que requiere de atención rápida, oportuna y de calidad en un establecimiento de salud. Es por ello, que las intervenciones de enfermería en estos cuadros clínicos son de suma importancia.

Siendo el Servicio de Emergencia del Hospital II Cañete un área crítica porque se atienden casos donde la vida del paciente o la función de algún órgano están en inminente peligro, puedo decir que durante mi experiencia laboral como enfermera he observado que los casos de ICC que se presentan han ido en aumento. Es por ello, que he planteado la realización del presente informe.

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados inmediatos del profesional de enfermería en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva de los pacientes adultos mayores del Servicio de Emergencia del Hospital II Cañete durante los años 2015-2017”.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer los cuidados inmediatos del profesional de enfermería en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva de los pacientes adultos mayores del Servicio de Emergencia del Hospital II Cañete con el

propósito de disminuir múltiples complicaciones y el reingreso del paciente al nosocomio.

Asimismo, el presente trabajo académico se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener al colocar, mantener y retirar una sonda nasogástrica a los pacientes que indique, en su terapéutica médica, alimentación por sonda nasogástrica. Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente adulto mayor con ICC en el Servicio de Emergencia del Hospital II Cañete. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de la ICC en pacientes adulto mayores, en el tiempo que lo requiera el paciente para su pronta recuperación.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre el cuidado del paciente adulto mayor con ICC.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

OLMOS SALAMANCA Jorge, MADRID MURCIA Paola Victoria, MEJÍA LIÑAN Gustavo Adolfo, NARVÁEZ MARTÍNEZ Mario Andrés. **"Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca"**. Colombia, 2016.

Con el objetivo de sintetizar la literatura existente que hace referencia a los roles del profesional de enfermería y las características de cada uno en el paciente con falla cardíaca. Metodología: Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos. Resultados: La enfermería es una profesión dedicada al cuidado, juega un papel importante en la ejecución de roles concernientes en la búsqueda del bienestar integral del individuo enfermo. Conclusiones: La falla cardíaca supone ser una enfermedad de abordaje complejo y con una población en crecimiento, por lo cual se vislumbra como un desafío para el profesional de enfermería, el cual, a través sus diferentes esferas de actuación, busca armonizar el cuidado favoreciendo la recuperación y la mejora en la calidad de vida (4).

ARIZA OLARTE Claudia. Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. Bogotá, Colombia; 2014.

Objetivo: Determinar la intervención de enfermería al paciente que presenta Insuficiencia Cardíaca Congestiva teniendo en cuenta los patrones funcionales alterados. Se realizó la revisión bibliográfica profunda y actualizada sobre la fisiopatología de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), así como sus manifestaciones clínicas, los medios de diagnóstico utilizados en este tipo de pacientes y el tipo de tratamiento que reciben. Se observaron los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de Tercer Nivel de atención, con el diagnóstico médico de ICC. Se identificaron los patrones funcionales alterados, se observaron las actividades desarrolladas por Enfermería y por último se determinaron aquellas que, de acuerdo a las manifestaciones verbales de los pacientes, satisfacen y solucionan los problemas presentados. Conclusiones: Es importante determinar la intervención de Enfermería al paciente con Insuficiencia Cardíaca Congestiva teniendo en cuenta no solamente su estilo de vida, su estado físico y el tratamiento médico que recibe, sino también su edad, el trabajo que desempeña, la personalidad, la situación familiar, la motivación, el deseo de cooperar con el tratamiento y la respuesta a éste. Dentro de esta intervención es de resaltar la importancia que tiene la educación que el profesional de Enfermería brinda no solo al

paciente sino también a su familia y a las personas que están en su entorno (5).

AUCAPIÑA TIPÁN, Vilma Mercedes. "Evaluación de Atención de Enfermería a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Emergencia Hospital Rodríguez Zambrano Manta 2010 y propuesta de Protocolo actualizado". Guayaquil, Ecuador, 2012.

Con el objetivo de efectuar la evaluación de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y propuesta de Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería. La metodología aplicada en este estudio descriptivo, prospectivo. La muestra de la investigación consistió en 111 Historias Clínicas. Los resultados evidenciaron que la insuficiencia cardíaca congestiva la padecen la mujer y el hombre, destacándose el 50,45% masculino el 49,54% femenino, entre las edades de mayor riesgo están: 61 años y más con un 63,06% en el área urbana se presenta un 54,95% en las casadas un 38,73%, de Primaria 74,74%, nivel socioeconómico bajo 73,87%, la hipertensión arterial es el factor que predomina en lo personal con 73,87% y familiar con un 63,06%. La atención que recibieron del personal de enfermería fue buena. Concluyendo que en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta la insuficiencia cardíaca congestiva formo parte de las 10

primeras causas de morbilidad situándose en el décimo lugar con una prevalencia de 0,23% que corresponde a 160 pacientes (6).

GASPAR RAMOS Eliana, VALVERDE MAYLLE María. Factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor. Lima, Perú; 2016.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor.

Metodología: Revisión Sistemática observacional y retrospectivo.

Resultados: En la selección definitiva se eligieron 11 artículos. De los cuales 50% son estudios transversales analíticos del total de los artículos analizados el 80% afirma que los factores de riesgo en la evolución y mortalidad en la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor son hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y obesidad mientras el 20% son estilo de vida, dislipidemia, farmacológico, edad, sexo y ansiedad que afecta negativamente en los pacientes.

Conclusiones: Los 11 artículos revisados, el 80% (n=9/11) muestran que los factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en adulto mayor son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad y el 20% (2/11) afirman que son estilo de vida, dislipidemia, farmacológico, edad, sexo y ansiedad (7).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)

a) Definición

El nombre "insuficiencia cardíaca" es alarmante, pero no quiere decir que el corazón haya dejado de funcionar de repente. Lo que significa es que el corazón no está bombeando como debería para llevar sangre rica en oxígeno a las células del organismo (8).

La insuficiencia cardíaca es generalmente un proceso lento que empeora con el tiempo. Es posible no tener síntomas durante muchos años. Esta lenta manifestación y progresión de la insuficiencia cardíaca se debe a los esfuerzos del corazón por compensar por su debilitamiento gradual. Lo hace aumentando de tamaño y esforzándose por bombear más rápidamente para que circule más sangre por el cuerpo.

"La insuficiencia cardíaca congestiva, es la incapacidad del corazón para mantener el gasto cardíaco y satisfacer las necesidades metabólicas del organismo" (9).

"La ICC es la incapacidad del corazón para impulsar sangre suficiente con el fin de cubrir las necesidades de oxígeno y nutrientes a los tejidos" (10).

La insuficiencia cardíaca congestiva, es un trastorno en el que el corazón, no es capaz de mantener un bombeo de sangre adecuado en relación al retorno venoso y a las necesidades de los tejidos en cada momento. Es un síndrome clínico, que refleja la incapacidad del miocardio para satisfacer las demandas tanto circulatorias como metabólicas del organismo, se produce como consecuencia de un fallo en la función ventricular del corazón y por la puesta en marcha de mecanismos neuro hormonales compensatorios, que en un principio intentan preservar la función ventricular, pero a la larga son los responsables del deterioro.

Esta enfermedad, es la más frecuente dentro del campo de la cardiología, teniendo más preponderancia conforme aumenta la edad, en realidad se trata de un síndrome en el que se altera la función ventricular por diversas enfermedades cardiológicas o no.

b) Fisiopatología de la ICC

El gasto cardíaco es el producto de la frecuencia cardíaca por el volumen de sangre expulsada por el corazón en cada latido. El corazón posee mecanismos que le permiten suplir el aumento de las demandas de oxígeno del cuerpo.

Estos mecanismos dan como resultado una elevación del G.C. Cuando hay un aumento del consumo de oxígeno como consecuencia de un estado de mayor actividad (ejercicio, estados febriles, etc.), el G.C. se eleva gracias a un aumento de la F.C. y del volumen de eyección. Esto sucede por un aumento de las catecolaminas circulantes las cuales tienen una acción inotrópica y cronotrópica positiva, un aumento en el retorno venoso por venoconstricción, y una dilatación arteriolar, lo cual facilita el trabajo cardíaco. Cuando las demandas metabólicas vuelven a su estado normal, estos mecanismos de ajuste también van disminuyendo (11).

Pero cuando el corazón tiene que responder a las necesidades metabólicas en presencia de factores que limitan su eficiencia, se inicia una cadena de fenómenos durante la cual se activan los llamados mecanismos de compensación con el fin de mantener el G.C.

El corazón ante una sobrecarga crónica de volumen responde con una dilatación de la cavidad ventricular afectada para aceptar el volumen diastólico aumentado. Esta dilatación conlleva a una hipertrofia excéntrica lo cual favorece un engrosamiento de la pared. La hipertrofia con el aumento de la precarga se produce por una

redistribución de las fibras musculares, las cuales tienden a organizarse, permitiendo de esta forma la dilatación de la cavidad.

c) Manifestaciones clínicas de la ICC

Se manifiesta como un conglomerado de alteraciones tanto a nivel cardíaco como sistémico, ocasionados bien sea por congestión venosa (pulmonar y sistémica) o por bajo G.C. Además, es frecuente encontrar signos y síntomas de la situación clínica que condujo al corazón a un estado insuficiente, o de los factores que han desencadenado la insuficiencia en un corazón por lo general previamente lesionado. Los signos y síntomas más comunes son las siguientes:

Disnea: Es común sobre todo en la I.C.C. izquierda, es progresiva iniciándose como de grandes esfuerzos y puede llegar a la ortopnea o disnea de decúbito. Se presenta cuando la velocidad de transudación de líquido al espacio intersticial pulmonar, producida por la elevación de la presión de los capilares pulmonares por encima de la presión oncótica de las proteínas plasmáticas, supera la velocidad de drenaje de éste líquido. Como ya se mencionó la disnea puede denominarse de acuerdo a la

severidad, iniciándose con disnea de grandes esfuerzos, disnea de medianos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna. La ortopnea se presenta en reposo. En la disnea de decúbito, el aumento del retorno venoso con la posición de decúbito aumenta la presión diastólica. Otro signo dentro del sistema respiratorio es la tos, la cual es seca y se intensifica con la posición de decúbito, puede ser intensa en pacientes con estenosis mitral.

Edema pulmonar: Se presenta como consecuencia de la elevación súbita de la presión hidrostática de los capilares pulmonares por encima de 30 mmHg y un drenaje deficiente del líquido transudado por el sistema linfático.

Edema: Es la manifestación de congestión venosa periférica. Tiende a presentarse en las partes declives del cuerpo. En las fases iniciales puede presentarse solo maleolar. Hay pacientes con I.C.C. que no presentan edema, aunque si observan aumento de peso. Es importante resaltar la presencia de oliguria durante el día la cual se acompaña de nicturia; esto puede explicarse por la ingesta diurna de líquidos por el paciente. El edema es preferentemente en MMII, por factores de presión hidrostática en los pacientes que pueden deambular. En

los pacientes que tienen que guardar reposo el edema se encuentra en la región sacra. La ascitis es otro de los signos de congestión venosa periférica, lo mismo que la hepatomegalia, la cual se caracteriza por ser lisa y dolorosa; en algunos casos hay un aumento leve de bilirrubinas. Por último, es importante resaltar la presencia de cianosis en estados avanzados cuando la diferencia arteriovenosa de oxígeno aumenta marcadamente.

Fatiga: Es una manifestación de bajo gasto cardíaco. Se produce por hipoperfusión tisular al descender el G.C. y por disminución del volumen de eyección. Esta fatiga se presenta con grados variables de ejercicio, acompañada de manifestaciones de hipoperfusión cerebral que pueden ir desde trastornos pasajeros y leves hasta deterioro significativo de las funciones intelectuales. A nivel renal la hipoperfusión produce oliguria que puede llegar a daño renal irreversible (12).

d) Tratamiento de la ICC

El objetivo terapéutico primordial en la IC es la actuación en fases preclínicas (estadio A o I), para cambiar el curso de la enfermedad y aumentar la supervivencia. Así, las bases de un adecuado tratamiento deben ser el

conocimiento y control de los factores de riesgo y precipitantes de IC, junto con la detección de disfunción ventricular inicial y estadios precoces mejorar clínicamente, y volver a estadios precoces con un tratamiento adecuado (13).

Los objetivos del tratamiento deben ser:

- a. Eliminar o disminuir la causa y/o situación que condujo a I.C.
- b. Reducir el esfuerzo cardíaco disminuyendo el volumen diastólico y la presión que tiene que vencer la sangre para salir del corazón, para lo cual están indicados los siguientes medicamentos: Vasodilatadores venosos, Vasodilatadores arteriolares, Diuréticos e Inhibidores de la Enzima Convertidora.

Tratamiento etiológico: Mediante inotrópicos, para aumentar la contractilidad y con ella el gasto cardíaco, y como consecuencia se mejora la función ventricular.

Tratamiento farmacológico: Reducción de la precarga: dieta hiposódica y tratamiento con diuréticos, que ayudan a evitar la retención de sodio y favorecen su eliminación. Reducción de la pre y postcarga: mediante fármacos que bloquean el eje renina-angiotensina-aldosterona

(Inhibidores de la Enzima Conversora de Angiotensina IECas, Antagonistas de los receptores de Angiotensina II ARAlI). Otros: Heparinas de bajo peso molecular: indicadas en la profilaxis de las enfermedades tromboembólicas. Betabloqueantes, Nitratos, vasodilatadores, digoxina.

Educación Sanitaria: Del paciente para que adopte un estilo de vida más saludable: Cuidar la alimentación, realizar ejercicio físico frecuente y progresivo, abandonar hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol, ciertas drogas, etc.) y el control de los factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus, hipertensión arterial, elevación del colesterol y otras grasas en sangre (14).

2.1.2 Cuidados de Enfermería en ICC

a) Definición

Las actividades de enfermería, en este ámbito de cardiología, están enriquecidas por sus constantes avances y nuevas maneras de hacer las cosas, en los métodos de exploración cardiovascular. Pero el desarrollo en ciertos lugares, no se conocen o no son acordes con las nuevas realidades, no por falta de insumos, sino más bien por falta de información entre otros.

b) Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva

Propuesta de expectativas

1. Mantenga óptimo gasto cardíaco, evidenciado por presión arterial normal y pulsos periféricos fuertes.
2. Obtenga óptimo balance de líquidos, evidenciado por peso normal y ausencia de edemas.
3. Incremente tolerancia a la actividad, evidenciado por aumento del nivel de actividad.
4. Proporcione cuidados, manteniendo higiene del paciente.
5. Proporcione conocimientos, hasta lograr cambios en estilos de vida.
6. Disminuya temor, hasta que el paciente lo refiera.

Intervención de enfermería

1. Valora los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
2. Optimización del reposo: reduce el trabajo del corazón, mejora su reserva y disminuye la presión arterial.
3. Cambios de posición: elevar la cabecera unos 20 a 30 cm, o se hace que el enfermo repose en una silla cómoda con brazos, esto disminuye el retorno venoso del corazón y pulmones.

4. Monitorización de los complementarios, (gasometría, ionograma, Hb, úrea, creatinina, ácido úrico).
5. Valora el peso del paciente diariamente. (A la misma hora y con el mismo equipo). Señalar cualquier aumento ponderal de 0.9 a 1.4 kg
6. Registra de forma rigurosa el ingreso y egreso de líquidos.
7. Monitoriza los efectos potenciales de los diuréticos (hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnesemia).
8. Buscar edemas, en plano inferior del paciente en posición erecta, pie y tobillo; si está en decúbito se explora sacro y dorso. Si hay insuficiencia cardiaca grave el edema es periorbitario.
9. Ausculta los pulmones a intervalos frecuentes, para detectar estertores y sibilantes.
10. Ausculta área cardiaca, en búsqueda del tercer o cuarto ruido, que alerta sobre un proceso de insuficiencia cardiaca.
11. Vela por el cumplimiento del plan dietético de alimentos permitidos y restringidos, evita el consumo de sal y bebidas.
12. Confecciona y aplica programas de actividades que incluyen, aumentar progresivamente la marcha a condición de que no produzca fatiga ni disnea.
13. Evita los extremos de calor y frío ambientales que aumentan, el trabajo del corazón.

14. Educa sobre el manejo adecuado de los utensilios de higiene.

15. Mantiene aseo personal, (baño en cama, lavado de cara, aseo de cavidades, higiene bucal.)

16. Explica al paciente y familiares en qué consiste la enfermedad y sus pronósticos.

17. Educa al paciente sobre la importancia de:

Mantener la tensión arterial en límites normales.

Seguimiento y objetivos del régimen terapéutico.

Dieta.

Régimen de actividad.

Conducta sexual.

18. Alivio de la angustia de los pacientes, éstos tienden a sufrir angustias e inquietudes porque no pueden conservar la oxigenación adecuada de los tejidos y se sienten abrumados por la disnea. Es útil dejar una lámpara encendida y mantenerse acompañados con los familiares.

19. Evita inmovilización del paciente, o de sujetar en la cama por la resistencia que ofrece, lo que provoca un aumento del trabajo cardíaco.

20. Evita situaciones que provoquen angustia y agitación.

21. Ofrece sesiones de relajación.

22. Mantiene periodo regular de reposo. (12)

2.1.3 Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

El marco conceptual para la elaboración del presente informe fue la Teoría del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem. es preciso que el personal de enfermería conozca y aplique sus conocimientos a favor del cuidado al paciente en forma integral. Para el logro de los objetivos del proceso de enfermería de la insuficiencia cardíaca congestiva se empleó la TEDA de Dorothea E. Orem (13).

La TEDA está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: la Teoría del Autocuidado donde es necesario valorar los factores de condicionamiento básico y los ocho requisitos universales; los requisitos de autocuidado y desarrollo y los requisitos de la desviación de la salud. Una vez valorados los requisitos anteriores, se determinó la capacidad de autocuidado. Y se planeó las intervenciones necesarias para el bienestar del paciente.

a) Metaparadigmas

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral

dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión

de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (14).

b) Postulados

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.
Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, en este caso, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a

cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.

5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente (15).

c) Aplicación a la práctica

La importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, las autoras coinciden con las definiciones elaboradas por Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o

externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción (16).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) Atención:** Brindar tratamiento, Ayuda, Apoyo.
- b) Enfermería:** Disciplina, Profesión, relacionada al Cuidado del Enfermo.
- c) Insuficiencia:** Escaso, Insuficiente, Agotado, Incapaz.
- d) Cardíaca:** Cardio, Endocardio, Miocardio, Pericardio.
- e) Congestiva:** Congestión, Obstrucción, Disminución.
- f) Insuficiencia cardíaca congestiva:** Es la incapacidad del corazón para proporcionar un gasto cardíaco suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo.

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, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

METODOLOGÍA

La metodología que se usó fue de tipo descriptivo y longitudinal. Porque se realizó en base a la observación, análisis documental y revisión bibliográfica. Se describieron los datos del pasado y se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento

(17). Se resaltan las características de la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva de los pacientes adultos mayores del servicio de emergencia del hospital ii cañete durante los años 2015-2017”.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

A. Recuento de la Experiencia Profesional

Con respecto a mi experiencia profesional, laboré en la Clínica Stella Maris ocupando el cargo de enfermería, de diciembre de 1999 al 2001 en el Área de Recuperación, recibiendo al paciente post operado inmediato, según indicación médica, preparación de camas para el ingreso y egreso de pacientes, preparación y administración de medicamentos y anotaciones de enfermería.

En el Servicio de Emergencia, apoyando al personal de enfermería en el manejo de pacientes críticos (quemados, intoxicados, heridos con arma blanca y accidentados).

En UCI Adultos realizando el manejo de pacientes con TEC moderado y grave, monitoreo permanente de signos vitales, movilización de pacientes postrados en cama cada dos horas, colocación y administración de alimentos por sonda nasogástrica, sonda Foley, etc. y en UCI Intermedios.

Realicé labores profesionales en el Hospital Rezola de Cañete del 01 de octubre al 30 de noviembre del 2008 en el área Centro Quirúrgico, como enfermera circulante, preparación de la sala en el período pre operatorio, preparación de pacientes antes, durante y después de la intervención quirúrgica, así como la preparación de insumos (gasas, ropa, sábanas, soleras, sondas, etc.). En la misma institución realicé labores en el área de Neonatología en enero del 2009, realizando atención inmediata del recién nacido por cesárea y parto normal (peso y talla del bebe, aseo corporal), así como administración de medicamentos vía intramuscular, profilaxis ocular, lavado gástrico, dosaje de glucosa según indicación médica.

De febrero a marzo del 2009 trabajé en el Puesto de Salud Malvinas (Imperial Cañete) en el área de Inmunizaciones-Crecimiento y Desarrollo, realizando asistencia en las campañas de vacunación, barridos y brigadas, control de peso y talla del niño sano y administración de medicamentos según indicación médica, de acuerdo al programa de EDA, IRA, TBC según posología médica.

En el año 2012 ingresé a trabajar a Essalud Cañete, en donde hasta el momento laboró rotando por diferentes servicios como Emergencia, Cirugía y Pediatría.

B. Descripción del Área Laboral

Hospital II Cañete Essalud Lima Perú

Dirección: Mariscal Benavides 495 San Vicente de Cañete

C. Funciones desarrolladas en la actualidad

Mi labor es netamente asistencial. Dentro de las principales funciones que desarrollo en la actualidad se encuentran:

- Registro del paciente en el cuaderno de ingresos
- Control de signos vitales (control de presión arterial, pulso, respiración y temperatura).
- Control de peso
- Brindar comodidad y confort, ubicarlo en un ambiente óptimo.
- Administración de medicamentos vía parenteral según indicación médica.
- Instalación de catéter periférico
- Procedimientos de enfermería como colocación de sonda nasogastrica, sonda vesical, etc.
- Hasta el alta del paciente con la entrega de medicamentos que deberá tomar en casa.
- Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad.
- Participo en el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

- Capacitación permanente al personal de salud
A partir del año 2015, los profesionales de enfermería se vienen especializando según sus áreas de trabajo.
- Equipamiento. En el Hospital II Cañete se viene complementando su equipamiento, con la adquisición de un desfibrilador en el Servicio de Emergencia (Unidad de Trauma Shock), lo cual optimizará la atención a los pacientes.
- Se han implementado en la Historia Clínicas el registro de UPP (Úlcera por presión) a los pacientes adultos mayores, así como la Escala de Norton y la Escala de Dawnton.

Los procesos asistenciales desarrollados durante mi experiencia profesional han sido los siguientes:

- Monitorizar presión arterial, frecuencia cardiaca y respiración.
- Vigilar la capacidad pulmonar mediante la colocación del oxímetro.
- Obtener EKG de 12 derivaciones.
- Vigilar la función renal (mediante el control de diuresis en 24 hrs).
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (mediante el control de gases arteriales (AGA), según indicación médica.

- Evitar la formación de trombos periféricos (cambios de posición cada 2 horas y administración de anticoagulantes).
- Administrar medicamentos que alivien el dolor /eviten el dolor y la isquemia.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

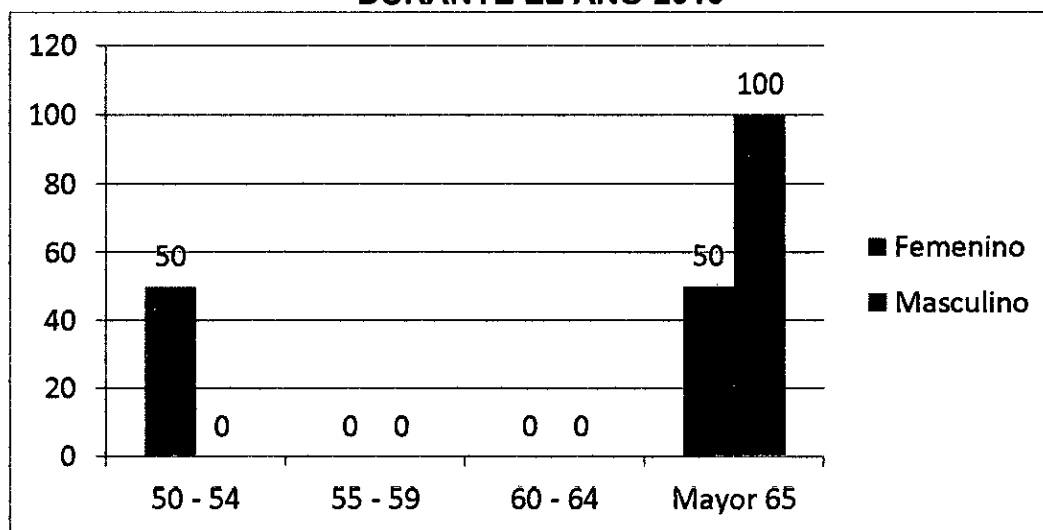
**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE
DURANTE EL AÑO 2015**

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
50 - 54	1	50	0	0	1	14.3
55 - 59	0	0	0	0	0	0
60 - 64	0	0	0	0	0	0
Mayor 65	1	50	5	100	6	85.7
Total	2	100	5	100	7	100

Fuente: Oficina de Estadística (2015)

GRÁFICO 4.1

**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE
DURANTE EL AÑO 2015**



En el cuadro 4.1 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de la aparición de las ICC, siendo el grupo de más de 65 años el que aportó 85.7% del total vemos una prevalencia del sexo masculino.

CUADRO 4.2

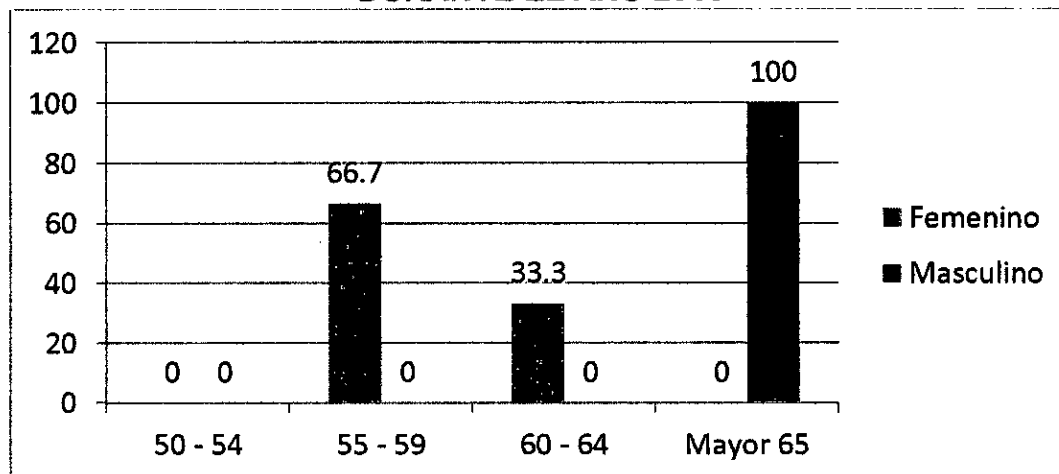
**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE
DURANTE EL AÑO 2016**

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
50 - 54	0	0	0	0	0	0
55 - 59	2	66.7	0	0	2	13.3
60 - 64	1	33.3	0	0	1	6.7
Mayor 65	0	0	12	100	12	80
Total	3	100	12	100	15	100

Fuente: Oficina de Estadística (2016)

GRÁFICO 4.2

**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE
DURANTE EL AÑO 2016**



En el cuadro 4.2 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de la aparición de las ICC, siendo el grupo de más de 65 años el que aportó 80% del total, seguido por el grupo etario de 55 a 59 años con 13.3% y el grupo etario de 60 a 64 años con 6.7%, además se observa en general una prevalencia del sexo masculino.

CUADRO 4.3

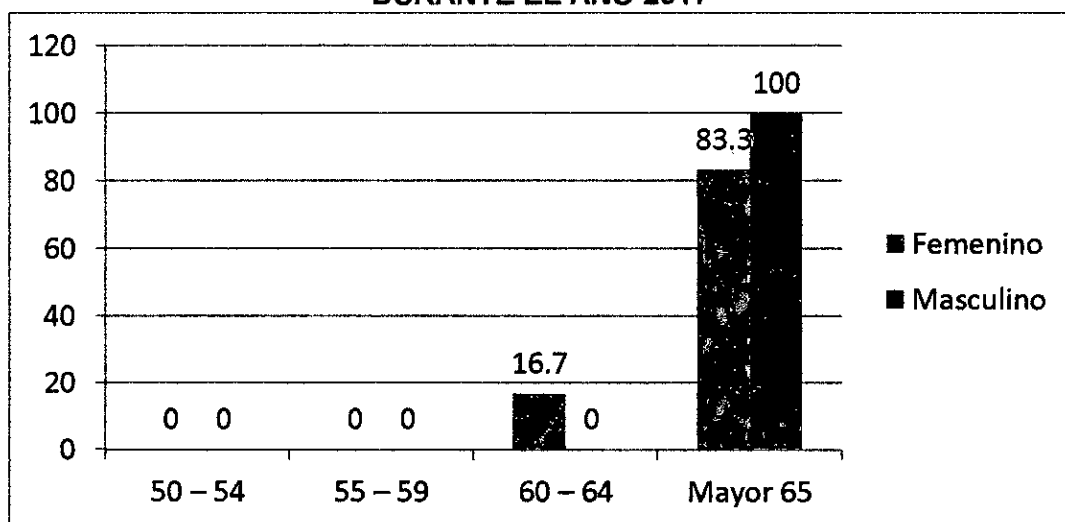
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE DURANTE EL AÑO 2017

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
50 – 54	0	0	0	0	0	0
55 – 59	0	0	0	0	0	0
60 – 64	1	16.7	0	0	1	8.3
Mayor 65	5	83.3	6	100	11	91.7
Total	6	100	6	100	12	100

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

CUADRO 4.3

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE DURANTE EL AÑO 2017



En el cuadro 4.3 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de la aparición de las ICC, siendo el grupo de más de 65 años el que aportó 91.7% del total, seguido por el grupo etareo de 60 a 64 años con 8.3%, además se observa una frecuencia igual con respecto al sexo femenino y masculino.

En el último año, de los 12 pacientes, 8 han sido derivados al Hospital Edgardo Rebagliati Martins Nivel IV por presentar complicaciones como edema agudo de pulmón, y requerir procedimientos como la traqueotomía, y/o toracotomía. Los demás pacientes (4) han sido atendidos en Emergencia y han sido derivados a sus domicilios luego de ser estabilizados.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a los pacientes adultos mayores con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).

- b) La insuficiencia cardíaca congestiva es un síndrome coronario que aumenta día a día las atenciones de emergencia. Por ello es necesario contar con profesionales orientados a trabajar de manera eficiente con este grupo potencialmente en riesgo.

- c) En este trabajo se pudo identificar la importancia y trascendencia del proceso de enfermería y el impacto en la recuperación de la persona que padece insuficiencia cardíaca congestiva. La intervención en el manejo correcto de las ICC desde el ingreso hasta el egreso del paciente, es de suma importancia para el logro de los objetivos alcanzables y medibles.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales: Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de pacientes adultos mayores con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) a fin de brindar una atención de calidad y disminuir el riesgo de complicaciones.

- b) Al servicio: Reconocer la labor del equipo multidisciplinario respetando su labor a fin de evitar complicaciones.

- c) A la institución: Buscar la mejora continua tanto en infraestructura como en equipamiento y capital humano capacitado.

VII. REFERENCIALES

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Día Mundial de la Hipertensión 2017. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257%3Adia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&catid=9283%3Aworld-hypertension-day&Itemid=42345&lang=es
3. MINISTERIO DE SALUD. Insuficiencia cardíaca afecta a casi 400 mil peruanos. Disponible en <http://www.atv.pe/actualidad/insuficiencia-cardiaca-afecta-casi-400-mil-peruanos-336175>
4. OLMOS SALAMANCA Jorge, MADRID MURCIA Paola Victoria, MEJÍA LIÑAN Gustavo Adolfo, NARVÁEZ MARTÍNEZ Mario Andrés. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Repertorio de Medicina y Cirugía, 25 (2); 2016.
5. ARIZA OLARTE Claudia. Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia; 2014.
6. AUCAPIÑA TIPÁN Vilma Mercedes. Evaluación de Atención de Enfermería a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Emergencia Hospital Rodríguez Zambrano Manta 2010 y propuesta de Protocolo actualizado. (Tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2012.

7. GASPAR RAMOS Eliana, VALVERDE MAYLLE María. Factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardiaca en el adulto mayor. (Tesis de Especialidad Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular. Universidad Wiener, Lima, Perú; 2016.
8. CENTRO DE INFORMACIÓN CARDIOVASCULAR. Insuficiencia cardíaca. Texas Heart Institute; 2016. Disponible en http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/chf_span.cfm
9. CASTELLS MOLINA.S, HERNÁNDEZ PÉREZ.M. Farmacología en enfermería cardiológica, 2da.Edición. Editorial, Elsevier Madrid. España. 2006. Pg. 537.
10. COMPENDIO DE ENFERMERÍA. Atención de enfermería en ICC, 2008. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/page/15/?s=tec>
11. GOYTON Arthur. Tratado de Fisiología. Interamericana, México 2000.
12. GUADALAJARA José Fernando. Cardiología. Editores Méndez 5ª.
13. MUÑIZ GARCÍA J., CRESPO LEIRO, M. G., CASTRO BEIRAS, A. Insuficiencia cardíaca en España. Epidemiología e importancia del grado de adecuación a las guías de práctica clínica. Revista Española de Cardiología Suplementos, 6(6), 2F-8F; 2006.
14. GARCÍA ORTÍZ Lidia, CASIQUE Leticia. Proceso de enfermería en Insuficiencia Cardíaca Congestiva basado en el Déficit del Autocuidado. Disponible en <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-093.pdf>

15. TAYLOR SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
16. PEREDA ACOSTA M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)*. 2011;10(3): 163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
17. HERNÁNDEZ Roberto, FERNÁNDEZ Carlos, BAPTISTA Pilar. Metodología de la investigación. 5ta. Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.

ANEXO

ANEXO 1.

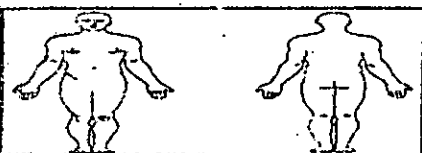
HOJA DE VALORACIÓN DE RIESGO SERVICIO DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALORACION DE RIESGO SERVICIO DE ENFERMERÍA							
EVALUACION DE RIESGO DE CAIDA EN PACIENTES ADULTOS							
ESCALA DE J.H. DAWNTON VARIABLES	FECHA DE INGRESO	FECHA DE REEVALUACION					
	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	NO						
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO						
	SEDANTES						
	DIURETICOS						
	HIPOTENSORES						
	ANTIHIPERTENSIVOS						
	OTROS MEDICAMENTOS						
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO						
	ALTERACIONES VISUALES						
	ALTERACIONES AUDITIVAS						
	DEBILIDAD MUSCULAR						
ESTADO MENTAL	ORIENTADO						
	CONFUSO						
DEAMBULACION	NORMAL						
	SEGURA CON AYUDA						
	INSEGURA CON AYUDA						
	NO DEAMBULA						
TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO							

3 A MAS	ALTO RIESGO	REEVALUACION CADA 24 HORAS
1 A 2	MEDIANO RIESGO	REEVALUACION CADA 48 HORAS
0	BAJO RIESGO	REEVALUACION CADA 72 HORAS

EVALUACION DE RIESGO DE UPP ESCALA DE NORTON:

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS		
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4	5 A 9	RIESGO MUY ALTO
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMBIA CON AYUDA	OCASIONAL	3	10 A 12	RIESGO ALTO
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2	13 A 14	RIESGO MEDIO
MUY MALO	ESTUPEFACADO	IMMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1	14	RIESGO MEDIO
						15	NO RIESGO



VALORACION DE UPP	FECHA	LOCALIZACION	ESTADIO	OBSERVACIONES
		OMOPLATO		
		SACRO		
		COCCIX		
		TROCANTE		
		TALONES		
	OTROS			

IDENTIFICACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

INSTALACION DEL BRAZALETE

BRAZO DERECHO	<input style="width: 100px;" type="text"/>	PIERNA DERECHA	<input style="width: 100px;" type="text"/>	FECHA	<input style="width: 100px;" type="text"/>
BRAZO IZQUIERDO	<input style="width: 100px;" type="text"/>	PIERNA IZQUIERDA	<input style="width: 100px;" type="text"/>	HORA	<input style="width: 100px;" type="text"/>

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

J. RIVERA DE LA FUENTE

La escala de Norton, es una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP). Cada apartado tiene un puntaje sobre una escala de 1 a 4 donde 1 significa el estado menos favorable y el 4 más favorable. Las puntuaciones varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5. Interpretación:
 Alto riesgo: 12 o menos puntos
 Riesgo medio: entre 12 y 16 puntos
 Bajo riesgo: Entre 16 y 20 puntos

Fuente: Hospital Il Cañete - Essalud

ANEXO 2

PROPUESTA DE UNA GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)

NOMBRE

Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)

GENERALIDADES

Definición:

Es la intervención de enfermería a un paciente con una menor capacidad del corazón para bombear sangre a pesar que el corazón sigue latiendo. Su menor capacidad para bombear sangre resulta en que el cuerpo recibe menos oxígeno de los que necesita dado que el cuerpo no tiene suficiente oxígeno para funcionar normalmente.

Datos objetivos:

Dificultad para caminar, cargar cosas o subir las escaleras

Falta el aliento (aire)

Fatiga

Edema agudo de pulmón por placas radiográficas

Edema en miembros inferiores

Aumento de peso

Pérdida de apetito

Tos persistente

Micción reducida

POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes adultos maduros y mayores que son hospitalizadas en el Servicio de Medicina.

OBJETIVO

Mejorar la calidad y eficiencia de la atención del paciente con ICC.

PERSONAL RESPONSABLE

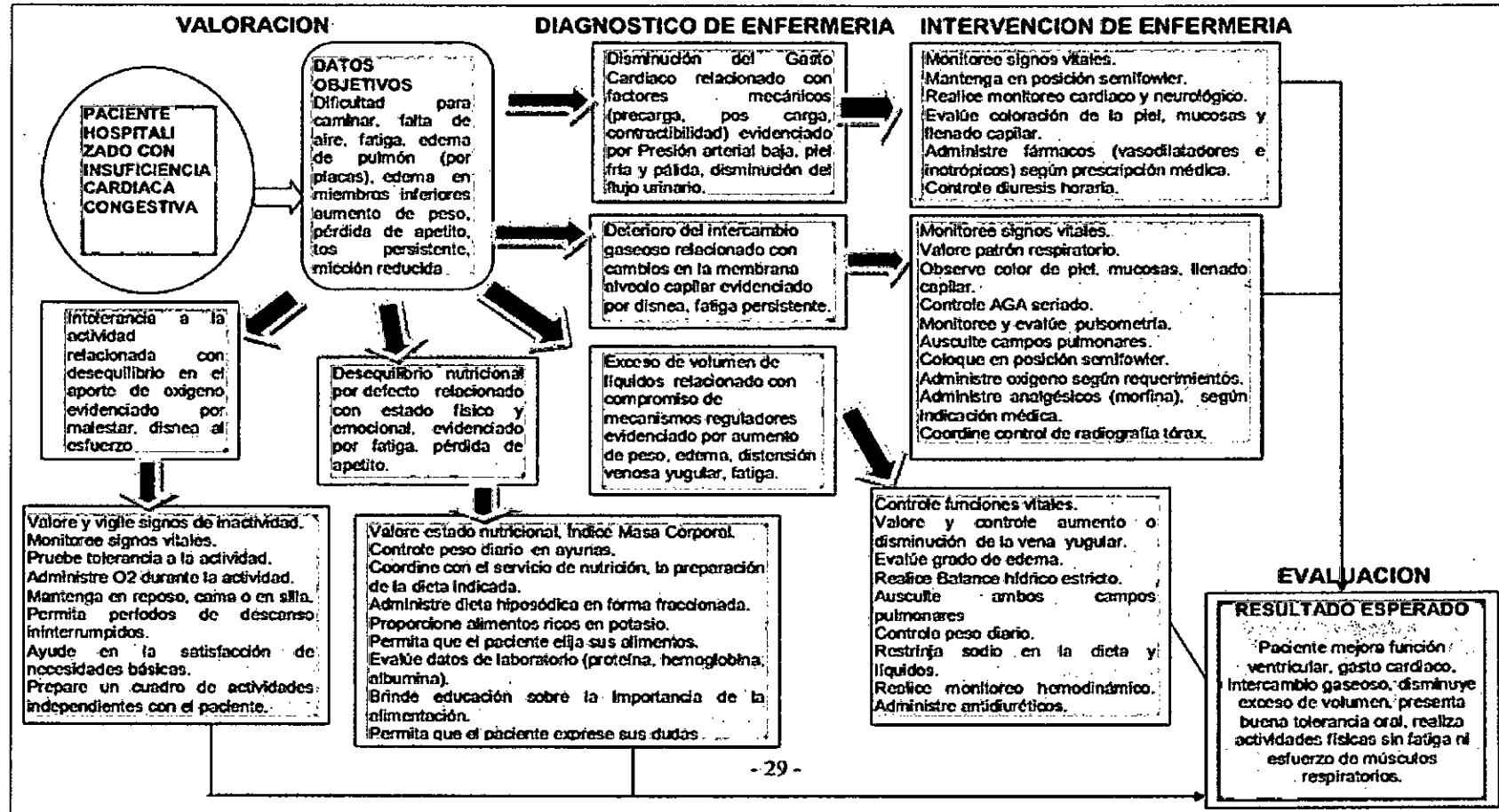
Lic. En enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	RESULTADO ESPERADO
Disminución del gasto cardiaco relacionado con factores mecánicos (precarga, poscarga, contractibilidad) evidenciado por Presión Arterial (PA) baja, piel fría y pálida, disminución del flujo urinario.	Paciente mejorara gasto cardiaco	<p>Monitoree signos vitales.</p> <p>Mantenga en posición semifowler.</p> <p>Realice monitoreo cardiaco y neurológico.</p> <p>Evalúe coloración de la piel, mucosas y llenado capilar.</p> <p>Administre fármacos (vasodilatadores e inotrópicos) según prescripción médica.</p> <p>Controle diuresis horaria.</p>	<p>Arritmias cardiacas</p> <p>Edema agudo del pulmón.</p>	<p>Paciente mejora la función ventricular, gasto cardiaco.</p> <p>PA: 120/70 mmhg. FC: 80 x'.</p> <p>Llenado capilar 2"</p> <p>Diuresis: 30 cm/h.</p> <p>Glasgow: 14 puntos.</p>
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar evidenciado por disnea, fatiga persistente:	Paciente mantendrá buen intercambio gaseoso	<p>Monitoree signos vitales.</p> <p>Valore patrón respiratorio.</p> <p>Observe color de la piel, mucosas, llenado capilar.</p> <p>Controle AGA seriado.</p> <p>Monitoree y evalúe pulsometría.</p> <p>Ausculte campos pulmonares.</p> <p>Coloque en posición semifowler.</p> <p>Administre oxigeno según requerimientos. Administre analgésicos (morfina), según indicación médica. Coordine control de radiografía tórax</p>	<p>Edema agudo del pulmón</p> <p>Hipoxemia</p> <p>Dificultad Respiratoria</p> <p>Trastorno del sensorio</p>	<p>Paciente mejora el intercambio gaseoso</p> <p>Saturación O2 >95%</p> <p>AGA dentro de los parámetros normales.</p>

<p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de mecanismos reguladores evidenciado por aumento de peso,, edema, distensión venosa yugular, fatiga.</p>	<p>Paciente disminuirá el exceso de volumen de líquidos y electrolitos.</p>	<p>Controle funciones vitales. Valore y controle el aumento o disminución de la vena yugular. Evalúe grado de edema. Realice Balance hídrico estricto. Ausculte ambos campos pulmonares en busca de ruidos sobreagregados. Controle peso diario. Restrinja sodio en la dieta y líquidos. Realice monitoreo hemodinámico. Administre antidiuréticos.</p>	<p>Congestión pulmonar</p>	<p>Paciente disminuye exceso de volumen: Electrolitos dentro de los valores normales Disminución de edema de miembros inferiores y abdomen.</p>
<p>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con estado físico y emocional, evidenciado por fatiga, pérdida de apetito.</p>	<p>Paciente mejorara estado nutricional</p>	<p>Valore estado nutricional, índice de masa corporal. Controle peso diario en ayunas. Coordine con el servicio de nutrición, la preparación de la dieta indicada. Administre dieta hiposódica en forma fraccionada. Proporcione alimentos ricos en potasio. Permita que el paciente elija sus alimentos. Observe al paciente en busca de desnutrición y caquexia.</p>	<p>Desnutrición. Caquexia.</p>	<p>Paciente presenta una buena tolerancia oral. Paciente mantiene peso corporal de acuerdo a promedio. Piel con aspecto de buen estado nutricional y aumento de masa muscular.</p>

		<p>Evalúe datos de laboratorio (proteína, Hemoglobina, albumina).</p> <p>Brinde educación sobre la importancia de la alimentación.</p> <p>Permita que el paciente exprese sus dudas.</p>		
<p>Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio en el aporte de oxígeno evidenciado por malestar, disnea al esfuerzo</p>	<p>Paciente será capaz de realizar paulatinamente sus actividades físicas.</p>	<p>Valore y vigile signos de inactividad.</p> <p>Monitoree signos vitales.</p> <p>Pruebe tolerancia a la actividad.</p> <p>Administre oxígeno según necesidad durante la actividad.</p> <p>Mantenga en reposo, cama o en silla.</p> <p>Permita períodos de descanso ininterrumpidos, en el día y en la noche.</p> <p>Ayude en la satisfacción de necesidades básicas.</p> <p>Prepare un cuadro de actividades independientes con el paciente</p>	<p>Disnea Arritmias cardíacas</p>	<p>Paciente realiza sus actividades físicas sin fatiga ni esfuerzo de músculos respiratorios.</p>

ANEXO N° 2
FLUXOGRAMA DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)



Fuente: Hospital Il Cañete - Essalud

ANEXO 3

**FOTOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE
DURANTE LOS AÑOS 2015-2017"**



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia