

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y DE LOS TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A UN PACIENTE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN TODAS SUS FASES

*Inés Sánchez López
Rubén Romero Riera
María Margarita Falcón Ortega
Bárbara García Heredia*

Medicina

 **3ciencias**

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y DE LOS TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A UN PACIENTE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN TODAS SUS FASES

AUTORES

Inés Sánchez López

DUE/TCAE del Hospital Comarcal de Melilla

Rubén Romero Riera

DUE del Hospital Comarcal de Melilla

María Margarita Falcón Ortega

DUE del Hospital Comarcal de Melilla

Bárbara García Heredia

DUE de la Residencia de Ancianos del IMSERSO de Melilla



Editorial Área de Innovación y Desarrollo,

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **los autores**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **Noviembre 2015**

ISBN: **978-84-944687-4-2**

Nº DE DEPÓSITO LEGAL: **A 867 - 2015**

Registro: **2015067383**

<La libertad y la salud se asemejan, su verdadero valor se conoce cuando nos faltan>.

Henri-François Becque

Índice

INTRODUCCIÓN	9
PROCESO DE ENFERMERÍA	11
VALORACIÓN	11
HABRÁ QUE VALORAR	11
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	12
• ELECTROCARDIOGRAMA	12
• PLACA DE TÓRAX	12
• ANALÍTICA Y GASOMETRÍA ARTERIAL.....	13
• ECOCARDIOGRAMA	14
• CATETERIZACIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR	15
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	16
PLANIFICACIÓN	16
EJECUCIÓN	16
CASO CLÍNICO Y MODO DE ACTUACIÓN	22
LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA TRAS EL ALTA	25
RECOMENDACIONES.....	25

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cardiaca (IC) es, en España, uno de los problemas de Salud Pública más importantes, ya que constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización en personas mayores de 65 años siendo habitual entre estos pacientes el reingreso.

La enfermería tiene que conocer las pautas de actuación en la atención al enfermo con descompensación cardiaca en todas sus fases, con la finalidad de favorecer la detección precoz de síntomas de alarma para impedir el empeoramiento de la situación clínica del paciente.

PODEMOS DEFINIR A LA INSUFICIENCIA CARDIACA COMO:

“El estado en el que el corazón no es capaz de bombear un abastecimiento adecuado de sangre para satisfacer la demanda del organismo”.

Esta incapacidad del corazón en la IC pone en marcha una serie de mecanismos compensatorios:

- Hipertrofia ventricular o aumento de las paredes del ventrículo.
- Aumento de la frecuencia cardiaca (FC) y de la contractilidad cardiaca como respuesta endocrina.
- Retención de líquidos como compensación renal a la caída del gasto cardiaco.

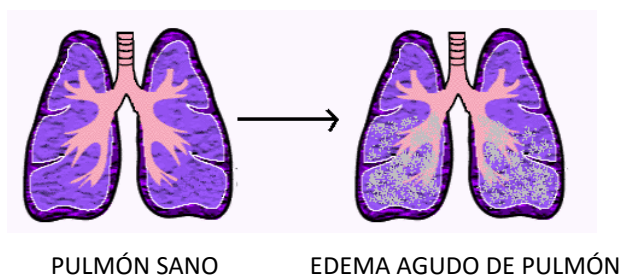
Este complejo síndrome llamado IC ocasiona una serie de manifestaciones clínicas que se diferencian en función de si la causa es el fallo del ventrículo derecho o izquierdo. Pero fundamentalmente nos encontramos con los siguientes signos y síntomas:

- DISNEA. Debido al deterioro del intercambio gaseoso a consecuencia del acúmulo de líquido en los alvéolos.
- FATIGA. Debido a la disminución de la eyección de sangre y aporte de oxígeno a tejidos y músculos estriados.
- ORTOPNEA. Dificultad respiratoria por disminución de la ventilación pulmonar y aumento del volumen sanguíneo en los vasos pulmonares cuando se está en decúbito.
- DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA. El enfermo se despierta repentinamente con disnea, fatiga y taquicardia.
- TOS PERSISTENTE. Aparece acompañada de un esputo espumoso a veces teñido de sangre como consecuencia del acúmulo de líquido que es irritante para el revestimiento mucoso de los pulmones y bronquios.
- RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOKES. Se caracteriza por períodos de apnea e hiperapnea.
- EDEMAS. El fallo del ventrículo derecho provoca congestión sistémica que produce en un aumento del volumen y presión sanguínea que fuerza la salida de líquido al intersticio formando edemas en las zonas más declives.
- HEPATOMEGALIA. Debida a la acumulación de líquido intersticial que en el sistema portal produce ascitis.

- **INGURGITACIÓN YUGULAR.** Distensión de las venas yugulares por congestión sistémica.
- **DOLOR ANGINOSO:** no es un síntoma típico de la IC. Sin embargo la angina de pecho puede producirse por una disminución de gasto cardiaco.
- **ANSIEDAD:** producida por la sensación estresante debido a la disnea
- **OLIGUIRIA:** disminución en la producción de orina.

Si no hacemos caso a los signos y síntomas se puede producir la complicación más frecuente de la IC que es el edema agudo de pulmón (EAP)

El EAP se puede definir como un fallo en el bombeo cardiaco que hace que la sangre retroceda a la circulación pulmonar. Cuando la presión hidrostática capilar pulmonar supera la presión osmótica coloidal el líquido es impulsado fuera de los capilares pulmonares hacia el espacio intersticial y el alveolo.



PROCESO DE ENFERMERÍA

- **VALORACIÓN:** Valoración de las necesidades del paciente. Recogida de datos, valoración, organización y registro de dichos datos.
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- **PLANIFICACIÓN:** Fijar objetivos y prioridades
- **EJECUCIÓN:** Ejecución del cuidado. Intervención y actividades. Intervenciones de enfermería
- **EVALUACIÓN:** Evaluación del éxito de los cuidados.

VALORACIÓN

- **DATOS SUBJETIVOS**

RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE:

1. La presencia de signos y síntomas que puedan indicar la existencia de ic
2. La capacidad de la persona de afrontar las limitaciones físicas
3. El conocimiento de la situación y el régimen de tto y su capacidad de adherirse al mismo.
4. Preguntar al paciente sobre sus preocupaciones y ansiedades

HABRÁ QUE VALORAR

- **Situación respiratoria: disnea, ortopnea (factores desencadenantes, la severidad y los factores que producen alivio)**
- **Signos de retención de líquidos: ganancia reciente de peso, edema en los pies y piel tensa**
- **Capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria: fatiga, falta de resistencia (factores desencadenantes y duración)**
- **Comodidad: dolor anginoso y abdominal**
- **Conocimiento de la situación y del régimen del tratamiento (tto)**
- **Capacidad de adherirse a cualquier tto prescrito**
- **Medidas tomadas para compensar las limitaciones físicas**
- **Preocupaciones específicas relacionadas con la situación.**
- **Datos objetivos**
- **Ingurgitación de las venas del cuello: presencia y grado**
- **Edema: lugar, grado de fóvea**
- **Distensión abdominal**
- **Peso diario**

- Ruidos respiratorios
- Ritmo de galope en la auscultación cardiaca
- Nivel de conciencia
- Cambios en el pulso y en el esfuerzo respiratorio con la actividad

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- ELECTROCARDIOGRAMA



- PLACA DE TÓRAX



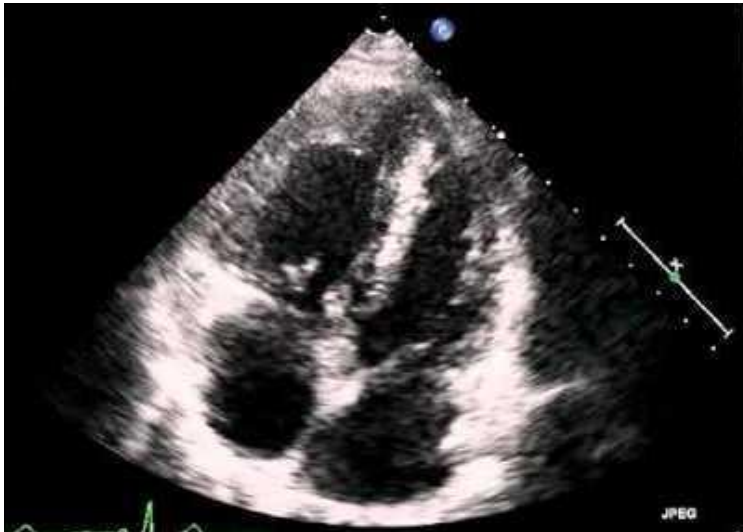
- ANALÍTICA Y GASOMETRÍA ARTERIAL



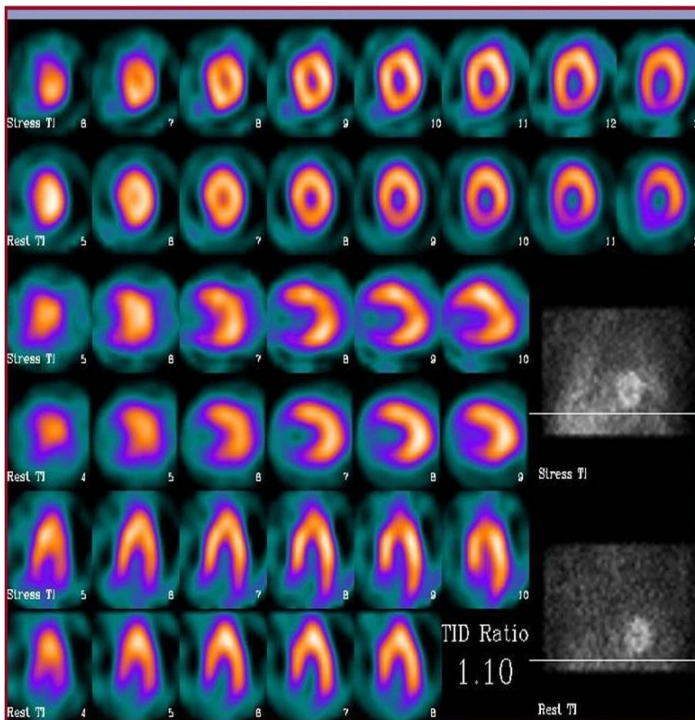
- PRESIÓN VENOSA CENTRAL



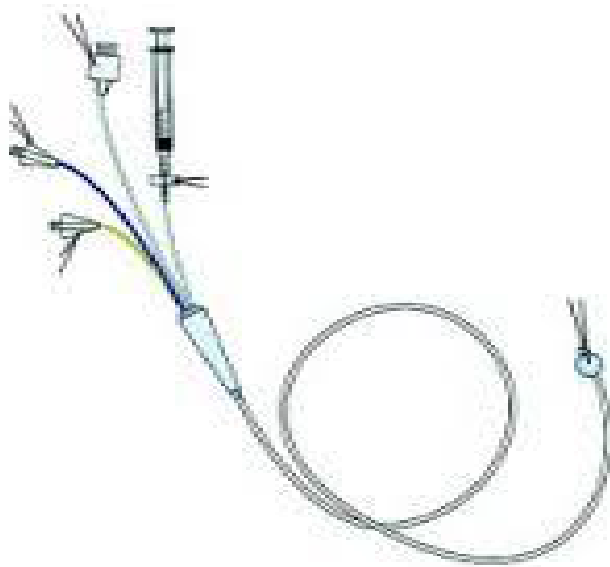
- ECOCARDIOGRAMA



- GAMMAGRAFÍA CARDIACA



- CATETERIZACIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Disminución del gasto cardiaco r/c reducción del volumen de eyección, shock cardiogénico, taquicardia, ht, insuficiencia vascular.
- Fatiga r/c disminución de la oxigenación, debilidad muscular, descanso inadecuado, nutrición inadecuada
- Trastorno en el intercambio de gases r/c desequilibrio entre ventilación y perfusión
- Alteración de la nutrición por defecto r/c edema, disnea, fatiga, terapia medicamentosa.
- Déficit en el autocuidado r/c intolerancia a la actividad/ fatiga, dolor/incomodidad, ansiedad.
- Alto riesgo de la integridad de la piel r/c inmovilidad, disminución de la perfusión tisular de la piel, edema.
- Ansiedad r/c amenaza de muerte, amenaza o cambio de la condición de salud, situación socio-económica, función, amenaza al concepto de sí mismo.
- Déficit de conocimiento r/c falta de exposición/ memoria, mala interpretación de la información, limitaciones cognoscitivas

PLANIFICACIÓN

Los resultados esperados en los pacientes con ic son:

- Que identifique los factores que incrementan la carga de trabajo del corazón
- Que desempeñe las avd sin fatiga excesiva y dentro de los límites impuesto por los síntomas
- Que logre una frecuencia respiratoria normal sin ayuda de oxígeno adicional
- Que demuestre tolerancia al aumento de actividades (pulso y ta estables)
- Que acepte la dieta prescrita
- Que la piel permanezca intacta
- Que emplee de manera efectiva los mecanismos para afrontar la ansiedad

EJECUCIÓN

ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO

- Los cuidados irán encaminados a los problemas causados por los efectos secundarios de la farmacoterapia. Los fármacos de elección son:
 - DIURETICOS: Para reducir el volumen de sangre circulante disminuyendo así la sobrecarga ventricular.
 - DIGITAL: Mejora la contractilidad miocárdica.
 - OPIÁCEOS: El más utilizado es la morfina. Suprimen el dolor, alivian la angustia y disminuyen el retorno venoso al corazón y postcarga.
 - NITRITOS: Producen vasodilatación venosa lo que disminuye precarga y postcarga. Solinitrina.
 - BRONCODILATADORES: Mejoran la función respiratoria.

- **DROGAS VASOACTIVAS:** En casos de hipotensión y signos de hipoperfusión se usa la Dopamina y la Dobutamina. Algunos vasodilatadores arteriales como el Nitroprusiato actúan sobre la poscarga.

DIETA HIPOSÓDICA

- El edema se controla mejor si se reduce el consumo de sodio.
- La reducción de sodio en las personas que reciben diuréticos no debería de bajar de 3 a 5 gramos al día debido al peligro de hiponatremia
- En los casos de IC leve se recomienda una dieta cardiosaludable sin sal.
- Hay que tener en cuenta que algunos sustitutivos de la sal contienen potasio.
- Restricción de líquidos es menos común siempre y cuando tenga una dieta controlada de sodio y esté tomando diuréticos y digitálicos.

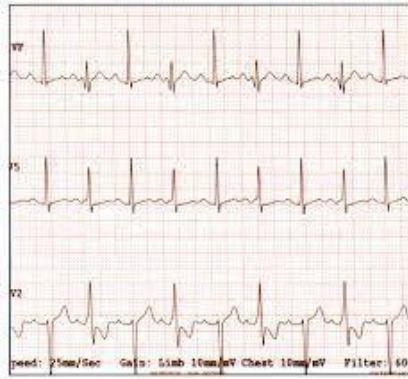


Dentro de la ejecución nos encontramos con las intervenciones de enfermería.

- **Suministrar oxígeno:** Administre oxígeno según lo prescrito o en el caso de disnea. El paciente tiene que estar en posición de fowler o semifowler



- Revisar si existen signos de desequilibrio y potasio; registre el peso diariamente
- Control de constantes y monitorización: Tensión arterial, temperatura, Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y Saturación de oxígeno. Electrocardiograma.



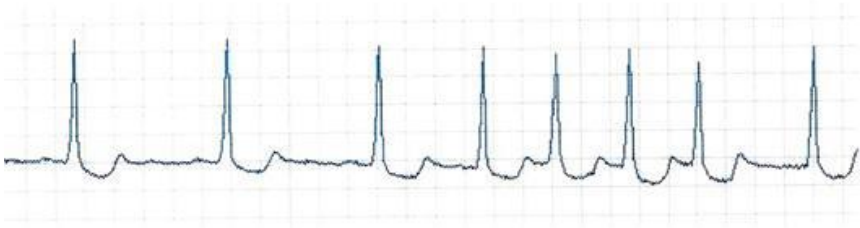
- Sondaje vesical para un control de diuresis preciso.



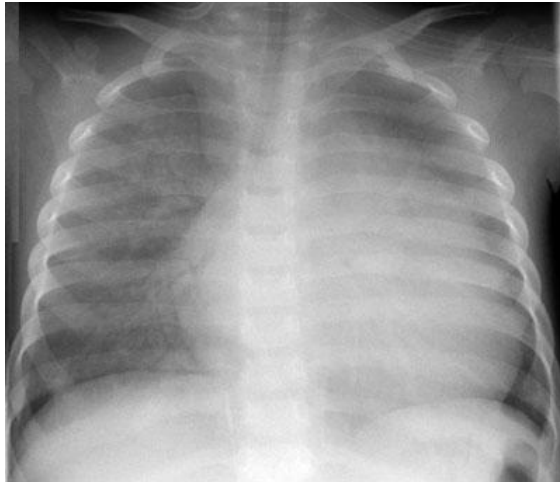
- Venoclisis. Canalización de una vía venosa periférica y extracción de analíticas. Se recomienda una central tipo Drum para control de la presión venosa central (PVC). Evitar la sobrecarga de fluidos intravenosos.



- Realización de electrocardiograma para detectar posibles arritmias y/o signos de isquemia debido a la IC.



- Realización de radiografía de tórax para valorar la congestión pulmonar y cardiomegalia.



- Brinde cuidados de la piel. Use medidas preventivas para evitar el deterioro de la piel principalmente en las áreas edematizadas





OFREZCA DESCANSO Y ACTIVIDAD.

- Refuerce la importancia de conservar energía y planificar actividades que eviten la fatiga
- Estimule la actividad dentro de las restricciones preescritas; vigile si existe intolerancia a la actividad (disnea, fatiga, taquicardia)
- Ayude con las avd en caso necesario; motive la independencia dentro de las limitaciones del paciente
- Ofrezca actividades que ayuden a conservar la energía

AYUDE A MANTENER UN CONSUMO NUTRICIONAL ADECUADO

- A mantener la dieta preescrita (restricciones de sodio)
- En la etapa aguda de la IC la dieta debe ser blanda, baja en caloría, baja en residuos aportando suplementos vitamínicos
- Los alimentos frecuentes y en pequeñas cantidades reducen el esfuerzo y los requerimientos gastrointestinales de sangre
- Revise si hay signos de estreñimiento y en el caso de que hubiera administrar laxantes previamente preescrito.
- Administre los medicamentos preescritos
- Ofrezca oportunidades al paciente y sus familiares para que discutan sus preocupaciones.
- Enseñe al paciente sobre los trastornos y el autocuidado
- Reducir la ansiedad del paciente

EVALUACIÓN

La evaluación estará relacionada con los resultados esperados de los pacientes. Habrá que considerar las siguientes preguntas:

- ¿está el paciente respirando más fácilmente?
- ¿está más cómodo el paciente?
- ¿está menos fatigado el paciente?
- ¿sabe el paciente como planificar para evitar la fatiga y la disnea?
- ¿ha disminuido el edema periférico?
- ¿está utilizando el paciente mecanismos efectivos para afrontar y disminuir la ansiedad?
- ¿puede el paciente describir los componentes del tto?
- ¿puede el paciente explicar las razones del tto?
- ¿puede el paciente mencionar planes para un control médico posterior?

Hasta aquí sería el proceso de enfermería.

CASO CLÍNICO Y MODO DE ACTUACIÓN

ANTECEDENTES

- Varón de 64 años.
- Exfumador.
- DM tipo 2 (11 años).
- Hipercolesterolemia (10 años).
- IAM anterior (5 años).
- Ingresos repetidos por IC.
- EPOC estadio II.

SITUACIÓN BASAL

- IAVD
- Vive con su esposa con buen apoyo social
- Apenas sale de su domicilio.
- Facultades mentales normales
- Acude al servicio de urgencias por disnea. Ingresa en la unidad del servicio de medicina interna.

MEDICACIÓN

- Furosemida, 160 mg/día 8 (DIURETICO)
- Nebivolol, 1,25 mg/día (ANTIHIPERTENSIVO)
- Digoxina, ½ comp/2 a la semana (TTO IC)
- AAS, 100 mg/ día (ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO ESTÁ INDICADO EN LA PROFILAXIS)
- Atorvastatina, 40 mg/día (CONTRALA LOS NIVELES DE COLESTEROL Y LOS TRIGLICÉRIDOS DE LA SANGRE)
- Insulina glargina, 25 U/día
- Tiotropio, 1 inh/día (INHALADOR BRONCODILATADOR)

SÍNTOMAS

- El cuidador principal avisa a las 03:00 horas, a la enfermera que el paciente tiene tos persistente y dificultad respiratoria.
- El paciente se encuentra totalmente tumbado con signos evidentes de disnea.

Qué hacemos:

- Colocamos al paciente en posición de fowler o semifowler para ayudarle a respirar mejor.
- Administraremos oxígeno para que no se desature.
- Valoramos el estado del paciente observando edemas en las extremidades inferiores. Respiración abdominal, ruidos respiratorios. Ansiedad por la situación de estrés respiratorio.
- Observamos y buscamos en la planilla del paciente si existen signos de oliguria

- Avisar al médico de guardia
- Mientras viene el médico de guardia se toman las constantes (saturación, tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca)
- Realiza un electrocardiograma
- Comprobar la permeabilidad de la vía. Si esta no fuese permeable habría que canalizar otra.
- Extrae una analítica y gases arteriales
- Realiza sondaje vesical para controlar la diuresis
- Acercar el carro de parada a la habitación. Se comprueba que el carro está repuesto de solinitrina, morfina, dopamina, dobutamina, actocortina y furosemida.



TRAS SOLICITUD DEL MÉDICO LLAMAR A RAYOS PARA REALIZAR UN PORTATIL



Esta sería la actuación de enfermería en “plena urgencia” en un paciente con descompensación cardíaca.

Una vez aplicado el tto pautado por el médico, vigilar las constantes del paciente y los posibles efectos secundarios de la medicación prescrita.

GRÁFICA DE ENFERMERÍA		U.º Asesor:	
		U.º Asesor:	
		Nombre:	
		N.º LEYENDA	
		Fecha:	
		Lugar:	
		Escriba:	
UNIDAD:		TÍTULO:	
CASA:		GRÁFICA N.º:	
Año:		Mes:	
		ALERGIA: <input type="checkbox"/> NO CONOC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Fecha/Día Hospitalización			
Pesa - Talla			
Dieta			
Órgano			
Estado Nutricional			
Nivel Dependencia			
Estado Nutricional			
Transferencias			
Ingesta			
Excretas TOTAL			
Dermat.			
Vitalidad - Asp.			
Suño			
Espectroscopio			
Ejercicios			
Dermat. A			
B			
C			
Salida TOTAL			
Balance			

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA TRAS EL ALTA

RECOMENDACIONES

- No olvide su tratamiento.



- Dieta mediterránea s/s



- Prescindir del alcohol y del tabaco.



- El ejercicio físico es importante “quien mueve las piernas, mueve el corazón”.



- Control de peso.



INFORMAR AL PACIENTE QUE TRAS EL ALTA DEBE ACUDIR A SU MÉDICO ANTE ESTOS SINTOMAS O SIGNOS DE ALARMA

- Dificultad respiratoria
- Sensación de cansancio o/y debilidad
- Tos frecuente
- Hinchazón de pies, piernas y/o abdomen
- Micción nocturna frecuente
- Ganancia de peso en un periodo corto (2 días)

Esperamos que este libro sirva de utilidad para el colectivo enfermero y los TCAE en el caso de encontrarnos con la situación de un paciente con una insuficiencia cardiaca descompensada.

ISBN: 978-84-944687-4-2

Medicina

