



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 401-12/2017-HCLLH/SA



HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este mismo acto al interesado.
Puente Piedra
9 ENE. 2017
Maria Luz Conde Hermenegildo
FEDATARIO SUPLENTE
R.D.Nº 229-07/2017-DE-HCLLH/SA

Resolución Directoral

Puente Piedra, 29 de Diciembre de 2017

VISTO:

El Memorandum N° 190-12-2017-OPE-HCLLH, emitido por la Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2 de la Ley N° 25842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho ha exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, de fecha 14 de mayo de 2015, se aprobo la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Practicas Clinicas del Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos; asimismo define a las Guías de Práctica Clínica (GPC) en un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica;

Que, mediante Informe N° 019-11-AO-OPEE-HCLLH la responsable del Area de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico, brinda opinion favorable para la emision del acto resolutivo correspondiente;

En uso de las atribuciones conferida mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

UNIDAD DE HOSPITALIZACION MEDICINA

➤ INTEGRANTES:

- Lic. María Quiñones Negreiros
- Lic. Roxana Alarcón Gómez

2017

MINISTERIO DE SALUD



E

N

F

E

R

M

E

R

I

A



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIDAD DE HOSPITALIZACION MEDICINA
GUIAS DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

LIMA – PERU

Noviembre, 2017





INTRODUCCION

Las guías de Práctica clínicas de Cuidados de Enfermería constituyen los Diagnósticos de Enfermería que son la segunda etapa del proceso de enfermería en la que se analizan los datos recogidos del paciente mediante la valoración, con la finalidad de identificar los problemas que constituyen la base del plan de cuidados, mediante actividades independientes de enfermería.

Los cuidados de enfermería son el eje de nuestra atención, los cuales deberán ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como es el proceso de Atención de Enfermería, utilizando los planes de cuidados individuales y ayudando a cada paciente de manera independiente y diferente, porque, cada ser humano es único por lo tanto sus necesidades de atención serán distintas de uno a otro.

La enfermera básicamente se basa en el Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de salud, reales y potenciales, el enfermero se centra en el estudio de la respuesta del paciente, utilizando sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar al paciente, como parte del equipo de salud responsable de la atención.





INDICE

I FINALIDAD 3

II OBJETIVO

III AMBITO DE APLICACIÓN.....

IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

4.1 NOMBRE: GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON.....

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION (DE LA GUIA)

5.2 ETIOLOGIA

5.3 FISIOPATOLOGIA

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

5.5.2 Estilos de Vida

5.5.3 Factores hereditarios

VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1.DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

6.1.1 Signos y Sintomas

6.1.2 Graficos , diagramas , fotografías

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1.Diagnostico de Enfermeria (de acuerdo a dominio con código en función a la respuesta humana alterada)

6.3 EXAMENES AUXILIARES (escala Norton evaluación de valoración de caídas)

6.3.1 De Patologia Clinica

6.3.2 De Imágenes

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios





6.4 PAE (PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA Valoracion, Dx de Enfermeria, Objetivos Intervencion de Enfermeria , Confrontacion con la literatura, Evaluacion

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento (Seguridad de pacientes Alertas Administracion Segura de medicamento)

6.4.4 Signos de alarma

6.5 COMPLICACIONES (flebitis UPP bronquestacia,atelectasia , aspiraciones etc)

6.6 FLUXOGRAMA (resumen grafico del PAE)

6.7 ANEXOS (CRITICOS FOTOS PLAN DE EDUCACION A PACIENTES

6.8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

17c

CAPITULO I	5
DEFINICIÓN	5
VISION	5
VALORES DEL HOSPITAL	5
CAPITULO II	6
BASE LEGAL	6
CAPITULO III	8
GUÍAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:	
EN PACIENTES CON NEUMONIA NO ESPECIFICADA	8
EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	18
EN PACIENTES CON ACCIDENTES VASCULARES ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECÍFICO	25
EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA	37





EN PACIENTES CON ASMA 44
EN PACIENTES CON CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE 63
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA 67
EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA..... 77
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA..... 94



A



PERÚ

Ministerio
de Salud



I FINALIDAD
II OBJETIVO
III AMBITO DE APLICACIÓN
IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE

CAPÍTULO I

DEFINICION

Las Guías Clínicas de Cuidados de Enfermería son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

VISION

"Ser un hospital líder del cono norte, con capacidad resolutive adecuada que permita brindar una atención de calidad en forma solidaria. Identificado y comprometido con las necesidades de salud de la población".

VALORES DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

➤ **Lealtad**

Con nuestros valores institucionales, principios éticos y con las necesidades de atención con los pacientes.

➤ **Solidaridad**

Pensar en los demás como si fuera uno mismo, porque todos tenemos el deber de ayudar al prójimo y el derecho a recibir la ayuda de nuestros semejantes no sólo en casos de desastre y emergencia.

➤ **Responsabilidad**

Las funciones y tareas asignadas se llevarán a cabo con integridad y con sentido del propósito

➤ **Honestidad**

En el trabajo diario, de manera permanente en nuestra relación con los pacientes. En todo lo concerniente al proceso de atención a su salud.





PERÚ

Ministerio
de Salud



➤ **Respeto**

Respeto a nuestros pacientes y compañeros de trabajo sin distinción de género, situación económica, social y política, considerando la interculturalidad y condición de salud.

➤ **Ética**

En el desempeño de nuestras funciones, respetando a la persona, y en la aplicación de nuestros conocimientos enmarcados dentro de las normas de la sociedad actual y de la comunidad a la que pertenecemos.





CAPÍTULO II

❖ BASE LEGAL

- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Supremo N° 013-2001-SA – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley 27657
- Decreto Supremo N° 007-2005-SA Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.
- Decreto Supremo N° 011-2008-SA Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.
- Resolución Directoral N° 316-DG-DISA-III-LN-2002. Autorizan en vía de regularización, la apertura y funcionamiento del Hospital Puente Piedra
- Resolución Ministerial N° 673-2005/MINSA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones y atribuciones del Director Ejecutivo del Hospital Puente Piedra y Servicios Básicos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 381-2009 Sustituyen la denominación de Hospital Puente Piedra de la Dirección de Salud V Lima Ciudad por la de 'Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Resolución Ministerial N° 069-2006/ MINSA – Aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Puente Piedra.
- Decreto Supremo N° 043-2004-PCM – Lineamientos para la formulación y aprobación del Cuadro para Asignación de Personal – CAP, de la Institución de la Administración Pública.
- Decreto Legislativo N° 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- Decreto Supremo N° 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de Carrera Administrativa.
- Decreto Supremo N° 74-95-PCM – Disposiciones referidas a la transferencia de funciones desempeñadas por el INAP.
- Directiva N° 007 – MINSA/OGPP-V.02 Aprobado con la R. M. N° 603 – 2006/MINSA
- Resolución Ministerial N° 1160-2004/ MINSA – Aprueba Disposiciones Complementarias para la elaboración y aprobación del Cuadro para Asignación de Personal
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA – Aprueba "Las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".





- Resolución Ministerial N° 566-2005/MINSA – Aprueba los Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las DIRESAS en el marco del Proceso de Descentralización.





IV PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE

4.1 GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEUMONIA NO ESPECIFICADA

CONSIDERACIONES GENERALES

Definición Las Guías Clínicas de Cuidados de Enfermería son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

DEFINICION

La guía de Practica Clinica de Cuidados de Enfermeraia en pacientes con Neumonia No especificada es un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas atraves de de la revisión sistematica de la literatura de enfermería con el objetivo de guiar al profesional de enfermería en la atención que se brinde a este tipo de paciente contribuyendo a una atención segura y de calidad

ETIOLOGA

La neumonía se define como la infección aguda del parénquima pulmonar producida por un agente infeccioso. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía hace que el tejido que forma los pulmones, se vea enrojecido, hinchado y se torne doloroso.

La neumonía que se desarrolla fuera del ambiente hospitalario o se manifiesta en las primeras 48 horas del ingreso del hospital se define como neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o después de siete días de ser egresado de un hospital; por el contrario, aquella que de adquiere en el ambiente hospitalario, o en los primeros siete días luego de una hospitalización, se conoce como neumonía nosocomial y cambia su etiología y, por ende, su manejo médico.

FISIOPATOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

1.- Medio ambiente:

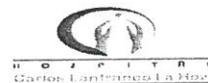
- Condiciones Médicas
- La exposición laboral a gases químicos tóxicos y/o al humo puede debilitar sus defensas pulmonares, predisponiéndolo a neumonía.





PERU

Ministerio
de Salud



- Uso de Drogas Intravenosas; el uso de drogas intravenosas puede incrementar su riesgo de neumonía y de otras enfermedades infecciosas.

2.- Estilos de vida:

- Tabaquismo y Humo de Segunda Mano
- Abuso de Alcohol y de Drogas
- Condiciones de Vivienda Hacinadas

3.- Factores hereditarios:

- Numerosos desórdenes genéticos pueden predisponerlo a neumonía, como:
 - Anemia drepanocítica
 - Fibrosis quística
 - Síndrome de Kartagener

DATOS OBJETIVOS -SUBJETIVOS

1.- Signos y síntomas

- Tos (con algunas neumonías usted puede expectorar una mucosidad amarillenta o verdosa o incluso moco con sangre)
- Fiebre que puede ser leve o alta
- Escalofríos con temblores
- Dificultad para respirar (puede únicamente ocurrir cuando sube escalas)
 - Los signos y síntomas adicionales abarcan:
- Confusión, especialmente en las personas de mayor edad
- Sudoración excesiva y piel pegajosa
- Dolor de cabeza
- Inapetencia, baja energía y fatiga
- Dolor torácico agudo o punzante que empeora cuando usted respira profundamente o tose



GRAFICOS DIAGRAMAS FOTOGRAFIA

. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Patrón respiratorio ineficaz



- Deterioro de la ventilación espontánea
- Intolerancia a la actividad

EXAMENES AUXILIARES

1.- De la patología:

- **Exámenes microbiológicos**

Los métodos específicos deben solicitarse con sospecha clínica fundada, para lograr un mejor rendimiento.

- **Cultivo de expectoración.** Constituye un método de utilidad limitada en Pediatría por la posibilidad de contaminación. Se utiliza más bien en pacientes hospitalizados y se evalúa junto al recuento diferencial de células.
- **Hemocultivos.** Tienen una baja sensibilidad (15 a 20%) pero alta especificidad (100%). Se deben solicitar sólo en sospecha de bacteremias asociadas a neumonía.
- **Aspirado nasofaríngeo.** Permite identificar fundamentalmente virus respiratorios y se procesa mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) o cultivos celulares. La sensibilidad de la IFI para Adenovirus es de 50% y de 80% para VRS, Para influenza e Influenza. La inmunofluorescencia directa se ocupa además en diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* y *Bordetella pertussis*.
- **Cultivos bacterianos.** Son útiles para gérmenes comunes y atípicos como *Mycoplasma pneumoniae* o *Ureaplasma urealyticum*. Son difíciles de realizar y requieren un tiempo prolongado de estudio para su desarrollo.
- **Serología.** La determinación de IgM o IgG es útil en neumonías atípicas como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Citomegalovirus* y virus de Ebstein Barr.
- **Reacción de Polimerasa en Cadena.** La PCR se utiliza en diagnóstico de infección por *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella Pertussis* y *Chlamydia trachomatis*. Por su alta sensibilidad, especificidad y rapidez, en nuestro país podría llegar a ser la técnica de elección en el futuro.
- **Exámenes invasivos.** Se reservan para situaciones especiales o fracaso de tratamiento. La fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar permite visualizar vía aérea, tomar muestras para cultivos, descartar cuerpo extraño, manejo de complicaciones (reexpansión de atelectasias) y biopsia pulmonar, en caso de dudas diagnósticas.





PAE Plan de Atención de Enfermería

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ATENCION DE PACIENTES CON NEUMONIA NO ESPECIFICADA

VALORACION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	CONFRENTACION CON LA LITERATURA	EVALUACION
	Deterioro intercambio gaseoso relacionado cambios ventilación percusión evidenciado respiración superficial pálida, aleteo nasal, diaforesis, análisis de gases arteriales (AGA) anormal, confusión. con en la del por piel	Paciente mejorara intercambio gaseoso	<p>Controle funciones vitales.</p> <p>Administre oxígeno según demanda del paciente.</p> <p>Controle y valore resultados AGA.</p> <p>Administre Fluidoterapia según prescripción médica.</p> <p>Observe el color de la piel y el llenado capilar.</p> <p>Monitoree resultados del Hemograma.</p> <p>Administre tratamiento según prescripción médica.</p> <p>Coordine control de radiografía de pulmones.</p>	<p>Atelectasia</p> <p>Edema pulmonar</p> <p>Hipoxemia</p> <p>Trastorno del sensorio</p>	<p>Paciente evidencia buen intercambio gaseoso evidenciado por</p> <p>FR: 16 – 20 x'</p> <p>PH: 7.4+0.4</p> <p>PO2: 80-100 mmHg</p> <p>PCO2: 35-45 mmHg</p> <p>HCO3: 20-+4mEq/LT</p> <p>FC: 60-80 x'</p> <p>Presión arterial (PA): 120/80 mmHg</p> <p>Saturación de oxígeno (O2) >95%</p>



 <p>PERÚ</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>Limpieza ineficaz de la vías aéreas relacionado a acumulo de secreciones evidenciado con estertores, crepitantes, roncus, expectoración amarillenta</p>	<p>Paciente mantendrá vías aéreas permeables.</p>	<p>Coloque en posición semifowler. Ausculte ambos campos pulmonares.</p> <p>Realice nebulizaciones según prescripción médica.</p> <p>Realice Fisioterapia respiratoria: cambios posturales cada dos horas, drenaje postural, capotaje.</p> <p>Valore producción de (características, volumen, cantidad).</p> <p>Aspire secreciones.</p> <p>esputo</p> <p>Extraiga muestra de secreción bronquial para cultivo.</p>	<p>Obstrucción de la vía aérea. Paro respiratorio.</p>	 <p>Paciente mantiene vías aéreas permeables libre de secreciones.</p> <p>Presencia de reflejo tusígeno</p> <p>Ausencia de ruidos adventicios</p> <p>Ausencia de cianosis distal</p> <p>FR: 16-18x</p> <p>Saturación de O2:</p> <p>>95%</p>
<p>Hipertemia relacionado a proceso infeccioso evidenciado por temperatura ></p>		<p>Paciente mantendrá la temperatura corporal normal</p>	<p>Administre líquidos y valore estado de hidratación.</p> <p>Controle temperatura cada 2 horas. Baje la temperatura por medios físicos. Administre antipirético y antibiótico</p>	<p>Convulsiones Empiema Absceso pulmonar</p>	<p>Paciente mantiene temperatura corporal de 36.5 oC</p>



	<p>38.5oC, taquicardia</p>		<p>prescrito. Mantenga el ambiente</p>		
--	----------------------------	--	--	--	--



			ventilado. Administre líquidos por vía oral.		
	Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de mecanismos reguladores evidenciado por aumento de peso, edema, distensión venosa yugular, fatiga	Paciente disminuirá el exceso de volumen de líquidos y electrolitos	Valore y controle el aumento o disminución de la distensión venosa yugular. Evalúe y valore el grado del edema. Realice Balance hídrico estricto. Ausculte ambos campos pulmonares. Controle Peso diario. Restrinja aporte de líquidos. Controle y corrija electrolitos diarios. Realice monitoreo hemodinámico. Administre diuréticos e inotrópicos según prescripción médica.	Congestión pulmonar Edema pulmonar.	Paciente disminuye edema de miembros inferiores y abdomen.
			Observe al paciente a diario en busca de		



	Desequilibrio Nutricional menor que los requerimientos corporales, relacionado a fatiga, pérdida del apetito	Paciente no evidenciará mayores pérdidas nutricionales y recibirá dieta según evolución y requerimiento.	desnutrición y caquexia. Evalúe datos de laboratorio en ayunas. Controle peso basal y diario en ayunas. Administre la dieta hiposódica con suplemento de contenido calórico y en forma fraccionada. Proporcione	Desnutrición Caquexia	Paciente mejora el estado nutricional, con buen apetito, buena tolerancia oral, buena turgencia cutánea, aumento de la masa muscular.
--	--	--	--	-----------------------	---



			alimentos ricos en potasio. Permita que el paciente elija sus alimentos.		
	Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno evidenciado por malestar, disnea al esfuerzo	Paciente será capaz de incrementar paulatinamente sus actividades físicas	Valore y vigile signos de inactividad. Monitoree signos vitales. Mantenga en reposo en cama o en silla. Permita periodos de descanso ininterrumpidos, en el día y en la noche. Ayude en la satisfacción de necesidades básicas.	Disnea Arritmias cardiacas	Paciente realiza actividades físicas sin fatiga ni esfuerzo de los músculos respiratorios.



EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

SIGNOS DE ALARMA

COMPLICACIONES



MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1.- Medidas generales y preventivas

Existen ciertas medidas que complementan de manera adecuada la terapia antibiótica y que pueden convertirse en ayudas fundamentales para obtener una respuesta clínica satisfactoria. Dentro de estas tenemos:

- **Alimentación:** Cuando exista dificultad respiratoria importante se debe suspender temporalmente la vía oral, mientras no se asegure que no existe riesgo de generar bronco-aspiraciones. Cuando el patrón respiratorio sea inadecuado por tiempo prolongado, puede considerarse la administración de fórmulas por vía enteral ó iniciar nutrición parenteral para evitar el desplome nutricional. En este sentido Yavigal, Montecarlo y Cols demostraron que, utilizando sondas transpilóricas, podría llegar a disminuirse la frecuencia y severidad de las microaspiraciones. Igualmente se había sugerido que la utilización de fórmulas conservadas ó acidificadas artificialmente podría alterar de manera menos significativa el PH gástrico y, por ende, no modificar uno de los factores que se ha demostrado evita la colonización por gérmenes patógenos. Sin embargo, estudios posteriores no han sido consistentes con estos hallazgos. Se recomienda utilizar fórmulas que administren los requerimientos suficientes de proteínas, carbohidratos y lípidos de acuerdo al estado catabólico del paciente.
- **Sistema de administración de oxígeno:** va a depender del estado general del paciente así como de la oxigenación. Se utilizan sistemas de alto ó bajo flujo para mantener saturaciones, por encima del 92%.
- **Soporte Hidroelectrolítico:** suele acompañarse de trastornos principalmente en el metabolismo del potasio por el uso indiscriminado de agonistas B2. Debe tenerse en cuenta el uso de soluciones isotónicas en los pacientes con riesgos de edema extravascular (TEC, Post-operatorios etc).
- **Manejo de Bronco-obstrucción:** Probablemente se trata de una de las medidas coadyuantes más importantes. La frecuencia y tipo de medicación dependerá del estado clínico del paciente. Los más utilizados son los B2 agonistas y la levo-adrenalina. Este último tiene la ventaja de combinar el efecto broncodilatador con la vasoconstricción que disminuye el edema de la vía aérea, considerado un factor muy importante en la perpetuación de la bronco-obstrucción. Los derivados atropínicos estarían indicados cuando existe un componente hipersecretor importante, malasia ó efectos indeseables significativos de los B-agonistas





2.- Terapéutica, metas a alcanzar con el tratamiento

- El tratamiento de la neumonía en teoría es aparentemente fácil, simplemente debemos hacer el diagnóstico, determinar el agente etiológico y luego seleccionar el antibiótico para el cual el agente es sensible. En la práctica sin embargo esto no es posible.
- La penicilina G es el antibiótico de elección para el tratamiento de *S. pneumoniae*.
- La amantadina y la rimantadina también reducen la duración de la fiebre y otras complicaciones sistémicas.
- El tratamiento de apoyo incluye hidratación, antipiréticos, antihistamínicos o descongestionantes nasales.
- Se recomienda reposo en cama hasta que se observe signos de que la infección está cediendo.
- Tratamiento con oxígeno en caso de hipoxemia; gases en sangre arterial.
- El apoyo respiratorio incluye intubación endotraqueal, concentraciones elevadas de oxígeno inspirado y ventilación mecánica.
- Tratamiento de atelectasia, derrame pleural, choque, insuficiencia respiratoria o superinfección si se necesita.



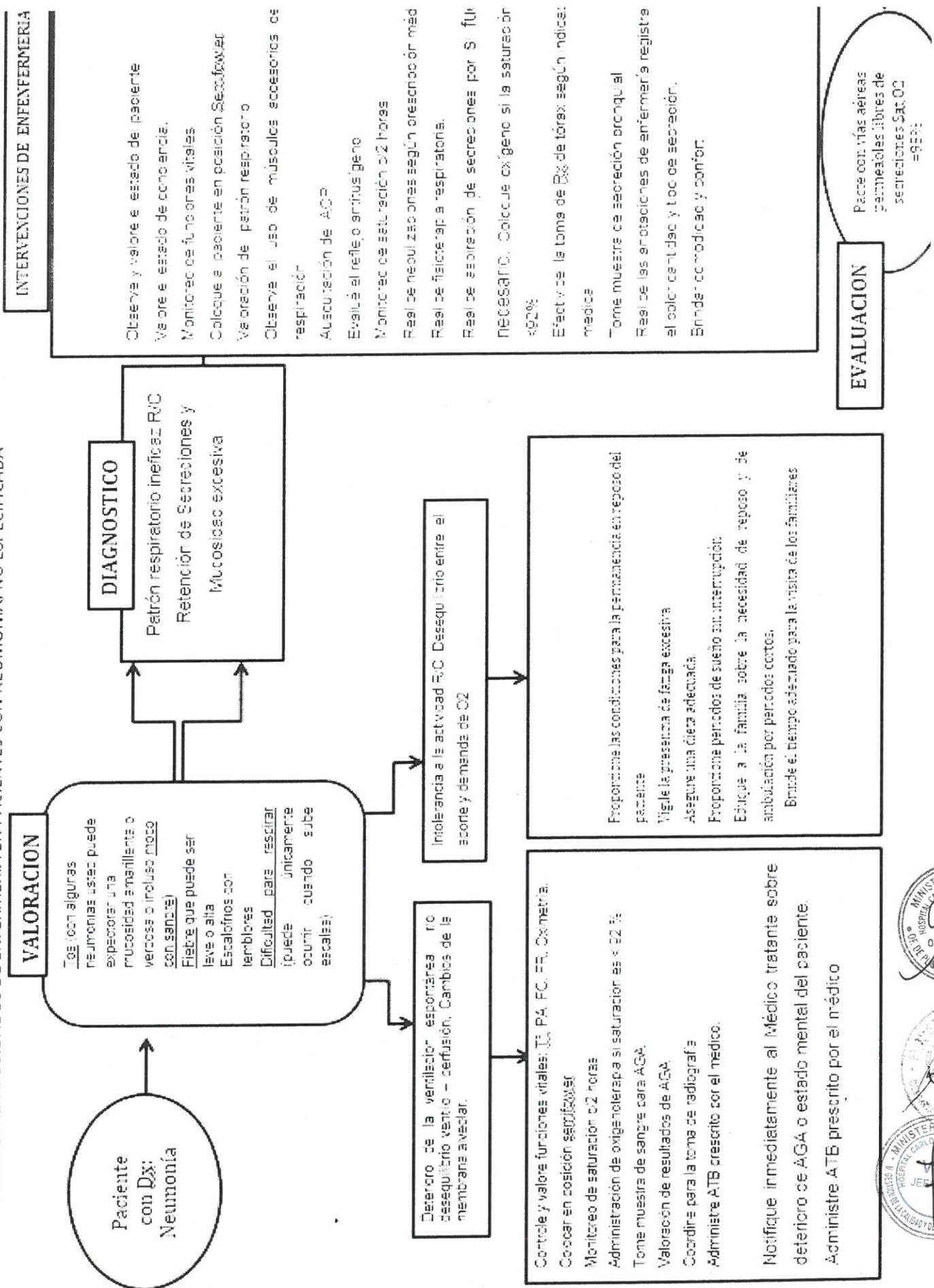


BIBLIOGRAFIA

1. Rose R. W.M.D. Ward B.H., M.D. Spherical Pneumonias in Children Simulating Pulmonary and Mediastinal Masses. Radiology. 106:179?182,1973.
- 2.- Griscom Thorne N., M.D. Pneumonia in Children and Some of its Variants. Radiology. 167:297?302,1988.
- 3.- Wagner Andrew L. Szabunio Margaret, Radiologic Manifestations of Round Prteurnonia in Adults. A.IR 1,170:723?726, 1998.
- 4.- Kohno N. M.D. Ikesone J., M.D. Organizing Pneumonia: C.T. Appearance. Radiology. 189: 119-123,1993.
- 5.- Blickman, J,M.D. Radiologia Pediátrica. Mosby/Doyma libros, 29-34,1995.
- 6.- Hershey C., M.D. Panaro V., M.D. Round Pneumonia in Adults. Arch Inter Med. 148: 1155?1157.1988.
- 7.- Zwirewich C., M.D. Solitary Pulmonary Nodule: HighResolution CT. And Radiologic-Patologic Correlation. Radiology. 179:469?476.1991.
- 8.- Diez Manglano J. Callau Barrio M, Round Pneumonia and Solitary. Nodule (letter, comment), Rev. Clin. Esp. 193(2): 99-100.1993.
- 9.- Souza E. Guimaraes de Nogueira, Marcio Costa, Amado Junior, Drasio, Round Pneumonia. J, Pneumol. 16(3): 178180.1990.
- 10.- Pallares Querol M., Round Pneumonia and Solitary Nodule, Rev. Clin. Esp. 191(6):333?334,1992.
- 11.- Mayol P. M., Sifontes J.,et al. Round Pneumoni,a in a Child. Bol. Asoc. Md. P.R. 78(5): 204?11.1986.
- 12.- Sachilev Hp, Sharma S, Mohan M, Bajjal Vn. Round pneumonia in young infant. Indian Pediatr. 21(3):253?255, 1984.



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEUMONIA, NO ESPECIFICADA





2. GUIA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

I. **NOMBRE:** Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Infección de vías urinarias, sitio no especificado

II. GENERALIDADES

DEFINICION

La infección de vías urinarias es definida como la presencia de 100 mil o más colonias de bacterias en un cultivo de orina. Deben considerarse otros términos para tener un mejor concepto de esta enfermedad.

Bacteriuria.- Presencia de bacterias en orina sin manifestaciones clínicas de infección.
Pielonefritis.- síndrome caracterizado por dolor lumbar, fiebre, ataque al estado general y piuria. Esta a su vez puede ser aguda o crónica.

Una infección de las vías urinarias (IVU) es una infección en cualquier parte de las mismas. La orina normal es estéril. Contiene fluidos, sales y desechos, pero está libre de bacterias, virus, y hongos. Cuando microorganismos, generalmente bacterias del tubo digestivo, se aferran a la uretra, que es la abertura a las vías urinarias, y comienzan a reproducirse, ocurre una infección.

III. CUADRO CLINICO

1.-Signos y síntomas:

- Presión en la región inferior del abdomen
- Orina con mal olor o con apariencia turbia o rojiza
- Con menor frecuencia, náusea o dolor de espalda
- Necesidad urgente y frecuente de orinar.
- Picazón o quemazón en la uretra al orinar.
- Enrojecimiento de la vulva y picor vaginal (en las mujeres).
- Dolor al orinar y en las relaciones sexuales.
- Aparición de sangre en la orina.
- Fiebre y escalofríos (la fiebre puede significar que la infección ha alcanzado los riñones).
- Vómitos y náuseas.
- Dolor en el costado o espalda (indica infección en los riñones).
- A menudo, las mujeres sienten una ligera presión por encima del hueso púbico y muchos hombres sienten una dilatación del recto.
- Estar más irritable de lo normal. Los síntomas infantiles, por su parte, pueden confundirse con otros trastornos; además, se encuentran ante la dificultad de no





saber expresar qué les pasa. No obstante, si un niño presenta una infección urinaria puede manifestar los siguientes indicios:

- Estar más irritable de lo normal.
- No comer como lo hace normalmente.
- Tener fiebre sin motivo aparente que además no acaba de desaparecer.
- No poder aguantarse la orina.
- Sufrir alteraciones en su desarrollo.
- Estar más irritable de lo normal.
- No comer como lo hace normalmente.
- Tener fiebre sin motivo aparente que además no acaba de desaparecer.
- No poder aguantarse la orina.
- Sufrir alteraciones en su desarrollo.

var

IV. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Termorregulación ineficaz
- Alteración de la eliminación urinaria
- Disconfort

V. EXAMENES AUXILIARES

Sedimento urinario.

Se requiere una muestra de orina espontánea tomada de la mitad de la micción previo aseo genital, la cual debe ser procesada sin demora.

En el uroanálisis deben evaluarse las siguientes características:

Piuria: detección de más de 10 leucocitos por mm³ de orina no centrifugada o más de 5 leucocitos por campo en orina centrifugada y examinada con microscopio de 40 aumentos. En los pacientes con cistitis este hallazgo tiene una sensibilidad superior a 95%. La presencia de piuria también se puede determinar mediante la prueba de estearasa leucocitaria con tira colorimétrica (*dipstick*) la cual es equivalente a detectar 10 leucocitos/mL. No hay que olvidar que piuria indica inflamación del aparato urinario, pudiendo observarse también en orinas contaminadas o en nefritis intersticiales, y que el 30-52% de la población anciana puede tener piuria sin bacteriuria. Por tanto, la piuria no es suficiente, por sí misma, para diagnosticar bacteriuria ni para diferenciar entre ITU sintomática asintomática.

Prueba de nitritos con tira colorimétrica: la prueba tiene una especificidad mayor de 90%, pero una sensibilidad de apenas 50%, que puede ser inferior si la concentración de microorganismos es menor de 10[≥] UFC/ ml o el tiempo de permanencia de la orina en la vejiga es inferior a 4 horas.

Se evitará el sondaje vesical, salvo que sea imposible obtener una muestra de orina (p. ej., alteraciones neurológicas), por el riesgo (2%) que existe de contaminar la vejiga por la flora





perineal. La recogida de la muestra de orina se efectuará con aguja, previa desinfección del lugar de la sonda que vaya a pincharse. La punción suprapúbica apenas se utiliza.

Cultivo de orina

Se realizará urocultivo a las embarazadas, en la ITU complicada o recurrente, en caso de fracaso terapéutico, en cistitis en pacientes del sexo masculino y en recidivas precoces, es decir durante el primer mes.

Después del tratamiento está indicado en las embarazadas, en la ITU recurrente y cuando haya anomalías anatómicas del sistema urinario o alteraciones inexplicadas en el análisis de orina.

Clásicamente se consideraba bacteriuria significativa un recuento de cuando menos 105 UFC/ml. Sin embargo, el 25-30% de las mujeres con cistitis tienen más de 105 UFC/ml³, por lo que se ha revisado esta definición. Así pues, en mujeres con síntomas de cistitis o pielonefritis, se considera bacteriuria significativa una cifra igual o mayor de 102 UFC/ml y en varones sintomáticos, una bacteriuria de por lo menos 103 UFC/ml.

Los estudios de imagen

(Ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética) están indicados en varones para descartar una uropatía obstructiva, y cuando no haya respuesta terapéutica o bacteriemia de brecha para descartar la existencia de obstrucción de las vías urinarias o absceso intrarrenal/perinéfrico. No están indicados en mujeres con pielonefritis aguda no complicada.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1.- Tratamiento de la cistitis

- En la mujer con cistitis no complicada de origen extrahospitalario, no es necesario realizar un urocultivo, excepto en caso de recidiva.
- Se iniciará tratamiento antibiótico empírico según los estudios de sensibilidad de los microorganismos prevalentes en el área geográfica.
- Betalactámico / inh de las betalactamasas: amoxicilina-clavulánico, ampicilina-sulbactam.
- Cefalosporinas de 1^a generación; cefalexina, cefadroxilo.
- Cefalosporinas de 2^a-3^a generación. Constituyen una alternativa válida aunque su precio es más elevado.
- Fluorquinolonas. tasas de resistencias de *E.coli* son del 20-25%; sin embargo, en el tratamiento de la cistitis el porcentaje de fracasos clínicos es pequeño, probablemente por la elevada concentración del fármaco en la orina, por lo que consideramos que siguen siendo útiles en el tratamiento empírico de la cistitis.
- Fosfomicina trometamol.





PERÚ

Ministerio
de Salud



- Las pautas de 3 días con fluorquinolonas o cotrimoxazol tienen una eficacia similar a la pauta convencional de 7 días.
 - En las niñas/os menores de 5 años, y en la mujer embarazada, diabética, con insuficiencia renal, inmunodepresión, infección previa en el último mes, clínica de más de una semana de evolución (mayor riesgo de pielonefritis), utilización de diafragmas o cremas espermicidas, infección por *Proteus spp*, anomalía anatómica o funcional de la vía urinaria y en el anciano, se aconseja prolongar el tratamiento durante 7-10 días dado el elevado porcentaje de recidivas con las pautas más cortas. En estas situaciones se aconseja realizar un urocultivo de control postratamiento 1-2 semanas después)
 - 2.- Tratamiento de la Pielonefritis aguda (PNA)
 - Para el tratamiento de la PNA es importante diferenciar entre los pacientes que requieren ser ingresados a una unidad de hospitalización (b) y los que tienen factores de riesgo de infección por microorganismos resistentes (a):
 - PNA con riesgo de infección por microorganismos resistentes
 - Manipulación urológica reciente.
 - Sonda uretral permanente.
 - Tratamiento antibiótico previo.
 - Infección adquirida en el hospital.
- b) Criterios de Ingreso.-
- Sepsis grave.
 - Clínica de complicación local (dolor intenso, hematuria franca, masa renal, insuficiencia renal aguda).
 - Patología de base (ancianos, diabéticos, cirróticos, neoplásicos, trasplantados).
 - Los pacientes que no se estabilizan tras 6-12 horas de observación una vez iniciado el tratamiento antibiótico y los que no puedan cumplir el tratamiento por vía oral (vómitos, distocia social)





PERÚ

Ministerio
de Salud

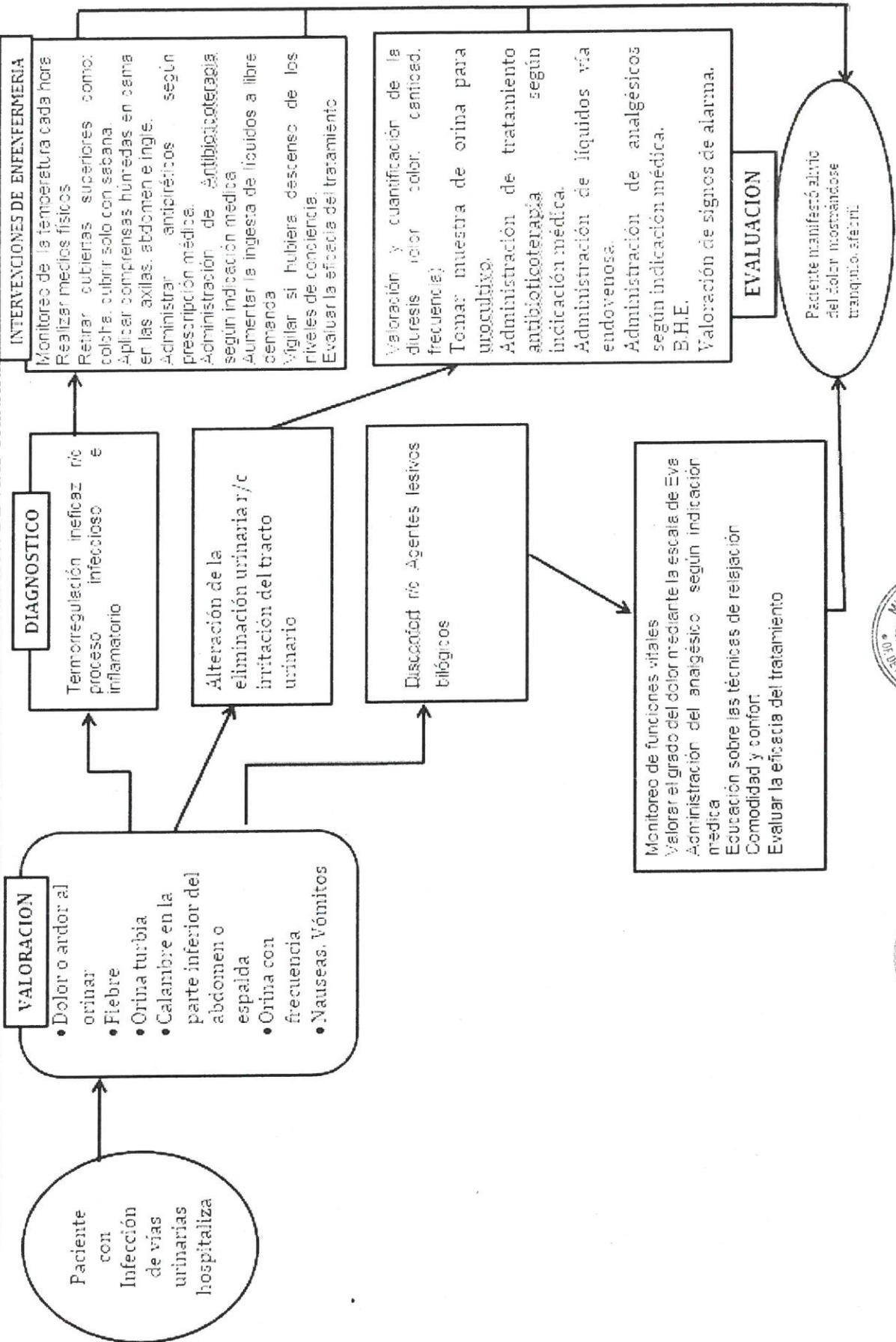


BIBLIOGRAFIA

1. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Juan Echevarria-Zarate, Elsa Sarmiento Aguilar, Fernando Osoro-Plenge. Acta Med Per 2006; 23 (1).
2. Howes DS, Henry SM. Urinary Tract Infection, Female. 2005. Emedicine: <http://www.emedicine.com/EMERG/topic626.htm> Gynecol 2002; 14(5):537-543.
3. Members of the Jury of the Consensus Conference on nosocomial urinary tract infections (NUTI) in adult patients. Consensus conference 2002, short text / Medicine et maladies infectieuses 2003; 33:218s-222s
4. Fihn SD. Acute Uncomplicated urinary tract infection in women. N Engl J Med 2003; 349(3):259-266.



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFECCION DE VIAS URINARIAS



3. GUIA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO NO ESPECÍFICO

I) **NOMBRE:**

Accidente vascular encefálico agudo no específico

II) **DEFINICIÓN:**

2.1) **Definición de la patología**

Un accidente cerebrovascular resulta del bloqueo de un vaso sanguíneo que interrumpe el suministro de oxígeno a las células provocando su muerte. La sangre se provee al cerebro a través de dos sistemas arteriales principales (las arterias carótidas que salen por la parte enfrente del cuello y las arterias vertebrales que salen por la parte trasera del cuello. Las consecuencias de un accidente cerebrovascular, su gravedad y la magnitud de las funciones afectadas, depende del lugar en que ha ocurrido el bloqueo en el cerebro y de cuán grande ha sido el daño.

2.2) **Etiología**

El ataque cerebrovascular tiene dos formas bien diferenciadas:

- **Ictus isquémico o infarto cerebral:** Una isquemia (disminución importante del flujo sanguíneo) en el cerebro, de manera anormalmente brusca.
- **Ictus hemorrágico, derrame cerebral o hemorragia cerebral:** La hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral.

2.3) **Fisiopatología**

Para cumplir con sus funciones el cerebro requiere que el flujo sanguíneo cerebral (FSC) sea constante y permanente. El FSC es aproximadamente de 65 ml/min/100 gr de tejido pero puede modificarse dependiendo de la rapidez y el grado de obstrucción que sufra el vaso. Si el FSC cae por debajo de 25 ml/m/100 g de tejido cerebral y la circulación se establece a corto plazo, las funciones cerebrales se recuperan; si por el contrario el FSC cae por debajo de 10-12 ml/min/100 g, independientemente del tiempo de duración, se desencadenan los procesos irreversibles del infarto cerebral. En el infarto se producen básicamente dos fenómenos fisiopatológicos, uno de ellos es la hipoxia tisular debido a la obstrucción vascular y el otro son las alteraciones metabólicas de las neuronas debido a la abolición de los procesos enzimáticos. Estas alteraciones metabólicas lesionan la membrana celular permitiendo la brusca entrada de Na^+ a la célula, seguido del ingreso de Ca^{++} y la salida en forma rápida del K^+ al medio extracelular. (5) El resultado final es el edema celular irreversible. Los factores que interfieren en la producción del





infarto cerebral y en su extensión, modificando el tiempo de aparición de la isquemia son:

1. La rapidez con que se produce la obstrucción (si es gradual da tiempo para que se abran las colaterales).

La ruptura de un vaso sanguíneo cerebral produce una EVC hemorrágica. La trombosis se produce cuando un coágulo bloquea una arteria cerebral.

2. La hipotensión arterial la cual actúa negativamente para que se abran las colaterales

3. La hipoxia e hipercapnia que tienen efectos dañinos

4. Las anomalías anatómicas en la circulación cerebral

5. Las obstrucciones vasculares previas y las alteraciones en la osmolaridad de la sangre. (5)

2.4) Aspectos Epidemiológicos

Prevalencia:

- El 3.5 % en la población mayor de 64 años.
- En España hay de 150 a 250 casos anuales por cada 100 000 habitantes.

Incidencia por edad y sexo:

- De 65 a 74 años la presencia es mayor en hombres.
- A partir de los 75, la prevalencia asciende significativamente entre mujeres.

Mortalidad:

- En Europa es la tercera causa de muerte. Por sexos, es la primera causa de mortalidad en la mujer.
- En España es la primera causa de muerte en mujeres y segunda en hombres⁴. Cada año el ictus provoca 90 muertes cada 100 000 habitantes.
- Durante el primer mes tras el ictus, la mortalidad es mayor del 25 %.

Morbilidad:

- El 32.3 % requiere rehabilitación.
- El 27.4 % presenta discapacidad para alguna actividad básica de la vida diaria.
- El 17.7 % de los pacientes que han sufrido un ictus son dependientes a los seis meses.
- El 12.5 % sufre depresión en los tres primeros meses.
- El 10 % evoluciona a demencia en los tres meses siguientes.

Otros problemas que presentan derivados del ictus se refieren a: epilepsia, espasticidad, incontinencia urinaria, problemas intestinales, úlceras de decúbito, etc.

El número de personas afectadas, la duración, gravedad y variedad de las secuelas, su repercusión en la calidad de vida de los afectados y sus familias,





sus consecuencias económicas y productivas convierten al daño cerebral adquirido en un problema sociosanitario de primera magnitud.

III) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTORES DE RIESGO TRATABLES

Presión arterial alta (hipertensión arterial). La presión arterial alta es el principal factor de riesgo cerebrovascular. Según la Asociación Americana del Corazón (AHA), la hipertensión afecta a casi 1 de cada 3 estadounidenses adultos. Generalmente no presenta síntomas. Es más, la mayoría de las personas no descubren que sufren de hipertensión hasta después de haber tenido un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón. El control de la hipertensión reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. La hipertensión puede a menudo controlarse con ejercicio físico, una alimentación sana y ciertos medicamentos.

Enfermedad cardiovascular (tal como la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad valvular cardíaca y las alteraciones del ritmo cardíaco). Las personas que sufren de una enfermedad cardiovascular tienen el doble del riesgo de padecer un accidente cerebrovascular que las personas con corazones sanos. El control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular (el hábito de fumar cigarrillos o tabaco, el colesterol elevado en sangre y la hipertensión arterial) puede también reducir el riesgo cerebrovascular.

Aterosclerosis. La aterosclerosis, a menudo denominada «endurecimiento de las arterias», es una enfermedad que se caracteriza por la acumulación de materias grasas, colesterol y calcio en las paredes internas de las arterias. Esta acumulación de grasa puede obstruir los vasos sanguíneos.

Recuento elevado de glóbulos rojos. Incluso una elevación moderada en el recuento de glóbulos rojos puede constituir un factor de riesgo cerebrovascular. Un número elevado de glóbulos rojos hace más espesa la sangre, lo cual puede dar lugar a la formación de coágulos.

Ataques isquémicos transitorios (AIT). Los AIT generalmente se producen cuando un coágulo sanguíneo obstruye transitoriamente una arteria del cerebro o del cuello. Esto impide que una parte del cerebro reciba la sangre que necesita. Los AIT son un claro síntoma de advertencia de un posible accidente cerebrovascular. De las personas que han sufrido uno o más AIT, más de un tercio sufrirá un accidente cerebrovascular. Los síntomas son similares a los de un accidente cerebrovascular grave. Consulte inmediatamente al médico si usted o alguien que usted conoce tiene alguno de los síntomas de un AIT.

Apnea del sueño. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es uno de los principales factores de riesgo cerebrovascular porque eleva la presión sanguínea y disminuye la concentración de oxígeno en la sangre.





Agujero oval persistente (AOP). Un AOP es una abertura entre las aurículas izquierda y derecha (las cavidades superiores) del corazón. Todos tenemos un AOP antes de nacer, pero generalmente se cierra al poco tiempo del nacimiento. Los médicos creen que las personas mayores que tienen un AOP podrían correr más riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular debido a coágulos de sangre que pueden pasar por la abertura.

FACTORES DE RIESGO INALTERABLES

Edad. El riesgo cerebrovascular aumenta con la edad. A partir de los 55 años de edad, las probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular se duplica cada diez años.

Sexo. La incidencia de accidentes cerebrovasculares es mayor en los hombres que en las mujeres.

Raza. Los afroamericanos tienen un mayor riesgo cerebrovascular que los blancos.

Diabetes. Aunque la diabetes puede controlarse, las personas que padecen esta enfermedad tienen mayores probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular. La incidencia de accidentes cerebrovasculares es mayor en las mujeres diabéticas que en los hombres diabéticos.

Accidente cerebrovascular previo. El riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular aumenta considerablemente si la persona ya ha sufrido uno. Si la persona ha sufrido un ataque cardíaco, también tiene un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

Herencia. El riesgo cerebrovascular es mayor en las personas que tienen antecedentes familiares de accidente cerebrovascular o AIT.

Soplo carotideo. Este síntoma generalmente indica la presencia de aterosclerosis. Un soplo es un sonido anormal que se detecta al colocar un estetoscopio sobre una arteria obstruida, en este caso la arteria carótida en el cuello. El soplo carotideo típicamente indica que la persona tiene un mayor riesgo cerebrovascular.

Enfermedad de las arterias carótidas. La acumulación de materia grasa en la arteria carótida (la principal arteria entre el corazón y el cerebro) puede obstruir esta importante fuente de irrigación sanguínea. Según el grado de la obstrucción, podría realizarse una intervención quirúrgica para cortar y extraer la materia grasa acumulada.



FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos factores aumentan de forma indirecta el riesgo cerebrovascular. La implementación de cambios en el estilo de vida puede prevenir o disminuir considerablemente el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

El hábito de fumar. Según la Asociación Nacional de Ataque Cerebral de los Estados Unidos (NSA), fumar duplica el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular.

Consumo excesivo de alcohol. Según la Asociación Americana del Corazón (AHA), el consumo moderado es un promedio de una o dos bebidas por día para los hombres y de una bebida por día para las mujeres. Una bebida se define como 1,5 onzas líquidas (44 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 40° (80 proof) (tal como whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.), 1 onza líquida (30 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 50° (100 proof), 4 onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza. El beber más de esta cantidad por día aumenta el riesgo de hipertensión arterial y puede dar lugar a un accidente cerebrovascular.

Uso de drogas ilícitas. El uso de drogas intravenosas aumenta el riesgo cerebrovascular. El uso de cocaína también ha sido vinculado a ataques cardíacos y cerebrales.

Inactividad física. La inactividad física no es sólo uno de los principales factores de riesgo coronario sino que también puede causar hipertensión arterial, niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL o «colesterol bueno») y diabetes (todos ellos factores de riesgo del accidente cerebrovascular). Hacer ejercicio físico durante 30 o 40 minutos por lo menos 3 o 4 veces por semana puede contribuir a mejorar muchas afecciones.

Obesidad. La obesidad aumenta al doble las probabilidades de presentar presión arterial alta, que es un factor de riesgo importante del accidente cerebrovascular.

Píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales). Los anticonceptivos orales, independientemente, no constituyen un factor de riesgo significativo. Pero si se los combina con otros factores de riesgo, tales como el hábito de fumar

VALORACION (CUADRO CLÍNICO):

- I. Examen físico
- II. Valoración de signos vitales
- III. Realizar escala de Glasgow
- IV. Exámenes auxiliares



Signos:

El Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas indica los siguientes signos importantes de los accidentes cerebrovasculares:

- Entumecimiento o debilidad repentina en la cara, los brazos o las piernas.
- Confusión o dificultad repentina para hablar o entender a los otros.
- Dificultad repentina para ver con un ojo o con los dos.
- Dificultad repentina para caminar, mareo o pérdida del equilibrio o la coordinación.
- Dolor de cabeza fuerte y repentino sin motivo aparente.

IV) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

1. DOMINIO 2: NUTRICION

Clase 1

00002 Riesgo de caídas

- Riesgo de caídas R/C dificultades visuales

2. DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Clase 1

00018 Función urinaria

- Incontinencia urinaria refleja R/C disfunción neurológica

Clase 2

00014 Función gastrointestinal

- Incontinencia fecal R/C lesión de los nervios motores interiores

V) EXÁMENES AUXILIARES

a. De imágenes

- Tomografía computada.
- Resonancia magnética.
- Resonancia magnética ultrarrápida
- Angiografía.

b. Imágenes ultrasonografías

- Ultrasonido Doppler.
- Fonoangiografía carotídea.



- c. De actividad eléctrica
- Electroencefalograma (EEG)
 - Examen de respuesta evocada.

VI) MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Establecimiento de Prioridades:

Prioridad Alta:

- Patrón respiratorio ineficaz R/C disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios.
- Incontinencia urinaria refleja R/C disfunción neurológica
- Incontinencia fecal R/C lesión de los nervios motores interiores

Prioridad Mediana:

- Riesgo de caídas R/C dificultades visuales

VII) COMPLICACIONES

- ✓ Problemas asociados a ventilación mecánica. La hipoxemia, la acidosis, los desequilibrios electrolíticos.
- ✓ Neurológicas: Edema cerebral, Hemiplejía izquierda, Afasia.
- ✓ Sistemáticas: alteraciones hidroelectrolíticas, hiponatremia.
- ✓ Neumonía: por aspiración, causa importante de muerte en estos pacientes, alimentación adecuada, ejercicios respiratorios
- ✓ Trombosis venosa profunda: depende del estado de postración y de factores de riesgo que presente el paciente.
- ✓ Infección urinaria: septicemia secundaria, depende de la existencia de vejiga neurogénica.

VIII) CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

• REFERENCIA:

- ✓ Los niveles I y II según realidad geográfica y capacidad de resolución deben evacuar inmediatamente a nivel III
- ✓ Cuadro clínico con sospecha de ACV agudo, derivar de inmediato al servicio de Emergencia.
- ✓ Pacientes confirmados de ACV, según estudio etiológico
- ✓ Pacientes con diagnóstico confirmado de ACV, hospitalizados en los servicios clínicos y dados de alta.





• **CONTRAREFERENCIA:**

- ✓ La contra-referencia del paciente se realizará al completar evaluación por especialidad, mediante documento de contra-referencia, en donde se indicara:
 - Confirmación o descarte de diagnóstico de derivación
 - Evaluación realizada
 - Tratamiento entregado y ajustes realizados a terapia farmacológica
 - Fecha de un próximo control, si éste se requiere
 - Plan farmacológico y de rehabilitación a seguir en su establecimiento de origen
- ✓ Con epicrisis a hospital general según complicación relacionado a la medicina interna.

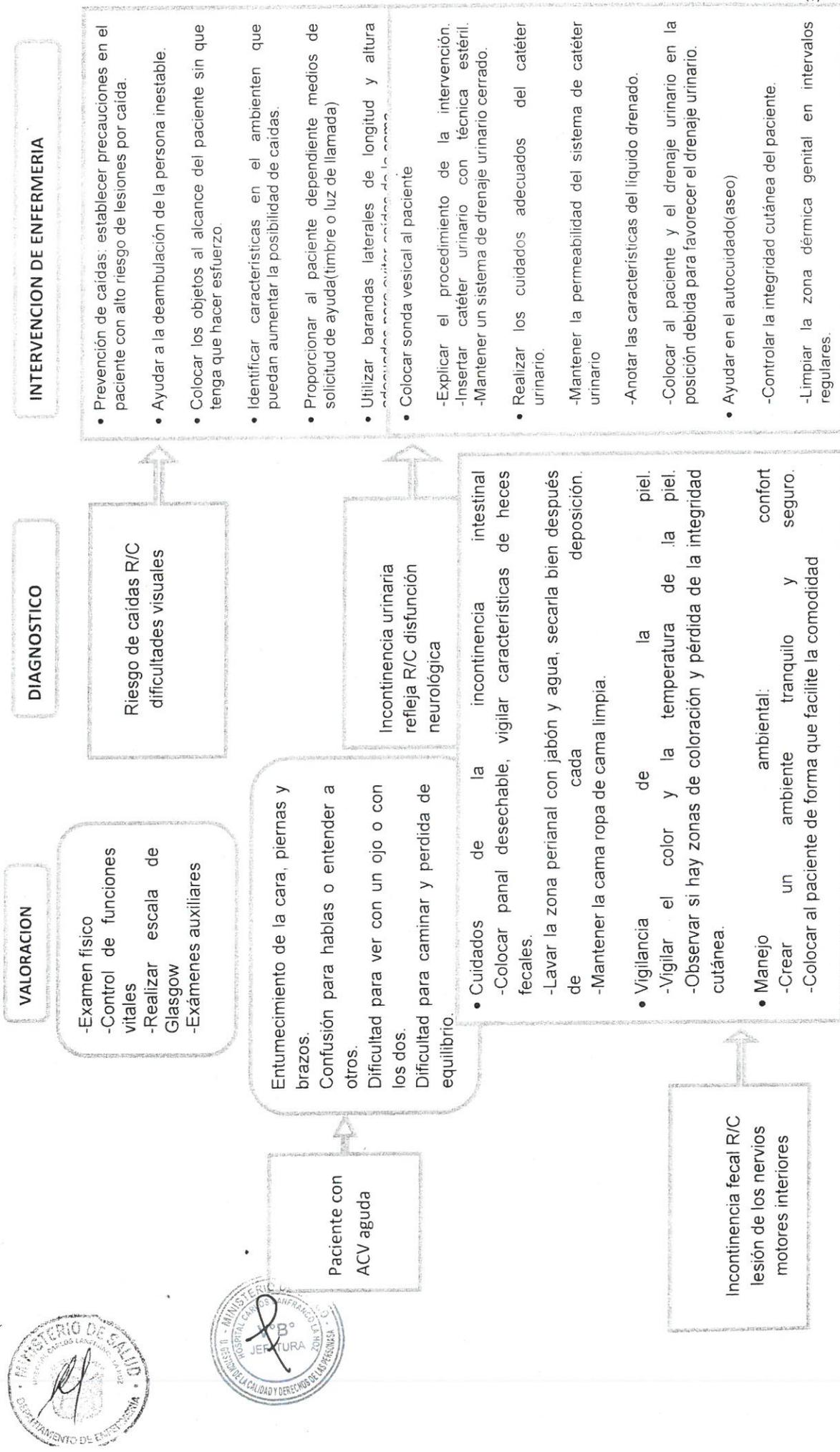
IX) **BIBLIOGRAFÍA**

- <http://www.neurorehabilitacion.com/recursosacv.htm#7>.
- http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strokwsp.cfm
- http://www.cdc.gov/dhdsp/spanish/fs_strokesigns_spanish.htm
- GUÍA METODOLÓGICA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, Lic. Mery Bravo Peña. Primera Edición
- MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA L. J. Carpenito Quinta edición Editorial Mc. Graw – Hill
- NANDA Diagnósticos Enfermeros 2005 – 2006





FLUJOGRAMA DE CUIDADO DE ATENCION DE ENFERMERIA





X) Plan de Atención de Enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 2: NUTRICIÓN Clase 1: 00002 Riesgo de caídas R/C dificultades visuales	Acciones personales o del cuidador para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenición de caídas: establecer precauciones en el paciente con alto riesgo de lesiones por caída. Ayudar a la deambulacion de la persona inestable. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo. Identificar características en el ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas. Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) Utilizar barandas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. 	<ul style="list-style-type: none"> TRAUMATISMOS Fracturas, contracturas articulares y las ulceras por decúbito. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el medico 	❖ III	<ul style="list-style-type: none"> Prevenición de caídas Enseñanza: individual Manejo ambiental: seguridad





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 3: ELIMINACION Clase 1 00018 Función urinaria Incontinencia urinaria refleja R/C disfunción neurológica	Realizar un adecuado sistema de drenaje y mejorar estado del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Colocar sonda vesical al paciente -Explicar el procedimiento de la intervención. -Insertar catéter urinario con técnica estéril. -Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. Realizar los cuidados adecuados del catéter urinario. -Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario -Anotar las características del líquido drenado. -Colocar al paciente y el drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario. • Ayudar en el autocuidado(aseo) -Controlar la integridad cutánea del paciente. -Limpiar la zona dérmica genital en intervalos regulares. 	<ul style="list-style-type: none"> Infección urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el medico 	❖ III	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de orina Incontinencia urinaria





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 3: ELIMINACION Clase 2 00014 Función gastrointestinal • Incontinencia fecal R/C lesión de los nervios motores interiores	Evita pérdida de integridad cutánea y mejorar estado del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de la incontinencia intestinal -Colocar pañal desechable, vigilar características de heces fecales. -Lavar la zona perianal con jabón y agua, secarla bien después de cada deposición. -Mantener la cama ropa de cama limpia. • Vigilancia de la piel. -Vigilar el color y la temperatura de la piel. -Observar si hay zonas de coloración y pérdida de la integridad cutánea. • Manejo ambiental: confort -Crear un ambiente tranquilo y seguro. -Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad -Evitar exponer la piel a factores irritantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección • Dolor rectal • Prurito anal 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el médico 	❖ III	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación. • Control de movimientos intestinales. • Cantidad de heces con relación a la dieta.





4. GUIA CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

I NOMBRE: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Pancreatitis Aguda.

II GENERALIDADES

DEFINICION

Proceso inflamatorio agudo del páncreas producido por una activación enzimática intrínseca con compromiso variable de tejidos regionales o sistemas regionales alejados.

Clasificación:

Pancreatitis Aguda leve: disfunción orgánica mínima o nula y una recuperación sin complicaciones.

Pancreatitis Aguda Severa: cuando hay evidencia de falla orgánica o complicaciones locales: necrosis, colección pancreática, absceso, pseudoquiste.

III CUADRO CLINICO

- Dolor abdominal continuo, que se incrementa en intensidad en un máximo de 30 a 60 minutos, que permanece por horas o días.
- Se irradia al dorso en el 50% de los casos, empeora con el decúbito supino.
- Nauseas, vómitos, fiebre.
- Síntomas y signos de íleo paralítico.

IV DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Alteración de nutrición x defecto
- Déficit de volumen de líquidos
- Dolor Agudo

V EXAMENES AUXILIARES

Bioquímica:

- Elevación de los niveles séricos de enzimas pancreáticas (amilasas, lipasas) por lo menos tres veces por encima de los límites superiores de la normalidad.
- Amilasas (5-10 V/N) eleva a las 6h, dura 72 h (más sensible) no sirve de pronóstico.
- Lipasas eleva durante 6-7 días (más específico).
- Tripsina (suero) Elisa: muy costoso
- Tripsinógeno en orina (test rápido).





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

Radiológico:

- Radiografía de Abdomen: Enfisema subcutáneo, asa centinela, borramiento del psoas, íleo difuso.
- Ecografía: tamaño Páncreas: cabeza 3.5 -4cm., cuerpo 3.5-2.5cm, cola 1.5-2.5cm en 62.95% de ayuda; 40% no se logra ver el páncreas; ayuda en origen biliar y seguimiento de complicaciones.
- Endoscopia: edema, necrosis y complicaciones, coledocolitiasis.
- Tomografía Axial computarizada de abdomen contrastada.

Indicaciones de TAC:

- Sospecha de pancreatitis aguda grave por predictores.
- Insuficiencia orgánica múltiple.
- Falta de mejoría clínica.
- Sospecha de necrosis infectada: T> 38 C; dolor progresiva intenso, leucocitosis, taquicardia, hipotensión.

VII MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Pancreatitis Aguda Leve

Manejo en sala general

Administración de líquidos EV.

Analgésicos: Meperidina

No antibióticos

Pancreatitis Aguda Severa

- Manejo multidisciplinario en la UCI.
- Administración de líquidos EV.
- Analgésicos
- Antibióticos
- Inotrópicos
- Oxígeno y soporte ventilatorio
- Prevención de ulcera de stress
- Soporte renal
- Soporte nutricional.





PERÚ

Ministerio
de Salud



Pancreatitis biliar severa que no mejora en 48 horas, si aparece ictericia o colangitis se realiza PCRE urgente con esfinterotomía.

Parámetros para monitorizar severidad

- Clínico: Presencia de insuficiencia orgánica
- Bioquímico: Proteína C reactiva > 120 mg/dl (se eleva a partir de las 48 hrs)
- Elastasa de leucocitos mayor de 250 ug.
- Tomográfico: Inicialmente se debe realizar entre las 48 – 72 horas y se debe monitorizar cada 7 a 10 días (cuantificar necrosis pancreática).

Detección de la infección pancreática

- TAC contrastada dinámico con punción aspiración.
- Si el Gram o cultivo es positivo se realiza cirugía de inmediato.

Prevención de la infección en necrosis pancreática

- Profilaxis antibiótica EV: Imipenen, ciprofloxacino.
- Descontaminación selectiva del tracto digestivo.

Indicaciones tratamiento quirúrgico

- Necrosis pancreática infectada.
- Paciente grave que no mejora con tratamiento médico intensivo,
- Inestabilidad hemodinámica.





PERÚ

Ministerio
de Salud

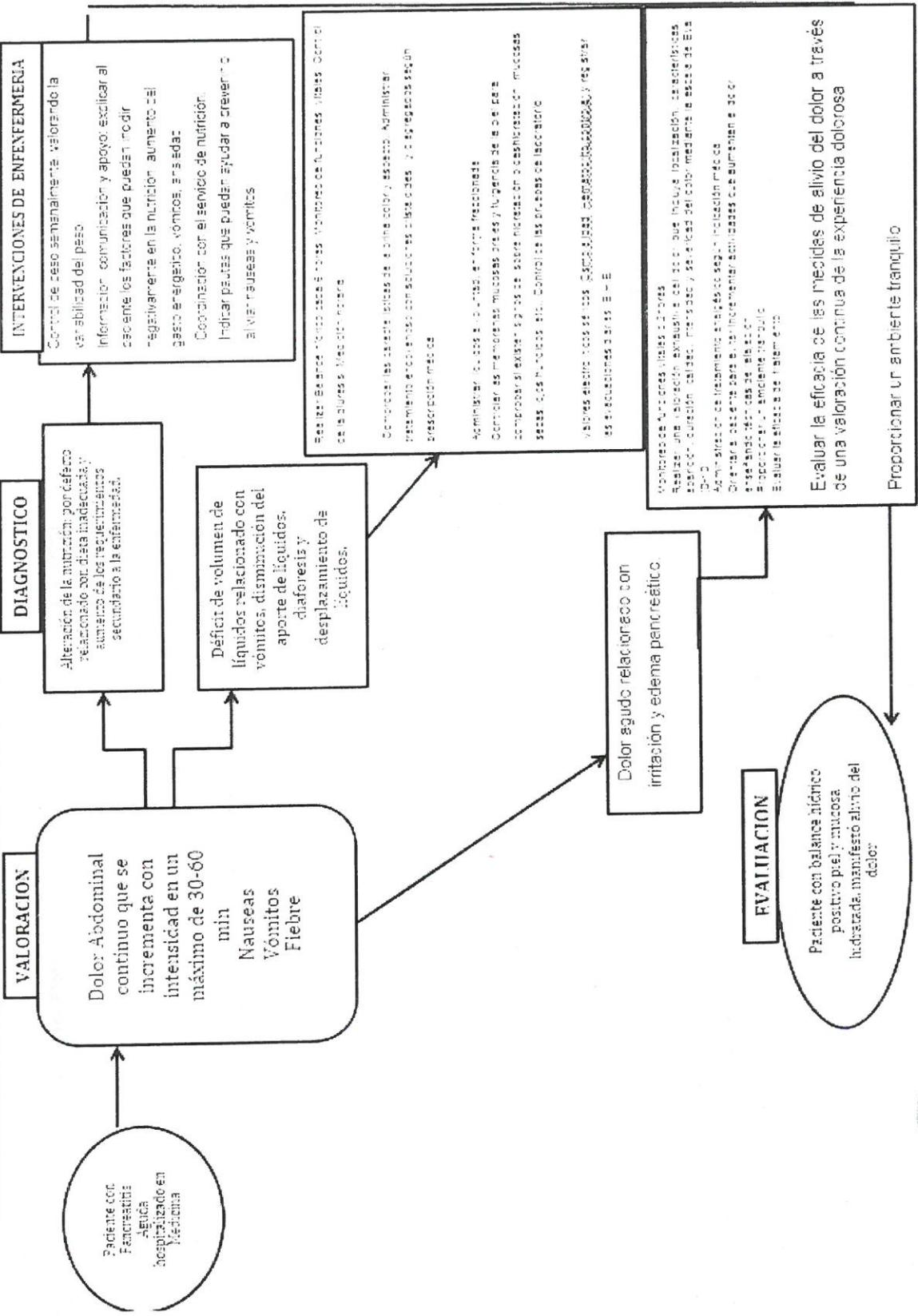


REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. Miho Sekimoto, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, Masahiko Hirota, Yasutoshi Kimura, Kazunori Takeda, Shuji Isaji, Masaru Koizumi, Makoto Otsuki, and Seiki Matsuno. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006; 13(1): 10–24.
2. Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis. Guo-Jun Wang, Chun-Fang Gao, Dong Wei, Cun Wang, and Si-Qin Ding *World J Gastroenterol.* 2009; 15(12): 1427–1430.
3. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. Yasutoshi Kimura, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, Miho Sekimoto, Masahiko Hirota, Kazunori Takeda, Shuji Isaji, Masaru Koizumi, Katsusuke Satake, Makoto Otsuki, and Seiki Matsuno. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006; 13(1): 56–60.
4. Role of genetic disorders in acute recurrent pancreatitis. Volker Keim *World J Gastroenterol.* 2008; 14(7): 1011–1015.
5. Severe acute pancreatitis: Pathogenetic aspects and prognostic factors. Ibrahim A Al Mofleh *World J Gastroenterol.* 2008; 14(5): 675–684.



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA





PERÚ

Ministerio de Salud



GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	RESULTADO ESPERADO
Dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos evidenciado con gestos de dolor.	Paciente manifestará disminución de signos de dolor.	<p>Controle funciones vitales.</p> <p>Valore la intensidad del dolor, con escala numérica (0 al 10)</p> <p>Administre analgésico prescrito.</p> <p>Brinde comodidad y confort.</p> <p>Aplique técnicas de relajación.</p> <p>Coloque en posición antálgica al paciente.</p> <p>Proporcione un ambiente libre de ruidos.</p>	<p>Shock neurogénico</p> <p>Agitación</p> <p>Estrés</p> <p>Bloqueo de pensamiento</p>	<p>Paciente no presenta agitación psicomotriz.</p> <p>Frecuencia cardiaca (FC): 80-120 x'</p> <p>Frecuencia respiratoria (FR): 14- 16x'</p> <p>Paciente despierto no manifiesta dolor.</p> <p>Paciente verbaliza alivio del dolor en escala de 10/10 a 5/10</p>

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a falta de aporte de nutrientes y aumento de la demanda metabólica evidenciado pérdida de peso.	<p>Paciente recuperará estado nutricional</p> <p>Valore el estado de hidratación y nutrición</p> <p>Canalizar vía periférica</p> <p>Colocar sng y evaluar características del contenido gástrico.</p>	<p>Desnutrición</p> <p>Deshidratación</p>	<p>Paciente presenta una buena tolerancia oral. Paciente mantiene peso corporal de acuerdo a promedio.</p> <p>Piel con aspecto de buen estado nutricional.</p>
---	---	---	--





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

	<p>Pesar diariamente al paciente.</p> <p>Inicie la nutrición parenteral de acuerdo a indicación médica.</p> <p>Evaluar tolerancia gástrica e intestinal antes de reiniciar la dieta enteral.</p> <p>Coordinar con el servicio de nutrición el régimen dietético.</p> <p>Administrar la dieta según requerimiento.</p> <p>Brindar educación sobre autocuidado en la alimentación.</p> <p>Realizar BHE.</p>		
--	---	--	--





PERÚ

Ministerio
de Salud



5. GUIA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ASMA

I) **NOMBRE:** Cuidados de enfermería en paciente con Asma

II) **DEFINICIÓN:**

2.2) Definición de la patología

Son las intervenciones de enfermería frente al desorden inflamatorio crónico, de los bronquios lo que provoca un estrechamiento de las vías respiratorias y una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones.

2.3) ETIOLOGIA

El asma puede clasificarse en 2 tipos: asma extrínseca (atópica) e intrínseca (no atópica). El asma extrínseca está producida por agentes externos como polvos, pelusa, insecticidas, esporas de mohos, alimentos, caspas o plumas. Este tipo es más conocido como reacción alérgica a alérgenos específicos.

El asma intrínseca implica que no se conocen las causas específicas. Puede desencadenarse en muchas ocasiones por el resfriado común, las infecciones de las vías aéreas inferiores superiores incluso con el ejercicio.

2.4) FISIOPATOLOGIA.

ASMA EXTRÍNSECA:

Después de la exposición de un alérgeno, los linfocitos B son estimulados y se diferencian en células plasmáticas que producen los antígenos de la inmunoglobulina E (IgE). Los anticuerpos IgE se fijan a los mastocitos, a su vez, liberan mediadores químicos – histamina, prostaglandinas, bradicinina SRS (sustancia de liberación lenta de anafilaxia). De forma local la histamina estimula la liberación de la contracción de la musculatura lisa bronquial e incrementa la permeabilidad muscular, lo que produce un paso de proteínas y líquidos al interior de la mucosa bronquial.

ASMA INTRÍNSECA

Cuando las terminaciones nerviosas aferentes (sensoriales) son estimuladas por mecanismos o químicos la liberación de acetilcolina se incrementa lo que produce un reflejo de broncoconstricción y la producción de mediadores químicos (histamina, bradicina, prostaglandinas y SRS) que producen también broncoconstricción.



2.5) Aspectos Epidemiológicos

- La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma.
- El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños.
- El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos.
- A menudo el asma no se diagnostica correctamente ni recibe el tratamiento adecuado, creando así una importante carga para los pacientes y sus familias, y pudiendo limitar la actividad del paciente durante toda su vida
- Según la Organización mundial de la Salud (OMS), las muertes por asma aumentarán en casi un 20% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes
- Lima es la quinta ciudad con mayor incidencia de asma en Latinoamérica

III) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTORES DEL HUÉSPED

- ✓ Predisposición Genética
- ✓ Hiperactividad de la vía aérea.
- ✓ Género
- ✓ Raza

FACTORES AMBIENTALES

- ✓ Aire de pobre calidad, producido por contaminación automovilística o niveles elevados de ozono.
- ✓ Humo de cigarrillo ambiental
- ✓ Infecciones virales a una edad temprana.
- ✓ Infecciones respiratorias, como el resfriado común
- ✓ Estrés psicológico.

IV) (VALORACION) CUADRO CLINICO

- ✓ Tos con o sin producción de esputo (flema)
- ✓ Disnea
- ✓ Retracción o tiraje de la piel entre las costillas al respirar (tiraje intercostal)
- ✓ Dificultad para respirar que empeora con el ejercicio o la actividad
- ✓ Sibilancias que:
 - Aparecen en episodios con períodos intermedios libres de síntomas
 - Pueden empeorar en la noche o en las primeras horas de la mañana
 - Pueden desaparecer espontáneamente
 - Mejoran cuando se utilizan medicamentos que dilatan las vías respiratorias (broncodilatadores)





PERÚ

Ministerio
de Salud



- Empeoran al inhalar aire frío
- Empeoran con el ejercicio
- Empeoran con la acidez gástrica (reflujo)
- Por lo general comienzan súbitamente

Síntomas de emergencia:

- ✓ Labios y cara de color azulado
- ✓ Disminución del nivel de lucidez mental, como somnolencia intensa o confusión, durante un ataque de asma
- ✓ Dificultad respiratoria extrema
- ✓ Pulso rápido
- ✓ Ansiedad intensa debido a la dificultad para respirar
- ✓ Sudoración

V) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1) DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Clase 4

00030 Deterioro del intercambio gaseoso

- Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios de la membrana alveolo-capilar.

2) DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 4

00032 Patrón respiratorio ineficaz

- Patrón respiratorio ineficaz r/c proceso inflamatorio de las vías aéreas inferiores e/p disnea, polipnea.

3) DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

Clase 2

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones bronquiales e/p ruidos sibilantes, roncantes y tos.

4) DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRES

Clase 2

00146 Ansiedad

- Ansiedad relacionada con los cambios en la salud





VI) EXAMENES AUXILIARES

- ✓ Espirometría
- ✓ Gasometría arterial
- ✓ Exámenes de sangre para medir el conteo de eosinófilos (un tipo de glóbulo blanco) y de IgE (un tipo de proteína del sistema inmunitario llamada inmunoglobulina)
- ✓ Radiografía de tórax
- ✓ EKG

VII) MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

PRIORIDAD ALTA:

- Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios de la membrana alveolo-capilar.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c proceso inflamatorio de las vías aéreas inferiores e/p disnea, polipnea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones bronquiales e/p ruidos sibilantes, roncantes y tos.

PRIORIDAD MEDIANA

- Ansiedad relacionada con los cambios en la salud

VIII) COMPLICACIONES:

- ✓ Tos persistente
- ✓ Incapacidad para realizar ejercicios físicos y actividades deportivas, alteraciones en el sueño debido a los posibles síntomas que se presentan en la noche.
- ✓ Dificultad para respirar, que en casos severos se necesita la asistencia de un respirador
- ✓ Dolor intenso en el tórax
- ✓ Pulso rápido con taquicardia
- ✓ Crisis de ansiedad debido a la insuficiencia respiratoria
- ✓ Confusión y somnolencia
- ✓ Coloración azulada en la cara y en los labios.

IX) CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Una vez tratado el cuadro de fondo y estando estable el paciente debe ser contra referido a su establecimiento de salud de origen con los recomendaciones necesarias para su seguimiento.





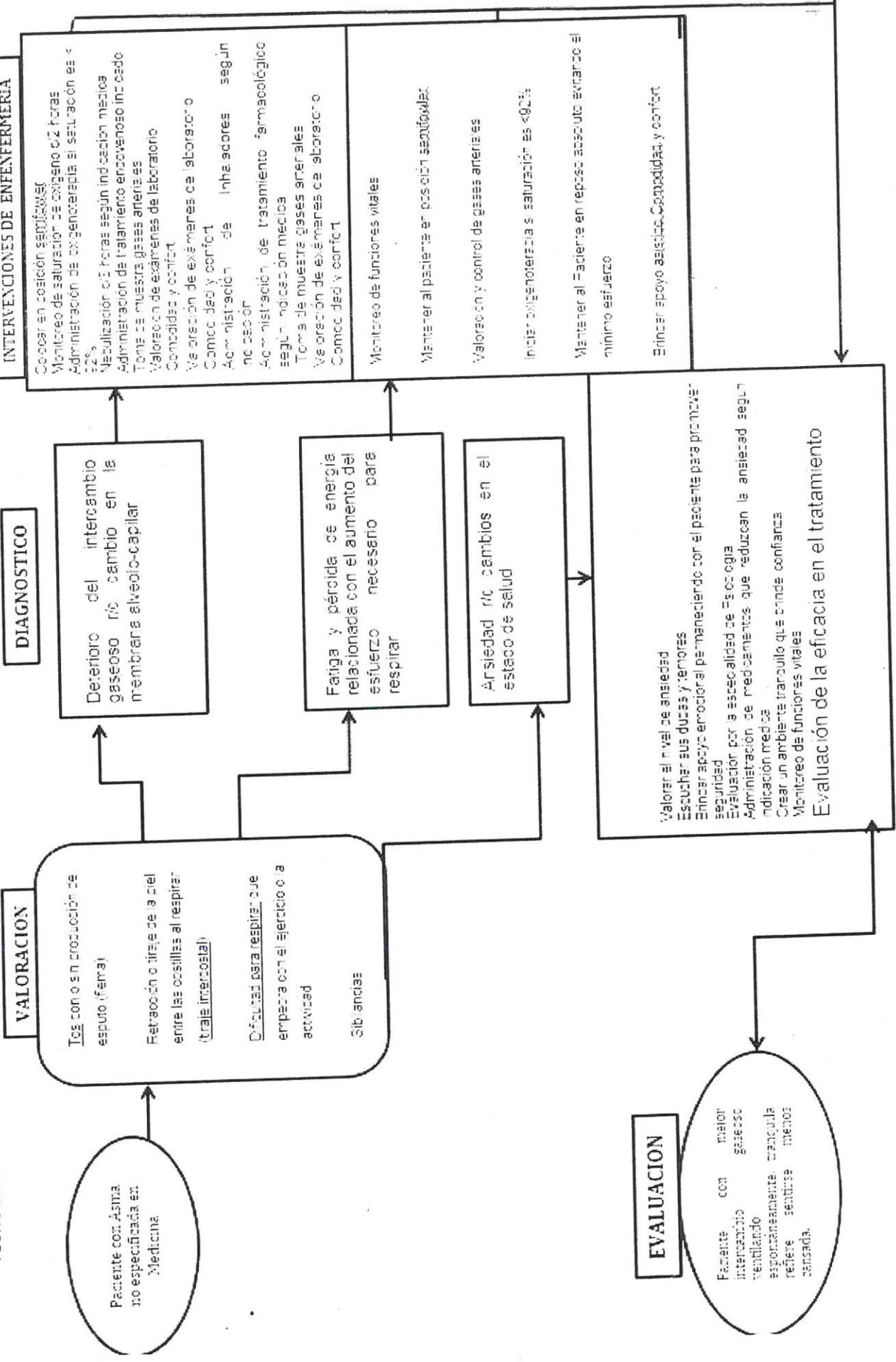
X) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- TRASTORNOS RESPIRATORIOS , Susan F.Wilson, June M Thompson, 1993, Mosby
- NANDA Diagnósticos Enfermeros 2012 – 2014
- OMS-Asma <https://www.who.int/respiratory/asthma/es/>





FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ASMA NO ESPECIFICADA





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN Clase 4: 00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios en la membrana alveolo capilar</p>	<p>El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle y valore funciones vitales • Administre oxígeno suplementario a través del dispositivo de suministro apropiado • Auscultar los pulmones del paciente por si existen sibilancias sonoras • Observe el color de la piel y el llenado capilar. • Monitorizar los parámetros ventilatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia • PCR 	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el Intensivista 	<p>❖ II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los valores del AGA se encuentran dentro de los valores basales del paciente • Ausencia de cianosis central.





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA CRUZ

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO Clase 4 00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c proceso inflamatorio de las vías aéreas inferiores e/p disnea, polipnea.	El paciente mejorará el patrón respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Controlar y valorar las funciones vitales Valorar cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria Promover la expansión del tórax Valorar las causas relacionadas con el tubo de la resistencia del flujo, tales como: Tuboendotraqueal demasiado pequeño o demasiado grande, manguito hinchado. Valorar si hay disnea. Colocar al paciente en posición semifowler alta o media, para fomentar el descenso del diafragma y una inhalación máxima. Manejo del dolor si existe 	<ul style="list-style-type: none"> Paro Cardiorespiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el Médico Intensivista 	❖ II	<ul style="list-style-type: none"> Normalidad de la frecuencia, profundidad y ritmo respiratorios Utilización mínima o ausente de los músculos accesorios Expansión del simétrica del tórax.





PERÚ

Ministerio de Salud



Ministerio de Salud
Calle 2031, Lima 18100, Perú

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION Clase 2 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acumulo de secreciones bronquiales e/p ruidos sibilantes, roncos y tos.	El pacient e mantendrá las vías aéreas permeables	<ul style="list-style-type: none"> • Controle y valore funciones vitales. • Colocar al paciente en posición semifowler alta o media. • Ausculte los pulmones • Administración de broncodilatadores según indique el médico. • Realizar nebulización según indique el médico • Realizar fisioterapia respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Broncoespasmo • Hipoxemia • bradicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el Intensivista 	❖ II	<ul style="list-style-type: none"> • Los valores del AGA se encuentran dentro de los valores basales del paciente • SaO2 > de 90% • Las vías Aéreas del paciente se encuentran libre de secreciones con sonidos respiratorios claros





PERÚ

Ministerio de Salud



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO PERUANO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 9 : AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRES . Clase 2 00146 Ansiedad relacionada con los cambios en la salud	Pacien te reducir su ansied ad	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de ansiedad • Estimule al paciente a que exprese sus sentimientos • Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad • Brindar apoyo emocional al paciente • Aclarar las dudas del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el psicólogo 	II	<ul style="list-style-type: none"> • Duerme toda la noche • Se reduce la preocupación por la enfermedad





6.- GUIA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON BRONQUITIS

I. NOMBRE:

Cuidados de enfermería en paciente con Bronquitis.

II. DEFINICIÓN:

2.1) Definición de la patología

Es la hinchazón e inflamación de las vías aéreas principales que llevan aire hacia los pulmones. Esta hinchazón estrecha las vías respiratorias, lo cual dificulta la respiración.

2.2) Etiología

La bronquitis es la respuesta inflamatoria del árbol bronquial debida a un proceso infeccioso. Se presenta por lo general, en los periodos invernales durante los cuales aumentan notoriamente las enfermedades infecciosas respiratorias.

El agente etiológico más frecuente son los virus: influenza, adenovirus, rinovirus, virus sincitial respiratorio y mixovirus. Como agentes infecciosos no virales se incluyen el *Mycoplasma pneumoniae*, el *Bordetella pertusis* y la *Chlamydia pneumoniae*. El papel del *Streptococcus pneumoniae* y del *Haemophilus influenzae* no es fácil de confirmar debido a que estos patógenos son residentes comunes de las vías respiratorias superiores. Aparte de la tosferina, es muy rara la bronquitis bacteriana aguda primaria.

Es posible que la severidad de los ataques se relacione con el tabaquismo y la exposición a gases tóxicos. Estos factores pueden ser responsables de una injuria permanente del tracto respiratorio que facilitan el episodio agudo de infección.





PERÚ

Ministerio
de Salud



2.3) Fisiopatología

- ✓ Parálisis ciliar de las células de la mucosa respiratoria, lo cual ocasiona una retención de las secreciones de moco por las células calciformes incrementando enormemente el riesgo de infecciones secundarias.
- ✓ Inflamación de la mucosa bronquial y alveolar con infiltración de neutrófilos y un incremento en la acumulación de proteasas tóxicas, causando destrucción del epitelio ciliar, fibrosis y metaplasia escamosa incrementando grandemente el riesgo de una obstrucción local irreversible.
- ✓ Espasmo bronquial con obstrucción bronquial reversible y con el tiempo, destrucción del epitelio ciliar, fibrosis y metaplasia.
- ✓ Hipertrofia glandular con hipersecreción de moco por la mucosa pudiendo llevar a insuflación pulmonar y atelectasia.

2.4) Aspectos Epidemiológicos

La Bronquitis está distribuida en todo el mundo. Diferentes serotipos pueden circular al mismo tiempo en la misma área. Algunos tienen distribución mundial, otros por lo contrario están diseminados en una región geográfica más restringida.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Humo de cigarro: tanto quien fuma como la persona que recibe el humo del fumador, presentan gran predisposición a padecer ambos tipos de bronquitis.
- ✓ Exposición a sustancias irritantes en el trabajo: se multiplica el riesgo de desarrollar bronquitis si estás expuesto a sustancias como productos textiles (manufactura textil), granos (agricultura), vapores químicos (minería del carbón).
- ✓ Bajas defensas: de entrada todo lo anterior crea una baja en las defensas de cualquier persona. Si aparte de ello se está mal alimentado, con una dieta pobre en vitamina C, E y antioxidantes o se padece alguna enfermedad crónica que afecte especialmente al sistema inmunológico; el riesgo se multiplica.

IV. CUADRO CLÍNICO (VALORACION)

- ✓ Tos persistente, que puede durar entre 10 y 20 días, que puede causar mucosidad incolora (una sustancia pegajosa).
- ✓ Sibilancias (silbidos o chillidos al respirar),
- ✓ Fiebre leve y presión o dolor en el pecho.





V. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1) DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Clase 4

00030 Deterioro del Intercambio Gaseoso

- Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C alteración de la ventilo perfusión/ cambios en la membrana alveolo capilar.

2) DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 4

00092 Intolerancia a la actividad

- Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y demanda de O2

3) DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

Clase 2

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

- limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C la viscosidad de las secreciones bronquiales





VI. EXAMENES AUXILIARES

Para hacer un diagnóstico de bronquitis, la tos y la producción excesiva de moco deben haber ocurrido durante 3 meses o más en al menos 2 años consecutivos, y no deberse a ninguna otra enfermedad o afección.

Los exámenes para diagnosticar la bronquitis crónica abarcan:

- Pruebas de la función pulmonar
- Gasometría arterial
- Radiografía de tórax
- Oximetría del pulso (prueba de saturación del oxígeno)
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Prueba de esfuerzo
- TAC de tórax

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

PRIORIDAD ALTA:

- ✓ Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C alteración de la ventilación perfusión/ cambios en la membrana alveolo capilar.
- ✓ Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y demanda de O₂
- ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C la viscosidad de las secreciones bronquiales

VIII. COMPLICACIONES

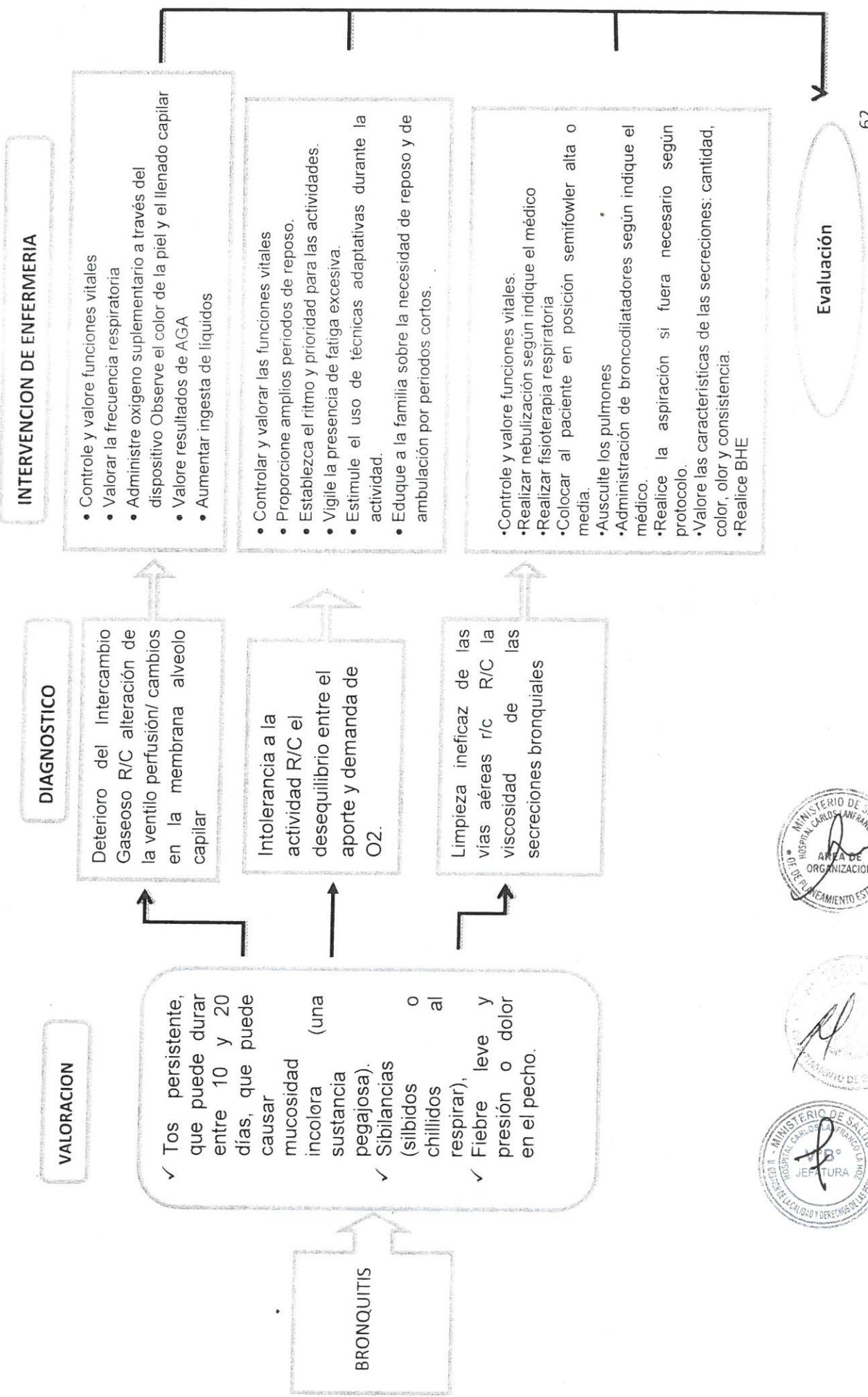
La neumonía es una complicación posible y algunas personas también pueden presentar sinusitis.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Si se realiza un diagnóstico definido, la bronquitis aguda no requiere referencia a menos que existan complicaciones, como neumonía



X. FLUXOGRAMA DE CUIDADO DE ATENCION DE ENFERMERIA



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS ANTONIO LA HIZA
AREA DE ORGANIZACION
DIRECCION DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS ANTONIO LA HIZA
ZONA JEFATURA



PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO O DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN Clase 4: -00030 Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C alteración de la ventilación perfusión/ cambios en la membrana alveolo capilar.</p>	<p>El paciente mantendrá un adecuado intercambio o gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle y valore funciones vitales. • Valorar la frecuencia respiratoria y auscultar los campos pulmonares • Administre oxígeno suplementario a través del dispositivo de suministro apropiado • Observe el color de la piel y el llenado capilar. • Valore resultados de AGA • Aumentar ingesta de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia • PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el Intensivista 	<p>❖ II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los valores del AGA se encuentran dentro de los valores basales del paciente • Ausencia de cianosis central.





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO Clase 4 00092 Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y demanda de O2.	El paciente realizara sus actividades sin fatiga ni esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> Controlar y valorar las funciones vitales Proporcione amplios periodos de reposo. Establezca el ritmo y prioridad para las actividades. Vigile la presencia de fatiga excesiva. Estimule el uso de técnicas adaptativas durante la actividad. Eduque a la familia sobre la necesidad de reposo y de ambulación por periodos cortos. 	<p>Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión Ulceras por presión 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con la evaluación con el medico de turno Coordinar con la nutricionista. 	❖ II	<ul style="list-style-type: none"> El paciente realiza sus actividades físicas sin fatiga ni esfuerzo.





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION Clase 2 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c la viscosidad de las secreciones bronquiales	El paciente mantendrá las vías aéreas permeables	<ul style="list-style-type: none"> • Controle y valore funciones vitales. • Realizar nebulización según indique el médico • Realizar fisioterapia respiratoria • Colocar al paciente en posición semifowler alta o media. • Ausculte los pulmones • Administración de broncodilatadores según indique el médico. • Realice la aspiración si fuera necesario según protocolo. • Valore las características de las secreciones: cantidad, color, olor y consistencia. • Realice BHE • Realice registros de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección • Hipoxemia • Hiperventilación • Taquipnea • Disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el médico y laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • II 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los valores del AGA se encuentran dentro de los valores basales del paciente • SaO2 > de 90% • Ausencia de crepitantes y sibilantes



7. GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE

I NOMBRE: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Celulitis de los dedos de la mano del pie.

II GENERALIDADES

DEFINICION

Celulitis (etimológicamente: 'inflamación de las células') es una inflamación de los tejidos conectivos celulares subcutáneos (bajo la piel). Un tipo de tejido, conjuntivo, areolar, densamente poblado por células (en especial adipocitos) (células del tejido graso). Generalmente es causada por infecciones bacterianas, que pueden venir de bacterias exógenas o de la flora cutánea normal.

A menudo ocurre en zonas con piel lesionada: heridas, cortes, quemaduras, picaduras de insecto, y otros. Se trata a base de antibióticos, o con cirugía en casos graves.

III CUADRO CLINICO

Los síntomas de celulitis abarcan:

- Fiebre
- Dolor o sensibilidad en el área afectada
- Inflamación o enrojecimiento de la piel que se hace más grande a medida que la infección se propaga
- Lesión de piel o erupción (mácula) que aparece repentinamente y crece rápidamente en las primeras 24 horas
- Apariencia de la piel tensa, brillante, "estirada"
- Piel caliente en el área de enrojecimiento

Signos de infección:

- Escalofrío, estremecimiento
- Fatiga
- Malestar general
- Mialgias y dolores
- Piel caliente
- Sudoración

Otros síntomas que pueden ocurrir con esta enfermedad:

- Pérdida de cabello en el sitio de la infección
- Rigidez articular causada por inflamación del tejido sobre la articulación
- Náuseas y vómitos



IV DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Deterioro de la integridad tisular
- Dolor agudo
- Hipertermia

V EXAMENES AUXILIARES

Durante un examen físico, el médico puede encontrar:

- Enrojecimiento, calor e hinchazón de la piel
- Hinchazón y drenaje si la infección está alrededor de una herida en la piel
- Glándulas inflamadas (ganglios linfáticos) cerca de la celulitis.

EXAMENES ESPECIALIZADOS:

Hemocultivo (Gram, cultivo y antibiograma de la secreción del borde activo de la infección)

Conteo sanguíneo completo (CSC).

Examen de aspiración del borde activo o por biopsia

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

1.- Medidas generales y preventivas

- Proteja la piel:

- Manteniéndola humectada con lociones o ungüentos para prevenir fisuras
- Usando zapatos que ajusten bien y brinden espacio suficiente para los pies
- Aprendiendo la forma de arreglar las uñas para evitar dañar la piel a su alrededor
- Usando el equipo de protección apropiado al participar en trabajos o deportes

En cualquier momento que tenga una lesión en la piel:

- Límpiela cuidadosamente con agua y jabón
- Cúbrala con un vendaje y cámbielo todos los días hasta que se forme costra
- Esté atento al enrojecimiento, dolor, secreción u otros signos de infección

2.- Terapéutica., metas a alcanzar con el tto.

El tratamiento de la celulitis puede implicar un antibiótico oral de prescripción. Es probable que vuelva a verificar con su médico uno y tres días después de iniciar un antibiótico para asegurar que la infección está respondiendo al tratamiento. Tendrá que tomar el antibiótico durante 14 días. En la mayoría de los casos, los signos y síntomas de la celulitis desaparezcan después de unos días. Si no desaparecen, si son extensas o si tiene fiebre alta, puede que tenga que ser hospitalizado y recibir antibióticos a través de sus venas (vía intravenosa).





Por lo general, los médicos prescriben un medicamento que es eficaz contra los estreptococos y estafilococos. Su médico escogerá un antibiótico basado en sus circunstancias.

No importa qué tipo de antibiótico que prescriba su médico, es importante que se tome el medicamento según las indicaciones y que termine todo el curso de la medicación, incluso si comienza a sentirse mejor.

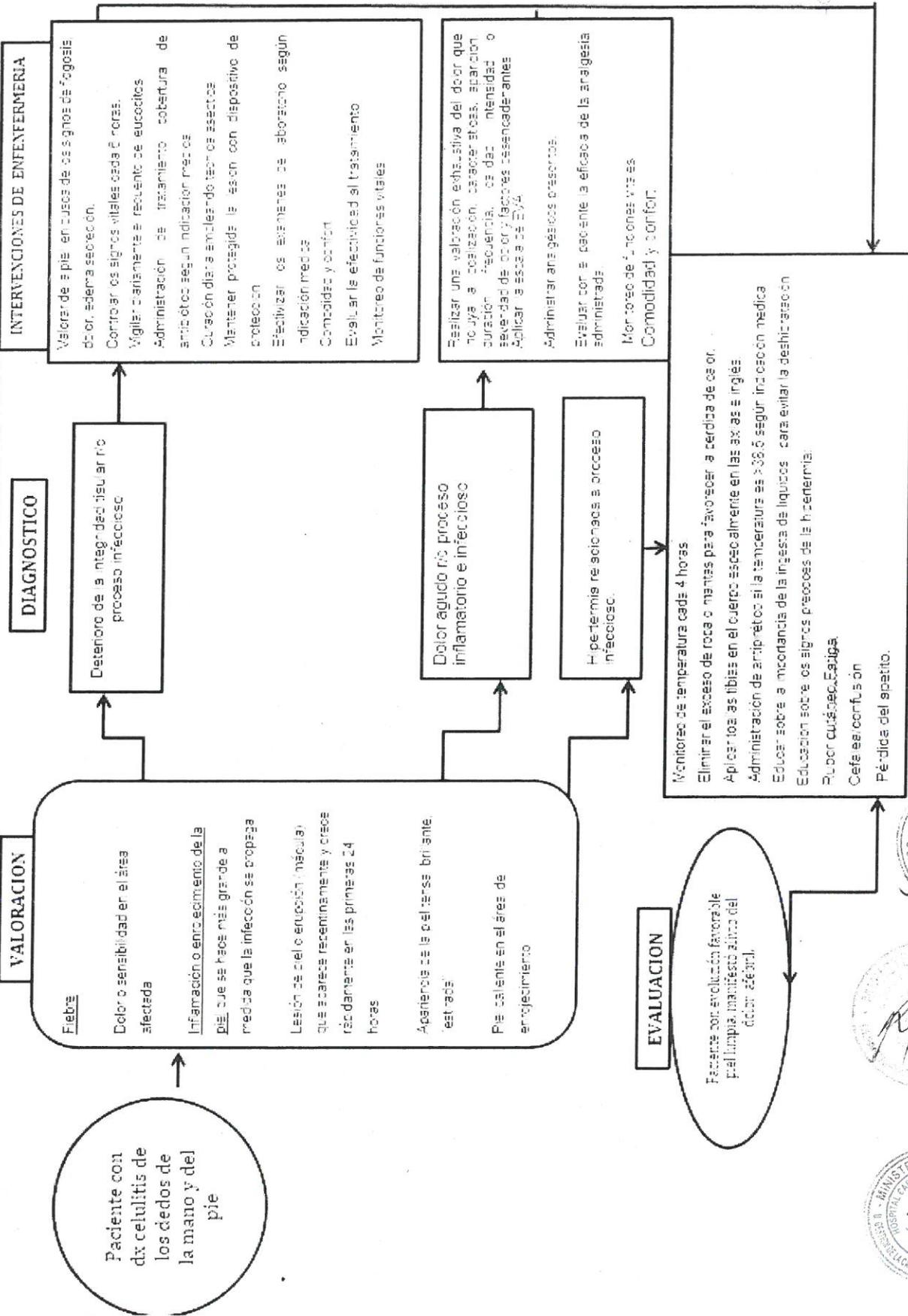


**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. VIGLIOGLIA P, RUBIN J. Celulitis. Cosmiatría. 3ra edición. Buenos Aires: Leopardi; 1993; 2. 303-312.
2. QUIROGA, M, GUILLOT, A.C. Cosmética dermatológica práctica. 5ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 1991, 156-163.
3. VIÑAS, F.; Drenaje Linfático Manual. Vida estética (ed. esp.); 1998, 154;25-30.
4. GOLDSMIT, V.; Celulitis - Javier Vergara Editor. Bs. As., 1988
5. SÁNCHEZ, C.F.: Celulitis, su tratamiento médico y cosmetológico. Editorial Celcius. Bs. As., 1986
6. SEGERS, AM.; ABULAFIA, J.; KRINER, J, Y CORTONDO, O.; Celulitis. Estudio histopatológico e histoquímico de 100 casos. Med. Cut ; 1984, Vol. XII.167-172.
7. CREFF, A.F.; HERSHBERG, A.D.; Manual de obesidad Toray Masson, Barcelona, 1981.
8. NIETO SALVADOR; Linfedema de las extremidades. Tratamiento médico. I.S.B.N. N° 950-43. Octubre 1994.



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMERIA
AREA DE ORGANIZACION
DE DESARROLLO Y MEJORA DEL RENDIMIENTO EST

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMERIA
AREA DE ORGANIZACION
DE DESARROLLO Y MEJORA DEL RENDIMIENTO EST

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMERIA
AREA DE ORGANIZACION
DE DESARROLLO Y MEJORA DEL RENDIMIENTO EST



8. GUIA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

I) NOMBRE:

Cuidados de enfermería en paciente con Insuficiencia Respiratoria Aguda

II) DEFINICIÓN:

2.1) Definición de la patología

Son las intervenciones de enfermería frente al paciente con incapacidad del sistema respiratorio para realizar un adecuado intercambio de gases y mantener los niveles arteriales de oxígeno y dióxido de carbono adecuados para las demandas metabólicas celulares del organismo.

2.2) Etiología

La Insuficiencia Respiratoria es un síndrome multicausal, es decir, que pueden producirla múltiples causas, muy numerosas y variadas que afecten a cualquier estructura del sistema respiratorio. A modo de esquema muy resumido, podemos recoger las más importantes y frecuentes, agrupadas como sigue:

Enfermedades del parénquima pulmonar	Enfermedades de las vías aéreas altas	Enfermedades extra pulmonares
Epoc, neumonía, asma, neumoconiosis, embolismo pulmonar, fibrosis pulmonar, tuberculosis, etc.	Edema de glotis, cuerpos extraños, estenosis traqueales, etc.	AVCA, tumores cerebrales, meningitis, TCE, intoxicaciones por drogas y psicofármacos, neuropatías periféricas, miopatías, cifoescoliosis, etc.

2.3) Fisiopatología

2.3.1 Insuficiencia Respiratoria Aguda I

1. La desproporción regional entre la ventilación y la perfusión: Las unidades pulmonares mal ventiladas en relación con su perfusión son las responsables de la de saturación, cuya magnitud dependerá en parte del contenido de O₂ de la sangre venosa mixta. El grado en el que la reducción de la ventilación contribuye a la aparición de hipoxemia depende de la intensidad de la vasoconstricción pulmonar hipóxica, que disminuye la perfusión de las regiones pulmonares mal ventiladas.
2. El cortocircuito o shunt.- Paso directo de la sangre venosa sistémica hacia la circulación arterial. Puede ser de localización intracardiaca o estar causado por el paso de la sangre a través de los canales vasculares anómalos en el pulmón.





3. La mezcla de sangre venosa anormalmente de saturada: La saturación venosa mixta de O₂ es influida directamente por cualquier desproporción entre el consumo y el transporte de O₂.

2.3.2 Insuficiencia Respiratoria tipo II

Los mecanismos fisiopatológicos que generan hipercapnia son:

1. Hipo ventilación alveolar
2. Aumento de la producción de CO₂.
3. Insuficiencia Respiratoria Mixta.- Hipoxémica e hipercapnia
4. Este tipo de insuficiencia comúnmente deviene de una IRA tipo I

2.4) Aspectos Epidemiológicos

El 30% de pacientes que ingresan a servicio de hospitalización es por IRA severa, el 15% de los que no tienen IRA al ingreso lo desarrollan durante su estancia, por lo que el 45 % de pacientes en hospitalización presentan IRA severa. La mortalidad total es de 35,9 % pudiendo llegar hasta 40 – 65%, versus una diferencia considerable de 9% de mortalidad de quienes no lo presentan, a los 31 días la mortalidad es de 31,4%

III) FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Neumonía severa
- Aspiración de contenido gástrico
- Sepsis o SIRS severo
- Cirugía torácica o abdominal alta
- Cirugía prolongada
- Trauma torácico moderado-severo
- Trauma craneoencefálico y desorden vascular cerebral con Glasgow < 8
- Enfermedad neuromuscular de progresión rápida

IV) VALORACIÓN FÍSICA

Las manifestaciones clínicas presentes en la IRA dependen de:

- El incremento en el trabajo respiratorio
- Las manifestaciones propias de la hipoxemia o hipercapnia
- Las manifestaciones del compromiso pulmonar o multi-sistémico por la enfermedad de fondo.





Manifestaciones clínicas de la insuficiencia respiratoria		
↑ del trabajo	Manifestaciones de hipoxemia	Manifestaciones de hipercapnia
<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea, ortopnea • Uso de músculos los accesorios (tirajes) • Aleteo nasal 	Neurológico <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el juicio y personalidad • Cefalea • Confusión, estupor, coma • Mareos • Insomnio, inquietud, convulsiones 	Neurológico <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • HT endocraneana, edema de papila • Asterixis, mioclonías • Somnolencia, coma • Diaforesis
	Cardiovascular <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia, bradi-cardia • Arritmias cardiacas • Hipertensión arterial • Hipertensión pulmo-nar • Hipotensión • Disnea, taquipnea 	Cardiovascular <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión sistólica • Hipertensión pulmo-nar • Hipotensión tardía • Insuficiencia cardiaca

V) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

1) DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Clase 4

00030 Deterioro del Intercambio Gaseoso

- Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C alteración de la ventilación/ perfusión/ cambios en la membrana alveolo capilar.

2) DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase 4

00032 Patrón respiratorio ineficaz

- Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación

1512 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas acumulación de secreciones





PERÚ

Ministerio
de Salud



VI) EXÁMENES AUXILIARES

- Gases arteriales respirando aire ambiente ó con un FiO2 conocido que permita conocer la naturaleza y severidad del daño pulmonar así como la eficiencia del recambio gaseoso; deben calcularse los siguientes datos:
- Gradiente alveolo-arterial
- Relación PaO2/FiO2
- Hemograma
- Hemoglobina
- Electrolitos
- Creatinina
- Espirometría
- Lactato sérico

IMÁGENES

- Radiografía simple de tórax frontal
- Ecografía torácica para la detección de derrame pleural de poco volumen
- TAC de tórax en pacientes seleccionados, los cuales lo requieran para un diagnóstico más preciso
- Ecocardiografía en aquellos pacientes con evidencia de disfunción ventricular izquierda
- Gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión en aquellos con sospecha de embolia pulmonar.

EXÁMENES ESPECIALIZADOS

- Espirometría, en aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva (asma, EPOC) o aquellos con enfermedad pulmonar restrictiva
- Fibrobroncoscopia necesario para el diagnóstico de infección pulmonar, obstrucción bronquial o neoplasia

VII) MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Establecimiento de Prioridades:

Prioridad Alta:

- Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración de la ventilo perfusión/ cambios en la membrana alveolo capilar.
- Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas acumulación de secreciones

Prioridad Mediana:

- ✓ Desequilibrio nutricional por defecto R/C aporte exógeno insuficiente y un aumento de la demanda metabólica





VIII) COMPLICACIONES

- ✓ Arritmias cardíacas
- ✓ Embolia pulmonar
- ✓ Hemorragia gastrointestinal
- ✓ Problemas asociados a ventilación mecánica. La hipoxemia, la acidosis, los desequilibrios electrolíticos

IX) CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En todo paciente grave, el costo de un traslado implica riesgos de paro cardio respiratorio, arritmias, incremento de la deuda de oxígeno e hipoxemia, desconexiones de vías, salida de drenajes, etc., condiciones que pueden empeorar el pronóstico final de ese paciente. Es por esto que cada traslado a este tipo de pacientes debe estar ampliamente justificado, y no debe existir una alternativa segura a ese cambio de estado





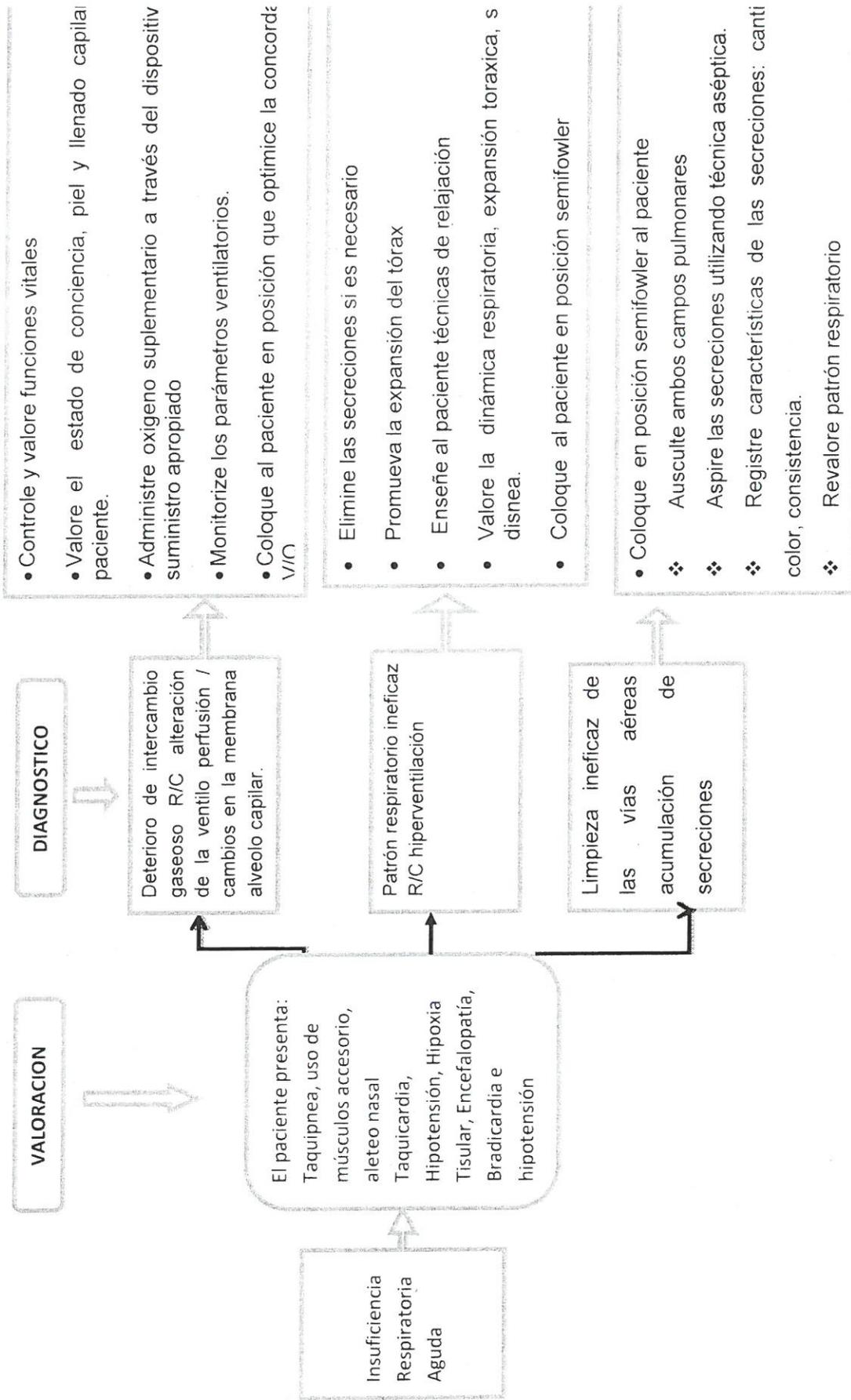
X) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GUÍA METODOLÓGICA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Lic. Mery Bravo Peña. Primera Edición
- MANUAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Linda D. Urden
- ORIENTACIONES PARA CUIDAR AL PACIENTE CON INFARTO CARDIACO Miriam Parra Vargas / Sandra Guáqueta Parada
- COMPENDIO DE GUÍAS DE INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. MINSA 2006
- MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA L. J. Carpenito Quinta edición Editorial Mc. Graw – Hill
- NANDA Diagnósticos Enfermeros 2005 - 2006
- MANUAL DE MERK Novena Edición 1994 Editorial Océano





X. FLUXOGRAMA DE CUIDADO DE ATENCION DE ENFERMERIA



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO JARAZO
AREA DE ORGANIZACION
COMITE DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO ESTRATEGICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO JARAZO
AREA DE ORGANIZACION
COMITE DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO ESTRATEGICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO JARAZO
AREA DE ORGANIZACION
COMITE DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO ESTRATEGICO



PERÚ

Ministerio de Salud



PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN Clase 4: 00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración de la ventilación-perfusión / cambios en la membrana alveolo capilar	El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso	<ul style="list-style-type: none"> • Controle y valore funciones vitales • Valore el estado de conciencia, piel y llenado capilar del paciente. • Administre oxígeno suplementario a través del dispositivo de suministro apropiado • Asista al Médico durante la intubación endotraqueal e instalación del ventilador mecánico • Monitoree los parámetros ventilatorios. • Coloque al paciente en posición que optimice la concordancia V/Q • Observe los resultados del AGA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia • PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el Intensivista 	III	<ul style="list-style-type: none"> • Los valores del AGA se encuentran dentro de los valores basales del paciente • Ausencia de cianosis central.





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO Clase 4: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación	El paciente mejorará el patrón respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Elimine las secreciones si es necesario • Promueva la expansión del tórax • Enseñe al paciente técnicas de relajación • Valore las causas relacionadas con el tubo de la resistencia del flujo, tales como: Tuboendotraqueal demasiado pequeño o demasiado grande, manguito hinchado. • Valore la dinámica respiratoria, expansión torácica, si hay disnea. • Coloque al paciente en posición semifowler alta o media, para fomentar el descenso del diafragma y una inhalación máxima. • Manejo del dolor si existe • Ayude al Médico con la intubación e inicio de la ventilación mecánica tal como se indique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pato Cardiorespiratorio 	✓ Coordinar con el Médico Intensivista	A ❖ III	<ul style="list-style-type: none"> • Normalidad de la frecuencia, profundidad y ritmo respiratorios • Utilización mínima o ausente de los músculos accesorios • Expansión simétrica del tórax.





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	DE COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>Clase 4: 1512</p> <p>Limpieza</p> <p>ineficaz de las vías aéreas</p> <p>acumulación de secreciones</p>	<p>El paciente evidenciará vías aéreas permeables: ausencia de secreciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coloque en posición semifowler al paciente ❖ Ausculte ambos campos pulmonares ❖ Aspire de secreciones utilizando técnica aséptica. ❖ Registre características de las secreciones: cantidad, color, consistencia. ❖ Revalore patrón respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atragantamiento ❖ Asfixia 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coordinar con el Médico Intensivista 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ III 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar ruidos respiratorios del paciente. • Numero de respiraciones y ritmo





PERÚ

Ministerio
de Salud



9. GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

I NOMBRE

Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Apendicitis Aguda

II GENERALIDADES

Definición

Son las intervenciones de enfermería para brindar el cuidado frente a un Paciente que presenta una infección originada por un problema obstructivo, que tiene como consecuencia una infección crónica que puede causar la muerte.

III FACTORES DE RIESGO

Medio Ambiente : Infecciosos mayor incidencias tras infecciones virales, gastroenteritis.

Estilo de vida : Alimentación dieta pobre en fibra

Factores hereditarios: El riesgo es mayor si los familiares de primer grado la han tenido

IV CUADRO CLINICO

- Dolor Abdominal
- Fiebre
- Vómitos y anorexia

V DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Dolor Agudo
- Hipertermia
- Ansiedad

VI EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma
- Proteína C Reactiva
- Examen de orina

VII MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1.- Medidas generales y preventivas.

- Acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano cuando se tiene un dolor abdominal.
- No pasarse las semillas enteras de las frutas.
- Hacerse un control de parásitos en heces, sobre todo en gente que ha viajado o vive en países tropicales





PERÚ

Ministerio
de Salud



- Es por ello lo fundamental el introducir productos ricos en fibra.
- En este sentido están desaconsejados los frutos secos. Son ricos en almidón y grasas, por su escasez en agua y riqueza en grasas vegetales son de difícil digestión, retardando el vaciamiento intestinal y favoreciendo la obstrucción apendicular. Deben ser bien masticados y consumidos con moderación.

2.- Terapéutica, metas a alcanzar con el Tratamiento.

El tratamiento de la apendicitis aguda comprende tres etapas:

- a) **Manejo preoperatorio.** A todos los pacientes se les debe administrar líquidos endovenosos en cantidad suficiente para reemplazar los que el paciente dejó de ingerir o perdió antes de consultar, ya sea por vómito, diarrea, fiebre o "tercer espacio"

Además, se deben administrar antibióticos para cubrir gérmenes gram negativos y anaerobios, por lo menos media hora antes de la cirugía. Es preferible administrar antibióticos a todos los pacientes, y si es el caso de una apendicitis no perforada, suspenderlos después de la cirugía. Las combinaciones usuales son a base de metronidazol, clindamicina o cloranfenicol para dar cobertura a los negativos. En reemplazo de estas combinaciones se puede utilizar sulbactam-ampicilina o cefoxitina sódica, los cuales también dan cobertura a estos microorganismos, con la ventaja de no ser negrotóxicos. En el momento actual se prefiere la combinación metronidazol y gentamicina en virtud a su menor costo

En todo paciente en quien se haya decidido la conducta quirúrgica, se debe administrar un analgésico no opiáceo. Una vez decidida la cirugía, no se hace indispensable conservar el dolor.

Si el paciente exhibe signos de peritonitis generalizada, o por lo menos si hay distensión abdominal, se debe agregar:

- Un catéter central para medir la presión venosa
- Una sonda vesical, para monitoreo de la diuresis antes, durante y después de la cirugía.
- Una sonda nasogástrica para descomprimir el abdomen antes de la cirugía y evitar una distensión excesiva después de ella.

- b) **Manejo operatorio.** La Incisión debe ser horizontal si el proceso se encuentra localizado, y vertical si se sospecha peritonitis generalizada o el diagnóstico no es seguro

La incisión horizontal incluye la sección de la piel en sentido transversal sobre el cuadrante inferior derecho, a nivel de la espina iliaca, sobre la mitad externa del músculo recto anterior del abdomen otro tanto igual por fuera del mismo. La fascia se incide en el mismo sentido transversal y el músculo se rechaza internamente. El peritoneo se puede abrir longitudinalmente para evitar una lesión de los vasos epigástricos. Cuando se necesita una mejor exposición, se secciona el borde fascial interno del oblicuo interno y del transversal, y se divulsionan ambos músculos, tanto cuanto sea necesario. En lo





PERÚ

Ministerio
de Salud



posible, y especialmente en las mujeres, se debe intentar una incisión pequeña y de buen aspecto estético, sin que ello signifique sacrificar la amplitud de la exposición.

La incisión longitudinal atraviesa todos los planos hasta la cavidad peritoneal. A diferencia de las incisiones pararectales, es decir por fuera del músculo recto anterior, este acceso no cruza los nervios que van al músculo y evitan así su denervación y posterior atrofia. Como se anotó, esta incisión está indicada en procesos difusos que incluyen peritonitis generalizada y que exigen lavar la cavidad. También está indicada cuando el diagnóstico no es claro y puede ser necesario extender la incisión para practicar el debido procedimiento.

Siempre que se posible se debe hacer la apendicetomía. Sin embargo, en caso de absceso y destrucción total del apéndice cecal, se debe practicar drenaje del absceso solamente, dejando un tubo de drenaje por contrabertura debido a la posibilidad de una fístula cecal.

Si se encuentra una apendicitis perforada con peritonitis generalizada, una vez realizada la apendicectomía se procede a lavar la cavidad peritoneal con solución salina normal hasta que el líquido de retorno sea de aspecto claro. No se deja drenaje, aunque hubiera un absceso en la cavidad. Se debe tener especial precaución en que el muñón apendicular quede bien asegurado. La única indicación para drenaje es la inseguridad en el cierre del muñón apendicular. En cuanto a la herida quirúrgica, ésta se cierra si el apéndice no estaba perforado, pues se trata de una herida limpia contaminada. En caso de perforación, peritonitis o absceso, se cierran el peritoneo y la fascia y se dejan el tejido celular y la piel abiertos. Sobre la herida se aplica una gasa humedecida o con solución salina que no se debe retirar hasta el cuarto día postoperatorio. Al cuarto día postoperatorio se descubre la herida y si está limpia, se puede cerrar con mariposas de esparadrapo o con sutura simple. En caso que se encuentre infectada, se prosigue con curaciones y se espera al cierre por segunda intención.

- c) **Manejo postoperatorio.** La sonda nasogástrica se mantiene in situ hasta la aparición del peristaltismo y la sonda vesical hasta la estabilización de la diuresis. Cuando el apéndice no estaba perforado se suspenden los antibióticos y se espera el peristaltismo para inicial vía oral. En estos casos el peristaltismo aparece normalmente a las 6 o 12 horas de postoperatorio.

Si el apéndice no aparece perforado, se suspenden los antibióticos y se espera a que aparezca peristaltismo para iniciar vía oral. Usualmente el peristaltismo aparece a las 6 o 12 horas postoperatorias.

Si el apéndice estaba perforado y existe peritonitis generalizada, el paciente debe:

- Permanecer en posición semisentado, para permitir que escurra el contenido líquido del peritoneo hacia el fondo del saco de Douglas. De esta manera, si se forma un absceso éste será pélvico y no subfrénico; la diferencia está en que un absceso pélvico es de más fácil diagnóstico y manejo que un absceso subfrénico.
- Mantener un control horario de presión venosa central y de diuresis.





PERÚ

Ministerio
de Salud



- c. Los signos vitales se controlan en forma continua hasta que se estabilizan. Después se controlan cada 4 horas, junto con la temperatura. Estos controles permiten hacer ajustes en el manejo de líquidos y detectar en forma oportuna cualquier complicación.
- d. Continuar el manejo de líquidos de acuerdo con la peritonitis.
- e. Analgésicos según las necesidades.
- f. La herida se maneja como ya fue descrito.





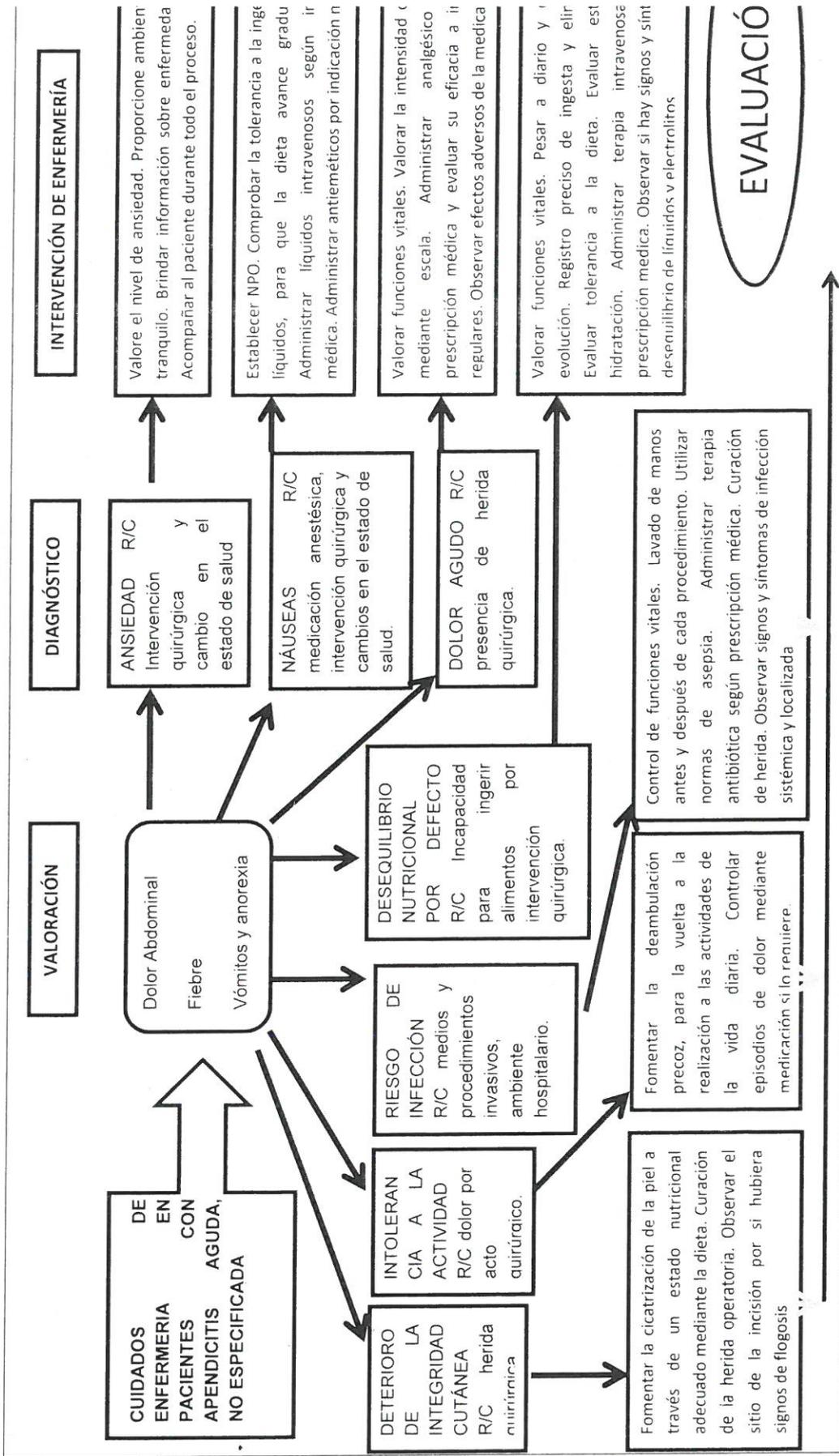
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: A comprehensive review of literature. *Am Surg* 2006; 72: 162-6.
2. Roche-Nagle G, Gallagher C, Kilgallen C, Caldwell M. Stump appendicitis: a rare but important entity. *Surgeon* 2005; 3: 53-4.
3. Yigit T, Menten O, Eryilmaz M, Balkan M, Uzar AI, Kozak O. Stump resections resulting from incomplete operations. *Am Surg.* 2007; 73(1): 75-8.
4. Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CT diagnosis of stump appendicitis. *Am J Roentgenol* 2005; 184: S62-64.
5. Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendiceal stump. *Emerg Med* 2005; 28: 41-3.
6. Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. *Emerg Med* 2007 Oct 16; [Epub ahead of print].
7. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust* 1945; 32: 652-9.
8. Levine CD, Aizenstein O, Wachsberg RH. Pitfalls in the CT diagnosis of appendicitis. *Br J Radiol* 2004; 77: 792-9.





FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIONES (NIC)	COMPLICACIONES	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)
<p>9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>Clase2: Respuesta de afrontamiento.</p> <p>ANSIEDAD (00146)</p> <p>R/C Intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud</p>	<p>Lograr que el paciente disminuya su ansiedad adaptándose a la hospitalización</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valore el nivel de ansiedad. - Minimizar la aprensión, temor presagios, relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Escuchar con atención. - Crear un ambiente que facilite confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Alertar a la familia a manifestar 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos psicológicos - Temor 	<p>Paciente demuestra sentirse mejor, tranquilo adaptándose a la hospitalización</p>

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANERANCO
AREA DE ORGANIZACIÓN
DE PLANEAMIENTO ESTADÍSTICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANERANCO
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANERANCO
COORDINACIÓN DE LA CALIDAD Y ORESERVA DE LOS SERVICIOS



PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL CARLOS L. H. DE LA URRUTIA

		<p>sus sentimientos por el miembro de la familia enfermo.</p> <p>1850 Fomentar el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia. - Observar registrar el esquema y número de hora de sueño del paciente. - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, tiempo etc) para favorecer el sueño 	
<p>12:</p> <p>Dominio Confort</p> <p>Clase 1. Confort físico.</p> <p>NÁUSEAS (00134)</p> <p>R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica</p> <p style="text-align: right;">Y</p>	<p>Paciente controlará náuseas, vómitos manejará una hidratación adecuada</p>	<p>Etapa de la dieta (1020)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los sonidos intestinales. - Establecer NPO. - Comprobar la tolerancia a la ingestión de líquidos. - Comprobar si el paciente da salida al flato. - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la 	<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente controla náuseas, vómitos <p>Hidratación (0602)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y maneja una hidratación





cambios en el estado de salud.

dieta avanza gradualmente. Poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, dieta completa.
- Observar la tolerancia de dieta.

Manejo de líquidos/electrolitos.

- Pesarse a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos intravenosos, según indicación médica.
- Reponer líquidos en caso de eliminación por vómitos.
- Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones.
- Vigilar signos vitales.
- Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos.

Manejo del vómito.

- Colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener vías aéreas limpias y abiertas.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito (ayudar al paciente a inclinarse o sujetarle la cabeza).
- Proporcionar alivio frente al vómito.

adecuada





<p>Dominio12: Confort</p> <p>Clase 1. Confort físico.</p> <p>DOLOR AGUDO (00132) R/C presencia de herida quirúrgica.</p>	<p>Paciente referirá dolor controlado</p>	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas de control del dolor que se hayan utilizado. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre analgesia. - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, 	<ul style="list-style-type: none"> - Cólico de gases - Ansiedad 	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <p>Refiere dolor controlado</p>
--	---	--	---	--





<p>Dominio 2: Nutrición. Clase 1 Ingestión. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (00002) Incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica.</p>	<p>Paciente mantendrá un adecuado equilibrio nutricional.</p>	<p>náuseas. Vómitos, sequedad de boca y estreñimiento, etc.</p>	<p>Paciente mantiene equilibrio nutricional</p>
<p>4120 Manejo de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesarse a diario y controlar la evolución. - Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado). - Monitorizar las funciones vitales cuando sea necesario. - Controlar la ingesta de líquidos/dieta. - Administrar terapia intravenosa según prescripción médica. - Administrar líquidos si procede. - Favorecer la ingesta oral. - Instruir al familiar en el estado de "nada por boca" (NPO), si procede. - Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede. - Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas. - Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de 		<p>- Deshidratación.</p> <p>- Diarrea.</p>	<p>Paciente mantiene equilibrio nutricional</p>





PERÚ

Ministerio de Salud



Ministerio de Salud

<p>11: Prevenir las complicaciones en el paciente.</p> <p>Dominio Seguridad/ protección.</p> <p>Clase 1: Infección.</p> <p>RIESGO DE INFECCIÓN (00004) R/C medios y procedimientos invasivos, ambiente hospitalario.</p>	<p>Protección contra infecciones (6550)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos antes y después de cada procedimiento. - Enseñar al paciente y familiares de la importancia del lavado de manos. - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. - Administrar terapia antibiótica intravenosa según prescripción médica. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección. - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de las heridas. - Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico. - Vigilar la aparición de fiebre. 	<p>Hipertermia</p> <p>Herida operatoria infectada.</p> <p>Abscesos intraabdominales.</p> <p>Fístula enterocutánea.</p> <p>Sepsis.</p> <p>Shock séptico.</p>	<p>Herida operatoria sin signos y síntomas de infección.</p>
--	---	---	--





		<p>- Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado.</p> <p>Manejo de líquidos y electrolíticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesarse a diario y valorar la evolución. - Administrar líquidos si está indicado. - Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa. - Controlar los valores de laboratorio relevante para el equilibrio de líquidos. - Llevar registro preciso de ingesta y eliminaciones. - Vigilar los signos vitales. - Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. - Observar manifestaciones de desequilibrios de líquidos. 	
<p>Dominio 4: Actividad/ reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/</p>	<p>Paciente tolerará actividad.</p>	<p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre analgesia. - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después 	<p>Dolor intenso.</p>
			<p>Paciente actividad, deambulación.</p>
			<p>tolera inicia</p>





<p>respiratorias.</p> <p>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092) R/C dolor por acto quirúrgico.</p>	<p>de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</p> <p>- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.</p>	
<p>Ayuda con los autocuidados (AIVD) (1805):</p>	<p>- Fomentar la evolución de la movilidad para la vuelta a la realización a las actividades de la vida diaria (AVD).</p>	
<p>Terapia de ejercicios. Ambulación (0221)</p>	<p>- Vestir al paciente con prendas cómodas.</p> <p>- Ayudar y animar al paciente a sentarse en la cama para facilitar los ajustes posturales.</p> <p>- Ayudar al paciente en el traslado.</p> <p>- Ayudar al paciente en la</p>	





PERÚ

Ministerio de Salud



		<p>deambulación inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que este levantado por su propia voluntad. 		
<p>11: Dominio Seguridad y protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física.</p> <p>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046) R/C herida quirúrgica.</p>	<p>Paciente recuperará integridad de la piel, primera intención (curación de la herida)</p>	<p>Fomentar la cicatrización de la piel a través de un estado nutricional adecuado mediante la dieta</p> <p>Cuidados de las heridas (3660):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la herida, observando el apósito que la cubre. - Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color tamaño y olor. - Asistir al médico durante la curación de las heridas y registrar cualquier cambio producido. - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. <p>Cuidados del sitio de incisión (3440):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dehiscencia o evisceración. - Tomar nota de las características de cualquier drenaje. 	<p>Signos y síntomas de flogosis en la herida operatoria.</p>	<p>Paciente recupera integridad de la piel, por primera intención (curación de la herida)</p> <p>Se evidencia ausencia de infección en la herida operatoria.</p>





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL CARLOS G. FRANCO

		<ul style="list-style-type: none">- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.	
--	--	---	--





PERÚ

Ministerio de Salud



10. GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA

I NOMBRE: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Diabetes Mellitus

II GENERALIDADES

DEFINICION

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y /o acción de la insulina. La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por resistencia insulínica que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina

III CUADRO CLINICO

Signos y síntomas más frecuentes:

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso a pesar de la polifagia. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que éstos no reciben la señal de la insulina.
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.

Signos y síntomas menos frecuentes:

- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Mal aliento
-

IV DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Riesgo de nivel de glucosa inestable
- Mantenimiento ineficaz de la salud
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos

V EXAMENES AUXILIARES





PERÚ

Ministerio
de Salud



Un análisis de orina puede mostrar hiperglucemia; pero un examen de orina solo no diagnostica la diabetes.

El médico puede sospechar que usted tiene diabetes si su nivel de azúcar en la sangre es superior a 200 mg/dL. Para confirmar el diagnóstico, se deben hacer uno o más de los siguientes exámenes:

Exámenes de sangre:

- Glucemia en ayunas: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa en ayunas es mayor a 126 mg/dL en dos exámenes diferentes. Los niveles entre 100 y 126 mg/dL se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles son factores de riesgo para la diabetes tipo 2.
- Examen de hemoglobina A1c (A1C):
 - Normal: menos de 5.7%
 - Prediabetes: entre 5.7% y 6.4%
 - Diabetes: 6.5% o superior
- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas de tomar una bebida azucarada (esta prueba se usa con mayor frecuencia para la diabetes tipo II)

Las pruebas de detección para diabetes tipo 2 en personas asintomáticas se recomiendan para:

- Niños obesos que tengan otros factores de riesgo de padecer diabetes, a partir de la edad de 10 años y se repite cada tres años.
- Adultos con sobrepeso (IMC de 25 o superior) que tengan otros factores de riesgo.
- Adultos de más de 45 años; se repite cada tres años.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

La etapa evolutiva de la enfermedad y la presencia o no de complicaciones agudas o crónicas, modifica la complejidad de las prestaciones requeridas por lo cual se definen aquellas situaciones que superan los límites de responsabilidad asistencial del primer nivel. Diabético crítico (nivel 1 B, deben ser atendidos por especialistas del 1er nivel): - Diabético tipo 2 con complicaciones. - Diabético tipo 2 con mal control metabólico persistente. - Diabetes gestacional compensada sólo con dieta - Diagnóstico reciente de diabetes tipo 2. - Paciente diabético tipo 2 que requiere insulínización. Diabético hipercrítico (debe ser derivado al 3er nivel): - Diabética embarazada con insulínoterapia. - Diabético con retinopatía fotocoagulada o con indicación de la misma. - Diabético con insuficiencia renal. - Lesiones de pie diabético. - Cetosis o cetoacidosis diabética. - Diabético con infecciones graves.





PERÚ

Ministerio
de Salud



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Geneva: WHO; 1999.
2. Loe H. Periodontal Disease, The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care. 1993; 16(Suppl 1).
3. Zerón Agustín. La enfermedad periodontal y la Diabetes, Conceptos actuales. Rev Diabetes Hoy, Para el Médico. 1998; 15:80-3.
4. Correlación entre el resultado de hemoglobina glucosilada y la glucemia de 3 a 4 meses. Practice Recommendations.
5. Diabetes, libro de D Figuerola





PERÚ

Ministerio de Salud



DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	MET A	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	RESULTADO ESPERADO
Déficit de volumen de líquidos relacionado con diuresis osmótica, vómito, déficit de ingesta de líquidos.	Paciente evidenciará una adecuada hidratación.	Valore el estado de hidratación del paciente. Controle funciones vitales. Administre líquidos endovenosos (Ev) (Salinos, coloides) según estado de hidratación e indicación médica. Controle diuresis horaria y densidad. Valore electrolitos séricos. Administre dieta hipoglúcida Realice Balance hídrico estricto.	Deshidratación Shock Hipovolémico Hipotensión Alteración hidroelectrolítica (hipopotasemia)	Paciente mantiene buen estado de hidratación: peso corporal promedio, piel con buen aspecto de hidratación.
Desequilibrio nutricional por defecto relacionado a trastorno metabólico.	Paciente recuperará su estado nutricional	Valore estado nutricional. Controle glicemia seriada.	Desnutrición Hipoglicemia	Paciente presenta una buena tolerancia oral y mantiene peso corporal de acuerdo a promedio. Piel con aspecto de





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL CARLOS ALFARO
CALLE SAN JUAN 2, LA LINDA

		Administre insulino terapia según indicaciones medicas y/o escala móvil.		
		Proporcione dieta para diabético según tolerancia.		buen estado nutricional.
		Controle peso diario.		
		Evalúe estado de conciencia.		
		Evalúe signos de hipoglucemia.		
		Verifique que el paciente reciba la dieta indicada 30' después de la administración de insulina.		
		Evalúe respuesta al tratamiento.		
		Proporcione medidas de protección: cama con barandas.		
		Evalúe extensión del tejido afectado.		
Riesgo a trastorno de la percepción sensorial relacionado a desequilibrio metabólico y efectos de tratamiento	Paciente no presentara trastorno de la percepción sensorial		Hipoglicemia	Paciente se mantiene despierto, alerta, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Valoración escala Glasgow 14 – 15 puntos. Paciente con cifras de glucosa en sangre mayor de 80 mg/dl.
Deterioro de la	Paciente			Paciente evidencia proceso de cicatrización de heridas.





integridad cutánea relacionada con mala	integridad cutánea recuperará integridad	Mantenga medidas de asepsia. Infección Coloque arco protector.
	Amputación	

-9-

irrigación sanguínea en miembros inferiores evidenciado por tejido necrótico.	cutánea	Administre analgésicos y antibióticos prescritos. Eduque al paciente y familia sobre el cuidado del pie. Brinde apoyo emocional.	
Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado a déficit de conocimientos y falta de medios económicos	Paciente será capaz de mejorar el régimen terapéutico	Eduque al paciente y familia sobre su enfermedad, aspectos de prevención, importancia de la dieta, uso de hipoglicemiantes, actividad física y control periódico de la glucosa. Eduque al paciente sobre los tipos de insulina, zonas de administración, dosis. Enseñe al paciente y familia el control de glicemia capilar.	Paciente cumple régimen terapéutico evidenciado por: Ausencia de signos de hipoglicemia (debilidad, piel húmeda, visión borrosa, irritabilidad, confusión, hipotermia, taquicardia). Ausencia de signos de hiperglicemia (poliurea, náuseas, diarreas, taquicardia, hipotensión, letargia, confusión, estupor). Paciente se controla glicemia





PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO

				capilar y se aplica insulina. polidipsia, vómitos, fiebre,
--	--	--	--	---

