



Resolución Directoral

Miraflores, 12 de Setiembre de 2017

VISTO:

El Expediente N° 17-008005-001 que contiene el Informe N° 101-2017-OEPP-HEJCU de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y presupuesto, el Informe N° 032-2017-EPO-HEJCU del Coordinador del Equipo de Planes y Organización y el Informe N° 117-OGC-HEJCU de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la Salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, la atención en salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médicos científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer al acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de recursos, por lo que los profesionales de enfermería como parte del equipo de Salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2005-MINSA se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que las Guías Técnicas, constituyen documentos con los cuales se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades; consolidando con ello las metodológicas, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo a cumplir el objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica asistencial;

Que, mediante Resolución Directoral N° 167-DG-2010-HEJCU-OEPP, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el Capítulo VI (descripción de Funciones) establece que una de las funciones del Departamento de Enfermería es elaborar el Manual de Organización y Funciones – MOF y otros documentos de gestión de su Departamento;

Que, mediante Informe N° 101-2017-OEPP-HEJCU, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite Informe N° 031-2017-EPO-HEJCU remitiendo el proyecto de Guías de Intervención de Enfermería para que prosiga con el trámite pertinente;

Que, mediante Informe N° 032-2017-EPO-HEJCU, el Coordinador del Equipo de Planes y Organización remite informe a fin de proseguir con el trámite correspondiente para su aprobación mediante acto resolutivo, luego de haber efectuado la revisión correspondiente;

Que, mediante Informe N° 117-2017-OGC—HEJCU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite las guías de "Intervención de Enfermería" dando opinión favorable para proceder con su aprobación mediante acto resolutivo.





Estando a lo propuesto por el Departamento de Enfermería;

Contando con las Visaciones del Director Médico, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, la Jefa del Departamento de Enfermería y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA;

En uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR las "Guías de Intervención en enfermería" del Departamento de enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", las cuales son en total un número de veintisiete (27) guías que forman parte de la presente Resolución que contiene:

- Guía del Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Colecistitis Aguda Calculosa
- Guía del Procedimiento de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes operados de Colectectomía Convencional y Laparoscópica
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicándola Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Pediátricos con Enfermedad Diarreica Aguda
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería Aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con infección del Tracto Urinario
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería Aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Fracturas
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con fracturas de cadera y Fractura Proximal de Fémur
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Pediátricos con Asma
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Gestantes con Crisis Asmática
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Crisis Asmática en Adultos
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Síndrome de Insuficiencia Cardíaca (SICA) en Infarto Agudo del Miocardio (MIA)
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Crisis Convulsiva
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en Pacientes con Coma Diabético
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Órganos Fosforados
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Pancreatitis
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Embarazo Ectópico





- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Poli traumatizado
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Desorden Cerebro Vascular (DCV) y Hemorragia Subaracnoidea
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Crisis Hipertensiva
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Craneotomía
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes en paciente con Insuficiencia Respiratoria - Neumonía
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con Shock Séptico
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Operados de Apendicetomía
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Drenaje Torácico
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes Colostomizados
- Guía de Proceso de Atención de Enfermería aplicando la Taxonomía NANDA, NOC, NIC (N.N.N) en pacientes con TBC Pulmonar y Extra pulmonar



ARTÍCULO 2.- ENCARGAR el cumplimiento de la presente resolución a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", será el responsable de la difusión, Implementación, ejecución, monitoreo y supervisión de las Guías de Intervención en Enfermería;

ARTÍCULO 3.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique en el Portal Institucional la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y cúmplase

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"


Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General
CMP 32677 RNE. 17560

EEGY/HLAG/CMHC/ JCCF/LCD

Distribución:

- Of. Ejec. de Administración
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Logística
- OCI
- Comité de Selección
- Of. de Comunicaciones
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

FEBRERO 2017



AGRADECIMIENTO POR COLABORACIÓN EN LA VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

Supervisoras del HEJCU

Jefes de Servicio del HEJCU

Enfermeras Asistenciales del HEJCU

ASESORES

Lic. Angelita Santos Vásquez.

Lic. Cecilia Hurtado Colfer



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	04
I MARCO CONCEPTUAL	
GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	06
1.1 FUNDAMENTACION	
1.2 OBJETIVOS	
1.3 ALCANCE	
1.4 BASE LEGAL	07
1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES	
II NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE REGISTROS	08
III GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
1. GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES C ON COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA.	12
2. GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL Y LAPAROSCOPICA	16
3. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	22
4. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	29
5. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N.) EN PACIENTES CON FRACTURAS.	34
6. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N.) EN PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA Y FRACTURA PROXIMAL DE FEMUR	39
7. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N.) EN PACIENTES PEDIATRICO CON ASMA	46



8. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 52
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES
GESTANTES CON CRISIS ASMATICA
9. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 58
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN
PACIENTES CON CRISIS ASMATICA EN ADULTOS
10. GUÍAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 63
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN
PACIENTES CON SINDROME DE INSUFICIENCIA CARDIACA (SICA)
EN INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IMA)
11. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 68
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN
PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVA
12. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA 71
TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC CON COMA
DIABÉTICO
13. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 77
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN
PACIENTE CON ÓRGANOS FOSFORADOS
14. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 82
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC
CON PANCREATITIS
15. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 90
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC
CON EMBARAZO ECTOPICO
16. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 94
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC
POLITRAUMATIZADO
17. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA 104
APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN
PACIENTE CON DESORDEN CEREBRO VASCULAR (DCV) Y
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
18. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO 111



LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA	
19. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N). EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	116
20. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC CON CRANEOTOMIA	122
21. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA-NEUMONIA	126
22 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)	133
23 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PAC CON SHOCK SEPTICO	139
24 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTE OPERADOS DE APENDICECTOMIA	144
25 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTE CON DRENAJE TORAXICO	148
26 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N) EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS	151
27 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC (N.N.N). EN PACIENTES CON TBC PULMONAR Y EXTRAPULMONAR	155
BIBLIOGRAFIA	164
ANEXOS	
1 Hoja de valoración de enfermería en emergencia HEJCU	
2 Hoja de valoración de enfermería en emergencia (Trauma shock) HEJCU	
3 Hoja de valoración de enfermería en hospitalización HEJCU	



PRESENTACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizada tratando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN. Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería, ya que son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

Los registros enfermeros son fundamentales pues van a posibilitar el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

Además favorece la investigación clínica y docencia de enfermería, permitiendo así la formulación de protocolos y procedimientos específicos, necesarios para cada área de trabajo.

También Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.

Los registros enfermeros tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del enfermero respecto a su conducta y cuidados al paciente.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimen la actuación del profesional.

Los registros enfermeros pueden ser estandarizados o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del Paciente en cada momento del proceso de hospitalización constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo la investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.

El Departamento de enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" viene trabajando desde el año 2005 en el proceso de transformación de los registros enfermeros en nuestra institución, facilitando la evolución de nuestros registros narrativos a registros aplicando el PAE y haciendo uso de la nemotecnia SOAPIE en cumplimiento al manual de indicadores hospitalarios emanados del MINSAs y de nuestra Ley del Enfermero (27669).

A lo largo de este tiempo los enfermeros nos hemos ido concientizando de la importancia de la calidad de los registros a nivel profesional como legal. Este proceso de evolución en nuestros registros fue progresivo. También creamos un instrumento de evaluación del paciente al ingreso que nos permitió la recolección de datos en forma ordenada, rápida, acorde con la casuística de pacientes que recibimos en nuestro hospital de emergencias "José Casimiro Ulloa". Esta experiencia fue compartida con las licenciadas que laboran en servicios de emergencias de otros hospitales de Lima y Callao, las reuniones se realizaron en la oficina general de DEFENSA NACIONAL y es así como nace la idea de elaborar un "compendio de guías de intervención y procedimientos de enfermería en Emergencias y Desastres" el cual fue aprobado con Resolución Ministerial 996-2005 el 28 de Dic. del 2005; y aplicado a partir de esa fecha en nuestra institución.

En Julio del 2011 realizamos las guías de intervención en Enfermería, las que en número de 15 forman parte de la RD 232- 2011-DG-HEJCU. Y son aplicadas en la realización de nuestras intervenciones y registros.

El Departamento de enfermería conocedor de la importancia profesional y legal de los registros enfermeros se mantiene en constante proceso de mejora continua, y en el presente año (2017) hemos realizado reuniones de actualización en la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.(N.N.N.) y hacemos llegar 27 guías de aplicación de NNN que por casuística atendemos en nuestra institución, los mismos que han sido elaborados de acuerdo a la Taxonomía NNN con sus respectivas codificaciones.

Cecilia Hurtado Colfer .
Jefa del Departamento de Enfermería

0005



MARCO CONCEPTUAL GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1.1 FUNDAMENTACIÓN

Las Guías de Enfermería definen el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Además su existencia es requisito de acreditación.

El Proceso de atención de enfermería Tiene una finalidad ya que se dirige a un objetivo. Es sistemático pues Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Además es dinámico pues Responde a un cambio continuo, Es interactivo, Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Así también tenemos que es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.2 OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en los servicios del Hospital Casimiro Ulloa
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de Salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios.

1.3 ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de Enfermería que labora en el Hospital Casimiro Ulloa

1.4 BASE LEGAL

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres, aprobado por D.S. N° 001-A-2004-DE/SG.
- Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud, aprobado por D.S N° 009-2004-SA.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley N° 27669 - Capítulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la de la Enfermera(o), aprobado por DS. N° 004-2002-SA-Capítulo II Art.

8, 9, inciso a Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA que aprueba Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud

1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Calidad del registro de Enfermería. Esta medición se debe basar en la existencia de un plan de atención de enfermería estructurado según las normas establecidas en el SOAPIE. El cual es un sistema para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las acciones y observaciones, garantizando la continuidad y seguridad en su atención (S: datos subjetivos, O: datos objetivos, A: análisis o diagnóstico, P: plan de acción, I: intervención, E: evaluación)

Porcentaje de diagnósticos de Enfermería registrados. Es un indicador que sirve para establecer el grado de cumplimiento del llenado de la hoja de registro correspondiente, donde debe figurar el diagnóstico de Enfermería.

2. Diagnóstico de Enfermería. Es la interpretación de los problemas y necesidades del paciente basada en una valoración (Subjetiva y Objetiva), que permite planear la intervención de enfermería. Este diagnóstico realizado por la enfermera a cargo, debe consignarse en la hoja de registro de enfermería. Los diagnósticos deben elaborarse tomando como referencia el sistema de clasificación de Dx NANDA, adaptado a las características particulares del hospital. (MINSA 2001)

3.-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

4. Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

5. Ejecución: La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero en esta fase realizará todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE REGISTROS

La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal. El aumento de autonomía y la toma de decisiones independientes, significan asumir responsabilidades sobre nuestras acciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad, pero también, incrementa el riesgo de responsabilidad a la que estamos expuestos. Por otro lado, se pueden delegar tareas a otros miembros de equipo que esté profesionalmente calificado para ello, pero debemos de saber **que SE DELEGAN TAREAS Y NO RESPONSABILIDADES.**

0008



Los profesionales de la salud, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplir los protocolos, registros, informes, Estadísticos y demás documentación asistencial o administrativa, que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplir conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras. Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante sí mismos y por su puesto ante la legislación.

REGLAS O RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA ELABORAR LOS REGISTROS

• OBJETIVIDAD:

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.

Ej.: Refiere consumir “dos litros de vino al día”

NO: Alcohólico

- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

Ej.: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

• PRECISIÓN Y EXACTITUD:

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado de manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. SGR (D.U.E.)

NO: Apósito manchado

- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho"

Ej.: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml. S. García (D.U.E.)

• **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:**

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente

- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Ej.: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.

- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

Ej: L. Valentín ó LVM (D.U.E.)

- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

• **SIMULTANEIDAD:**

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.

- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Ej.: Si se registra "ha descansado bien toda la noche" y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo.

Ej.: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.

- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

Aquello que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo

- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como "accidentalmente", "de alguna forma".
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren.

Ej.: Informes de caídas

- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
- La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N. N. N. EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA

DEFINICIÓN

Inflamación o infección de la vesícula biliar

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Inicio como un ataque de cólico biliar, Los cálculos pueden causar náusea, vómitos e infección. Si llegan al conducto colédoco y se queda atascado puede provocar dolor, inflamación e ictericia.

El dolor se encuentra en el cuadrante superior derecho o epigastrio.

Fiebre moderada 38° C Anorexia

Leucocitosis moderada 12,000 a 15,000 leucocitosis. Ictericia

En algunos casos se presenta dolor y malestar similares sin tener cálculos biliares. Esto puede suceder por hipofunción de la vesícula biliar

FISIOPATOLOGÍA

Se produce cuando se presenta irritación en la pared de la vesícula por la bilis concentrada como consecuencia del enclavamiento de los cálculos en el bacinete ó cístico, generalmente se asocia a infección por escherichia coli o, por estreptococos fecales. Sin embargo la infección no es constante, es un fenómeno secundario a la obstrucción, se cree que los gérmenes llegan a la vesícula por vía linfática. En ocasiones sobreviene gangrena de la pared, aparte de la inflamación aguda en la mayoría de casos se reconocen elementos de inflamación crónica.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Examen Clínico

Prueba de laboratorio. Gammagrafía, Tomografía axial

TRATAMIENTO MÉDICO

En crisis de dolor agudo o crónico por lo general el paciente queda hospitalizado, se le administra líquidos, electrolitos por vía endovenosa y se le suspende alimentos y líquidos por vía oral.

Se le coloca una sonda nasogástrica para mantener el estómago vacío y reducir la acumulación de líquidos en el intestino. Generalmente se administra analgésicos, antiespasmódicos y antibióticos.

En caso de colecistitis aguda con diagnóstico claro, y el riesgo quirúrgico es bajo, por lo general se extirpa la vesícula biliar

Generalmente se administra analgésicos, antiespasmódicos y antibióticos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Colecistectomía Convencional o Laparoscópica

001-3



(00134)NAUSEAS r/c proceso de la enfermedad	(1618)Control de náuseas y vómitos	(1450)Manejo de las nauseas (2314) Administración de medicación: intravenosa	Nauseas han disminuido
(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL : INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES r/a ingesta insuficiente de alimento, náuseas, vómitos secundario a cirugía	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes	(1030)Manejo de los trastornos de la alimentación. (1100)Manejo de la nutrición. (1200) Administració n de nutrición parenteral total (NPT) (1260)Manejo del peso	Mejora tolerancia oral Tolera dieta fraccionada Recibe NPT según dosis indicada Peso=

0015



GUIA DE ATENCION A PACIENTES POST OPERADO DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL y LAPAROSCOPICA

DEFINICION:

Colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para retirar la vesícula biliar

CAUSAS:

Se pueden formar cálculos en la vesícula biliar, estos cálculos pueden moverse y bloquear los conductos císticos y causar dolor severo. Este dolor localizado principalmente en el hipocondrio derecho del abdomen se presenta después de ingerir comidas grasosas.

SINTOMAS

Frecuentemente es necesario sacar la vesícula biliar para poder controlar los síntomas

TRATAMIENTO

En caso de ceder el cuadro agudo se puede retrasar la cirugía por más o menos 6 semanas para la preparación respectiva.

En caso de sospecha de complicación como un absceso, gangrena o perforación de vesícula es necesaria la cirugía inmediata.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Técnica innovadora con grandes ventajas que consiste en la extracción de la vesícula biliar mediante laparoscopia

PREPARACION

Ayuno de líquidos y sólidos desde la media noche del día anterior Baño la mañana de la cirugía

Evacuación intestinal mediante enema ó algún laxante Examen preoperatorio según la condición medica

Si toma alguna medicación diariamente, consultar con su cirujano. Vendaje muslo pedio

PROCEDIMIENTO

Bajo anestesia general

Existen dos métodos de sacar la vesícula biliar. El primer método consiste de una incisión grande en la piel del abdomen. Este método se llama colecistectomía abierta, el otro método es mediante cirugía laparoscópica

Se pueden sacar radiografías durante la cirugía para determinar si hay cálculos atascados en el conducto colédoco.

Rara vez hay cálculos en el colédoco. De ser así, se pueden sacar inmediatamente con el endoscopio o alternativamente con una operación abierta. También se pueden sacar en un procedimiento separado.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Esta cirugía es muy segura. Sin embargo, existen varios riesgos y posibles complicaciones que, aunque son raras, podrían ocurrir Los relacionados con la anestesia general como cualquier otro tipo de cirugía.

Otros riesgos más serios incluyen ataques cardiacos, derrames y neumonía.

Los coágulos sanguíneos pueden formarse en miembros inferiores debido a la inactividad durante y después de la cirugía. Por lo general aparecen unos días después

de la cirugía. Los coágulos producen dolor e inflamación y llegar a los pulmones donde producen dificultad para respirar, dolor de pecho y posiblemente la muerte.

Levantarse de la cama poco después de la cirugía puede ayudar a disminuir los riesgos de coágulos de sangre en las piernas.

Existen otros riesgos que son poco comunes tales como lesión del hígado y conducto biliar el cual podría desembocar en un goteo de la bilis en la cavidad peritoneal e incluso hacia fuera de ésta, en estos casos, es probable que se necesiten una o más operaciones para reparar el daño al conducto biliar.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO R/C Intervención Quirúrgica	(1605)Control del dolor	(1400) Manejo del dolor:. Evaluar características del dolor según escala. (6482) Manejo ambiental: confort (2210)Administración de analgésicos	Paciente manifiesta alivio del dolor, según escala del dolor 5/10.
(00004) RIESGO DE INFECCIÓN f/r intervención quirúrgica, e invasivos.	(1924)Control del riesgo: Proceso infeccioso	(6540)Control de infección (6680) Monitorización de los signos vitales. (3900)Regulación de la temperatura (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3590)Vigilancia de la piel (3662)Cuidados de las heridas: drenaje cerrado (2314)Administración de medicación intravenosa	Paciente queda afebril, con T° 36.9 Con Herida limpia sin signos de flogosis. No evidencia signos de infección en zona de inserción de catéteres

0019



<p>(00195) RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO (00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS f/r restricción del aporte, perdidas excesivas, (SNG, Drenajes, nauseas y/o vómitos)</p>	<p>(0601)Equilibrio de líquidos (0606)Equilibrio electrolítico</p>	<p>(2080)Manejo de líquidos y Electrolitos. (4130)Monitorización de líquidos (6680)Monitorización de los signos vitales (4140) Reposición de líquidos</p>	<p>Paciente se mantiene hidratado durante el turno. Mantiene balance hídrico adecuado +250 Electrolitos dentro de valores normales. Na .K...</p>
<p>(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD r/c con el proceso de la enfermedad y cuidados en el hogar. (00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c con proceso de la enfermedad</p>	<p>(1813) Conocimiento: régimen terapéutico (1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad</p>	<p>(5602) Enseñanza: Proceso de la enfermedad (5618)Enseñanza: Procedimiento/tratamiento (5602) Enseñanza: Proceso de la enfermedad</p>	<p>Paciente mejora su nivel de conocimiento relacionado a su régimen terapéutico.</p>



<p>(00146) ANSIEDAD R/C cambio en el estado de salud , intervención Qx. desconocimiento de su enfermedad, del ambiente hospitalario</p>	<p>(1402)Contro l de la ansiedad</p>	<p>(5820)Reducción de la ansiedad (5270)Apoyo emocional: (6481)Manejo ambiental: Proceso de acercamiento.</p>	<p>Paciente refiere sentirse más tranquilo. Manifiesta que aplicará sus conocimientos en su autocuidado.</p>
<p>(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES r/a ingesta insuficiente de alimento, náuseas, vómitos secundario a cirugía.</p>	<p>(1009)Estado nutricional</p>	<p>(1030)Manejo de los trastornos de la alimentación. (1100)Manejo de la nutrición. (1200) Administración de nutrición parenteral total (NPT) (1260)Manejo del peso</p>	<p>Mejora tolerancia oral Tolera dieta fraccionada Recibe NPT según dosis indicada Peso=</p>

GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

DEFINICIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA) suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, consiste en cambio del patrón de evacuación intestinal normal del niño, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de 3 semanas.

CAUSAS.

Infección

La diarrea es un signo de infecciones ocasionadas por organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua contaminada

- El rotavirus A es la causa más común de diarrea y deshidratación en niños menores de dos años en todo el mundo.
- Escherichia Coli, es también una de las causas más comunes de infección aun cuando la mayor parte de sus cepas son inofensivas, como la enterotoxigenica.
- La *shigellosis*, conocida como disentería bacilar, la presentación clínica incluye cólicos abdominales, fiebre y diarrea que puede ser sanguinolenta.
- La *Salmonella* puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia.
- La diarrea viral se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y cefaleas
- Las infecciones parasitarias como la giardiasis, además de la diarrea, que nunca es sanguinolenta, producen dolor abdominal. La amebiasis es clínicamente indistinguible de las colitis bacterianas, por lo cual es indispensable el estudio de las heces frescas



SIGNOS Y SÍNTOMAS

Más de tres evacuaciones aguadas o líquidas en 24 horas o en número mayor al patrón habitual de los menores. Los niños alimentados con seno materno van a evacuar con mayor frecuencia, semilíquido y color amarillo. Puede o no presentarse vómito, fiebre, mal estado general, mialgias, cefalea, dolor abdominal; los síntomas variaran según el tipo de infección.

FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad diarreica aguda, resulta de la disminución en el movimiento neto del agua de la luz intestinal al plasma, lo cual hace que el volumen entregado al colon supere su capacidad de absorción. Las infecciones entéricas invaden la mucosa o producen toxinas.. También se presentan por presencia de sustancias osmóticamente activas en la luz intestinal (como la glucosa), que aumentan el líquido intestinal. Alteraciones de la motilidad secundarias a enfermedades de base o cirugía previa.

Las células de las criptas, encargadas de reparar las vellosidades lesionadas, migran hacia el ápice para sustituirlas en un período de 24 a 72 horas, con lo que desaparece la diarrea.

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Sólo es necesaria una valoración del paciente mediante una adecuada historia clínica y una cuidadosa exploración física. La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de deshidratación.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN

El dato clínico más exacto del grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida ponderal, que representa el déficit de líquidos existente. Se considera según esta

pérdida como:

- Leve o ausencia de deshidratación: pérdida de menos del 3% del peso corporal.
- Moderada: pérdida del 3-9% del peso corporal.
- Grave: pérdida de más del 9% del peso corporal.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Dado que el conocimiento del agente causal no va a influir la mayoría de las veces en el abordaje terapéutico de la diarrea, no está indicado el estudio microbiológico de rutina. Solamente habría que considerarlo en los casos de:

- Inmunodeficiencias
- Ingreso hospitalario
- Diarrea prolongada
- Viaje reciente fuera del país.
- Diarrea mucosanguinolenta
- Diagnóstico dudoso
- Sospecha de toxiinfección alimentaria

El estudio microbiológico habitual incluye coprocultivo (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Aeromona*) y detección de antígeno de rotavirus del grupo A, adenovirus y astrovirus.

TRATAMIENTO MEDICO Y FARMACOLOGICO

- a. Sintomático: En caso de vómito ingesta de pequeños volúmenes de líquidos
- b. Etiológico: antimicrobianos se justifican en: shigelosis, giadiosis, amibiasis, septicemia, moco fecal sugestivo de germen invasor, en complicaciones abdominales

Terapia de hidratación oral

Plan A

El ABC del tratamiento de la diarrea aguda es: Alimentación continua, Bebidas abundantes y Consulta educativa.

Plan B.**Tratamiento de la deshidratación**

La dosis inicial de suero oral, es de 100mL/kg de peso en cuatro horas. La dosis total calculada, se fracciona cada 30 minutos y se ofrece lentamente,

Los vómitos no son contraindicación para la hidratación oral. Si empeora la DSH o no se corrige en ocho horas, deberá valorar la hidratación endovenosa

La distensión abdominal, con vómito, dolor, edema de pared, resistencia abdominal, rechazo a la vía oral o disminución de la peristalsis, es indicación radiológica, para descartar complicación abdominal de solución quirúrgica.

Criterio de alta. Se puede continuar el tratamiento en el domicilio del paciente (Plan A) cuando su estado de hidratación sea normal, haya tolerado sus alimentos y las evacuaciones hayan disminuido a menos de dos por hora o menos de 10g/kg/hora. Antes de dar de alta al paciente, capacitar al responsable de su cuidado

Plan C: Para tratamiento rápido de choque hipovolémico

Representan menos de 5% de los casos de deshidratación que consultan en hospitales o centros de salud. Sin embargo, durante los brotes de cólera, entre 20 y 25% de los pacientes pueden necesitar terapia de hidratación intravenosa inicial. Mientras más y mejor se usen los Planes A y B, menos se usará el Plan C.

La solución de lactato de Ringer o solución de Hartmann es la más recomendada, a dosis de 100mL en tres horas, la mitad en la primera hora y el resto las dos horas siguientes.

PREVENCIÓN

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses.

- NO usar biberones para alimentar a los niños.
- NO guardar alimentos a temperatura ambiental
- NO beber agua contaminada por materia fecal.
- Lavarse las manos después de defecar, después de desechar las heces de los niños y antes de preparar o servir los alimentos
- Evitar presencia de vectores mediante una higiene adecuada



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES PEDIATRICOS CON EDA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00013)DIARREA r/c procesos infecciosos, agente lesivo biológico m/p más de 3 deposiciones liquidas	(0501)Eliminación intestinal	(0460) Manejo de las diarreas	Realiza 3 deposiciones Amarillas, verdosa, con moco y sangre.....
	Disminuirá el número de deposiciones en 4 horas (1015)Función Gastrointestinal	(2314)Administracion de medicación intravenosa (2304) Administracion de medicación oral	
		(7710) Colaboración con el medico (6540)Control de infecciones (0410)Cuidados de la incontinencia intestinal (6200)Cuidados en la emergencia (1750) Cuidados perineales (0501)Eliminación intestinal	Resultado de análisis=
(00007)Hipertermia r/c proceso infeccioso, Deshidratación.	(0800)Termorregulación:	(3740)Manejo de la hipertermia: (6680)Monitorización de signos vitales (2300)Administracion de medicación	Paciente queda con temperatura normal, Funciones vitales estables.
(00027)DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00195)RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO r/c vómitos	(0602)Hidratación: (0601)Equilibrio hidrico	(2080)Manejo de líquidos y electrolitos: (0600)Equilibrio electrolítico y acido-base (4180)Manejo de la hipovolemia.	Paciente queda con Valores normales de Na y K Paciente aliviado no pta.vomitos y el N° de

0027



<p>persistentes, perdida activa de líquidos y electrolitos</p> <p>evidenciado por mucosas secas, signo de pliegue (+)</p>		<p>(2007)Manejo de electrolitos: (6680)Monitorización de FV. (1570)Manejo del vómito. (0406)Manejo de las diarreas. (1450)Manejo de las nauseas (2314)Administracion de medicamentos EV. (4140)Reposición de líquidos: BH estricto.</p>	<p>deposiciones se redujo</p> <p>BH=+</p>
<p>(00205)RIESGO DE SHOCK</p> <p>f/r por perdidas activas .</p>	<p>(2114)Severidad de la hipotension (0419)Severidad del shock: hipovolemia</p>	<p>(4260)Prevencion del shock</p> <p>(6680)Monitorización de FV (4180)Manejo de la hipovolemia (4120) Manejo de líquidos</p>	<p>Pac. Normotenso, hidratado.</p> <p>o Piel fría, húmeda BH=.....</p>
<p>(00078)GESTION INEFICAZ DE LA SALUD</p> <p>r/c déficit de conocimientos Dificultades económicas</p>	<p>(1813)Conocimiento: Régimen terapéutico. (5616)Enseñanza: Medicamentos prescritos. (2609)Apoyo familiar (1813)Conocimiento: Régimen terapéutico. (5616)Enseñanza: Medicamentos prescritos. (2609)Apoyo familiar</p>	<p>(5602)Enseñanza sobre proceso de la enfermedad: se le explica importancia de continuar régimen terapéutico y seguir indicaciones correctas (1705)Orientación sobre la salud (5616)Enseñanza: medicamentos prescritos (7120)Movilización familiar (8820)Reunión multidisciplinaria</p>	<p>Paciente entiende y refiere cumplir Indicaciones Médicas. Familiares colaboran con la compra de medicina. Queda incorporado al SIS Recibe ayuda de servicio social</p>

0028



ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

DEFINICIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es la alteración funcional o morfológica de la vía urinaria producida por gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata

CAUSAS

Las infecciones de las vías urinarias más habituales son las producidas por bacterias tales como la Escherichia coli luego. virus, hongos o parásitos. La causa más frecuente en los varones, de infecciones a repetición, es una infección bacteriana persistente en la próstata. Las mujeres contraen con frecuencia infecciones después de una relación sexual, probablemente porque la uretra ha sufrido contusiones durante la misma. En casos muy particulares, los ITU a repetición en las mujeres son por una conexión anómala entre ésta y la vagina. Cualquier anomalía que provoque una obstrucción del flujo de orina (piedras en el riñón, estructuras anómalas.) puede inducir a una infección urinaria

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Necesidad urgente y frecuente de orinar. (poliaquiurea), 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. (disuria). Color turbio, lechoso (espeso) o anormal de la orina. Aparición de sangre en la orina. Fiebre y escalofríos (La infección puede haber 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.

DIAGNÓSTICO

- Examen físico: El médico palpa la zona abdominal y pélvica del paciente para detectar los lugares con dolor o con enrojecimiento.
- Análisis de orina: Con una muestra de orina del paciente se examina si ésta contiene algún agente infeccioso (germen nocivo).
- Cultivos de orina, líquido vaginal o líquido uretral: se determina qué tipo de bacteria es la causante de la infección y qué antibióticos pueden resultar efectivos (antibiograma).
- Cistoscopia: Consiste en introducir por la uretra un tubo provisto de lentes y luz para observar directamente el estado de la uretra y la vejiga urinaria.
- Ecografía abdominal: Es un estudio indoloro del abdomen que se realiza mediante ultrasonidos que forman una imagen en un monitor.
- Urografía: Es una radiografía del riñón, para la cual hay que inyectar previamente una sustancia que creará un contraste y el riñón podrá ser observado con facilidad.

TRATAMIENTO

Uso de Antibióticos: si están causadas por bacterias, o con antivirales si están causadas por virus. Previa prueba de sensibilidad o antibiograma. Beber grandes cantidades de agua ayuda a limpiar el tracto urinario de bacterias

Infecciones a repetición: Algunas mujeres tienen tres o más infecciones urinarias al año. Los hombres con frecuencia tienen infecciones repetidas. Las personas con diabetes pueden tener infecciones repetidas. Los problemas que causan dificultad para orinar también pueden ocasionar infecciones repetidas.

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES A REPETICIÓN:

- Tomar entre seis y ocho vasos con agua al día para eliminar las bacterias. Tome jugo de cítricos o consuma vitamina C. Ambos aumentan la acidez de la orina, haciendo que las bacterias no puedan crecer fácilmente.

- Micción frecuentemente y en cuanto sienta la necesidad de hacerlo.
- Miccionar después de tener relaciones sexuales. Así se eliminarán las bacterias que puedan haber entrado en la uretra durante el coito.
- Después de ir al baño, límpiese siempre de adelante hacia atrás.
- Use ropa interior de algodón y prendas holgadas. Éstas permiten la entrada de aire y ayudan a mantener el área seca. Evite los pantalones apretados y la ropa interior de nailon. Éstos atrapan la humedad y contribuyen al crecimiento de las bacterias.
- En las mujeres, los diafragmas y los espermicidas pueden provocar infecciones urinarias porque estimulan el crecimiento de las bacterias y sería necesario cambiar de método anticonceptivo. Los condones sin lubricante o los condones con espermicida provocan irritación, que puede contribuir a que las bacterias se reproduzcan.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00007) HIPERTERMIA r/c con proceso infeccioso del tracto urinario evidenciado por Piel caliente, T° 38.5°C	(0800) Termorregulación Paciente mantendrá T° corporal en límites normales	(3740) manejo de la hipertermia. (6680) monitorización de los signos vitales. (3900)regulación de la temperatura corporal	Paciente presenta temperatura corporal dentro de los parámetros normales. T°
(00132) DOLOR AGUDO r/c proceso inflamatorio/infeccioso de las vías urinarias. r/c agente lesivo biológico evidenciado por manifestaciones de dolor	(1605) Control de dolor Paciente referirá alivio del dolor en la escala del dolor del 1/10 =4	(1400) Manejo del dolor. (2210)Administracion de analgésico (6680)Monitorización de los signos vitales.	Paciente manifiesta alivio del dolor a 5 Según escala de EVA
(00028) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c perdidas gastrointestinales evidenciado por náuseas y vómitos	(0601)Equilibrio de líquidos.	(2080) Manejo de líquidos y electrolitos. Valorar estado de hidratación del paciente (turgencia de la piel, mucosas, lengua) Canalizar vía periférica	Paciente hidratado Tolera la vía oral BHE= +250.
(00134) NAUSEAS r/c proceso inflamatorio infeccioso secundario a proceso infeccioso	(1618) Control de náuseas y vómitos.	(1450)Manejo de las náuseas y vómitos (4190)Punción intravenosa	Refiere que náuseas han disminuido Tolera vía oral Continua con hidratación E,V

(00004) RIESGO DE INFECCION f/r Tratamiento mínimamente invasivo, cateterización endovenosa	(0703) Estado de infección	(6540) Control de la infección	Paciente con T° 36.8 Sin signos de flogosis en zona de veno punción.
(00203)RIESGO DE PERFUSIÓN RENALINEFICAZ : r/c deterioro del transporte de O2 evidenciado por hematuria, elevación de la creatinina etc.	(407)Perfusión tisular :Periférica	(6680)Monitorización de F.V y Sat. O2 (3320)Oxigenoterapia (8820)Reunión multidisciplinaria	Pac. continua con hematuria ó Mantiene adecuada perfusión renal Creatinina=..... Sat=... Mantiene V. Urinario de 30cc/h
(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c falta de información sobre medidas sanitarias para el cuidado de la salud	(1842)Conocimiento: Control de la infección	(5618) Enseñanza Procedimiento/ tratamiento (5602)Enseñanza : proceso de enfermedad	Paciente mejorara nivel de conocimiento sobre la enfermedad Paciente se encuentra informado sobre el proceso de la enfermedad.
(00016)DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA r/c con muticausalidad (disuria, poliaquiurea).	(0503)Eliminación Urinaria	(0590)Manejo de la eliminación Urinaria (2300)Administración de la medicación (4130)Monitorización de líquidos (0620)Cuidados de la retención urinaria (0580)Sondaje vesical (0610)Cuidados de la incontinencia urinaria.	Pac micciona Volumen=.....

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON FRACTURAS.

DEFINICIÓN

Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso

CLASIFICACIÓN

Cerrada, si la punta de la fractura no se asocia a ruptura de la piel, o si hay herida, ésta no comunica con el exterior.

Abierta o expuesta, si hay una herida que comunica el foco de fractura con el exterior, posibilitando a través de ella, el paso de microorganismos patógenos provenientes de la piel o el exterior.

CAUSAS

Por traumatismo directo, en las cuales el foco de fractura ha sido producido por un golpe directo cuya energía se transmite directamente por la piel y las partes blandas. Por traumatismo indirecto, en las cuales el punto de aplicación de la fuerza está alejado del foco de fractura.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor continuo: generalmente localizado que aumenta a la movilización de la parte afectada y que no cesa hasta la inmovilización de la fractura.

Incapacidad funcional: la zona afectada no es funcional y tiende a moverse de manera anómala. Deformidad: Debida al desplazamiento de los fragmentos, suele ser visible.

Inflamación local: Ocasionada por el derrame que produce la rotura de vasos sanguíneos y como consecuencia del impacto.

Crepitación: a la exploración se percibe una sensación de fricción entre los fragmentos óseos.

Acortamiento: Se produce fundamentalmente en huesos largos debido a la contracción del músculo que ocasiona la superposición de fragmentos.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

Radiografías u otras técnicas de imagen (TAC, RNM).

Análisis de Sangre y recuento en caso de fractura abierta, sospecha de hemorragia interna, lesión muscular extensa asociada a fracturas múltiples, huesos largos. Arteriografía/electromiografía en lesión vascular o nerviosa.

TRATAMIENTO

Reducción: Consiste en colocar los extremos o fragmentos de la fractura en alineación y rotación lo más anatómicamente posible, mediante la manipulación directa ó cirugía. Deben realizarse lo más antes posible para evitar la disminución de la elasticidad como consecuencia del edema o hemorragia

Tipos de reducción:

Reducción cerrada: Se realiza con anestesia local o general mediante manipulación y tracción manual, luego se coloca vendaje inmovilizador, oralmente de yeso y se toma RX de control

Tracción: método de reducción para huesos largos. El objetivo es recuperar la alineación y longitud normal, inmovilizar la fractura y disminuir los espasmos musculares.

TIPOS DE TRACCIÓN:

Cutánea ò blanda: Consiste en la aplicación de bandas adhesivas adheridas sobre la piel y vendaje posterior solo admite 2-3 Kg., un aumento en la tracción puede provocar daño tisular

Esquelética: Mediante la colocación de agujas Kirschner o Steinmann directamente en el hueso. El peso de la tracción será aproximadamente el 7% del peso corporal.

Reducción abierta ó quirúrgica: Los fragmentos óseos son colocados bajo visualización directa y como medio de sujeción hasta su cicatrización definitiva se emplean placas, colocadas a cada lado del hueso. Clavos en la cavidad medular, o tornillos atravesando el espesor del mismo. Se procede habitualmente a la inmovilización posterior mediante férulas o vendaje de yeso.

Fijación externa: Suele utilizarse en fractura conminuta y/o afectación de partes blandas. Inmovilización:

Una vez reducida la fractura, si es necesario debe inmovilizarse hasta su consolidación.

COMPLICACIONES

Generales

Tromboembolismo pulmonar (TEP). Trombosis venosa profunda (TVP). Embolia grasa.

Locales:

Retraso de consolidación/pseudo artrosis, Infección, hemorragias, pérdida de la funcionalidad, atrofia muscular, lesión neurológica, Degeneración articular (artrosis postraumática en Fx. articulares) Consolidación viciosa (con alteraciones del eje o acortamiento).

PREVENCIÓN

Uso de cinturones, no caminar en pisos mojados, restricción de uso de bebidas alcohólicas, no manejar ebrio, uso de barandas y sujeción mecánica en personas con trastorno de sensorio.

0000



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON FRACTURAS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132)DOLOR AGUDO r/c trauma óseo y/o procedimiento quirúrgico	(1605)Control del dolor (2102) Nivel del dolor. Paciente disminuirá el dolor según escala de EVA de 0 a 10 a 3	(1402) Manejo del dolor. (5270)Apoyo emocional (6482)Manejo ambiental (2210)Administracion de analgésicos (0910) Inmovilización	Pac expresa alivio del dolor Escala de EVA 5
(00085)DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA r/c intolerancia a la actividad, dolor, tracción	(208)Control de la movilidad	(0840)Cambio de posición (0940)Cuidados de la tracción/inmovilización (0762)Cuidados del paciente escayolado: Mantenimiento (0200)Fomento del ejercicio (740)Cuidados del paciente encamado (4310)Terapia de actividad (1800) Ayuda en el autocuidado (6420)Restricción de zonas de movimiento	Movilidad física controlada Con cuidados respectivos refiere Sentirse mejor
(00004)RIESGO DE INFECCIÓN r/c con pérdida de la integridad cutánea y Cercanía de la misma, procedimiento quirúrgico con el foco de fractura. Presencia de líneas invasivas	(0703)Estado de infección (1924)Control del riesgo: Proceso infeccioso	(3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico (6540)Control de infecciones (7710)Colaboración con el medico (3520)Cuidados de las heridas (6680)Monitorización de signos vitales	Piel sin signos de flogosis Pac. normo térmico, No pta. signos y síntomas de infección Se controla riesgo

<p>(00204) PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ r/c disminución del aporte sanguíneo a los tejidos Periféricos.</p>	<p>(0407)Perfusión Tisular Periférica. Pac mantendrá un adecuado nivel de oxigenación periférico</p>	<p>(2660)Manejo de la sensibilidad periférica alterada (4070)Precauciones circulatorias</p>	<p>Pac con color y temperatura de la extremidad dentro de lo normal Buen llenado capilar. Pulso muslo pedio presente</p>
<p>(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c perdida hemática</p>	<p>(0601)Equilibrio de líquidos</p>	<p>(2080) Manejo de líquidos y electrolitos (4030) Administracion de productos sanguíneos.</p>	<p>Hidratado B.H= +250</p>
<p>(00086) RIESGODE DISFUNCIÓN NEUROVASCULA R PERIFÉRICA r/c inmovilización por trauma óseo</p>	<p>(1908)Detección del riesgo.</p>	<p>(4066)Cuidados circulatorios venoso (4104)Cuidados del embolismo periférico (4270)Manejo de la terapia trombolítica. (0224)Terapia de ejercicios: Movilidad articular</p>	<p>Pac queda con extremidad. afectada con sensibilidad conservada, pulsos presente.</p>
<p>(00249)RIESGO DE ULCERAS POR PRESION r/c inmovilidad prolongada</p>	<p>(1609)Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión (1101) Integridad tisular</p>	<p>(3540)Prevención de las escaras Colocación de colchón neumático Colocación de aditamentos en zonas de presión (0840)Cambios de posición (3590)Vigilancia de la piel (0740)Cuidados del paciente encamado (1610)Baño (1480)Masaje</p>	<p>Pac libre de escaras Piel intacta, aseado, piel seca. Se actúa según criterio se logra objetivo</p>

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA Y Y FRACTURA PROXIMAL DE FEMUR

DEFINICION

FRACTURA DE CADERA y FEMUR

Es la ruptura del hueso justo debajo de la articulación de la cadera, que está formada por la cabeza del Fémur y el acetábulo en la pelvis

Es la fractura que ocurre en el extremo proximal del Fémur.

CLASIFICACION

De acuerdo a la localización del rasgo de Fractura:

Las Fracturas Intracapsulares incluyen:

Fracturas de la cabeza femoral

Subcapitales

Transcervicales o medio cervicales

Basicervicales

Las fracturas extracapsulares se dividen en dos subtipos:

Intertrocantericas

Subtrocantericas

CAUSAS

Caídas o tropiezos, sin embargo cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo. El daño tiene un origen multifactorial y refleja la tendencia a caerse, la pérdida de los reflejos protectores y la reducción ósea.



FACTORES DE RIESGO

No Modificables:

Historia de Fractura de cadera materna, escaso de consumo de alcohol

Exceso de consumo de cafeína, inactividad Física, bajo peso corporal

Estatura alta, fractura de cadera previa, uso de Psicotrópicos

Discapacidad visual, edad mayor de 50 años, Sexo femenino, demencia

SIGNOS Y SINTOMAS

Dolor Continuo: generalmente localizado que aumenta a la movilización de la parte afectada y que no cesa hasta la Inmovilización de la Fractura.

Incapacidad Funcional: La zona afectada no es funcional y tiende a moverse de manera anómala.

Deformidad: debida al desplazamiento de los fragmentos, suele ser visible.

Inflamación Local: ocasionada por el derrame que produce la rotura de vasos sanguíneos y como consecuencia del impacto.

Crepitación: a la exploración se percibe una sensación de fricción entre los fragmentos óseos.

Acortamiento: se produce fundamentalmente en huesos largos debido a la contracción del músculo que ocasiona la superposición de fragmentos.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Radiografías, u otras técnicas de imagen TAC, RMN

TRATAMIENTO

TRACCION: Método de reducción de huesos largos. El objetivo es recuperar la alineación y longitud normal, inmovilizar la fractura y disminuir los espasmos musculares.

Tipos de Tracción

Cutánea o Blanda consiste en la aplicación de bandas adhesivas adheridas sobre la piel y vendaje posterior, solo admite 2-3 kg, un aumento en la tracción puede causar daño tisular.

Esquelética: mediante la colocación de agujas de Kirschner o steiman directamente en el hueso. El peso de la tracción será aproximadamente el 7 % del peso corporal.

OBJETIVOS

La meta principal es retornar al paciente a su nivel de Funcionalidad previo a la fractura

TRATAMIENTO

Tratamiento Ortopédico

Tratamiento Quirúrgico

Cirugía dentro de las 24-48 horas desde el ingreso

Los intervalos de tiempos prolongados incrementan el riesgo de complicaciones y de mortalidad post operatoria, incluyendo la trombosis venosa profunda, complicaciones pulmonares, infecciones urinarias, y alteraciones en la piel.

Los tipos de tratamiento son:

Osteosíntesis del cuello femoral

Prótesis de sustitución (parcial o total).

ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y FRACTURA PROXIMAL DE FEMUR

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO r/c trauma óseo y/o procedimiento quirúrgico.	(1605) Control del dolor (2102) Nivel del dolor	(1400) Manejo del dolor. (5270) Apoyo emocional. (6482) Manejo Ambiental. (2210) Administración de Analgésicos: (2304) Administración de medicación VO. (2313) Administración de medicación IM. (2314) Administración de medicación EV. (2317) Administración de medicación SC. (5465) Contacto terapéutico. (0910) Inmovilización : (0844) Cambios de posición (0940) Cuidados de la tracción	(82102) Nivel del dolor: Escala de Puntuación descriptiva. 1 Sin dolor 2 leve 3 Moderado 4 Severo Escala de Valores Numéricos (EVA) del 0 al 10 ().

0042



<p>(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C dolor, Intolerancia a la actividad evidenciado por lesión musculo esquelético,</p>	<p>(0208) Movilidad</p>	<p>(0762) Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento. (0200) Fomento del ejercicio: (0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular. (0226) Terapia de ejercicios: control muscular. (0740) Cuidados del paciente encamado. (4104) Cuidados del Embolismo Periférico. (1800) Ayuda en el autocuidado (4066) Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa. (0740) Cuidados del Paciente Encamado. (0940) Cuidados del Paciente con tracción.</p>	<p>(020802) Mantenimiento de la posición corporal (0208) Movilidad. (0211) Función Esquelética. (2401) Función sensitiva Cutánea</p>
<p>(00004) RIESGO DE INFECCIÓN f/r traumatismo, tisular, Procedimientos invasivos etc.</p>	<p>(1924) Control del riesgo de Infección.</p>	<p>(6540) Control de la Infección (6680) monitorización de signos vitales (4220) Cuidados del catéter venoso central. (1876) Cuidados del Catéter Urinario. (3590) Vigilancia de la piel. (3440) Cuidado del sitio de la Incisión. (3520) Cuidados de las Heridas. (1870) Cuidados del drenaje catéter (hemovac). (3540) Prevención de Ulceras por presión. (0740) Cuidados del Paciente encamado. (0840) Cambio de posición. (3590) Vigilancia de la Piel. (3584) Cuidados de la Piel, tratamientos tópicos. (1610) Baño.</p>	<p>(190201) Reconoce los factores de riesgo</p>

<p>(00249) RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN r/c Factores Externos: Inmovilización Física, Humedad ,estado nutricional</p> <p>(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c la inmovilización, fijadores externos, secundario a trauma óseo.</p>	<p>(1101) Integridad tisular</p> <p>(0208) Movilidad.</p>	<p>(0840) Cambios de posición. (1480) Masaje. (0740) Cuidados del Paciente Encamado. (0940) Cuidados del Paciente con tracción. (3590) Vigilancia de la Piel (3584) Cuidados de la Piel , tratamientos tópicos</p>	<p>(1101) Integridad Tisular de Piel y membranas No escaras.</p> <p>Pac. Queda sin signos de deterioro cutáneo.</p>
<p>(00007) HIPERTERMIA r/c proceso infeccioso, intervención quirúrgica.</p>	<p>(0800) Termorregulación</p>	<p>(3740) Manejo de la hipertermia. (6680) Monitorización de signos vitales. (3740) tratamiento de la fiebre. (1610) Baño. (4120) manejo de líquidos. (2300) Administración de medicación.</p>	<p>(0800) Termorregulación Temperatura Cutánea aumentada. (080018) Disminución de la temperatura.</p>
<p>(00102) DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACION R/C dolor, ansiedad, deterioro muscular</p>	<p>(1008) Ingesta de Alimentos y líquidos.</p>	<p>(1803) Ayuda con el autocuidado: Alimentación (1100) Manejo de la Nutrición. (100801) ingestión Alimentaria oral. (100803) Ingestión de líquidos orales. (100802) ingestión Alimentaria por sonda. (1710) Mantenimiento de la</p>	<p>(1008) Ingestion Alimentaria y de líquidos</p>

<p>(00015) RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c Disminución de la motilidad gastrointestinal ,por inmovilidad prolongad</p>	<p>(0501) Eliminación Intestinal. Pac realizará deposición diariamente.</p>	<p>(0450) Manejo del estreñimiento/ impactacion. (1100) Manejo de la Nutrición. (4120) Manejo de líquidos. (0200) Fomento del ejercicio. (2304) Administración de medicación VO. (2315) Administración de la medicación rectal.</p>	<p>(0501) Eliminación Intestinal. (050112) Facilidad de eliminación de heces. (050104) Cantidad de heces.</p>
<p>(06116) ANSIEDAD r/c intervención Quirúrgica, situación económica, cambios en el estado de salud y entorno.</p>	<p>(1402) Control de la ansiedad</p>	<p>(5820) Reducción de la ansiedad (5230) Aumentar el Afrontamiento. (6040) Terapia de relajación simple. (5380) Potenciación de la Seguridad (5420) Apoyo Espiritual. (5270) Apoyo emocional (6480) Manejo Ambiental (2300) Administración de medicación.. (1850) Mejorar el Sueño. (5616) Enseñanza de medicamentos prescritos (5465) Contacto terapéutico</p>	<p>(1402) Control de la Ansiedad. 140208 refiere disminución de los episodios de ansiedad. 1204 Equilibrio Emocional. 120402 Muestra Estado de ánimo sereno. 140214 refiere dormir de forma adecuada.</p>

Otros diagnosticos:

(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

(00204) PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

(00086) RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

0045



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON ASMA EN PEDIATRIA

DEFINICIÓN DE ASMA

El asma es un trastorno respiratorio crónico que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancia. Provoca síntomas respiratorios, limitación de la actividad y exacerbación (crisis o ataques) que en ocasiones requieren asistencia médica urgente y que pueden ser mortales.

CAUSAS

Los factores de riesgo más importantes son productos inhalados tales como:

-Alérgenos en espacios cerrados (por ejemplo: los ácaros del polvo presente en la ropa de cama, las alfombras y los muebles tapizados, la contaminación y la caspa de los animales domésticos)

Alérgenos en espacios exteriores (como polen y moho)

Humo de tabaco ,productos químicos irritantes en el lugar de trabajo.

Otros factores desencadenantes pueden ser el aire frío, emociones extremas, y el ejercicio físico. En algunos casos el asma puede sobrevenir en respuesta a algunos medicamentos, como la aspirina, AINES o los betabloqueadores (empleados para la hipertensión, algunos problemas cardiacos o la migraña.

SIGNOS Y SINTOMAS

- a. Tos: Por lo general, la tos del asma es peor por la noche o en las primeras horas de la mañana, por lo cual impide un sueño tranquilo.
- b. Sibilancias: Son silbidos o chillidos que se producen al respirar.
- c. Presión en el pecho: Usted siente como si algo lo estuviera apretando el pecho o como si tuviera a alguien sentado en el pecho.
- d. Dificultad para respirar: Algunas personas con asma dicen que les cuesta trabajo respirar o sienten como si les faltara el aliento. Usted puede sentir como si no pudiera sacar el aire de los pulmones.

FISIOPATOLOGÍA

El asma es un proceso inflamatorio crónico que condiciona la resistencia al flujo aéreo de las vías respiratorias. Intervienen varios tipos de células inflamatorias y múltiples mediadores que producen los mecanismos fisiopatológicos característicos de inflamación, obstrucción, hiperrespuesta bronquial y remodelado de la vía aérea.

MEDIOS DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de asma en niños está basado en el reconocimiento de las características particulares de los síntomas: tos, sibilancia, dificultad respiratoria y opresión torácica, que provocan los episodios respiratorios en ausencia de una explicación alternativa de los mismos. Tres o más crisis de broncoespasmo, independientemente de la edad, debe ser sometido a estudio, puede considerarse una única crisis de características graves, o dos crisis que precisan ingreso. El mejor método del que disponen los médicos para diagnosticar el asma consiste en realizar una prueba de función pulmonar, anamnesis del paciente y hacer un chequeo físico.

TRATAMIENTO MEDICO Y FARMACOLOGICO

El **asma bronquial** es una enfermedad crónica y como tal requiere un tratamiento prolongado. También siendo una enfermedad multifactorial (producida por distintos mecanismos y provocada por numerosas causas), su tratamiento debe adecuarse a cada paciente.

Su tratamiento varía según la causa que la produce y según su grado de intensidad: **leve, moderada y severa.**

Debemos considerar cuatro puntos básicos en el tratamiento del asma:

1. **Educación:** el paciente debe conocer su enfermedad, características, el grado de intensidad, qué provoca sus crisis, y cómo prevenirlas y comenzar a tratarlas, aún antes de consultar a su médico.

2. **Control ambiental:** en el Asma alérgico (lo son la mayoría), es importante. **La inmunoterapia (vacunas):** de suma utilidad en el Asma alérgico, ya que permiten disminuir específicamente la sensibilidad alérgica de los pacientes. Disminuyen después de un tiempo las crisis y el consumo de medicamentos, pero no son un calmante del espasmo bronquial; incluso debe evitarse su aplicación

durante una crisis. Existen también vacunas, por vía sublingual, que tienen la ventaja de ser mejor aceptadas por los niños y por algunos adultos.

3. **Tratamiento farmacológico** es cada vez más efectivo debido a los modernos medicamentos.

4. **Tratamiento preventivo, de la crisis y el tratamiento de la crisis.**

Medicamentos preventivos: son aquellos que se toman en forma continuada

Medicamentos con acción broncodilatadora: para el tratamiento de las crisis, pero que también suele usárselos como preventivo. Los más utilizados son el **Salbutamol**, el **Fenoterol** y el **Salmoterol**.

Los **anticolinérgicos** (Bromuro de Ipatropio) tienen una menor acción broncodilatadora que los citados anteriormente pero son de utilidad cuando el asma está asociada a una bronquitis crónica o a una fibrosis pulmonar.

Los **aerosoles** para ser bien utilizados requieren un APRENDIZAJE de la técnica correcta.

Corticoides: Existen actualmente corticoides que actúan por vía inhalatoria directamente sobre los bronquios, que a las dosis habituales no pasan al resto del organismo, motivo por el cual no producen los efectos secundarios de los corticoides por vía general (oral e inyectable). En algunos casos hay que usar los corticoides por vía oral ó inyectables hasta que hagan el efecto deseado, y luego suspenderlos y volver a administrar los corticoides por vía inhalatoria. Los corticoides más usados por vía oral son la Prednisona, la Betametasona, la Dexametasona y la Hidrocortisona, así como también el Deflazacort.

**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EI NNN EN PACIENTES CON ASMA
PEDIATRICO**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVOS (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c cambios de la membrana alveolo capilar, hipoxia y disnea, desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial alterada	(0402) estado respiratorio: intercambio gaseoso Evidenciar mejoría en el estado respiratorio. Mejorar Intercambio gaseoso	(3350) monitorización respiratoria: (6680) monitorización de signos vitales: (3140) manejo de las vias aéreas (3320) oxigenoterapia. (2300) administración de medicación	Paciente con respiración simétrica, profunda, escasos sibilantes y roncantes. No disnea. Paciente con mejoría de la gasometría arterial PH: 7.38 PO2: 96% PCO2: 32mmhg saturación de oxígeno: 95-96% Con O2 por Cánula nasal a 3 lts. por minuto.
(00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA r/c broncoespasmo evidenciado por sibilantes y secreciones viscosas	(0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3140) manejo de las vías aéreas. (3350) monitorización respiratoria. (3230) fisioterapia respiratoria.	Vías aéreas permeables. Paciente elimina secreciones más fluidas. Paciente disminuye su taquipnea en un 80%.

			No se evidencia cianosis.
(00032) PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c hiperventilación e hipo ventilación, fatiga de los músculos respiratorios, dolor y ansiedad evidenciado por polipnea, tiraje retroesternal, intercostal etc.	(0403) estado respiratorio: ventilación	(6680) monitorización de los signos vitales. (3350) monitorización respiratoria. (3140) manejo de las vías aéreas. (840) cambio de posición. (3230) fisioterapia respiratoria	Mejora patrón respiratorio. Disminuye disnea, no aleteo nasal, no tiraje intercostal, no hiperventila, no fatiga F.R : SatO2
(00092) INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno, debilidad generalizada, disnea.	(0005) tolerancia a la actividad:	(4310) terapia de actividad: (1800) ayuda al autocuidado	Paciente tolera la actividad. Disminuye disnea al menor esfuerzo.
(00146) ANSIEDAD r/c a cambios en el estado de la salud, a necesidades no satisfechas, ambiente hospitalario	(1402) autocontrol de la ansiedad:	(5820) reducción de la ansiedad. (4920) escucha activa (6484) manejo ambiental	Paciente refiere que se siente más tranquila. Se evidencia que ansiedad a disminuido.



<p>(00099)MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD (00126)CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C complejidad del régimen terapéutico. (00079) INCUMPLIMIENTO R/c desconocimiento de régimen terapéutico.</p>	<p>(0704) autocontrol del asma:</p>	<p>(5602) enseñanza: proceso de la enfermedad (5618) enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5616) enseñanza: medicamentos prescritos</p>	<p>Inicia acciones para evitar desencadenantes personales. Demuestra uso apropiado de inhaladores y nebulizadores. Entiende sobre el régimen terapéutico indicado</p>
---	-------------------------------------	--	---

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES GESTANTES CON CRISIS ASMÁTICA

DEFINICIÓN:

Es un episodio agudo o subagudo de deterioro progresivo de la función pulmonar, durante una crisis de asma, los pulmones también pueden producir una gran cantidad de mucosidad espesa, que obstruye las vías respiratorias y los músculos que hay alrededor de esas vías se contraen, estrechándolas todavía más. El asma severo y sin control puede complicar el embarazo aunque estos riesgos desaparecen si la embarazada se encuentra bajo control médico. Solamente las crisis muy severas de asma en la madre, y que lleven a una muy mala oxigenación materna, pueden llegar a provocar en el bebé falta de oxigenación (hipoxemia fetal) que pueden afectar su salud.

CAUSAS:

- Los ácaros del polvo doméstico
- los pólenes de plantas, flores, etc.
- Otras partículas que desencadenan crisis son los hongos, el pelo y piel de animales (gato, perro, aves...).
- El frío, los catarros y los virus, el ejercicio, el stress o la aspirina.
- El tabaco es el principal irritante inespecífico para los bronquios
- La herencia

SIGNOS Y SINTOMAS:

Manifestado por disnea, tos, sibilancias y sensación de opresión en el pecho, como síntomas únicos o en cualquier combinación. Este deterioro se acompaña de disminución del flujo espiratorio medido por espirometría o por un dispositivo manual que mide el flujo espiratorio pico (FEP).

FISIOPATOLOGIA DEL ASMA EN EL EMBARAZO

a). CAMBIOS FISIOLÓGICOS RESPIRATORIOS DURANTE EL EMBARAZO

La mujer embarazada presenta cambios fisiológicos respiratorios como la hiperventilación debido a la acción de la progesterona que aumenta la sensibilidad del centro respiratorio,

hay aumento de la PO₂ (99-106 mmHg), esta hiperventilación trae como consecuencia la disminución de la PCO₂ (hipocapnia: 26-30 mm. Hg.), aumento del pH (7.42-7.46)-alcalosis respiratoria en la gestante, parámetros que hay que considerar en la interpretación de la gasometría arterial de la gestante en crisis asmática como por ejemplo la disminución de la PO₂ a menos de 70mmhg representa una hipoxemia grave y una PCO₂ mayor de 35 mmhg indicaría falla respiratoria aguda. La disnea es otra consecuencia de la hiperventilación debido a la elevación del diafragma por el crecimiento uterino, típica del primer trimestre y final del embarazo.

b). EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE EL ASMA

Los síntomas de asma en una mujer embarazada pueden mejorar, empeorar o mantenerse sin cambios. En el 30% de las mujeres cuyo asma empeora durante el embarazo, los ataques de asma pueden producirse en cualquier momento. El periodo de mayor incidencia de la crisis asmática se ubica en el tercer trimestre (semana 24 y 36). El último mes del embarazo la crisis asmática es menos frecuente y menos severa.

c). EFECTOS DEL ASMA SOBRE EL EMBARAZO

El asma mal controlada en el embarazo puede tener efectos no deseados tanto para la madre como para el feto como son: hipoxemia fetal, aumento del riesgo de muerte perinatal, hipertensión arterial, preeclampsia, niño prematuro, bajo peso al nacer

DIAGNOSTICO

- Pruebas de función pulmonar como la Espirometría: mide la capacidad respiratoria y velocidad de espiración y es usada para determinar la cantidad de obstrucción pulmonar.
- Pruebas de alergia
- Exámenes de sangre.
- El examen físico es vital, sibilancias a la auscultación.
- Rx. de tórax puede ser usada para visualizar los pulmones, el corazón y los huesos del tórax

TRATAMIENTO

Sintomático. Tiene por objetivo interrumpir las crisis mediante medicamentos de acción rápida, como la adrenalina, corticoides, oxigenoterapia, etc.

Preventivo. Indica el uso regular de broncodilatadores, antihistamínicos, corticosteroides, terapia respiratoria, inmunoterapia específica, etc. El tratamiento de una crisis en una embarazada no debe diferir de una paciente que no lo está. Se deben de usar oxígeno, β 2-agonistas nebulizados, corticoides orales y parenterales, Ipratropio, nebulizado y en casos graves, β 2-agonistas (salbutamol, tarbutalina), parenterales o aminofilina

El uso de adrenalina durante el embarazo está indicado solamente en caso de Anafilaxia o de status asmático, ya que puede inducir la contracción de los vasos del útero y reducir por lo tanto el aporte sanguíneo al feto

No se debe suspender la inmunoterapia específica durante el embarazo, ya que no se ha demostrado contraindicación alguna.

No se debe de dejar de tratar la rinoconjuntivitis por parecer una patología menor, ya que es una enfermedad con una gran prevalencia y muy invalidante para la paciente.

El manejo del asma en la gestante es motivo de revisión constante, en general debe de estar dirigido no sólo al control de la enfermedad sino también a evitar los efectos deletéreos del tratamiento sobre el feto. Como en las pacientes no-gestante, el tratamiento debe de obtener un control óptimo de los síntomas, así como también prevenir la aparición de crisis asmáticas. En general en la paciente gestante se debe de tratar de usar el mínimo de medicamentos necesarios a las dosis más bajas posibles; así como de ser posible administrar la medicación por vía tópica (inhalatoria). El tratamiento del asma debe incluir: educación del paciente, control de alérgenos ambientales, uso racional de fármacos y el manejo temprano de las exacerbaciones.

PREVENCIÓN:

Lo ideal es hacer controles en conjunto con el obstetra y el neumólogo o alergista, para un control adecuado de la enfermedad, y tener la seguridad de un embarazo y parto sin complicaciones

No fumar, evitar el contacto con productos que te produzcan una crisis

Tratar de identificar los factores desencadenantes de crisis para poder evitarlos. Si estabas realizando un tratamiento desalergizante con inyecciones puedes continuarlo sin problemas, incluso tratamientos pueden comenzarse durante el embarazo. Prevenir las enfermedades más comunes: en lo posible evitar resfríos, gripes y otras infecciones respiratorias.

0055



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON ASMA EN GESTANTE

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (I)	EVALUACION (NOC 2)
(0032)PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c hiperventilación, hipo ventilación, deformidad de la pared torácica., fatiga de los músculos respiratorios, disminución de la energía o fatiga	(0410)Estado respiratorio: ventilación	(6680)Monitorización de los signos vitales (3350)Monitorización respiratoria (3140) Manejo de las vías aéreas (0840) Cambio de posición (3230) Fisioterapia respiratoria (3320) Oxigenoterapia (3210) Manejo del asma (5820) Disminución de la ansiedad	Mejora patrón respiratorio Disminuye disnea, no aleteo nasal, no tiraje intercostal, no hiperventila, no fatiga F.R. = Sat O2= Disneica con F.R.28 a 30x' Sat O2=90% Con mascara de reservorio
(00092)INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/a desequilibrio entre aportes y demanda de O2, reposo en cama o inmovilidad, debilidad generalizada.	(0005) Tolerancia de la actividad.	(4310)Terapia de actividad (1800) Ayuda al autocuidado (0180) Manejo de la energía	Pac tolera la actividad Disminuye disnea a mediano esfuerzo
(00209)RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO/FETAL f/r compromiso del transporte de oxígeno fetal, régimen de tratamiento	(1092)Control del riesgo Protección efectiva del producto y la madre gestante	(6610) Identificación de riesgos (6654) Vigilancia seguridad	Latidos fetales normales Feto viable

<p>(00146)ANSIEDAD r/c a necesidades no satisfechas, amenaza de muerte, cambio en el estado de salud de la madre y el feto amenaza ante el cambio de salud.</p>	<p>(1402)Control de la ansiedad. La paciente evidenciara nivel de ansiedad controlado.</p>	<p>(5820)Disminución de la ansiedad (5230) Mejorar el afrontamiento. (5270) Apoyo emocional. (5465) Contacto terapéutico. (5880) técnica de relajación. (4920) Escucha activa. (6480) Manejo ambiental.</p>	<p>Pac refiere que se siente más tranquila Se evidencia que ansiedad ha disminuido</p>
---	--	---	--



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA

DEFINICIÓN:

El asma se define como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia a la presencia de hiperrespuesta bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo reversible de forma espontánea o con tratamiento. (GINA 2002).

CAUSAS:

- Antecedentes familiares de asma o alergia.
- Historia previa de atopia, rinitis, conjuntivitis o dermatitis.
- Tabaquismo activo o pasivo y ambientes contaminados.
- Síntomas tras la exposición a polvo, polen, animales, sensibilizantes ocupacionales, infección respiratoria, ingesta de fármacos (aspirina, otros AINES, bloqueantes), ejercicio físico y cambios climáticos.
- Periodicidad y gravedad de los síntomas.

SIGNOS Y SINTOMAS:

SÍNTOMAS CLÁSICOS: tos, disnea y sibilancias que pueden presentarse de forma simultánea o de manera aislada, generalmente episódicos, aunque en los casos severos pueden ser permanentes.

OTRAS PRESENTACIONES: tos persistente con o sin expectoración, dolor torácico, opresión retroesternal.

FISIOPATOLOGÍA:

Los alérgenos inhalados encuentran células dendríticas en la vía aérea, las que cumplen el rol de presentar los antígenos procesados a los linfocitos T helper (LTh) presentes en los linfonodos. La interacción de los LTh con los linfocitos B, también presentes en los linfonodos, resulta en la producción de IgE por parte de los linfocitos B, con un isotipo

determinado por el alérgeno. La interacción de un alérgeno con un receptor de alta afinidad unido a una IgE causa la activación y liberación de mediadores tanto preformados como de nueva síntesis, entre las que se encuentran la histamina, metabolitos del ácido araquidónico (leucotrienos y prostaglandinas) y citoquinas. Esto produce una respuesta en la vía aérea que se distinguen en dos fases.

En la fase temprana que se resuelve dentro de una hora, hay broncoespasmo, edema y obstrucción al flujo aéreo, y Fase tardía que se prolonga por 4 a 6 horas después y se caracteriza por inflamación de la vía aérea, obstrucción al flujo e hiperreactividad como resultado de citoquinas generadas en células inflamatorias residentes en la vía aérea (mastocitos, macrófagos y células epiteliales), y aquellas que se van reclutando (linfocitos y eosinófilos).

CLASIFICACIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA:

	Leve	Moderada	Grave
Disnea	Al caminar	Al hablar	En reposo
	Puede acostarse	Prefiere sentarse	Apoyo en extremidades superiores
Hablar en	Párrafo	Frases	Palabras
Frecuencia respiratoria	Aumentada	Aumentada	A menudo > 30/min
Uso de musculatura	Habitual	Habitual	Habitual

accesoria			
Pulso/minuto	< 100	100 - 120	Mayor a 120
Sibilancias	Moderadas, al final de la espiración	Intensas	Intensas, a menudo puede faltar (silencio pulmonar)
Pa O ₂	normal	> 60 mmHg	< 60 mmHg
Sa O ₂	> 95 %	91 - 95 %	< 90 %
Pa CO ₂	< 45 mmHg	< 45 %	> 45 %

MEDIOS DIAGNOSTICOS:

CLÍNICA:

- Signos y síntomas
- Tos.
- Disnea.
- Sibilancias.
- Opresión o "tirantez" torácica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: la presencia de un hematocrito elevado nos puede orientar hacia la posibilidad de una EPOC, mientras la eosinofilia podría apuntar a una etiología alérgica.
- Radiología: radiografía de tórax nos puede resultar de utilidad para descartar otros procesos; la Radiografía de senos igualmente puede ser útil para la comprobación de patología sinusal añadida.

TRATAMIENTO MEDICO

Oxigenoterapia:

0000



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Existe una forma de tratamiento llamado escalonado de acuerdo a la severidad de la enfermedad, publicado en el Comité Internacional de Asma (GINA 2002).

Inhalación, Vía oral, Parenteral (por subcutánea, intramuscular, o intravenosa).

La principal ventaja de la terapia inhalada es que los fármacos llegan directamente a las vías respiratorias, produciendo localmente mayores concentraciones con un riesgo significativamente menor de efectos sistémicos.

Cámaras espaciadoras Incrementan la cantidad de aire inhalado a las vías inferiores.

Nebulizadores: Dispositivos utilizados para administrar soluciones suspensiones de fármacos en forma de una fina niebla. Flujos que oscilan entre 6 y 8/minuto

Glucocorticoides inhalados para adultos en dosis de 400mg

Efectos secundarios: Candidiasis orofaríngea, disfonía, Tos.

0001



GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON ASMA EN ADULTO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c cambios de la membrana alveolo capilar, hipoxia y disnea, desequilibrio ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial alterada	(0402) estado respiratorio: intercambio gaseoso evidenciar mejoría en el estado respiratorio. mejorar intercambio gaseoso	(3350) Monitorización respiratoria: (6680) Monitorización de signos vitales: (3140) Manejo de las vías aéreas: (3320) oxigenoterapia. (2300) Administración de medicación. (1920) Manejo acido-base.(AGA)	Paciente con respiración simétrica, profunda, escasos sibilantes y roncantes. No disnea Paciente con mejoría de la gasometría arterial PH: 7.38 PO ₂ : 96% PCO ₂ : 32 mmhg Paciente con saturación de oxígeno: 95-96% con oxígeno por Cánula nasal a 3 LPM.
(00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA r/c broncoespasmo evidenciado por sibilantes y secreciones viscosas.	(0410) estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias. Mantendrá vía aérea permeable.	(3140) manejo de las vías aéreas. (3350) Monitorización respiratoria. (3230) Fisioterapia respiratoria. (2311) Administración de medicación: Inhalatoria. (3160) Aspiración de las vías aéreas	VIAS AEREAS PERMEABLES. Paciente elimina secreciones más fluidas. Paciente disminuye su taquipnea en un 80%. Piel tibia. No se evidencia cianosis.

OTROS DIAGNOSTICOS INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD, ANSIEDAD



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON SICA- IMA

DEFINICION

El **Síndrome Coronario Agudo (SICA)** hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la obstrucción de las **arterias coronarias** más común que indica diagnóstico de SCA es dolor en el pecho, generalmente irradiado hacia el brazo izquierdo o el ángulo de la mandíbula, de tipo opresivo, y asociado con náusea y sudoración. El síndrome coronario agudo generalmente ocurre como resultado de uno de tres problemas: infarto agudo de miocardio con ST elevado (30 %), infarto agudo de miocardio sin ST elevado (25 %), o angina inestable (38 %).¹

El **infarto de Miocardio (IMA)** es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente un arteria coronaria (falta de riego sanguíneo).

CAUSAS:

El IMA es causado por la reducción del flujo sanguíneo en un arteria coronaria debida a aterosclerosis y oclusión completa de una arteria por un embolo o un trombo. Existen factores que pueden acelerar que las arterias se deterioren y propiciar que se obstruyan, como el tabaco, el colesterol elevado, la diabetes y la hipertensión.

SIGNOS Y SINTOMAS:

1. El dolor opresivo en el centro del pecho, irradiado a brazos (sobre todo izquierdo) cuello y espalda.
2. Dificultad para respirar.
3. Sudoración.
4. Palidez marcada.
5. Mareos.
6. Nauseas, vómitos y desfallecimiento.
7. Vértigos



FISIOPATOLOGIA

La aterosclerosis es la enfermedad subyacente básica que afecta el tamaño de la luz coronaria, está caracterizada por cambios que se producen en el recubrimiento íntimo de las arterias. Esto ocasiona una disminución brusca del flujo sanguíneo de una arteria coronaria, en la que se produce rápidamente un trombo, con la consiguiente supresión inmediata del aporte de oxígeno a un segmento del miocardio que conlleva a la isquemia, lesión y muerte de la célula.

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Electrocardiograma. Elevación del segmento ST y onda T en al menos dos derivadas contiguas.

Análisis de sangre: enzimas cardiacas aumentadas (troponinas, mioglobinas, CPK-MB) Cateterismo Cardíaco y Coronariografía.

TRATAMIENTO:

1. **Oxígeno:** Suele ser la primera medida que toman los facultativos en el hospital y en la propia ambulancia.
2. **Analgésicos:** En las situaciones en las que el dolor torácico persiste se administra morfina o fármacos similares para aliviarlo.
3. **Betabloqueantes:** Impiden el efecto estimulante de la adrenalina en el corazón. De esta forma, el latido es más lento y tiene menos fuerza, por lo que el músculo necesita menos oxígeno.
4. **Trombolítico:** Disuelven los coágulos que impiden que fluya la sangre. Para que sean eficaces deben administrarse en la hora siguiente al inicio de los síntomas y hasta las 4,5 horas aproximadamente.
5. **Antiagregantes plaquetarios:** Este tipo de fármacos, como por ejemplo la aspirina, impiden la agregación plaquetaria en la formación de los trombos.
6. **Calcio antagonistas:** Son bloqueadores de los canales del calcio. Impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. De esta forma disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y posibilitan que el corazón trabaje menos, por lo que disminuyen sus necesidades de oxígeno. También reducen la tensión arterial.

7. **Nitratos.** Disminuyen el trabajo del corazón. En la fase aguda de un ataque al corazón suelen usarse por vía venosa y/o sublingual.

8. **Digitálicos.** Estimulan al corazón para que bombee la sangre.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON SICA- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00029) DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO r/c precarga (Alteración de la frecuencia o ritmo cardiaco. alteración de la eyección alteración de la contractibilidad cardiaca y post-carga (piel fría, diaforesis, disnea, disminución de la resistencia vascular sistémica, oliguria, cambios en P/A.	(0400)Efectividad de la bomba cardiaca (0405)Perfusión tisular: Cardiaca.	(4064) Cuidados circulatorios (4150) Regulación hemodinámica. (6680)Monitorización de los signos vitales (2314) Administración de medicación. (3140) Manejo de las vías aéreas. (4044) Cuidados cardiacos agudos. (4090) Manejo de arritmias. (4040) Cuidados cardiacos. (0840)Cambio de posición. (7820) Manejo de las muestras (7690) Interpretación de datos de laboratorio. (2080) Manejo de electrolitos. (4180) Manejo de hipovolemia (1920) Manejo acido- base (4210) Monitorización hemodinámico invasiva (4260)Prevención del shock.	Paciente con mejora del ritmo cardiaco Ritmo sinusal FC= 80 a 100x' Evidencia mejoría en la pre-carga y post carga.(Piel tibia,FR menor de 20 PA Normal, volumen urinario en 30cc/h) Paciente Hemodinamicamente estable con enzimas cardiacas normales, con apoyo ventilatorio...
(00200) RIESGO			
(00132)DOLOR AGUDO r/c agente lesivo biológico, isquemia cardiaca	(1400) Control del dolor. Referirá disminución del dolor en la escala EVA 1-10= 4.	(1400) Manejo del dolor. (2210)Administración de analgesia. (5270)Apoyo emocional. (6480)Manejo ambiental. (2300)Administración de medicación. (4920)Escucha activa. (5465)Contacto terapéutico	Refiere alivio del dolor y sentirse cómodo Escala del dolor 1-10 =4 Refiere alivio del dolor

(00147)ANSIEDAD ANTE LA MUERTE r/c amenaza de perdida de la vida	(1402)Control de la ansiedad. Referirá disminución de ansiedad Mostrara actitud tranquila y segura	(5820)Disminución de la ansiedad. (5270) Apoyo emocional. (5580)Técnicas de relajación. (5420)Apoyo espiritual	Paciente refiere tranquilidad Alivia su ansiedad.
(00092) INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c disminución del transporte de oxigeno evidenciado por disnea y dolor torácico.	(0005) Tolerancia a la actividad.	(1800) Ayuda al autocuidado. (2304)Administración de medicación: Oral (3320) oxigenoterapia. (4310) Terapia de actividad.	Paciente tolera actividad progresivamente sin presentar signos de fatiga.
(00188) TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD r/c déficit de conocimientos sobre su enfermedad.	(1700) Creencias sobre la salud.	(5602) Enseñanza del proceso de la enfermedad. (5240) Asesoramiento.	Paciente acepta tratamiento. Pac mejora nivel de conocimientos.

0067



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA

DEFINICIÓN

Una convulsión es la respuesta a una descarga eléctrica anormal en el cerebro. Crisis aguda, de contracción muscular involuntaria del músculo estriado localizada, generalizada tónica, clónica o tónico-clónica secundaria a una descarga neuronal. Puede acompañarse de sintomatología sensorial, conductual, cognitiva o psíquica.

CAUSAS

- Fiebre elevada
- Alteraciones del metabolismo
- Oxigenación insuficiente del cerebro
- Destrucción de tejido cerebral
- Exposición a drogas o sustancias tóxicas
- Abstinencia después de una utilización excesiva
- Reacciones adversas a fármacos de prescripción médica

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Mirada fija., Sacudidas de los brazos y las piernas.
- Rigidez del cuerpo.
- Pérdida del conocimiento.
- Problemas respiratorios o episodios en los que deja de respirar.
- Pérdida del control de la vejiga o del intestino.
- Caída súbita sin ningún motivo aparente.
- Ninguna reacción al ruido o a las palabras durante breves períodos de tiempo.
- Confusión o aturdimiento.
- Somnolencia e irritabilidad al despertarse por las mañanas.
- Cabezadas.



- Períodos de mirada fija y parpadeos rápidos.

DIAGNOSTICO

- Exámenes de sangre.
- Electroencefalograma
- Imágenes por resonancia magnética.
- Tomografía computarizada
- Punción raquídea

TRATAMIENTO

- Medicamentos
- Estimulación del nervio vago
- Cirugía

ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00201)RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ f/r deterioro cerebro vascular, traumatismo, hipoxemia.	(1620) Control de la convulsión. (0406)Perfusión tisular cerebral.	(2620)Monitorización neurológica. (3320) Oxigenoterapia. (3350)Monitorización respiratoria. (2300)Administración de medicación. (2690)Precauciones contra las convulsiones. (2680)Manejo de las convulsiones. (3140) Manejo de vía aérea.	Paciente con Glasgow ... Saturación ... No presenta convulsiones

<p>(00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C disminución del nivel de conciencia ,estado post ictal</p>	<p>(1918) Prevención de la aspiración.</p>	<p>(3200) Precauciones para evitar la Aspiración. (3140) Manejo de vía aérea (3160) Aspiración de la vía aérea (3350)Monitoreo respiratorio. (0840)Cambio de posición. (6654) Vigilancia: seguridad.</p>	<p>Paciente con vía aérea permeable. Ventilación espontánea Glasgow ...</p>
<p>(00035)RIESGO DE LESIÓN (00155)RIESGO DE CAIDAS R/C actividad convulsiva, Oxigenación insuficiente del cerebro</p>	<p>(1913) Estado de seguridad</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos (6580) Sujeción física (6486) Prevención de lesiones, (6654) Vigilancia: seguridad. (6490)Prevención de caídas</p>	<p>Pac queda con sujeción mecánica. Sin daño físico Paciente se mantiene libre de lesiones físicas durante las 12 horas del turno</p>
<p>(00130) TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO (00214) DISCONFORT R/C actividad convulsiva, Oxigenación insuficiente del cerebro</p>	<p>(0900)Capacidad cognitiva (1620) Control de las convulsiones Pac se mantendrá libre de convulsiones luego de tratamiento</p>	<p>(2620) Monitorización neurológica (4720) Estimulación cognitiva (2690)Precauciones contra las convulsiones. (2300)Administración de medicación (tratamiento anticonvulsivante) (6480)Manejo ambiental</p>	<p>Pac despierto LOTEP Entabla dialogo coherente Pac. se mantiene despierto con Glasgow de 14 / 15 puntos durante el turno Recibe tratamiento, no pta. nueva convulsión</p>

0070



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON COMA DIABÉTICO

DEFINICIÓN

El coma es un estado severo de pérdida de consciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones, Las causas metabólicas son las más frecuentes como la diabetes y que ponen en peligro la vida del paciente.

La persona con diabetes sufre una alteración de la conciencia debido a que el nivel de glucosa en su sangre (*glucemia*) es anormal (muy elevado o muy bajo). En la hipoglucemia los síntomas se desarrollan en cuestión de horas o minutos, progresando desde manifestaciones leves como dolor de cabeza, sensación de ansiedad, debilidad, hambre intensa, nerviosismo o irritabilidad, hasta mareos, náuseas, vómito, sensaciones anormales, lenguaje confuso y desorientación, culminando con la pérdida de la conciencia.

La hiperglucemia puede ser provocado por una cetoacidosis diabética o un coma hiperosmolar no cetósico. Es una complicación de la diabetes tipo 2 que implica niveles extremadamente altos de azúcar (glucosa) en la sangre sin la presencia de cetonas, un subproducto de la descomposición de las grasas.

CAUSAS (HIPEROSMOLAR, HIPERGLUCEMICO)

- Evento estresante como una infección, un ataque cardíaco, un accidente cerebro vascular o una cirugía reciente
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Edad avanzada
- Funcionamiento renal deficiente
- Manejo inadecuado de la diabetes (no seguir el plan de tratamiento de acuerdo con las instrucciones)
- Suspensión de la insulina o de otros medicamentos que bajan los niveles de glucosa.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos que se observan son principalmente de deshidratación: lengua y boca secas, ojos hundidos, pulso acelerado, respiración rápida, micciones frecuentes, y una pérdida de peso visible, coma, confusión, convulsiones, aumento de la sed, letargo, náuseas, debilidad

FISIOPATOLOGIA

Cuando existe deficiencia de insulina, los niveles elevados de glucagón, catecolaminas y cortisol estimulan la producción hepática de glucosa, originando un incremento en la glucogenólisis y gluconeogénesis. La combinación del incremento de la producción hepática de glucosa y disminución en la captación periféricas son los principales trastornos responsables de la hiperglucemia en la cetoacidosis, la cual origina glucosuria, diuresis osmótica y deshidratación.

La insulopenia y la activación de hormonas contrarreguladoras activan la lipasa que incrementa los triglicéridos y ácidos grasos libres, que son captados por el hígado y se transforman en cuerpos cetónicos. Los cuerpos cetónicos circulan en forma aniónica, lo cual origina el desarrollo de acidosis del anión gap elevado, característico de la cetoacidosis; la acidosis metabólica induce hiperventilación a través de estimulación de quimiorreptores periféricos y del centro respiratorio a nivel cerebral, esto origina una disminución en la presión parcial de dióxido de carbono que compensa la acidosis metabólica.

La hiperglucemia origina diuresis osmótica y pérdida severa de líquidos, el déficit de agua en la cetoacidosis puede llegar a ser de 5 a 7 litros y representa 10 a 15% del déficit total de peso.

El déficit de sodio en cetoacidosis es de 5 a 13 mmol/kg, al aumentar la concentración de glucosa plasmática se produce diuresis osmótica con pérdida de agua y sodio urinario, sin embargo es mayor la pérdida de agua que de sodio.

La cetoacidosis también se asocia a una disminución profunda de potasio de 3 a 15 mmol/kg

DIAGNOSTICO

Análisis de sangre
Glucemia alta o baja
Osmolaridad sérica alta
Sodio en suero más alto de lo normal

TRATAMIENTO

Asegurar ventilación y circulación adecuada
Corregir el déficit hidroelectrolítico
Bloquear la cetogénesis con insulina y disminuir la glucosa plasmática para disminuir la diuresis osmótica
Corregir la acidosis metabólica
Identificar la causa desencadenante
Monitorización estrecha y manejo de cualquier complicación

PREVENCION

El control y reconocimiento de signos tempranos como deshidratación e infección pueden ayudar a prevenir esta afección.

RECOMENDACIONES

- Todo diabético debe traer consigo siempre, una placa o una tarjeta que lo identifique como tal. Esta medida, será de mucha ayuda en caso de una complicación diabética.
- Cumplir de forma cuidadosa con la dosis y horario de los medicamentos, ya sean hipoglucemiantes orales o insulina.
- Cuidar sus hábitos de alimentación y actividad física. Muchos episodios de coma diabético pueden ser prevenidos así.
- Informe a sus familiares, compañeros de trabajo y amistades acerca de su enfermedad y qué hacer en caso de urgencia.



- Atención en forma oportuna. Infecciones banales o leves en personas normales pueden desencadenar complicaciones en personas que sufren diabetes.
- Controlar su IMC (Índice de masa corporal)



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICANDO EL NNN EN PACIENTES EN COMA DIABETICO**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (I)	EVALUACION (NOC 2)
(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C perdida activa de volumen de líquidos, falla de los Mecanismos compensadores	(0602) Hidratación	(6680) Monitorización de signos vitales (4140) Reposición de líquidos (4130) Monitorización de líquidos (4200) Terapia intravenosa (2080) Manejo de líquidos y electrolitos (1570) Manejo de vómito (7690) Interpretación de datos de laboratorio. (2080) Manejo de líquidos y electrolitos	(0601) Equilibrio hídrico Hidratado BH=+.....
(00195) RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO f/r mecanismos reguladores	(0600) Equilibrio electrolítico y ácido-base	(2020) Monitorización de electrolitos (2004) Manejo de Hipernatremia (2007) Manejo de Hipokalemia (1911) Manejo de Acidosis metabólica (0550) Manejo de eliminación urinaria	Se controla riesgo Pac con K....Na....
(00179) RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE f/r manejo insuficiente de la glicemia, manejo de la medicación	(2300) Nivel de glucemia	(2120) Manejo de hiperglucemia (2130) Manejo de hipoglucemia (2380) Manejo de medicación (2120) Monitorización neurológica (7690) Interpretación de datos de laboratorio.	(1902) Control del riesgo Glicemia=
(00240) RIESGO DE DISMINUCION DEL	(0400) Efectividad de	(4210) Monitorización hemodinámica	(0802) Estado de los signos vitales

GASTO CARDIACO f/r alteración de la precarga	la bomba cardiaca	invasiva (4180)Manejo de hipovolemia (4120)Manejo de líquidos (4130)Monitorización de líquidos (6680)Monitorización de signos vitales	
(00033)DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA R/C hiperventilación	(0403)Estado respiratorio: ventilación	(3140) Manejo de vías aéreas (3350)Monitorización respiratoria (3320) Oxigenoterapia (3390) Apoyo a la ventilación (3160)Aspiración de las vías aéreas (01910)Manejo del equilibrio ácido base: AGÁ (3300)Ventilación mecánica (3180)Manejo de la vía artificial	(0415)Estado respiratorio
(00228)RIESGO DE PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ R/C Alteración metabólica	(0422)Perfusión tisular cerebral	(2120)Monitorización neurológica (2550)Mejora de perfusión cerebral (3320)Oxigenoterapia	(0909)Estado neurológico (0422)Perfusión tisular



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADO

DEFINICIÓN

Se denominan compuestos órganos fosforados a los derivados de la estructura química del fósforo, son usados como insecticidas son tóxicos por inhalación, absorción gastrointestinal, transdérmica. Producen inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa. Se caracterizan por ser liposolubles y se absorben bien en el tracto gastrointestinal, la piel, las mucosas y los pulmones.

SIGNOS Y SINTOMAS

Muscarínicos

- Salivación, lagrimeo, diarrea.
- Bronco constricción, aumento de secreciones pulmonares.
- Bradicardia, náuseas, vómitos, calambres intestinales.
- Sudoración excesiva, miosis.

Nicotínicos

- Fatiga, fasciculaciones musculares.
- Parálisis fundamentalmente de los músculos respiratorios.
- Disminución del esfuerzo respiratorio.
- Taquicardia, hipertensión.
- Palidez, hiperglicemia.

Sistema nervioso central

- Ansiedad, inquietud, confusión, cefalea, labilidad emocional, habla entrecortada, ataxia.
- Convulsiones generalizadas, hipotensión.

- Parálisis respiratoria central.
- Depresión del centro cardiovascular.
- Coma.

DIAGNOSTICO

Historia de exposición al toxico.

Manifestaciones clínicas de toxicidad.

Descenso en los niveles séricos de la colinesterasa.

Mejoría de los síntomas tras la administración de atropina.

Olor característico a ajo o petróleo.

En el EKG arritmias ventriculares, TSV polimorfo y ritmos idioventriculares, bloqueos prolongados QTC

TRATAMIENTO

Vigilar la permeabilidad de las vías respiratorias, respiración y circulación.

Es esencial estar listo para el RCP,

Descontaminación gástrica (lavado gástrico)

Valoración toxicológica.

Anamnesis

Examen físico.

Debe evitarse el contacto directo con las ropas y vómitos del Pac. que pueden estar contaminadas. Por ello se debe utilizar mandil y guantes.

Utilización de atropina 0.05 mg/kg EV. Nunca debe atropinizarse a un Pac. cianótico.

Antes de administrar atropina debe suministrarse adecuada oxigenación tisular con el fin de minimizar el riesgo de fibrilación ventricular, tampoco se debe de suspender de golpe su administración porque el Pac. puede presentar el signo de rebote.

Se usa hoja de monitoreo y observar: la frecuencia cardíaca, las fasciculaciones, las secreciones (sialorrea) y las pupilas. Cuando atropinizamos puede presentarse intoxicación por atropina.

Uso de pralidoxina (no contamos en el país), regenera la colinesterasa activa

En caso de ingestión lavado gástrico, con tubo orogástrico, paciente en posición de Trendelenburg izquierda, verificar la colocación e iniciar lavado con suero salino (hasta que la salida del contenido sea clara).

Administrar carbón activado 1 gramo/Kg. También puede ser 15 gramos en menores de dos años, 30 gramos en niños entre 2 y 12 años y en mayores de 12 años 50 gramos.

Hospitalizar al Pac. por lo menos 72 horas debido a que como se puede depositar este en la grasa y eliminar más lentamente, puede producir complicaciones tardías e inclusive muerte.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON INGESTA DE ORGANOS FOSFORADOS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00024) PERFUSIÓN TISULAR PERIFERICA INEFICAZ de origen cardiovascular y cerebral R/C vasodilatación venoso arterial, hipotensión y envenenamiento enzimático.	(0405)Perfusión tisular: Cardiaca (0408) perfusión tisular pulmonar (0407)Perfusión tisular periférica (0406)Perfusión tisular cerebral	(6680) Monitorización de los signos vitales (3350)Monitorización respiratoria (3320) Oxigenoterapia. (4120) Manejo de líquidos. (2314) Administración de medicación intravenosa (2620) Monitorización neurológica (2550) Mejora de la perfusión cerebral (4720) Estimulación cognitiva	Funciones vitales dentro de los parámetros establecidos. Sat: CO2= Paciente mantiene perfusión Tisular periférica adecuada PA= Paciente se comunica mantiene Glasgow en 14
(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C vómitos, diarrea, sudoración hipersecreción bronquial y sialorrea.	(0601) Equilibrio de líquidos. (0602)Hidratación	(2314) Administración de medicación: intravenosa (I.V.) (colocar hora y medicación administrada). (2080)Manejo de líquidos y electrolitos (0460) Manejo de la diarrea (4260) Prevención de shock	Paciente mantiene balance hídrico (+) Luce hidratado

<p>(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c cambios en la membrana alveolo capilar, aspiración del contenido gástrico, hipo ventilación bronco</p>	<p>(402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.</p>	<p>(3140) Manejo de la vía aérea (3320) Oxigenoterapia (3550) Monitorización respiratoria (1910) Manejo de ácido base.</p>	<p>Queda con AGA: con oxígeno por CBN...etc Sat O2+</p>
<p>(00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN f/r incremento de secreciones, salivación, nauseas, vómitos, ausencia de reflujo por disminución del nivel de conciencia</p>	<p>(1918) Prevención de la aspiración</p>	<p>(3200) Precauciones para evitar la Aspiración. Colocación de SNG (1874) Cuidados de la sonda gastrointestinal (3140) Manejo de vía aérea (3160) Aspiración de la vía aérea (3350) Monitoreo respiratorio. (0840) Cambio de posición. (6654) Vigilancia: seguridad.</p>	<p>Paciente con vía aérea permeable. Ventilación espontánea Glasgow ...</p>
<p>(00035) RIESGO DE LESIÓN f/r Oxigenación insuficiente del cerebro, disminución del nivel de conciencia</p>	<p>(1913) Estado de seguridad</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos (6580) Sujeción física (6486) Prevención de lesiones, Caídas. (6654) Vigilancia: seguridad.</p>	<p>Pac queda con sujeción mecánica. Sin daño físico Paciente se mantiene libre de lesiones físicas durante las 12 horas del turno</p>



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS DE ORIGEN BILIAR

DEFINICIÓN

Páncreas: Glándula alargada y en forma de cono que se encuentra detrás del estómago. Su función es fabricar y segregar enzimas digestivas así como las hormonas de insulina y glucagón. Se caracteriza por inflamación del Páncreas.

TIPOS:

PANCREATITIS AGUDA:

Inflamación aguda del páncreas que generalmente implica un solo "ataque", después del cual el páncreas regresa a su estado normal.

PANCREATITIS CRÓNICA:

Inflamación crónica del páncreas caracterizada por fibrosis del mismo (tejido cicatrizal) y en ocasiones calcificaciones (acúmulos de calcio, visibles en pruebas de imagen como la radiografía). La causa más frecuente es el consumo de alcohol.

ETIOLOGIA:

El alcoholismo, que bloquean los conductos pancreáticos pequeños.

La litiasis biliar, que bloquea el conducto pancreático

Traumatismo abdominal, Anormalidades metabólicas, Hipercalemia

Hipersensibilidad a toxinas, Enfermedades genéticas

Alteraciones vasculares Hipergliceridemia (ingesta excesiva de grasa)

Lupus, Enfermedades infecciosas: Parotiditis, Hepatitis A y B Salmonella

Fibrosis quística, insuficiencia renal

Medicamentos: Isoniazida, Furosemida, algunos esteroides y antihistamínicos



SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS AGUDA

Dolor abdominal agudo en epigástrico que se irradia al dorso o el tórax aumentando progresivamente hasta 30 – 60 minutos

Malestar general acompañado de inquietud

Síntomas digestivos: náuseas, vómitos que pueden ser intensos de carácter alimenticio y bilioso

Disminución del volumen intravascular con pérdida de líquidos en cavidad peritoneal

Alteraciones hemodinámicas: hipotensión arteriales y taquicardia

Distensión abdominal o sensación llenura

Alteraciones respiratorias por desequilibrio en la membrana alveolo capilar.

Disminución de los ruidos hidroaereos intestinal: estreñimiento.

Inflamación de la parte superior del abdomen.

Deshidratación (taquicardia y hipotensión ortostática y disminución de la turgencia de la piel)

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS CRONICA

Fiebre

Dolor abdominal intenso y crónico: TRIADA DE CHARCOT

Ictericia de piel y conjuntivas.

Polidipsia (aumento de sed)

Polifagia (aumento del apetito)

Estado hemodinámico altamente comprometido secundario a secuestro de líquidos en abdomen y el espacio intersticial

Deposiciones con contenido graso, diaforesis profusa, debilidad corporal.

Pérdida de peso Distensión abdominal

Necrosis grasa o hemorragia subcutánea en los flancos



CLASIFICACIÓN DE BALTHAZAR: VALORACIÓN MORFOLÓGICA DE LAS PANCREATITIS AGUDAS SEGÚN LA TAC

- A. Páncreas normal
- B. Aumento difuso del páncreas, que incluye irregularidades de la glándula, dilatación del ducto pancreático, colecciones líquidas pequeñas sin evidencia de Enfermedad peri pancreática.
- C. Alteraciones pancreáticas intrínsecas asociados con cambios inflamatorias peri pancreáticas
- D. Colección líquida o flemón bien definido
- E. Dos o más colecciones mal definidas o presencia de gas en o cerca del páncreas, necrosis del páncreas.

DIAGNOSTICO CLINICO:

EXAMEN FISICO: Dolor y sensibilidad a la palpación abdominal

DATOS ANALITICOS

Hematológicos:

Hematocrito: Se eleva en un 50% si hay pérdida de líquidos en el peritoneo o retroperitoneo.

Recuento leucocitario: Aumentado. Si el valor es mayor a 20 000 hay una inflamación intensa o posible absceso

Bioquímica:

Nivel sérico de electrolitos: Son normales pero si hay acidosis o alcalosis sus valores están alterados.

Nivel sérico de calcio: Es bajo cuando existe hiperparatiroidismo el calcio esta elevado.

Pruebas de función renal: Creatinina elevada cuando se produce la insuficiencia renal.

Nivel sanguíneo de glucosa: Elevada. Si la elevación es intensa y se asocia con



el dolor abdominal puede estar haciendo un cuadro de cetoacidosis diabética.

Pruebas de función hepática: Los niveles de bilirrubina y fosfatasa alcalina están aumentados. La causa es que el colédoco esta obstruido por aumento del tamaño del páncreas.

Nivel sérico de triglicéridos: Esta aumentado y se intensifica mayores valores en momento de intenso dolor abdominal

Nivel sérico de la amilasa: En orina está elevado, la causa es que el riñón elimina rápidamente la amilasa

TECNICAS DE IMAGEN

Radiología torácica, detecta la presencia de derrame pleural, infiltrado o aire libre en el diafragma.

Ecografía abdominal: identifica litiasis biliar, edema, hemorragia, necrosis, presencia de líquidos y pseudoquistes.

Radiografía de abdomen: detecta la presencia de aire libre, calcificaciones, cálculos.

Tomografía computarizada (TAC) que permita diagnostico pancreático, establece la causa, guía que procedimiento invasivo se va utilizar y establece el grado de severidad de lesión del páncreas según clasificación balthazar.

Colangio pancreatografía endoscópica retrograda (ERCP)

Electrocardiograma (sus siglas en inglés es ESG o EKG)

TRATAMIENTO

Todos los pacientes con sospecha de pancreatitis deben ser hospitalizados por que la sintomatología clínica y el proceso de la gravedad es inexacta.

Reposo en cama

NPO: hasta que se produzca su mejoría clínica

Administración de opiáceos por vía E.V. como la mepedirina (demerol)

Colocación de SNG a gravedad solo en caso de nauseas, vomito y dolor.

Manejo de alteraciones metabólicas (hiperglucemia, hiponatremia)

Antibioticoterapia profiláctica en caso de necrosis



Administración de antipiréticos

Fluido terapia de sustitución, debe estar basado en las constantes vitales y los datos analíticos.

Monitoreo de PVC

Administración de insulina si desarrolla Diabetes

Soporte oxigenatorio, según requerimiento.

Administración de vasopresores.

Soporte nutricional: iniciar NPT según valoración

Colecistectomía en pacientes con colelitiasis luego de recuperado el proceso inflamatorio

Drenaje pancreático o quirúrgico en caso de un absceso pancreático

COMPLICACIONES

Isquemia, Trombosis, Necrosis pancreática infectada

Absceso pancreático, Pseudoquistes pancreático (bolsa de líquido dentro del abdomen), está presente el dolor persistente y la hiperamilasemia que trae como consecuencia Infección, hemorragia, ruptura (ascitis pancreática) y la obstrucción de las estructuras adyacentes.

Shock hipovolémico, derrame pleural, complicaciones pulmonares: en casos graves se observa atelectacia, derrame pleural, neumonía y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Disfunción multisistémica

Alteraciones neurológicas, debido al aumento de la glicemia, va desde el letargo hasta la muerte

Hipertermia corporal severa, puede deberse a una infección causada por: necrosis, absceso, pseudoquistes pancreáticos afectado, colangitis y la neumonía por aspiración.

Sepsis, causada por falla orgánica o multisistémica.

Insuficiencia renal causada por la hipovolemia grave o necrosis tubular aguda

Alteraciones metabólicas: Hipercalemia, Hipercalcemia, Acidosis Metabólica,

Hipertrigliceridemia.

Hemorragias causadas por úlceras por stress

PREVENCION

No abusar del uso de bebidas alcohólicas ni comidas copiosas ricas en grasas
Tomar precauciones de seguridad adecuadas para evitar traumas abdominales.

Se puede aconsejar el asesoramiento genético para padres potenciales con antecedentes familiares o personales de fibrosis quística. Para reducir el riesgo de síndrome de Reye (con daño hepático y encefalopatía) hay que evitar el uso de aspirina para tratar fiebre en niños, especialmente si tienen una enfermedad viral.

Se debe vacunar a los niños contra las paperas y otras enfermedades de la infancia.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON PANCREATITIS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO r/c enfermedad	(1605) Control del dolor (2102) Nivel del dolor	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de (6482) Manejo ambiental (5270) Apoyo emocional (2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.) (5465) Contacto terapéutico	Paciente aliviado escala visual de 0 -
(00027) DÉFICIT VOLUMEN DE (00195) RIESGO DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO R/C: pérdida líquidos y falla mecanismos	(0601) Equilibrio hídrico (0600) Equilibrio Electrolítico y base	(6680) Monitorización (4140) Reposición de (2080) Manejo de líquidos y (0590) Manejo de eliminación (7610) Análisis de laboratorio cama	Hidratado RHF= +300
(00002) NUTRICIONAL: IN GESTIÓN DE R/C: molestias náuseas y vómitos	(1009) Estado Nutricional: ingestión de	(6680) Monitorización (1450) Manejo de las (1570) Manejo de vómito (1030) Manejo de los alimentación (1020) Etapas (1260) Manejo del peso- (1100) Manejo de la (1080) Sondaie (1874) Cuidados de la sonda (1056) Alimentación enteral (7710) Colaboración (1200) Administración de Si esta indicado NPT (1910) Manejo ácido-base (5618) Enseñanza de	Paciente tolera Paciente sin
(00146) Proceso de la Enfermedad, hospitalario	(1402) Control ansiedad	(5820) Reducción de la (4920) Escucha activa (6484) Manejo ambiental (5270) Apoyo emocional	Paciente se durante el turno Paciente expresa aliviado
(00108) DÉFICIT AUTOCUIDADO: B (00109) DÉFICIT AUTOCUIDADO: A TACION R/C Disminución de la Capacidad física	(0301) Baño Autocuidado: (0305) comer	(1800) Ayuda con los (1610) Baño (1050) Alimentación	Paciente y familia su cuidado personal Paciente queda arrealado en su
(00004) RIESGO INFECCION f/r Tos Invasivos vía SNG SF vía	(0703) Estado Infeccion	(6540) Control de Infección (2314) Administración de endovenosa (3900) Regulación de la (8820) Reunión cuidados (5616) Enseñanza: Prescritos (5614) Enseñanza: dieta prescrita (5602) Enseñanza proceso de la enfermedad (5618) Enseñanza: Procedimiento/tratamiento	Paciente no Y síntomas de afebril Pac. informado sobre de su enfermedad
(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA SAJUD R/C Conocimientos deficientes	(1813) Conocim regimen	(1020) Etapas en la dieta	



<p>(00099)MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD R/C complejidad del régimen terapéutico.</p> <p>I(00126)CONOCIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD r/c dificultades económicas</p>	<p>(2609)Apoyo familiar</p>	<p>(5520) Facilitar el aprendizaje (7110) Fomentar la implicación familiar</p> <p>(8550) Manejo de los recursos económicos</p> <p>(7500) Apoyo para la consecución del sustento</p>	<p>Paciente y familia motivada</p> <p>participan en el cumplimiento del regimen terapeutico</p> <p>Se cumple con el tratamiento prescrito con apoyo del SIS</p>
--	-----------------------------	---	---



GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

DEFINICIÓN:

Un embarazo ectópico es aquel que tiene lugar fuera de la matriz, el sitio más común es en la trompa de Falopio por tanto las posibilidades de que llegue a buen término son muy bajas. Además, existen muchos casos de embarazos ectópicos que no se detectan a tiempo, con el consiguiente riesgo para la salud de la madre.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Dolor pélvico o abdominal.

Sangrado vaginal irregular y anormal ó amenorrea

Si la trompa de Falopio se rompe, aparte del dolor habría una hemorragia intensa, llegando a veces al shock

Un alto porcentaje de mujeres con embarazo ectópico sufren náuseas y mareos,

Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan pueden infectarse, entonces

la impresión clínica es la de un proceso pélvico inflamatorio.

FISIOPATOLOGÍA

El sitio de implantación ectópica más común son las trompas uterinas o de Falopio, seguidos por los cuernos uterinos. Los embarazos en el cuello uterino, en una cicatriz de una cesárea, en un ovario, el abdomen o el intersticio tubario son raros.

El **embarazo heterotópico** (embarazos ectópico e intrauterino simultáneos) se producen en sólo 1/10.000 a 30.000 embarazos, pero pueden ser más comunes entre las mujeres que han tenido una inducción de la ovulación o usado técnicas de reproducción asistida como una fertilización in vitro o una transferencia intratubaria de gametos; en estas mujeres, la tasa global informada de embarazos ectópicos es $\leq 1\%$.

La estructura que contiene al embrión en general se rompe después de 6 a 16 semanas. La rotura produce sangrado que puede ser gradual o lo suficientemente

rápido para causar un shock hemorrágico.

La sangre intraperitoneal irrita el peritoneo. Cuanto más tardía es la rotura, más rápido se pierde sangre y mayor es el riesgo de muerte.

DIAGNOSTICO:

Exámen pélvico.

Análisis de sangre para medir los niveles de una hormona del embarazo:

gonadotropina coriónica humana (hCG).

Exámenes por ultrasonido vaginal o abdominal para localizar el embarazo.

Si estas pruebas no confirman un embarazo ectópico, es posible que el médico realice un procedimiento: dilatación y curetaje.

Ocasionalmente, se utiliza la laparoscopia bajo anestesia general.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Si el embarazo tiene apenas unos días y no se ha roto la trompa, la mujer puede ser tratada con un medicamento llamado metotrexato.

Por lo general, se administra una sola inyección, el cual detiene el avance del embarazo y salva la trompa de Falopio.

En todos los caso de embarazo ectópico se recomienda administrar antimicrobianos, eritromicina, tetraciclina

TRATAMIENTO QUIRURGICO

En embarazo ectópico roto



MATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO r/c proceso inflamatorio evidenciado por fascias de dolor	(1605) Control del dolor (2122) Nivel del dolor	(1400) Manejo del dolor. Medición según Escala (6680) Monitorización de signos vitales (5465) Contacto terapéutico. (4920) Escucha activa. (2880) Coordinación preoperatoria (2300) Administracion de medicación intravenosa	Funciones vitales dentro de los parámetros establecidos. Paciente manifiesta que dolor persiste , En espera de intervención quirúrgica Escala de EVA=



0092

<p>(00027) DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c vómitos, diarrea, sudoración hipersecreción bronquial y sialorrea.</p>	<p>(0601) Equilibrio de líquidos. (0602)Hidratación</p>	<p>(4120) Manejo de líquidos. (6680) Monitorización de signos vitales. (4260) Prevención del shock. (4160)Control de la hemorragia. (4180)Manejo de la hipovolemia (4120) Manejo de líquidos. (4200) Terapia intravenosa. (2314) Administracion de</p>	<p>Paciente mantiene balance hídrico (+) Luce hidratado Paciente hemodinámico mente estable</p>
<p>(00146)ANSIEDAD r/c perdida y/o interrupcion del embarazo</p>	<p>(1402) Control de la ansiedad</p>	<p>(5820) Reduccion de la ansiedad. (5270) Apoyo emocional. (4920) Escucha activa. (5420) Apoyo espiritual. (7140) Apoyo a la familia. (7560) Facilitar las visitas (6420) Manejo ambiental.</p>	<p>Paciente expresa que se siente mas tranquila y mas calmada Ansiedad ha disminuido. Expresa sus sentimientos entiende mejor</p>
<p>0(0148)TEMOR r/c embarazo</p>	<p>(1404) Control del miedo.</p>	<p>(5230) Aumentar el afrontamiento. (5270) Apoyo emocional.</p>	<p>Controla temor</p>

GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DEFINICIÓN:

Se define como Politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos.

CAUSAS

Agresiones físicas

Accidentes de tránsito

Accidentes de trabajo

Traumatismos PAF

Caídas

Aplastamiento

La mortalidad en el paciente politraumatizados tiene una distribución **Trimodal**: Inmediata, precoz y diferida.

1. **Inmediata**: ocurre instantáneamente a los pocos minutos y es debida a lesiones incompatibles con la vida, tales como lesiones encefálicas severas, del tronco cerebral, medular alta, lesión cardiaca o desgarro de varios vasos.
2. **Precoz**: Ocurre en las primeras cuatro horas tras el ingreso y se debe fundamentalmente a dos causas: **TEC** severo y shock hemorrágico.
3. **Diferida**: (o tardías): ocurre en días o semanas tras el ingreso, debidas principalmente como consecuencia de lesión cerebral, fallo multi-orgánico.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

LESIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

1. Interrupción de la vía aérea por cuerpos extraños en boca, laringe, tráquea o bronquios, como placas o prótesis dentarias, vómitos que se aspiran, sangre, hematomas del piso en la boca en traumatismos maxilofaciales.

2. Ruptura traqueo bronquial
3. Hemotórax a tensión
4. Fracturas múltiples de costillas
5. Contusión pulmonar

LESIONES DEL SISTEMA CARDIO-VASCULAR

1. Hipovolemia por hemorragia fulminante, sea interna o externa.
2. Shock en cualquiera de sus formas etio-patogénicas: hipovolémico, neurogénica, cardiogenico, etc.
3. Hemopericardio con taponamiento cardíaco.
4. Hemorragia masiva por ruptura de la aorta o de los grandes vasos.

LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1. Contusión cerebral grave.
2. Hemorragia cerebral masiva

FISIOPATOLOGÍA:

Se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica, que pueda ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente para paliar esa respuesta inflamatoria.

El traumatismo supone el “primer golpe” para el organismo el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial y de la cascada de la coagulación, liberación de DNA y RNA, células y su fragmentos, y diferentes moléculas que forman en conjunto lo que se llama el “**Molde molecular de peligro**”.

Se liberan interleuquinas pro inflamatorias como respuesta del sistema inmunológico frente al daño tisular, dan lugar a una disfunción de la mayoría de órganos y sistemas, formando en su conjunto el **síndrome de respuesta sistémica inflamatoria**, que se evidencia clínicamente como hipoxia, stress, hipotensión, insuficiencia renal, propensión a la infección, y que puede evolucionar

si no se corrige correctamente, hacia un fallo multiorgánico, de elevada mortalidad.

DIAGNOSTICO

Valoración de la respiración

1. Volet costal: fractura en varios segmentos de costillas continuas que comprometen por lo menos 3 (movimientos respiratorios anormales)
2. Hemotórax y Neumotórax: colección de sangre y aire en espacio pleural que comprime a los pulmones.

Valoración de la circulación

1. Control puntos sangrantes
2. Tensión según pulso
3. Frecuencia cardiaca
4. Tensión arterial

Valoración neurológica

1. Nivel de conciencia
2. Índice de Glasgow

TRATAMIENTO:

1. Desde la recogida hasta el hospital ABCDE, Durante esta fase, en la que se incluye la hora de oro, el objetivo es realizar las maniobras de resucitación y estabilizar al paciente..
 - A. Permeabilidad de la vía aérea y protección de la columna cervical
 - B. Ventilación y respiración: administrar oxígeno a alto flujo para una correcta ventilación-oxigenación.

- C. Circulación y control de las hemorragias: en estos pacientes es importante la identificación del shock y su tratamiento precoz. La causa más frecuente del shock en el paciente politraumatizados es de origen hipovolémico, secundario a hemorragia, aunque también puede ser neurogénica o cardiogénico. Hay que sospechar posibles hemorragias internas.
 - D. Estado neurológico: evaluación neurológica mediante la escala de Glasgow
 - E. Exposición y control ambiental: se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia.
2. Valoración clínica, de laboratorio e imagen para llegar a discernir si el paciente es subsidiario de cirugía definitiva o por el contrario, de cirugía de control de daños.
3. Estudio de laboratorio.
- 4 Imágenes.



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADO**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00027)DÉFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS r/c perdida activa de volumen sanguíneo	(0601)Equilibrio de líquidos	(4180)Manejo de la hipovolemia (4140) Reposición de líquidos (4260) Prevención del shock (4160) Control de la hemorragia (4030) Adm. de productos sanguíneos (4150)Regulación hemodinámica (6680)Monitoreo de los signos vitales (4210)Monitoreo hemodinámico invasivo	BH= Hemorragia controlada Recibe transfusión sanguínea FV. Estables
(00016)DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA r/a Perdida de la sensación de la micción secundaria a traumatismo y/o coma	(503)Eliminación Urinaria	(0620)Cuidados de la retención Urinaria (0580)Sondaje vesical (1750) Aseo perineal	Paciente se le asistió en la eliminación queda con pañal cambiado y limpio. Pac queda con sonda Foley permeable. Diuresis
(00085)DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c perdida: funcional	(0208 Nivel de movilidad)	(0844) Cambio de posición: Neurológico (0740) Cuidado en el reposo en cama	Queda movilizado Con tonicidad muscular conservada
(00049)DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL r/c lesión cerebral y aumento sostenido	(0912) Estado neurológico: conciencia Paciente mantendrá una adecuada capacidad	(2620) Monitorización neurológica (2590)Monitorización de la presión intracraneal Valore la presión de	Pac. mantiene un: - PIC: 15-20 cch2O - Flujo sanguíneo cerebral de: 50 ml/100gr Presión arterial media.

<p>de la PIC 10-15 mmHg Descenso de la presión de perfusión cerebral 50 a 60 mmHg Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal</p>	<p>Adaptativa intra craneana.</p>	<p>perfusión cerebral (PIC). Valore flujo sanguíneo cerebral. - Valore Glasgow Valore la presión de perfusión cerebral (PIC). Coordine para la toma de tomografía</p>	<p>= 70 mm/Hg - Valore estado neurológico conciencia y Glasgow =</p>
---	-----------------------------------	--	---

<p>(00032) PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c deformidad de la pared torácica, deterioro musculo esquelético, deterioro neurológico (Tec) ,convulsiones, deterioro neuro muscular , dolor, fatiga de los músculos respiratorios , hiperventilación, síndrome de hipo ventilación , lesión de la medula espinal M/P hipoxemia, agitación , cianosis periférica , disminución de la expansión pulmonar, confusión, acidosis respiratoria , hipercapnea, apnea, taquicardia, secreciones bronquiales.</p>	<p>(0415) Estado respiratorio</p>	<p>(3350)Monitorización respiratoria (3120)Intubación y estabilización de las vías aéreas (3180)Manejo de las vías aérea artificiales (3300)Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3304)Manejo de la ventilación mecánica : prevención de la neumonía (2260)Manejo de la sedación (1920)Monitorización del equilibrio acido básico (1913) Manejo del equilibrio acido básico: acidosis respiratoria (1914) Manejo del equilibrio acido básico: alcalosis respiratoria (3200)Precauciones para evitar la aspiración (1872)Cuidados del drenaje torácico (3230)Fisioterapia respiratoria</p>	<p>Puntuación global del resultado (041532) Vías aéreas permeable INDICADORES (041501) Frecuencia respiratoria Valores de Ph (041508) Saturación de oxigeno</p>
--	-----------------------------------	--	--



<p>(00029)DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO r/c alteración de la contractilidad cardiaca, alteración de la pre y post carga, aumento de la resistencia vascular sistémica, perdida activa del volumen sanguíneo, alteración del volumen de eyección M/P hipotensión, aumento de la frecuencia cardiaca, cambios en el estado mental, disminución de la PVC, disminución de los pulsos periféricos, disminución de la diuresis.</p>	<p>(0419) Severidad del shock hipovolémico</p>	<p>(6680) Monitorización de signos vitales (4210) Monitorización hemodinámica invasiva (4040) Cuidados cardiacos (4258) Manejo del shock: volumen (4130) Monitorización de líquidos (2020) Monitorización de electrolitos (2080) Manejo de líquidos / electrolitos (4030) Administración de hemoderivados (4140) Reposición de líquidos (4180) Manejo de la hipovolemia (4150) Regulación hemodinámico</p>	<p>Puntuación Global del resultado</p> <p>(041902) Disminución de la presión arterial media</p> <p>(041905) Retraso del llenado capilar</p> <p>(041905) Retraso del llenado capilar</p>
<p>(00132) DOLOR AGUDO r/c agentes lesivos (biológicos, físicos) m/p cambios en la presión arterial, respiración, pulso agitación, conductas expresivas, postura para evitar el dolor.</p>	<p>(2102) Nivel del dolor</p>	<p>(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (2260) Manejo de la sedación (5270) Apoyo emocional (6490) Prevención de caídas (6580) Sujeción física (0940) Cuidados de tracción / inmovilización</p>	<p>Puntuación Global del Resultado Según escala del dolor</p>



<p>(0003I) LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA r/c secreciones abundantes y viscosas por disminución del reflejo tusígeno secundario a depresión del SNC</p>	<p>(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p>	<p>(7310) Cuidados al ingreso (3140) Manejo de vía aérea (7710) Colaboración con el médico (3160) Aspiración de las vías aéreas (3350) Monitoreo respiratorio (6680) Monitorización de signos vitales</p>	<p>Paciente permanece con Vía aérea permeable.</p> <p>Sat O2=</p>
<p>(00201) RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ F/R deterioro del transporte de oxígeno, Interrupción del flujo arterio venoso</p>	<p>(0406) Perfusión tisular: cerebral</p>	<p>(2550) Mejora de la perfusión cerebral. (2620) Monitorización neurológica (4720) Estimulación cognoscitiva (2540) Manejo del edema cerebral (3320) Administración de oxígeno. (6580) Sujeción física (7610) Análisis de laboratorio a pie de cama (1910) Manejo ácido-base (2130) Manejo de la hipoglucemia (2680) Manejo de las convulsiones (1450) Manejo de las náuseas</p>	<p>Paciente mantiene una Adecuada perfusión tisular cerebral. Glasgow.... Despierto</p> <p>Queda hemodinámicamente estable.</p>



<p>(00204) PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ (CARDIOPULMONAR) r/c deterioro del transporte de oxígeno, hipovolemia, desequilibrio ventilatorio perfusión</p>	<p>(0405) Perfusión tisular: cardíaca (0408) perfusión tisular: pulmonar</p>	<p>(3180) Manejo de la vía aérea artificial (3390) Ayuda a la ventilación (3120) Intubación y estabilización de vías aéreas (3350) Monitoreo Respiratorio (3320) Oxigenoterapia (4044) Cuidados cardíacos: agudos (4190) Punción intravenosa (i.v.) (2395) Control de la medicación (4254) Manejo del shock cardíaco. (4260) Prevención del shock (2314) Administración de medicación intravenosa (4180) Manejo de la hipovolemia (4160) Control de hemorragias (2080) Manejo de líquidos/ Electrolitos (2880) Coordinación preoperatoria (4140) Reposición de líquidos</p>	<p>Paciente mantiene ritmo sinusal.</p> <p>AGA:-----FR--- Sat O2---</p> <p>Mantiene una adecuada perfusión tisular cardíaca y pulmonar Puntuación Global del resultado</p> <p>040602 Presión intracraneal</p> <p>040613 Presión sanguínea sistólica</p> <p>040614 Presión sanguínea diastólica</p>
--	---	---	--



<p>(00039)RIESGO DE ASPIRACIÓN F/R reducción en el nivel de conciencia</p>	<p>(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (1918)Control de la aspiración</p>	<p>(3140) Manejo de la vía aérea (3200)Precauciones para evitar la aspiración (1080) Sondaje gastro intestinal (1874)Cuidados de la sonda gastrointestinal (3160)Aspiración de la vía aérea</p>	<p>Paciente libre de Secreciones. Vía aérea permeable</p>
--	--	---	---



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DCV ISQUEMICO Y DCV HEMORRAGICO

DEFINICIÓN

Enfermedad cerebro vascular se refiere a toda anomalía funcional del sistema nervioso central causada por interferencia con el aporte normal de sangre al cerebro que causa pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación.

CLASIFICACIÓN:

El D.C.V. isquémico se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro. En pocas palabras, el cerebro no recibe un buen flujo sanguíneo, por lo que no le llega oxígeno.

El D.C.V. hemorrágico es mucho más grave, ya que se produce por la ruptura de una arteria. Esto es producido por un traumatismo o por una dilatación localizada de un vaso sanguíneo que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas, ya sea por un tumor sanguíneo, tal como el aneurisma cerebral, o por malformaciones arteriovenosas.

CAUSAS O FACTORES PRECIPITANTES:

- Trombosis.
- Trastornos hematológicos.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Rupturas de aneurismas.
- Cardiopatías.
- Malformaciones arteriovenosas.
- Aterosclerosis.

- Hemorragia cerebral traumática.
 - Embolias.
 - Ruptura de tumor cerebral
- Placas de coagulo de arterias extra craneales

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo.
- Confusión repentina, o problema al hablar o comprender lo que se habla.
- Problema repentino en ver por uno o por ambos ojos.
- Problema repentino al caminar, mareos o pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.
- Hemiparesia contralateral y hemihipoestesia predominantemente de pierna y pie (lobulillo paracentral).
- Incapacidad para identificar objetos, apatía, cambios de la personalidad (lóbulos frontal y parietal).
- Hemiparesia y hemihipoestesia contralaterales predominantemente de rostro y brazo (circunvoluciones precentral y poscentral).
- Pérdida parcial o completa de visión ipsilateral (arteria oftálmica).
- Pérdida de sensibilidad termoalgésica homolateral de la cara y contralateral del cuerpo.
- Ataques de hemianopsia o ceguera completa.
- Pérdida homolateral del reflejo nauseoso, disfagia, disfonía (núcleos de n. glossofaríngeo y vago)
- Vértigo, nistagmo, náuseas, vómitos.
- Ataxia homolateral.
- Síndrome de Horner homolateral (miosis, ptosis palpebral, enoftalmía y anhidrosis).
- Hemiparesia unilateral o bilateral.
- Coma.

- Deficit neurológicos menores

Los síntomas pueden ser muy variados dependiendo de la cantidad de cerebro afectada. Partiendo desde un simple mareo, una confusión, hasta llegar a la parálisis de uno o más miembros o un coma profundo, con pérdida del conocimiento y muchas veces con un elevado riesgo de muerte.

FISIOPATOLOGÍA:

Un DCV isquémico ocurre cuando una arteria que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, reduciendo repentinamente, o interrumpiendo el flujo de sangre y, con el tiempo, ocasionando un infarto en el cerebro. Los coágulos de sangre son la causa más común de bloqueo arterial y de infarto cerebral.

Los coágulos de sangre pueden ocasionar isquemia e infarto de dos formas. Un coágulo que se forma en una parte del cuerpo fuera del cerebro puede trasladarse a través de los vasos sanguíneos y quedar atrapado en una arteria cerebral. Este coágulo libre se denomina *émbolo* y a menudo se forma en el corazón.

- Un accidente cerebro vascular ocasionado por un émbolo se denomina desorden cerebro vascular embólico.

- La segunda clase de accidente cerebro vascular isquémico, llamado desorden cerebro vascular trombótico, es ocasionado por una trombosis.

Los DCV isquémicos también pueden ser ocasionados por *estenosis*, o estrechamiento de una arteria debido a la acumulación de *placa* (una mezcla de sustancias grasas, incluyendo el *colesterol* y otros lípidos) y de coágulos de sangre a lo largo de la pared arterial.



MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

- Exámen Neurológico:
- Nivel de conciencia.
- Presencia o no de convulsiones.
- Escala de Coma de Glasgow / NIHSS*.
- Pupilas: tamaño, relación, reactividad.
- Movimientos de miembros individuales
- Historia clínica detallada

PARACLÍNICOS:

- EKG (DESCARTAR FIBRILACIÓN ATRIAL).
- Rx. de tórax
- Hematología completa y pruebas de coagulación
- Electrolitos séricos (descartar hiponatremia severa).
- Glicemia (descartar hipoglicemia).
- Química renal y hepática (descartar encefalopatía metabólica)
- Tomografía computarizada..
- Resonancia magnética

TRATAMIENTO:

El tipo de terapia que un paciente debería recibir depende de la etapa de la enfermedad cerebrovascular. En general, hay tres etapas de tratamiento:

- (1) la prevención del accidente cerebrovascular;
- (2) la terapia provista inmediatamente después de la persona sufrir un accidente cerebrovascular; y (3) la rehabilitación del paciente después de sufrir el accidente cerebrovascular.

Las terapias para tratar el DCV incluyen medicamentos, cirugía y rehabilitación.

Medidas generales:

- Asegurar Vía Aérea Adecuada.
- Monitoreo de Signos Vitales y tratamiento de hipertensión arterial. Uso de antihipertensores controversial: Evitar a menos que la TA diastólica sea mayor de 120 mm Hg
- Suministrar oxígeno.
- Soporte ventilatorio:
 - pacientes con niveles de conciencia deprimidos o compromiso de la vía aérea.
- Mantener temperatura adecuada:
- Tratar fiebre con antipiréticos, buscar origen.
- Corregir hipotensión
- Corregir trastornos metabólicos o hidroelectrolíticos sobretodo corregir deshidratación



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTE CON DCV ISQUEMICO Y DCV HEMORRAGICO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVOS (NOC1)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN (NOC 2)
<p>(00024) Perfusión Tisular Periférica Ineficaz (Cerebral) R/C disminución del flujo arterial y venoso intracraneal e/p disartria, afasia, cambios en la reacción pupilar, dificultad para deglutir, alteración mental, alteración en la respuesta motora y el comportamiento.</p>	<p>(0406) Mejorar perfusión Tisular cerebral. (912) Estado Neurológico: conciencia.</p>	<p>(2550) Mejora de la Perfusión Cerebral. (6680) Monitorización de signos vitales (2620) Monitoreo neurológico: (3320) Administración de O2. (7690) Interpretación de datos de laboratorio. (4270) Manejo de la terapia trombolítica (2680) Manejo de las convulsiones. (2540) Manejo del edema cerebral. (3140) Manejo de las vías aéreas (2080) Manejo de líquidos/electrolitos (2314) Administración de medicación intravenosa .. (2120) Manejo de la hiperglucemia (4010) Precauciones con hemorragias. (4720) Estimulación cognoscitiva</p>	<p>Escala de Glasgow 15. Sat O2 95% Con O2 por CBN,Reservorio... Función neurológica no comprometida. Paciente evidencia funciones vitales estables. Glicemia:</p>



<p>(00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS R/C: secreciones abundantes y viscosas por disminución del reflejo tusígeno secundario a un DCV o depresión del sistema nervioso central.</p>	<p>(0410) Estado respiratorio.</p>	<p>(3140) Manejo de las vías aéreas. (3350) Monitorización respiratoria. (3160) Aspiración de secreciones. (3230) Fisioterapia respiratoria. (3320) Oxigenoterapia.</p>	<p>Paciente con vía aérea permeable, Elimina secreciones claras y en poca cantidad. Realiza ejercicios respiratorios.</p>
<p>(00249) RIESGO DE ULCERA POR PRESIÓN f/r inmovilización prolongada.</p>	<p>(1902)Control del riesgo. (1101)Integridad tisular:</p>	<p>(3584) Cuidados de la piel. (0840) Cambio de posición (4480) Cuidados en el reposo en cama. (3590) vigilancia de la piel. (0200) Fomentar el ejercicio. (0226) Terapia de ejercicios: control muscular. (3540) Prevención de las úlceras por presión</p>	<p>Paciente mantiene epidermis y dermis libre de heridas, en buen estado no escaras. Según la escala de Norton es de 12 es de bajo riesgo. Se instala colchón neumático en la cama del paciente.</p>
<p>(00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c vómito, régimen NPO, incremento del metabolismo y terapia anti edema.</p>	<p>(0601) Equilibrio hídrico. (602)Hidratación.</p>	<p>(2080) Manejo de líquidos y electrolitos.</p>	<p>Paciente hidratado B.H.=</p>
<p>00102) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN, (00108) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:BAÑO (00109) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:VESTIDO r/c déficit neurológico</p>	<p>(0313) Nivel del autocuidado Se apoyara en autocuidados</p>	<p>(1050)Alimentación (1800)Ayuda al autocuidado (1610)Baño (0740)Cuidados del paciente encamado (1750)Cuidados perineales</p>	<p>Necesidades de autocuidado satisfechas. Pac. Recibe alimentación, aseado, Queda con camisa limpia</p>



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA

DEFINICION

Se denomina Emergencia Hipertensiva en casos donde la presión arterial diastólica es superior a 120 -130 mmHg, se clasifica para su manejo terapéutico en Emergencia hipertensiva en la que hay daño a órganos blancos: cerebro, corazón y riñón, y Urgencia hipertensiva donde no hay daño de órganos blancos.

CAUSAS

1. Hipertensión asociada a: Insuficiencia ventricular izquierda aguda Insuficiencia coronaria aguda Aneurisma disecante de la aorta HTA severa más síndrome nefrítico agudo Crisis renal en la esclerodermia Hemorragia intracraneana: Hemorragia subaracnoidea Traumatismo encéfalo craneano Cirugía con suturas arteriales
2. Encefalopatía hipertensiva-Hipertensión maligna
3. Eclampsia
4. Feocromocitoma en crisis hipertensiva y otros aumentos de catecolamina
5. Crisis hipertensiva post: Supresión brusca de clonidina Interacción de drogas y alimentos con inhibidores de la MAO Cocaína

SIGNOS Y SINTOMAS

Visión borrosa o dolor de cabeza

Náuseas o vómito

Falta de aliento o dolor de pecho

Mareos o debilidad

Problemas con el pensamiento o cambios de comportamiento, tales como falta de sueño, problemas de memoria o confusión

FISIOPATOLOGIA

El aumento abrupto de la PA genera estrés mecánico y daño al endotelio vascular lo cual activa la cascada de la coagulación y plaqueta seguida del depósito de fibrina, si el

aumento se vuelve pronunciado el daño puede causar necrosis de las arteriolas. Cuando existe aumento de la PA este da lugar a la isquemia y la liberación de otros mediadores vasoactivos, generando un círculo vicioso y lesión permanente. El sistema renina-angiotensina con frecuencia se activa, lo que lleva a la vasoconstricción causando una mayor producción de citocinas proinflamatorias como la INTERLEUCINA. Todo esto resulta en hipoperfusión del órgano blanco que se manifiesta como: **Emergencia hipertensiva.**

TRATAMIENTO MEDICO

Los pacientes con emergencia hipertensiva deben ser hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (UCI), con monitoreo permanente. Existe un amplio grupo de agentes antihipertensivos IV de rápida acción que están disponibles para el uso en pacientes con emergencia hipertensiva, y el fármaco seleccionado depende del compromiso de órgano blanco y de la disponibilidad de UCI. Los medicamentos IV de rápida acción no deben ser utilizados en pacientes fuera de la UCI, con el fin de prevenir descensos súbitos en las cifras de PA que puedan causar una alta tasa de morbi-mortalidad.

El propósito inmediato está en reducir la PAD en un 10 ó 15% o aproximadamente hasta 110 mmHg en un período de 30 a 60 minutos. En pacientes con disección aórtica, la PA debe reducirse rápidamente (de 5 a 10 minutos) para obtener una PAS < 80 mmHg. Una vez se logre la estabilización de la PA con medicamentos IV y el compromiso de órgano blanco se haya detenido, la terapia oral puede ser iniciada a la vez que los medicamentos IV vayan siendo disminuidos de manera gradual.

Se recomienda la medicación oral como medida para disminuir la presión arterial. Para una urgencia Hipertensiva se recomienda un descenso gradual, llegando a cifras normales en 24 a 48 horas y Tratamiento en un hospital de primer nivel de atención. Los fármacos recomendados para el tratamiento

En este nivel son:

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina:

- ✓ Captopril: 25 mg cada 6
- ✓ Enalapril: 10 mg cada 12 horas, sin sobrepasar a 40 mg al día
- ✓ Betabloqueadores:
- ✓ Metoprolol: 50-100 mg cada 12 horas
- ✓ Atenolol: 50 mg cada 12-24 horas
- ✓ Antagonista de los receptores de angiotensina II:
- ✓ Losartan: 50 mg cada 12 horas

1. Candesartan: 8-16 mg cada 24 horas
2. Telmisartan 40-80 mg cada 24 horas
3. Calcioantagonistas:
4. Amlodipino: 5-10 mg cada 24 horas
5. Nifedipino: 30-60 mg cada 24 horas
6. Diuréticos:
7. Hidroclorotiazida
8. Clortalidona: 25 mg cada 24 hora

MANEJO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

La elección de los fármacos para el tratamiento de una emergencia hipertensiva depende del órgano blanco y la presentación clínica. En estos casos es necesario reducir de manera inmediata las cifras tensionales y su tratamiento debe de ser en un hospital de segundo o tercer nivel de atención. Entre los medicamentos más comunes encontramos:

Labetalol:

Nicardipina:

0113



- infusión intravenosa:

Infusión inicial: 5 mg/h

Aumento: 2.5 mg/h cada 5 min

Dosis máxima: 15 mg/h

Nitroprusiato:

- Infusión intravenosa

Dosis máxima: 2 gr/kg/min

Nitroglicerina:

- Infusión intravenosa

Dosis: 5 µg/min

Dosis máxima: 20 µg.

Dosis máxima: 32 P

ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c Alteración de postcarga y resistencia vascular periférica evidenciado: Hipotensión	(0401) Estado circulatorio	(6680) Monitorización de signos vitales. (4210) Monitorización hemodinámica invasiva. (3320) Oxigenoterapia (2300) administración de la medicación. (0590) Manejo de la eliminación urinaria (7690) interpretación de datos de laboratorio (4150) Regulación hemodinámica. (6650) vigilancia	(10104) Presión arterial media (40303) Sin desviación del rango normal
(00201) RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR	(0406) Perfusion Tisular	(2620) Monitorización neurológica (6680) monitorización de	(40617) Presión arterial media

<p>CEREBRAL INEFICAZ f/r incremento de la presión intracraneana Hipertension</p>		<p>signos vitales. (3320) oxigenoterapia (1910) manejo acido base</p> <p>(4150) Regulación hemodinámico. (2550) Mejorar la perfusion cerebral (2300) Administración de la medicación. (7610) Análisis de laboratorio (4130) Monitorización de líquidos. (4260) Prevenir el shock (6610) Identificación de riesgo.</p>	<p>Sin desviación del rango normal</p> <p>Deterioro cognitivo</p>
<p>(00033) DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA R/C Disminución del sensorio</p>	<p>(0403)Estado respiratorio: ventilacion</p>	<p>(3140) Manejo de vías aéreas. (3390) ayuda a la ventilacion. (3320) Oxigenoterapia</p> <p>(1920) Manejo acido base.</p> <p>(3120) Intubación y estabilización de vías aéreas. (3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva (3200) Precauciones para evitar la Aspiracion (4120) Manejo de líquidos. (6650) Vigilancia</p>	<p>(40618)Frecuencia respiratoria (40301)ritmo respiratorio (40302)profundidad respiratoria (40303)Sin desviación del rango normal</p>



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

DEFINICION

Es la pérdida repentina de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos y concentrar la orina sin perder electrolitos.

CAUSAS:

La insuficiencia renal, ya sea crónica o aguda, usualmente es categorizada según causas pre-renales, renales y post-renales:

1. Pre-renal

La insuficiencia renal prerrenal, implica que la disminución de la tasa de filtración glomerular es secundaria a hipoperfusión renal. Es potencialmente reversible si el agente causal es eliminado y es la causa más frecuente de IRA (55 al 70%).

Causas de IRA prerrenal: Hipovolemia, Bajo gasto cardíaco y Alteraciones de la resistencia vascular renal y periférica

2. Renal

Daños al riñón en sí mismo, también denominada: parenquimatosa o intrínseca. Constituye el 25% de las causas de IRA. Esta lesión puede afectar a diferentes niveles estructurales sea tubular, glomerular, intersticial o vascular:

- Necrosis tubular aguda: representa el 70 % de los casos de IRA intrínseca.
- Lesión Túbulo-Intersticial
- Lesión Glomerular
- Lesión de grandes vasos
- Mieloma múltiple,



3. Post-renal

La obstrucción de las vías urinarias es responsable de menos de 5% de las IRA, sus causas son:

- Medicamentos que interfieren con el normal vaciado de la vejiga
- Hipertrofia benigna de próstata o cáncer de próstata
- Piedras del riñón (cálculos renales)
- Masa ocupante de origen maligno (neoplasia) (como por ejemplo cáncer de ovario, cáncer colorrectal).
- Catéter Urinario obstruido.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Oliguria, edema en miembros inferiores, anasarca, tendencia a la formación de hematomas, Cambios en el estado mental o en el estado de ánimo, inapetencia, fatiga (cansancio) dolor intercostal y pélvico, temblor en la manos, Soplos cardíacos, Hipertensión arterial, náuseas o vómitos que pueden durar días, epistaxis, disnea, sangrado prolongado

FISIOPATOLOGIA

1. **Cambios en el glomérulo:** La disminución de la perfusión glomerular (ejemplo redistribución sanguínea desde la corteza a la médula), la vasoconstricción de la arteriola aferente o la vasodilatación de la arteriola eferente que disminuyen la presión de filtración; la constricción del mesangio que disminuye la superficie glomerular y finalmente la disminución de la permeabilidad capilar glomerular se reflejan en una disminución de la tasa de filtración glomerular (GFR)(1).
2. **Obstrucción tubular:** Se origina a partir de detritus celulares y otros provenientes de las células tubulares dañadas y de precipitación de proteínas.

RECOMENDACIONES:

Seguir fielmente el tratamiento prescrito.

Evitar un descenso brusco de azúcar en sangre (hipoglucemia)

Seguir una dieta específica, establecida por el médico

Evitar o reducir la ingesta de alcohol

Disminuir la ingesta de sal

Controlar el sobrepeso

En pacientes hipertensos, no abandonar nunca la medicación indicada y

Tomarse la tensión arterial con regularidad

En el varón la frecuencia aumenta si se presentan problemas prostáticos

Si la infección urinaria está establecida, hay que tomar líquidos en abundancia, extremar las medidas higiénicas, evitar el estreñimiento y seguir fielmente la medicación prescrita.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00026)EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c compromiso de los mecanismos reguladores. Exceso del aporte de líquidos, Exceso del aporte de sodio	(0603) Severidad de la sobrecarga de líquidos	(0620)Cuidados de la retención urinaria. (1876)Cuidados del catéter urinario. (0590)Manejo de la eliminación urinaria. (1804)Ayuda en el autocuidado: Micción. (4120)Manejo de líquidos. (4170)Manejo de la hipervolemia.	(060308)Edema generalizado. (060323) Aumento del sodio sérico. (060319) Disminución de la diuresis. 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve
(00029)DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C alteración en la precarga,Post carga,contractibilidad y frecuencia	(0400)Efectividad de la Bomba cardiaca	(4250)Manejo del shock. (4150)Regulación hemodinámica. (4180)Manejo de la hipovolemia. (6680)Monitorización de los signos vitales.	(040001) Presion sanguínea sistólica (040019)Presión sanguínea diastólica. 1.Desviacion grave 2 sustancial 3. Desviación moderada. 4.Desviación leve.
(00203)RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ r/c enfermedad renal, hipovolemia Infecciones , SIRS Diabetes Mellitus.	(0504) Función renal	(6610)Identificación de riesgos. (590)Manejo de la eliminación urinaria. (4120)Manejo de líquidos. (4260)Prevención del shock. (4150)Regulación	(050427) Aumento de la creatinina. 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderada

		hemodinamica. (6680)Monitorización de los signos vitales.	4.Leve
(00004).RIESGO DE INFECCIÓN R/C defensas primarias inadecuadas . Defensas secundarias inadecuadas	(0702)Estado inmune	(2300)Administración de medicación. (6550)Protección contra las infecciones. (6650)Vigilancia.	(070207)Temperatura corporal. (070214)Recuento absoluto Leucocitario. 1.Grave 2.Sustancial 3 Moderado 4Leve
(00028)RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c falla en los mecanismos reguladores, medicación, perdidas excesivas, Extremos de edad.	(0601) Equilibrio Hídrico	(4120)Manejo de líquidos. (4130) Monitorización de líquidos. (4140)Reposición de líquidos.	(060107)Entradas y salidas diarias equilibradas. 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE POSTOPERADOS DE CRANEOTOMIA

DEFINICIÓN

Procedimiento que consiste en la abertura quirúrgica del cráneo exponiendo así el cerebro para diversos tratamientos. Están pueden ser frontal, parietal, temporal y occipital.

Con el objetivo de controlar y disminuir la presión intracraneal, mejorar la presión de perfusión cerebral, evitar la herniación cerebral y evitar la compresión del tallo cerebral.

CAUSAS

Extirpar un tumor, derivación ventricular, abscesos encapsulados, aspiración de un hematoma o coagulo, pinzamiento de aneurisma, hidrocefalia, descompresiones terapéuticas ó descompresiones de la presión Intracraneal.

COMPLICACIONES

Colecciones subdurales, hidrocefalia, infartos cerebrales, infecciones, fístula de LCR, convulsiones.

HEMATOMA SUBDURAL: es la colección de sangre en el espacio subdural. Pueden ser agudos: se presentan en las primeras 72 horas, los subagudos entre el 4 y 21 días, y los crónicos después de los 21 días.

Causas: Traumatismo craneoencefálico severo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Depende de la formación del hematoma, además de la lesión sobre la corteza cerebral entre ellos tenemos: pérdida del estado de alerta, así como con datos de hipertensión intracraneal, puede haber lesión de nervios craneales tales como el tercer nervio con alteración del diámetro pupilar con anisocoria hasta en un 50% por midriasis del lado de la

colección hemática, papiledema en un 15%, paresia del VI nervio en un 5% de los casos y hemiparesia en un 50%. Cefalea progresiva, nauseas y vómitos, crisis convulsiva.

FISIOPATOLOGÍA

El hematoma subdural es originado por hemorragia de las venas puente entre la superficie cerebral y los senos venosos o también por el sangrado de los vasos corticales.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los hematomas subdurales casi siempre es quirúrgico, excepto en aquellos menores de 5 mm siempre y cuando no produzcan efecto de masa, no den síntomas ni signos focales

RECOMENDACIONES

Conservar el equilibrio hídrico y electrolítico

Conservar la integridad de la piel y prevenir la deformidad de los miembros

Conservar la normotermia, Prevenir la sepsis.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON CRANEOTOMIA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00049) DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL R/C -Aumento sostenido de la PIC por encima de 20 mmhg, Disminución de la presión de perfusión cerebral menor o igual 50 mm hg Hipotensión - Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal - Lesiones Cerebrales	(0990) Estado Neurológico (0406) Perfusión tisular cerebral (0600) Equilibrio Electrolítico Acido Base (0601) Equilibrio Hídrico	(2540) Tratamiento del edema cerebral (2590) Monitorización de la presión intracraneal (6680) Monitorización de los signos vitales (2650) Monitorización neurológica (2300) Administración de medicación (0844) Cambio de posición: Neurológico (1878) Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía (2080) Manejo de líquidos/electrolitos (4190) Punción intravenosa 6650 Vigilancia	(90901) Conciencia (90906) Presión intracraneal (60102) Presión Arterial media Escala desde Gravemente comprometido hasta No comprometido Balance hidrico (60005) Sodio sérico Desviación grave del rango normal hasta SIN desviación del rango
(00201) RIESGO DE PERFUSIÓN CEREBRAL INEFICAZ F/R Hipertensión, TP anormal, Traumatismo Cerebral, - TTP anormal	(0406) Perfusión Tisular Cerebral (0401) Estado circulatorio	(2590) Monitorización de la presión intracraneal (2540) Tratamiento del edema cerebral (4040) Cuidados cardiacos (2620) Monitorización neurológica (2380) Manejo de medicación (4150) Regulación	(40602) Presión intracraneal (90908) tamaño pupilar (90902) Conciencia (191319) Deterioro de la movilidad (40104) Presión arterial media

		hemodinámica	
<p>(00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN f/r Alimentación por sonda, aumento del residuo gástrico, depleción del reflejo nauseoso, depleción del reflejo tusígeno, Disminución de la motilidad gastro intestinal, Disminución del nivel de conciencia, Intubación endotraqueal , Traqueotomía</p>	<p>(1908)Control del riesgo (0912)Estado Neurológico: conciencia (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0403) Estado respiratorio: Ventilación (1015) Función gastro intestinal</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos (3350) Monitorización respiratoria (6650) Vigilancia (2690) precauciones contra las convulsiones (3140) Manejo de la vía aérea (3200) Precauciones para evitar la aspiración (3160)Aspiración de las vías aéreas (2260)Manejo de la sedación (2620)Monitorización Neurológica (1056) Alimentación enteral por sonda. (2301) Administración d medicación enteral</p>	<p>(190203) Controla los factores de riesgo ambientales (91201) Obedece ordenes (41508) Saturación de Oxigeno (101501)Tolerancia de alimentación (101503)Frecuencia de las deposiciones (101508) Ruidos abdominales (101509) Aspirados Gastricos</p>



GUIA DE PROCESO DE ATENCION EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA – NEUMONIA

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La insuficiencia respiratoria es un síndrome clínico que se caracteriza por la incapacidad del organismo para mantener los niveles de O_2 que disminuye en el organismo y CO_2 aumentando en forma brusca, alterando las demandas del metabolismo celular. Las Enfermedades y condiciones que afectan su respiración pueden causar insuficiencia respiratoria como: Enfermedades pulmonares como EPOC, NEUMONIAS, EMBOLIA PULMONAR Y FIBROSIS QUISTICA.

CLASIFICACIÓN:

Según los valores de la gasometría arterial la insuficiencia respiratoria se clasifica en dos subtipos:

1. Insuficiencia Respiratoria Parcial o tipo 1 o HIPOXEMICA: Se define como la disminución de la presión o parcial de oxígeno por debajo de 60 mmHg ($PO_2 < 60$ mmHg).
2. Insuficiencia Respiratoria global o tipo 2 o HIPERCAPNICA: Se define como la disminución de la presión parcial de oxígeno por debajo de 60 mmHg más el aumento de la presión parcial de dióxido de carbono por encima de 45 mmHg ($PO_2 < 60$ mmHg + $PCO_2 > 45$ mmHg). Se ve en trastornos V/Q agudos tan extensos que no logran ser compensados (SDRA en fase tardía) o en casos crónicos de EPOC avanzados.

NEUMONIA

Es la inflamación de origen infeccioso del parénquima pulmonar o proceso inflamatorio de los espacios alveolares de los pulmones, producidos por una invasión de microorganismos que produce infección y genera colapso alveolar debido a producción de exudado.

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que puede afectar a todas las personas. (Niños y adultos). A menudo se produce después de un resfriado.

La neumonía se clasifica según se adquieren en el día a día de una persona (neumonía adquirida en la comunidad) o en centro sanitario (neumonía hospitalaria).

CLASIFICACIÓN:

1. Extra hospitalarias o adquiridas en la comunidad: Se divide en:

1.1. Según el agente que ataca.

- ✓ Neumonía Típica o bacteriana, (Neumonía Neumocócica)
- ✓ Neumonía atípica o viral (Neumonía Viral)

2. Intra hospitalarias o Nosocomiales: Adquiridas en Instituciones Sanitarias que puede darse después de 48 – 72 horas de hospitalizado. -

2.1. Según el lugar donde afecta:

- ✓ Bronquios. - Bronconeumonía.
- ✓ Lóbulo. - Neumonía lobular.
- ✓ Todo el Pulmón. - Neumonía Intersticial

FACTORES DE RIESGO.

1. Edad: Adultos mayores de 65 años y niños menores de 5 años.
2. Infecciones respiratorias virales (gripe),
3. No estar vacunados tiene riesgo más elevado de desarrollarlos pues las bacterias que invaden pulmón pueden afectar además otros órganos desarrollando también meningitis etc.
4. Tabaquismo.

5. Enfermedades Inmunosupresora (VIH, trasplantes, quimioterapias, etc.)
6. Alteraciones pulmonares como Asma, EPOC. Usuarios de drogas.
7. Enfermos encamados, hospitalizaciones prolongadas, Pacientes con disminución de conciencia (Demencia ACV, lesión cerebral).
8. Pacientes con ventilación mecánica.
9. Pacientes con otra enfermedad pulmonar previas (secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, fibrosis quísticas).
10. Cardiopatías
11. Cirrosis.

CAUSAS.

Diabetes Mellitus. La neumonía es causada por múltiples microorganismos (bacterias, virus y hongos)

La neumonía atípica, con frecuencia llamada errante es causada por otras bacterias (Mycoplasma Y chlamydia).

La neumonía por Pneumocystis Jiroveci algunas veces se ve en personas cuyo sistema inmunitario no está funcionando bien.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Los Síntomas pueden variar según la edad de la persona. (Niños y adultos).

Los síntomas más comunes: Tos. (Puede expectorar una mucosidad amarillenta o verdosa).

Tos con moco y sangre. Fiebre que puede ser leve o alta. Escalofríos con temblores, dolor muscular, dolor de articulaciones, dolor de oídos.

Dificultad para respirar, Fatiga. Confusión, especialmente personas de mayor edad, Dolor de cabeza, Inapetencia fatiga, dolor torácico agudo o punzante que empeora al respirar profundamente o toser.

FISIOPATOLOGIA.

El agente causal entra en el organismo a través del tracto respiratorio por medio de la inspiración o la aspiración, a través de las secreciones orales. Los organismos que pueden llegar a los pulmones a través de la circulación sanguínea son los estafilococos y los bacilos Gram negativos. El mecanismo de defensa del cuerpo, son los pulmones, cuando estos reaccionan. Un reflejo es la tos, durante la que los mucociliares y los macrófagos pulmonares tratan de proteger el cuerpo de la infección. Sin embargo, en algunas personas, su mecanismo de defensa está suprimido o abrumado por el agente invasor, lo que conduce al desarrollo de la infección.

El organismo invasor comienza a multiplicarse y liberar toxinas perjudiciales, que causan la inflamación y el edema del parénquima pulmonar. Esta acción lleva a la acumulación de los residuos celulares y la destilación dentro de los pulmones. Pronto la ausencia del aire disminuye y los pulmones se llenan de los fluidos secretados.

En el caso de neumonía viral, las células epiteliales ciliadas son dañadas. El virus llega a los pulmones a través del oxígeno inhalado por la boca y la nariz. Después de que el virus haya entrado en los pulmones, comienza a invadir al revestimiento de las células de las vías respiratorias y de los alvéolos. Esto produce la muerte de las células por la acción directa del virus o por una célula llamada apoptosis. Esta respuesta del organismo a la invasión, produce un mayor daño a los pulmones, ya que el fluido es filtrado en los alvéolos. La infección viral daña los pulmones y los hace más susceptibles a las infecciones bacterianas. Esta complicación es aún más importante, que la complicación por la neumonía viral.

La neumonía fúngica es una enfermedad bastante rara, y a menudo se produce en las personas con las alteraciones del sistema enológico, como el SIDA, etc. Los agentes de los hongos más comunes, que causan la neumonía son: Histoplasma capsulatum, Cryptococcus neoformans, Pneumocystis Jiroveci, blastomices y Coccidioides immitis.



La neumonía causada por los parásitos se produce, cuando estos viajan a los pulmones, entrando a través de la piel o en la ingestión. Se produce una destrucción de las células y una respuesta inmune, que conduce a la interrupción del transporte de oxígeno. Los parásitos comunes que causan la neumonía son: *Toxoplasma gondii*, *Strongyloides stercoralis* y *Ascariasis*.

TRATAMIENTOS

Antibioticoterapia.

Soporte de Oxígeno.

Toma de cultivos

Hidratación si estuviese deshidratado.

Terapia respiratoria (Palmoterapia, percusión y nebulizaciones).

Hacer ejercicios y mantener peso ideal.



ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON NEUMONIA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00030)DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C Cambios de la membrana alveolar capilar, Desequilibrio en la ventilación/perfusión evidenciado: aleteo nasal, confusión disminución de la expansión pulmonar, gasometría arterial anormal, hipoxemia, hipercapnea, irritabilidad, patrón respiratorio anormal, taquicardia, cianosis periférica.	(0402) Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso	(3350) Monitorización Respiratoria	(041501) Frecuencia Respiratoria
	0403 Estado Respiratorio; Ventilación	(1913) Manejo de Equilibrio ácido básico (6680) Monitorización de signos vitales (3140) Manejo de las vías aéreas (3320) Oxigenoterapia (2300) Administración de medicación (3230) Fisioterapia r respiratoria	(041502) Ritmo respiratorio (041503) Profundidad de la Inspiración (041532) Vías aéreas permeables (041508) Saturación de Oxígeno (041510) Uso de músculos accesorios (041004) Frecuencia Respiratoria (041004) Frecuencia Respiratoria (041012) Capacidad de eliminar secreciones
(00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS R/C Ambientales: Tabaquismo, Fisiológicos; Alergia en las vías aéreas (asma) Infección, deterioro Neuromuscular, obstrucción de las vías Aéreas: Cuerpo extraño en la vía aérea, EPOC, espasmo de las vías	(0410) Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias (1918) Prevención de la aspiración	(3350) Monitorización Respiratoria (3140) Manejo de las vías aéreas (3230) Fisioterapia Respiratoria (1918) Prevención de la aspiración (2311) Administración de medicación inhalatoria (3250) Mejorar la tos (4130) Monitorización de líquidos (3320) Oxigenoterapia	(041004) Frecuencia Respiratoria (041012) Capacidad de eliminar secreciones (041005) Ritmo respiratorio (191801) Identificar factores de riesgo (041005) Ritmo

aéreas, exudado alveolar		(3200) Precauciones para evitar aspiración (5880) Técnica de relajación	respiratorio (191801) Identifica factores de riesgo (080211) Profundidad de la Inspiración (121431) Aumento de la frecuencia respiratoria
(00007) HIPERTERMIA r/c con proceso infeccioso respiratorio	(0800) Termorregulación	(3740) Manejo de la hipertermia. (6680) Monitorización de los signos vitales. (3900) Regulación de la temperatura (2300) Administrar medicación	Paciente presenta temperatura corporal dentro de los parámetros normales. T°

Otros diagnósticos : Patrón respiratorio ineficaz, Ansiedad, Riesgo de aspiración



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

DEFINICION

Es un trastorno caracterizado por incapacidad del corazón para bombear suficiente sangre que el cuerpo necesita produciendo congestión circulatoria debida a enfermedad cardiaca, a menudo infarto de miocardio ventricular, suele establecerse lentamente en asociación con retención de sodio y agua por los riñones con intervención de factores humorales como la renina, angiotensina, aldosterona , vasopresina, estrógenos y noradrenalina

CAUSAS

Arteriopatía coronaria
Ataque cardíaco previo (infarto de miocardio)
Hipertensión arterial crónica.
Valvulopatías
Enfermedad cardíaca congénita (de nacimiento)
Cardiomiopatía (corazón dilatado)
Endocarditis
Miocarditis (infección del corazón)
Diabetes

SIGNOS Y SINTOMAS

Cansancio a mínimo esfuerzo , falta de energía
Edema de los pies, tobillos y las piernas
Dificultad para dormir por la noche debido a falta de aire para respirar
Tos con flema "espumoso"
Confusión
Memoria deteriorada



Aumento de peso en corto tiempo por retención de líquidos.

FISIOPATOLOGIA

El síndrome de insuficiencia cardiaca puede ser debido a enfermedades del pericardio, endocardio y miocardio. Estas últimas son las más frecuentes.

Factor de riesgo para la aparición del síndrome de insuficiencia cardiaca crónica son Hipertensión arterial esencial, Aterosclerosis coronaria, enfermedad de Chagas, Diabetes mellitus, Obesidad, Anormalidades de las Válvulas Cardiacas y Miocardiopatías Dilatadas Idiopáticas

La gran mayoría de estas enfermedades tienen un carácter progresivo y en ellas, la afectación cardiaca es inicialmente localizada o segmentaria y luego se hace difusa. Esta particular evolución de las enfermedades cardiacas ha permitido proponer una serie de estadios, por los que atraviesan estas enfermedades, hasta llegar al síndrome de insuficiencia cardiaca crónica

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Historia clínica

Examen físico

Examen de hematología y bioquímica: para revisar las funciones renal, hepática y tiroidea, así como para buscar indicadores de otras enfermedades que afectan al corazón. Cuando el diagnóstico es incierto, el examen químico de propéptido natriurético tipo B N-terminal (NT-proBNP), puede ayudar a diagnosticar la insuficiencia cardíaca en conjunción con otros análisis.

ECG

Rx de tórax

Ecocardiograma

Prueba de esfuerzo

Angiografía coronaria.

Gasometría arterial



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

1. DIURETICOS:

- ✓ Furosemida
- ✓ Espironolactona: diurético ahorrador de potasio.

2. VASODILATADORES:

Nitroglicerina:

Nitroprusiato:

Cloruro mórfico:

INOTROPICOS:

Digoxina: para el control de la frecuencia cardiaca en FA rapida.

Dopamina

Dobutamina

3. BETABLOQUEADORES

4. ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES.

5. CALCIO ANTAGONISTA.

6. CORTICOIDES LITIO.

7. ANTIARRITMICOS.

8. AINES (EXCEPTO AAS TRAS UN IAM)



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c alteración de la frecuencia cardiaca, manifestado por cambios del color de la piel, disminución de pulso periféricos, edema y fatiga	(0400) Efectividad de la bomba cardiaca	(4120) Manejo de líquidos. · (412003) Administrar diuréticos prescritos, si procede · (412014) Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas , si procede (6680) Monitorización de los signos vitales. · (668006) Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca · (668013) Observar la presencia y calidad de los pulsos · (668014) Observar periódicamente el color, temperatura y la humedad de la piel	(040001) presión sanguínea sistólica (040019) presión sanguínea diastólica (040002) frecuencia cardiac (040020) gasto urinario (040004) fracción de eyección (040022) equilibrio de la ingesta y excreción en 24 horas (040025) presión venosa central RESULTADO: 1. Desviación grave 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación
(00026) EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c compromiso de los mecanismos reguladores, exceso de aporte de líquidos y sodio m/p oliguria, edema , cambios de la presión arterial, aumento de pvc y aportes superiores a las	0601 Equilibrio hídrico	(0590) Manejo de Eliminación urinaria (059001) control de diuresis horaria (059011) Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. (2080) Manejo de líquidos y electrolitos (059015) Restringir los líquidos (208006) Ajustar el nivel de flujo de perfusión	(060102) presión arterial media (060103) presión venosa central (060105) pulsos periféricos (060107) entradas y salidas diarias equilibradas (060118) electrolitos séricos RESULTADO: 1. Gravemente comprometido

<p>perdidas</p>		<p>intravenosa adecuado (208017) Mantener solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea necesario (208019) Monitorizar el estado hemodinámico incluyendo PVC, PAM, PAP, PCPE según disponibilidad (208035) Vigilar los signos vitales (3350) monitorización respiratoria (4130) monitorización de líquidos (4170) manejo de hipervolemia (4200) terapia intravenosa (6680) monitorización de signos vitales (7690) interpretación de datos de laboratorio</p>	<p>2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>
<p>(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c cambios de la membrana alveolo capilar y desequilibrio ventilo-perfusión</p>	<p>(0403) Estado respiratorio: ventilación</p>	<p>(1910) manejo acido base (1920) monitorización acido base (2080) manejo de líquidos y electrolitos (2300) manejo de la medicación (3120) intubación y estabilización de vías aéreas (3140) manejo de vías aéreas (3160) Aspiración de vías aéreas (3200) precauciones para evitar la aspiración (3300) ventilación mecánica (3310) destete de ventilación mecánica</p>	<p>(040208) presión parcial del O2 en la sangre arterial (040209) presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (040210) PH arterial (040211) saturación de O2 (040212) volumen corriente de CO2 (040213) hallazgos en rayos de tórax (040214) equilibrio entre ventilación y perfusión. RESULTADO: 1. Desviación grave</p>



		<p>(3180) manejo de vía aérea artificial (3320) oxigenoterapia (3350) monitorización respiratoria (6680) monitorización de signos vitales (7690) interpretación de datos de laboratorio</p>	<p>2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación (040301) frecuencia respiratoria (040302) ritmo respiratorio (040303) profundidad de la respiración (040324) volumen corriente (040325) capacidad vital (040326) hallazgos en la radiografía de tórax RESULTADO: 1. Desviación grave 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación</p>
--	--	---	--



GUIA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO

DEFINICION

Definido como un subconjunto de la sepsis en donde el sistema circulatorio y las anomalías del metabolismo celular son suficientes para incrementar la mortalidad.

El shock séptico es una insuficiencia circulatoria aguda, secundaria a una infección bacteriana. Es la forma más grave de la respuesta inflamatoria. El shock séptico es una emergencia médica. Los pacientes suelen dar entrada en la unidad de cuidados intensivos del hospital.

CAUSAS:

El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos (en raras ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular, lo cual puede llevar a que se presente hipotensión arterial y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos.

El cuerpo tiene una respuesta inflamatoria fuerte a las toxinas que puede contribuir a que se presente daño a órganos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Además de la presión arterial baja, los síntomas comunes de un shock séptico pueden incluir fiebre alta o muy baja temperatura corporal, escalofríos, disminución del gasto urinario, frecuencia cardíaca alta, confusión, agitación o fatiga, sensación de mareos o dificultad para respirar.

FISIOPATOLOGIA

1- Acción de la endotoxina

- Fijación al S.R.E. provocando el fracaso de su función desintoxicante.
- Combinación con los leucocitos formando un complejo simpaticomimético.
- Fragiliza los lisopolipéptidos vasoactivos.
- Provoca agregación plaquetaria con liberación de histamina.
- Activa el factor XII de la coagulación C.I.D.
- Disminución del 2-3 difosfoglicerato.
- Acciones depresoras miocárdicas.
- Vasoconstricción periférica, disminución del flujo tisular e hipoxia sistémica.

Cuadro clínico

Shock séptico

2- Alteraciones hemodinámicas

a) Shock hiperdinámico o caliente. Producido por BG+, virus y rickettsias.

Hipotensión, taquicardia, hiperventilación, aumento de la permeabilidad capilar con pérdida de plasma y vasodilatación por la respuesta inflamatoria.

b) Shock hipodinámico o frío precedido de una fase caliente por la termogénesis.

Posteriormente, disminución del Gasto cardíaco y vasoconstricción.

- Shock inicial Hipoxia crítica.
- Shock establecido Hipoxia isquémica.
- Shock refractario Hipoxia de estasis.

3- Alteraciones viscerales y biológicas de la fase de comienzo.



- Estado de insuficiencia cardio-respiratoria
- Descenso de la perfusión coronaria.
- Trastornos de la permeabilidad alvéolo-capilar

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la naturaleza, la causa y la gravedad del shock séptico. Al principio, el médico administra transfusiones para aumentar el volumen circulatorio a través de los vasos sanguíneos. Si este llenado es insuficiente, podemos utilizar otras drogas de emergencia como la dopamina o la noradrenalina. En caso de shock profundo, el paciente puede ser intubado. Mientras tanto, se administra al paciente rápidamente antibióticos y este tratamiento se adaptará posteriormente en función del germen identificado en los cultivos de sangre.

PREVENCIÓN

El tratamiento oportuno de las infecciones bacterianas ayuda; sin embargo, muchos casos de shock séptico no pueden prevenirse.

DISFUNCIÓN O FALLA ORGÁNICA

EL que actualmente se usa es el **SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment Score) Por ser el más común, puntuaciones altas están en relación a una alta mortalidad. Este score evalúa varios parámetros.

El nuevo modelo q SOFA (quick SOFA) es un criterio simple que ayuda a la sospecha de disfunción orgánica y tomar decisiones. Tiene la ventaja de no necesitar pruebas de laboratorio y la rapidez de su uso. También ayuda a la sospecha de posible infección en pacientes sin sospecha previa. Aplicación práctica de los criterios clínicos de identificación de pacientes con sepsis y shock séptico.

ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00027)DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS r/c mecanismos de regulacion comprometidos evidenciado por hipotension, piel fria, taquicardia,PVC < 8 cm de H ₂ O, mucosa oral reseca, oliguria, orina colorica.	(0601) Equilibrio Hidrico	(6680) Monitorizacion de signos vitales (4130) Monitorizacion de liquidos (2080) Manejo de liquidos y electrolitos (4258) Manejo de shock: volumen (4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central.	(060101) presion arterial
			(060102) presion arterial media
			(060103) presion venosa central
(00029)DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO r/c alteracion de la contractilidad frecuencia cardiaca, alteraciones de la pre y pos carga evidenciado taquicardia, aumento o disminucion de la PVC, oliguria, presencia de crepitantes,llenado capilar >2",pulsos perifericos debiles.	(0400) Efectividad de la bomba cardiaca	(6680) Monitorización de signos vitales (4210) Monitorización hemodinámica invasiva (4040) Cuidados cardiacos (2080) manejo de liquidos y electrolitos (4254) Manejo de shock cardiaco (2300) Administración de medicación	(040001) presion sanguinea sistolica
			(040019) presion sanguinea diastolica
			(040002) frecuencia cardiaca
			(040020) gasto urinario
(00030)DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c desequilibrio en la V/P evidenciado por cianosis, gasometría arterial anormal ph	(0402)Estado respiratorio intercambio gaseoso	(6680) Monitorización de signos vitales (3350) Monitorización respiratoria (3320) Oxigenoterapia (3300) manejo de ventilación mecanica	(040208) presion parcial del oxigeno en la sangre arterial (paO ₂)
			(040209) presion parcial del dióxido

<p><7.35 0 ph >7.35 pO2 <70%, pCO₂<35 0 pCO₂>45mmhg, HCO₃<22 0 >26mmhg, pafi< 300, satO₂<90%</p>		<p>invasiva (3140) Manejo de via aerea (3160) Aspiracion de las vias aereas (3200) Precaucion para evitar aspiracion</p>	<p>de carbono en la sangre arterial (paCO₂) (040210) PH arterial (040211) Saturacion de oxigeno</p>
<p>(00203) RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR RENAL INEFICAZ r/a hipovolemia, disminución del flujo sanguíneo renal, disminución de la resistencia vascular sistémica evidenciado por oliguria.</p>	<p>(0404) perfusion tisular: organos abdominales</p>	<p>(4120) Manejo de líquidos (2380) Manejo de la medicación (4180) Manejo de hipovolemia (4250) Manejo de shock (6680) Monitorización de signos vitales (1920) Monitorización del equilibrio acido básico (1911) Manejo del equilibrio ácidobásico; acidosis metabólica (3320) Oxigenoterapia (4150) Regulación hemodinámica (6650) Vigilancia (4062) Cuidados circulatorios :insuficiencia arterial</p>	<p>(040426) presion arterial media (040402) diuresis (040403) equilibrio electrolítico y acido base (040419) Nitrogeno Ureico (040420) Creatinina plasmatica</p>
<p>(00179) RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE r/a estado de NPO, hipercatabolismo, situación de estrés.</p>	<p>(2300) Nivel de glucemia (2111) Severidad de la hiperglucemia</p>	<p>(2120) Manejo de la hiperglucemia (2130) Manejo de la hipoglucemia (2380) manejo de medicacion (7880) Manejo de la tecnologia (1160) Monitorizacion nutricional (6610) Identificacion de riesgos (6550) Vigilancia</p>	<p>(230001) Concentracion san- guinea de glucosa (230007) glucosa en Orina (211101) aumento de la diuresis (211114) alteracio- nes electroliticas (211117) glucemia elevada</p>



GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA POST OPERADOS DE APENDICECTOMÍA

DEFINICION:

Es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal por obstrucción del lumen.

Peritonitis.- Es la inflamación del peritoneo.

La técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice en caso de apendicitis aguda puede realizarse por técnica abierta, o laparoscopia.

CAUSAS:

Cuando el apéndice se infecta puede ser por presencia de cuerpo extraño (materias fecales)

Estenosis o tumores de apéndice y ciego.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Dolor abdominal en la parte inferior derecha del abdomen en el punto de Mac Burney.

Fiebre.

Pérdida de apetito.

Náuseas y vómitos.

VALORACION DIAGNOSTICA:

Dolor que aumenta cuando al examen se presiona sobre el cuadrante inferior derecho del abdomen.

Examen de sangre en el cual habrá leucocitosis.

Estudios por imágenes; Ecografía abdominal y tomografía.



TRATAMIENTO:

Si la tomografía muestra un absceso puede ser tratado con antibióticos.

En la mayoría de casos se procede a la intervención quirúrgica.

RIESGOS:

- Obstrucción del intestino
- Peritonitis.
- Infección de la herida operatoria.

FACTORES DE RIESGO:

- Edades extremas de la vida.
- Inmunosupresión.
- Desnutrición.
- Presencia de sepsias



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES
POST OPERADOS DE APENDICECTOMÍA**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO R/C intervención quirúrgica por deterioro de la integridad tisular.	(1605) Control del dolor Logrará alivio del dolor según escala EVA	(1400) Manejo del dolor valoración según escala de EVA. Registrar la intensidad del dolor (6680) Monitorización de funciones vitales (2210) Administración de analgésicos. (6482) Manejo ambiental confort.	Paciente refiere alivio del dolor de herida Dolor controlado 2-3
(00004)RIESGO DE INFECCIÓN relacionado con herida operatoria con drenaje.	(1924) Control del riesgo de Infección Paciente disminuirá riesgo de infección	(6680) Control de funciones vitales. (6540) Control de infección (3662)Cuidados de las heridas: drenaje cerrado (4220) Cuidados de catéter central insertado periféricamente (2300) Administración de medicacion.	El paciente no evidencia signos y síntomas de infección en zona operatoria, herida limpia. Zonas de veno punción no signos de flebitis. A febril T 36.5
(00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C vómitos perdidas por drenajes y N.P.O	(0600)Equilibrio Electrolítico Acido Base	(2080) Manejo de líquidos y electrolitos. (4140) Reposición de líquidos (4130) Monitorización de líquidos (0460) Manejo de la diarrea (2314) Administracion de	El paciente no evidencia signos de desequilibrio hidroelectrolítico. NA y K dentro de límites normales

0146



		medicación: intravenosa	
(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C incapacidad para ingerir alimentos por intervención quirúrgica.	(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes	(1100) Manejo de la nutrición. (1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación (7710) Colaboración con el medico	El paciente presenta buena tolerancia oral durante el turno no presenta náuseas y vómitos Mejora su ingesta de alimentos.
(00092) INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C intervención quirúrgica y presencia de drenajes.	(0005) Tolerancia a la actividad (0200) Fomento del ejercicio.	(1800) Ayuda al autocuidado (1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. (1802) Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal. (1803) Ayuda con los autocuidados Alimentación	Deambula en forma asistida Tolera mejor la actividad.
(00146) ANSIEDAD R/C intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud.	(1402) Control de la ansiedad	(5820) Reducción de la ansiedad. (5270) Apoyo emocional. (4920) Escucha activa. (5420) Apoyo espiritual. (7140) Apoyo a la familia. (7560) Facilitar las visitas (6420) Manejo ambiental.	Se observa percepción positiva de su estado de salud. Refiere sentirse tranquilo y que la ansiedad ha disminuido

0147



GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DRENAJE TORAXICO

TRAUMATISMO TORAXICO

DEFINICION

Extracción de aire, sangre o líquidos de la cavidad torácica a través de un tubo insertado normalmente en el espacio pleural. El tubo puede conectarse a un dispositivo de aspiración que ayude a reinflar un pulmón colapsado.

CAUSAS:

Las más importantes son las producidas por accidentes de tránsito lo cual representa el 70-80% de dicha lesión.

Asimismo los actos de violencia punzo penetrantes y las caídas.

FISIOPATOLOGIA:

El trauma torácico causa hipoxia por un inadecuado suministro de oxígeno a los tejidos.

Cambios en la ventilación perfusión pulmonar.

Cambios en la presión intratoraxica; neumotórax neumotórax.

TRATAMIENTO:

Drenaje torácico. Es el sistema mediante uno o varios drenes colocados en la pleura o mediastino facilita la eliminación de contenido liquido o gaseoso.

OBJETIVOS:

Brindar al paciente los cuidados necesarios para asegurar la correcta evacuación de los fluidos de la cavidad pleural.

La expansión pulmonar y mejorar el patrón respiratorio.

Aliviar la dificultad respiratoria.

Favorecer la dinámica respiratoria.

INDICACIONES DEL DRENAJE TORAXICO

- Neumotórax.
- Hemotorax
- Derrames pleurales.
- Empiemas.

COMPLICACIONES.

- Neumotórax por punción accidental del pulmón.
- Neumotórax por lesión de los vasos intercostales.
- Lesión del nervio intercostal.
- Enfisema subcutáneo.



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES
POST OPERADOS CON DRENAJE TORAXICO**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (NOC 2)
(00132) DOLOR AGUDO r/c agente lesivo (físico)	(1605) Control del dolor	(1400) Manejo del dolor (5270) Apoyo emocional (2210) Administración de analgésico	Paciente se muestra aliviado según escala 1-2
(00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/a desequilibrio de la ventilación – perfusión	(0415) Estado respiratorio	(3140) Manejo de la vía aérea. (3350) Monitorización respiratoria (3320) Oxigenoterapia (4210) Monitorización hemodinámica invasiva.	Paciente mantiene un adecuado intercambio gaseoso F.R. 16-18 SPO2: 95% - 98% Mejora el patrón respiratorio
(00004) RIESGO DE INFECCIÓN f/r procedimientos invasivos (Drenaje Torácico)	(0703) Estado infeccioso	(6540) Control de infección (1872) Cuidados del drenaje torácico (2314) Administración de medicación: intravenosa (IV).	Afebril T°36 Zona de toracotomía limpia y seca no signos de flogosis.
(00146) ANSIEDAD Y/O TEMOR R/C dificultad para respirar y amenaza a la integridad biológica	(1402) Autocontrol de la ansiedad.	(5270) Apoyo emocional (5820) Disminución de la ansiedad (5465) Contacto terapéutico	Paciente mantiene un autocontrol de la ansiedad. Expresa sentirse más tranquilo.

0150



GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA A PACIENTES COLOSTOMIZADOS

DEFINICION:

Colostomía o abertura intestinal es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino van a parar a una bolsa adherida al abdomen.

Este procedimiento por lo general se realiza después de: oclusión (obstrucción intestinal), resección intestinal, lesiones.

La colostomía puede ser temporal o permanente. La colostomía se lleva a cabo con el paciente bajo anestesia general (inconsciente y sin dolor). Se puede realizar ya sea con una incisión quirúrgica grande en el abdomen o con el uso de una cámara pequeña y varias incisiones pequeñas (laparoscopia).

El tipo de método utilizado depende de que otro procedimiento sea necesario realizar. En general, la incisión quirúrgica se hace en la parte media del abdomen. La resección o reparación intestinal se hace en la medida de lo necesario.

PROCEDIMIENTO:

Para la Colostomía se pasa un extremo del colon sano a través de la pared abdominal, generalmente en el lado izquierdo y se suturan los bordes del intestino a la piel de dicha pared. Se fija una bolsa, llamada dispositivo de ostomias, alrededor de la abertura para permitir el drenaje de las heces.

La colostomía puede ser por corto tiempo. Si usted tiene una cirugía en parte de su intestino grueso, una colostomía le permitirá a la otra parte de su intestino descansar

mientras usted se recupera. Una vez que su cuerpo se haya recuperado totalmente de la cirugía inicial, le practicarán otra cirugía para reconectar los extremos del intestino grueso. En general, esto se hace después de 12 semanas.

CAUSAS:

Existen unas cuantas razones para llevar a cabo una colostomía:

- Infección abdominal, como en el caso de diverticulitis perforada o un absceso.
- Lesión al colon o al recto (por ejemplo, una herida con arma de fuego)
- Bloqueo parcial o completo del intestino grueso (oclusión intestinal)
- Cáncer color rectal
- Fístulas o heridas en el perineo, el área entre el ano y la vulva (mujeres) o el ano y el escroto (hombres)

Una colostomía es temporal o permanente dependiendo de la enfermedad o lesión. En la mayoría de los casos, las colostomías pueden ser reversibles.

RIESGOS:

Los riesgos de cualquier cirugía son: sangrado.

Otros riesgos:

- Sangrado dentro del abdomen
- Daño a órganos cercanos
- Aparición de una hernia en el sitio de la incisión quirúrgica
- Colapso del estoma (prolapso de la colostomía)
- Infección, particularmente en los pulmones, las vías urinarias o el abdomen
- Estrechez u obstrucción de la abertura de la colostomía (estoma)
- Tejido cicatricial que se forma en el abdomen y causa bloqueo intestinal
- Irritación de la piel
- Abertura de una herida.



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES
COLOSTOMIZADOS**

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (NOC 2)
(00028) RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS f/r pérdidas anormales.	(0601) Equilibrio hídrico	(6680) Monitorización de los signos vitales. (4140) Reposición de líquidos	Paciente con balance hídrico positivo No signos de deshidratación, piel hidratada Mucosas orales húmedas
(00132) DOLOR AGUDO r/c con procedimiento quirúrgico	(1605) Control del dolor	(1400) Manejo del dolor. Valorar el dolor mediante escala EVA (6482) Manejo ambiental: confort. (5880) Técnica de relajación. (2210) Administración de analgésicos	Paciente refiere alivio del dolor se le observa tranquilo. Evaluación de dolor 2.
(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA f/r herida quirúrgica, humedad, eliminaciones	(1101) Integridad tisular	(3660) Cuidados de las heridas. (3584) características de la herida y el estoma (3590) Vigilancia de la piel (0480) Cuidados de la ostomía	Paciente mantiene la integridad cutánea participando en su autocuidado
(00126) CONOCIMIENTO DEFICIENTE r/c post operatorio y experiencia nueva sobre proceso de su enfermedad	(1609) Conducta terapéutica : Enfermedad o lesión	(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. (5220) Potenciación de la imagen corporal. (5616) enseñanza medicamentos prescritos. (5610) Enseñanza: prequirúrgica.	Paciente se muestra colaborador en el post operatorio Paciente mejora nivel de conocimiento sobre proceso de su enfermedad.

C. 153



<p>(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para absorber los nutrientes y aumento metabólico.</p>	<p>(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p>	<p>(1800) Ayuda al autocuidado. (1030) Manejo de los trastornos de la alimentación (1100) Manejo de la nutrición. (7710) Colaboración con el médico</p>	<p>Paciente tolera su dieta no presenta náuseas ni vómitos</p>
<p>(00153) RIESGO DE BAJA AUTO ESTIMA SITUACIONAL r/c trastorno de la imagen corporal</p>	<p>(1205) Autoestima</p>	<p>(4920) Escucha activa. (5400) Potenciación de la autoestima (5270) Apoyo emocional</p>	<p>Paciente no evidencia trastorno del autoestima e imagen corporal</p>

0154



GUIA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON TUBERCULOSIS

DEFINICION:

La Tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa; siendo la más importante y representativa *Mycobacterium Tuberculosis* o Bacilo de Koch, la cual puede estar presente en el aire y debida a su lenta reproducción y crecimiento puede hallarse en el cuerpo por semanas antes de mostrar síntomas por lo cual cuenta con un periodo de latencia e incubación de la bacteria.

ETIOLOGIA:

La Tuberculosis es posiblemente la enfermedad infecciosa predominante en los pulmones pero también puede afectar SNC. Linfático, Circulatorio, Genitourinario, Digestivo, Articulaciones, Hueso y Piel.

TBC MDR: Tuberculosis multidrogorresistente es una cepa que es resistente a la isoniazida y a la rifampicina.

TBC XDR: Tuberculosis extremadamente resistente es una cepa que es resistente a la isoniazida, rifampicina a una fluoroquinolona y a la menos a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea como amikacina, kanamicina o capreomicina.

SIGNOS Y SINTOMAS:

INTRAPULMONARES

Como Neumonía tuberculosa, Pleuritis tuberculosa, las cuales presentan tos prolongada puede ser con sangre o flema, fiebre, pérdida del apetito, pérdida de peso, sudoración profusa, debilidad muscular, dichos pacientes deben estar aislados desde el inicio del tratamiento.

EXTRAPULMONARES

TBC Meníngea, TBC Ocular, TBC Ganglionar, TBC Miliar, TBC Cardiovascular, TBC Osteoarticular; en las cuales el Pcte presenta dolor de cabeza, rigidez de nuca, déficit neurológico, presencia de cuerpos ciliares e inflamación de tejidos subcutáneos, fiebre.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales

Esquemas de tratamiento para TBC.-

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TBC es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados. El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina.

Indicación para pacientes con TBC sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TBC pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TBC extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC Y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos:

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más



medicamento	Primera fase diaria		Segunda fase tres veces por semana	
	Dosis (m9/K9)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses. En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana por 4 meses.

Indicación para pacientes con TBC con infección por VIH/SIDA:

- Paciente VIH con TBC pulmonar frotis positivo o negativo, - Pacientes VIH con TBC extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular. - Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) +

Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase y 175 dosis diarias en la segunda fase, (Debe cumplirse las 225 dosis programadas).



Clasificación de medicamentos anti tuberculosis

Grupó	Medicamentos
Grupo 1: Agentes de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida(Z), rifabutina(Rfb), estreptomycin (S).
Grupo 2: Agentes inyectables de 2da línea	Kanamicina(Km),amikacina(Am),capreomicina(Cm).
Grupo 3: Fluoroquinolonas	levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx)
Grupo4:Agentes de 2da línea bacteriostáticos orales	etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)
Grupo 5: Agentes con evidencia limitada	clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico(Amx/C1v),meropenem (Mpm),imipenem/cilastatina (lpm/C1n), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

Los esquemas de tratamiento para TBC resistente.-

Son de tres tipos: estandarizado, empírico e individualizado:

- a. **Esquema Estandarizado Indicación:** Paciente con factores de riesgo para TB MDR y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba de sensibilidad (PS) rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario-Ver arriba significado de siglas.

Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

- b. **Esquemas Empíricos**

Paciente con diagnóstico de TBC resistente según PS rápida. - Paciente con diagnóstico de TBC resistente según PS convencional sólo a medicamentos de primera línea. - Paciente que es contacto domiciliario de un caso de TBC resistente y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. En este caso

en el esquema se basa en el tratamiento del caso índice. Es indicado por el médico consultor. De acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a isoniacida y rifampicina se establecen los esquemas empíricos

c. Esquemas Individualizados

Paciente con diagnóstico de TBC resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

Casos de TBC mono o polirresistente: En casos de TBC mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse diariamente.

Casos de TBC MDR/XDR:

Incluir por lo menos 4 medicamentos antituberculosis de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente.

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS (RAM)

Medicamentos de primera línea	Reacciones adversas
Isoniacida	Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
Rifampicina	Aumento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas hepatiscolestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos), reacciones cutáneas.
Pirazinamida	Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias hiperuricemia, reacciones cutáneas.
Etambutol	Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.
Estreptomycinina	Toxicidad vestibular — coclear y renal dependiente de dosis
Medicamentos de segunda Línea	Reacciones adversa
Cicloserina	Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo
Etionamida	Síntomas gaátrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis,



	hipotiroidismo.
Aminoglucósidos (Amikacina, Kanamicina), Capreomicina	Dolor en sitio de inyección, hipokalemia e hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias
Ácido p-amino salicílico	Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.
Fluoroquinolonas	Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (moxifloxacino).



**ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON TBC
PULMONAR Y EXTRAPULMONAR**

Diagnostico (NANDA)	Objetivos (NOC1)	Intervenciones (NIC)	Evaluaciones (NOC2)
(00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c fatiga de los músculos respiratorios e/p disnea, disminución de la presión espiratoria, taquipnea, sibilancias.	(0403) Estado respiratorio: ventilación. Paciente mantendrá un patrón respiratorio adecuado.	(3320) Oxigenoterapia. (3350) Monitorización respiratoria (1910) Manejo de ácido base (3390) Apoyo a la ventilación (3230) fisioterapia respiratoria (3160) Aspiración de las vías aéreas. (3250) Mejorar la tos.	Paciente luego de las intervenciones de enfermería se encontrara moderadamente comprometido Paciente queda con Sat O2 97%, FR: 22 por min, a FiO2 32% por CBN, en posición semi fowler.
(00004) HIPERTERMIA R/C proceso infeccioso a nivel pulmonar E/P temperatura corporal 38.5°C, leucocitosis 15.000	(0800) termorregulación 080201: temperatura corporal 37°C en 2 horas	(2300) administración de medicación (3740) tratamiento de la fiebre (3900) regulación de temperatura (6680) monitoreo de signos vitales	(0802) signos vitales (080201) temperatura corporal de 36.8°C en un tiempo de 2 horas

<p>(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES R/C inadecuado hábitos de alimentación E/P falta de apetito, pérdida de peso.</p>	<p>(1004) estado nutricional (100401) ingesta de nutrientes adecuados</p>	<p>(1100) manejo nutricional (1160) monitorización nutricional (1200) administrar alimentación parenteral si fuera necesario (5614) enseñanza de dieta prescrita</p>	<p>(1008) estado nutricional (10080) 1 ingestión de alimentación oral con buena tolerancia</p>
<p>(00146) ANSIEDAD r/c cambios en el estado de salud, entorno y contagio interpersonal.</p>	<p>(1402) Autocontrol de la ansiedad</p>	<p>(5270) apoyo emocional (5420) apoyo espiritual (5400) mejorar la autoestima (5880) técnica para tranquilizar (6040) terapia simple de relajación</p>	<p>(140215) Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.</p>
<p>(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c astenia y adinamia</p>	<p>(0002) conservación de la energía (0005) tolerancia a la actividad</p>	<p>(00224) terapia con ejercicio: movilidad articular (00226) terapia con ejercicio: control muscular (0202) promoción del ejercicio: estiramiento (0840) cambio de posición (1800) ayuda en el autocuidado (3540) prevención de las úlceras por presión</p>	<p>Tolera mejor actividad física.</p>
<p>(00053) AISLAMIENTO SOCIAL r/c alteración del estado de salud por</p>	<p>(1403) control de pensamientos distorsionados</p>	<p>(5230) mejorar el afrontamiento (6630)</p>	

<p>enfermedad infectocontagiosa</p>	<p>(1705) orientación sobre la salud (1803) conocimiento : proceso de la enfermedad</p>	<p>aislamiento (8880) protección de riesgos ambientales (6480) manejo ambiental</p>	
<p>(00126) CONOCIMIENTO S DEFICIENTES r/c falta de información sobre enfermedad</p>	<p>(1808) conocimiento. Medicación (18139 conocimiento: régimen de tratamiento</p>	<p>(2300) Administración de medicación (2395) control de la medicación (55109 educación sanitaria (5602) enseñanza proceso de la enfermedad</p>	



BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito, L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana de España. 1ª Ed. 1994.
2. Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
3. BOE, 15 de Noviembre 2002 (Nº 274; Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Aspectos legales de los registros de enfermería. (1993); Enfermería Clínica 3 (1): 39-41.
5. Benavent Garcés, M.A., Leal Cercós, M. I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobada dinfermeria Comunitària. Valencia. Octubre 1998. Publicado en CB N° 41,1º 2000.
6. W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10 (3): 40-44.
7. W. Iyer, P. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10 (4): 32-37.
8. Murphy, J. Y J. Bruke, L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. (1991); Nursing, 9 (3): 39-41.
9. Calfee, B. Siete cosas que nunca deberá anotar. (1994); Nursing, 12 (9): 57.
10. Silvia García Ramírez, Ana María Navío Marco, Laura Valentín Morganizo. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nurse Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07
11. Wiley Blawckwell .NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017 Tenth Edition.
12. NANDA internacional edición hispanoamericana diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017.
13. ae.Actualizacion en enfermería NANDA, NIC, NOC. Metodología enfermera
14. <https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/.../listado-completo-de-diagnc3b3stico>
15. www.prescripcionenfermera.com/diagnosticos/clasificacion-completa-de-diagnost 27 Nov 2015.
16. <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=8095d7a86d9ec963d423454d59d78059f9a11fd6>



ANEXOS



HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA HEJCU



Fecha	Servicio:	Hora :	N° Historia	
Tipo de atención SIS () SOAT () OTROS () ALERGIAS:				
DIAGNOSTICO MEDICO:				
COMORBILIDAD DM2 () HTA () OBESIDAD () ASMA () TBC () EPOC ()				
SUBJETIVO: (S) Día:				
Noche:				
OBJETIVO (O)		D	N	
CONDICION AL INGRESO / EVALUACION				
Caminando		Grado Fobia (I) (II) (III) (IV) / (I) (II) (III) (IV)	Tranquilo () Idea suicida ()	
Camilla		GRADO DE DEPENDENCIA	SEGURIDAD PROTECCIÓN (11)	
Silla de rueda		I - II - III - IV / I - II - III - IV	INFECCION Y LESION O DAÑO C:	
Otros		EQUILIBRIO DE ENERGIA: Fatiga:	PIEL : Palidez () ()	
Traído		HIGIENE: Bueno () Regular () Malo ()	Cianosis () ()	
FUNCIONES VITALES		CARDIOVASCULARES / RESPIRATORIAS	Ictericia () ()	
PA		Pulso() Ritmo cardiaco () ()	Diaforesis () ()	
FC		Ritmico () Arritmico () ()	Fria () Tibia() Caliente () ()	
Tº		Debil () Filiforme () ()	Humeda() Seca() ()	
FR		Taquicardia () Bradicardia () ()	Cavidad oral: Lesiones SI () NO ()	
Sat O2		FIO2	Con Sujeción mecanica () ()	
DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD		Apnea () Disnea () ()	Equimosis: SI () NO () ()	
Tabaco () Alcohol () Drogas () ()		Polipnea () Bradipnea () ()	Heridas: SI () NO () ()	
Conoce sobre su enfermedad Si No		Cheyne-stokes () ()	Localización:	
NUTRICION (2)		Dolor toraxico: () ()	Secreción: SI () NO () ()	
APETITO: NORMAL () SNG () SNY () ()		Tipo:	Escaras: SI () NO () ()	
NPO () / Hidratación: Tolera líquidos?		Drenaje toraxico: Der () - Izq. () ()	Profundidad: Cutanea() Tisular()	
Distension Abdominal SI () No () ()		Características	VIA PERIFERICA:	
Nauseas: Si () No () ()		Secreción bronquial () ()	Localización: () ()	
ELIMINACION:(3)		Características	Flebitis : SI () NO () ()	
Controlada () ()		Hemoptisis () ()	Localización	
Anuria () () Oliguria () ()		Oxígeno () CBN - MR - MV - TET	CATER VENOSO CENTRAL	
Poliuria () () Poliaquiuria () ()		Ventilación mecanica () ()	LOCALIZACION: () ()	
Disuria () () Hematuria () ()		Tracción Cutanea() Esqueletica() ()	Quemaduras : () ()	
Incontinencia Urinaria () ()		Localización	Localización:	
Globo vesical () () Sonda vesical () ()		Hemovac Der () - Izq. () ()	Grado: %:	
Características:		Características:		
Pañal () () Colector () ()		Drenaje Kher () ()		
Estreñimiento() ()		Colostomía: () ()		
Diarrea A - V - C/M - C/S () ()		Otros:		
Melena () () Rectorragia () ()		PERCEPCION COGNICION (5)		
Hematemesis () () Vomitos () ()		Despierto() Somnoliento () ()		
Otros:		Sopor () Coma () ()		
GENITALES:		Glasgow: TOTAL:		
Edema () () Secreciones: () ()		AO (1) (2) (3) (4) () ()		
Características:		RV (1) (2) (3) (4) (5) () ()		
Ginecorragia () ()		RM (1) (2) (3) (4) (5) (6) () ()		
Otros:		Pupilas D / I		
ACTIVIDAD / REPOSO (4)		COMUNICACIÓN		
REPOSO SUEÑO : Insomnio :		Escala (Rojo) () ()		
En reposo:		Comunicativo SI () No () ()		
ACTIVIDAD / EJERCICIO:		Acceso venoso (Azul) () ()		
Camina: () ()		Disartria () Hipoacusia () ()		
Postrado () () Contracturado () ()		Idiomas () Afasia ()		
Hemiparesia: Der () Izq () ()		Indiferente() Irritable () ()		
Hemiplejia: Der () Izq () ()		Verborreico() Deprimido () ()		
Paraplejia () Cuadriplejia () ()		Agresivo()		
Agitación psicomotriz () ()		Barrera psicológica () ()		
Edemas: SI () NO () ()		Alteración de la percepción () ()		
Localización:		AFRONTAMIENTO / STRESS (9)		
		Temor () Indiferencia () ()		
		Ansiedad () Negación () ()		
A:		A:		
P:		P:		
I:		I:		
E:		E:		
NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD		
LIC		CAMA		
CEP		CEP		



HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha:	Hora:	Servicio:				
Tipo de atención:	SIS () SOAT () OTROS ()					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:						
SUBJETIVO: (S) Día:						
Noche:						
OBJETIVO (O)	D	N	D	N	D	N
CONDICION AL INGRESO			ACTIVIDAD / REPOSO(4)			PERCEPCIÓN COGNICIÓN (5)
Caminando			REPOSO SUEÑO: Insomnio			Despierto/Somnoliento
Camilla			En reposo			Estupor/Sopor
Silla de rueda			ACTIVIDAD/EJERCICIO:			Coma
Otros			Camina:			Glasgow: TOTAL
FUNCIONES VITALES			Postrado:			AO (1) (2) (3) (4)
PA			Hemiparesia: Der. () Izq. ()			RV (1) (2) (3) (4) (5)
FC			Hemiplejía: Der. () Izq. ()			RM (1) (2) (3) (4) (5) (6)
Tº			Paraplejía () Cuadriplejía ()			Pupilas D/I
FR			Excitación psicomotriz			COMUNICACIÓN
SAT O2			Edemas: SI / NO			Comunicativo
FiO2			Localización			Poco comunicativo
Conoce sobre su enfermedad?			Grado: Fobea (I) (II) (III) (IV)			Otros
NUTRICIÓN (2)			GRADO DE DEPENDENCIA			APRONTAMIENTOS/STRESS (9)
APETITO: NORMAL () SNG () SNY ()			Prioridad I-II-III-IV			Temor
Hidratación: Tolera líquidos?			EQUILIBRIO DE ENERGÍA: Fatiga:			Ansiedad
Distensión Abdominal			HIGIENE:			Tranquilo
ELIMINACIÓN: (3)			Bueno () Regular () Malo ()			SEGURIDAD PROTECCIÓN (11)
Normal			RESP. CARDIOVASCULARES/RESPIRAT.			INFECCIÓN Y LESIÓN O DAÑO.
Anuria			Pulso() Ritmo Cardíaco ()			Piel: Palidez
Oliguria			Rítmico			Cianosis
Poliurea			Débil			Ictericia
Poliaquiuria			Filiforme			Diaforesis
Disuria			Bradycardia			Fría() Tibia() Caliente()
Hematuria			Taquicardia			Húmeda() Seca()
Incontinencia Urinaria			Disnea			LESIÓN FÍSICA
Globo Vesical			Polipnea			Cavidad oral: Lesiones SI() NO()
Sonda vesical			Bradipnea			Localización:
Hematuria			Apnea			DAÑO CORPORAL
Usa Pañal			Cheyne-stokes			Indiferentes
Estreñimiento			Dolor torácico:			Irritable
Diarrea			Tipo:			Verborreico
Características: A-V-C/M - C/S			Drenaje torácico:			Deprimido
Melena			Ubicación:			Agresivo
Rectorragia			Características			Con Sujeción mecánica
Hematemesis			Secreción Bronquial			Herida: SI () NO ()
Vómitos			Características			Localización
Otros:			Hemoptisis			Secreción
GENITALES:			Con Oxígeno?			Escaras SI () NO ()
Edema			Especifique			Profundidad Cutánea () Tisular
Secreciones:			Ventilación mecánica?			VÍA PERIFÉRICA:
Características:			Tracción Cutánea() Esqueléticas ()			Localización
Ginecorrogi			Localización			Flebitis:
Otros			Hemovac			Quemadura:
CONFORT (12)			Localización:			Localización
Dolor () Agudo () Crónico ()			Características:			Grado:
Tipo			Drenaje kner			Otros:
Localización:			Colostomi:			Riesgo de UPP:
Náuseas:			Otros:			Riesgo de Caídas
OBSERVACIONES: Día						
Noche:						
LIC	CEP	LIC	CEP	LIC	CEP	LIC
NOMBRE DEL PACIENTE:						
Nº CAMA	Nº HC			FECHA		

