

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neumonía adquirida en la comunidad, diabetes mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial, del Servicio de Emergencia de un hospital de

Lima, 2018

Por:

Yannet Alcira Marquina Quispe

Asesor:

Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, RODOLFO AMADO ARÉVALO MARCOS, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neumonía adquirida en la comunidad, diabetes mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial, del Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada MARQUINA QUISPE YANNET ALCIRA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Emergencias y desastres ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los doce días del mes de junio de 2019.



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neumonía adquirida en la comunidad, diabetes mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial, del Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Emergencias y desastres

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Secretario



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

A sesor

Lima, 12 de junio de 2019

Índice

| | |
|--|------|
| Índice..... | iv |
| Índice de tablas | vi |
| Índice de anexos..... | vii |
| Símbolos usados..... | viii |
| Resumen..... | ix |
| Capítulo I | 10 |
| Valoración..... | 10 |
| Datos generales | 10 |
| Valoración según patrones funcionales:..... | 10 |
| Datos de valoración complementarios: | 12 |
| Exámenes auxiliares..... | 12 |
| Tratamiento médico..... | 13 |
| Capítulo II..... | 14 |
| Diagnóstico, planificación y ejecución | 14 |
| Diagnóstico enfermero | 14 |
| Primer diagnóstico..... | 14 |
| Segundo diagnóstico. | 14 |
| Tercer diagnóstico..... | 15 |
| Cuarto diagnóstico..... | 15 |
| Quinto diagnóstico. | 15 |
| Sexto diagnóstico. | 16 |
| Planificación..... | 17 |

| | |
|--|----|
| Priorización..... | 17 |
| Plan de cuidados..... | 19 |
| Capítulo III..... | 24 |
| Marco teórico..... | 24 |
| Limpieza ineficaz de vías aéreas..... | 24 |
| Deterioro del intercambio gaseoso..... | 27 |
| CP. Hiperglucemia..... | 30 |
| Dolor agudo..... | 32 |
| CP. Hipertensión arterial..... | 34 |
| Capítulo IV..... | 38 |
| Evaluación y conclusiones..... | 38 |
| Evaluación por días de atención:..... | 38 |
| Primer diagnóstico..... | 38 |
| Segundo diagnóstico..... | 38 |
| Tercer diagnóstico..... | 38 |
| Cuarto diagnóstico..... | 39 |
| Quinto diagnóstico..... | 39 |
| Conclusión..... | 39 |
| Bibliografía..... | 40 |
| Apéndices..... | 44 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 | 12 |
| Hemograma completo. | 12 |
| Tabla 2 | 13 |
| Análisis de gases arteriales y electrolitos | 13 |
| Tabla 3 | 19 |
| Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por FR: 68, cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales: crépitos, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales..... | 19 |
| Tabla 4 | 20 |
| Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con Desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por Patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial alterada: Acidosis respiratoria descompensada, Ph: 7.3, PO ₂ :68, C0 ₂ 50, Hco ₃ :35, SatO ₂ : 87%. | 20 |
| Tabla 5 | 21 |
| CP. Hiperglucemia. | 21 |
| Tabla 6 | 22 |
| Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con Agentes biológicos, evidenciado por escala del dolor de 4 puntos y expresión facial de dolor. | 22 |
| Tabla 7 | 23 |
| CP. Hipertensión Arterial..... | 23 |

Índice de anexos

| | |
|--|----|
| Apéndice A: Guía de valoración..... | 44 |
| Apéndice B: Consentimiento informado | 46 |
| Apéndice C: Escalas de evaluación | 47 |

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

EMG: Servicio de Emergencias y Desastres

NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad

HTA: Hipertensión Arterial

VO: Vía Oral

GTAS: Gotas

NBZ: Nebulización

RO: Respuesta oral

RV: Respuesta verbal

RM: Respuesta motora

PH: Concentración de iones de hidrógeno

PCO₂: Presión parcial de dióxido de carbono

PO₂: Presión parcial de oxígeno

HC0₃: Bicarbonato

Na: Sódio

CP: Complicación potencial

AGA: Análisis de gases arteriales

PA: Presión arterial

FC: Frecuencia cardiaca

FR: Frecuencia respiratoria

T°: Temperatura

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente J.D.D.A. aplicado durante 6 horas. A partir de su ingreso, al servicio de Emergencia de un hospital de Lima. El diagnóstico médico del paciente al ingreso fue: neumonía adquirida en la comunidad, descartar Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial. En primer lugar, se realizó la valoración de los datos subjetivos, objetivos, históricos y enfermedad actual, utilizando la guía de valoración de Marjory Gordon, luego se enunciaron los diagnóstico de enfermería; también, se elaboró el plan de cuidados brindándole los cuidados de enfermería lográndose identificar 10 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: Limpieza ineficaz de vía aéreas; Deterioro del intercambio de gases; CP Hiperglucemia; Dolor agudo y CP. Hipertensión arterial. Los objetivos generales propuestos fueron: La paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, presentará adecuado intercambio de gases durante el turno, disminuirá dolor durante el turno, disminuirá riesgo de nivel de glicemia inestable durante el turno, disminuirá riesgo de deterioro de la función cardiovascular. Se concluye, que de los 5 objetivos planteados se lograron alcanzar 3 diagnósticos de enfermería: Dolor agudo, CP. Hiperglucemia y CP. Hipertensión arterial. Mientras que los 2 diagnósticos: Limpieza ineficaz de vías aéreas, Deterioro del intercambio de gases fueron parcialmente alcanzados, debido a que hubo una disminución significativa de la frecuencia respiratoria y los gases arteriales no llegaron a sus valores normales. En cuanto a los ruidos aéreos, solo se lograron normalizar con la aspiración de secreciones.

Palabras clave: neumonía, diabetes, dolor, proceso de atención de enfermería.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: J.D.D.A.

Edad: 60 años.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La paciente, adulto mayor de sexo masculino de 60 años de edad, es traído en ambulancia por personal de Serenazgo. Ingresa al servicio de Emergencia inconsciente, viene acompañado por familiares quienes refieren: que desde hace 5 días se encuentra con tos, expectoración Mucopurulenta, dolor torácico, a la auscultación de ambos campos pulmonares se escuchan sonidos crepitantes, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales y mal estado general. Es ingresado a la Unidad de Trauma Shok, para ser estabilizado. Diagnóstico médico: Neumonía adquirida en la comunidad, por descartar Diabetes Mellitus Tipo II e hipertensión arterial.

Días de hospitalización: 1 día.

Horas de atención de enfermería: 6 horas.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente adulto mayor, con antecedentes de padres hipertensos; también presenta antecedentes quirúrgicos por colecistectomía aproximadamente 15 años. No consume alcohol ni tabaco, ni refiere alergias. Regular Estado de higiene corporal.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente Adulto mayor de sexo masculino, con dentadura incompleta y apetito disminuido, presenta piel pálida, caliente al tacto, hidratada, no lesiones, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, con vía periférica en miembro superior derecho, con temperatura de 38.5°C, hemoglobina de 12,9 g/l, Leucocitos 12u/l, Glucosa 249 mg/dl, encontrándose fuera de los valores normales post comidas.

Patrón III: Eliminación.

La paciente, adulto mayor de sexo masculino, realiza micción espontánea en pañal descartable y deposiciones semi-liquidas 1 vez al día.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Paciente Adulto mayor de sexo masculino, ventilando con mascarilla Venturi a 4 litros por minuto con FiO 28%, SatO₂ con parámetros alterados que oscila entre 86% y 88%, a la auscultación de ambos campos pulmonares se escuchan sonidos anormales como: crepitantes, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales, en AGA con resultado Acidosis respiratoria descompensada: presentando alteración del Ph 7.30, PO₂:68, CO₂ 50, Hco₃:35. Además, se evidencia alteración de las funciones vitales: presión arterial 150/95 mmhg, frecuencia cardíaca de 98x', frecuencia respiratoria de 68x', llenado capilar alterado mayor de 2", se encuentro al paciente en regular estado de higiene.

Patrón V: Descanso – sueño.

Sueño ligero debido a la dificultad respiratoria e ansiedad. No usa fármacos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, foto reactivas. La evaluación Glasgow 14 puntos: RO: 4, RV: 5, RM: 5, refiere no tener conocimiento

suficiente sobre su enfermedad, manifiesta dolor torácico 4/10 EVA que es evidenciado por expresión facial. Se comunica con dificultad por presentar agitación y máscara Venturi.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto/ tolerancia a la situación y al estrés

Paciente refiere preocupación por su estado de salud. Se le observa ansioso.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Jubilado, vive con su familia y mantienen una buena relación, recibe visitas de ellos mismos.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Genitales conservados, no presenta secreciones y en regular estado de higiene.

Patrón X: Valores y creencias.

Religión católico

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma completo

| Compuesto | Valor encontrado |
|-------------|----------------------------|
| Glucosa | 249 g/l. |
| Hemoglobina | 12,9 g/l, |
| Hematocrito | 42,1% |
| Leucocitos | 12u/l |
| Plaquetas | 230,000cel7mm ³ |
| Neutrófilos | 58,3% |
| Linfocitos | 33% |
| Monocitos | 5% |
| Eosinofilos | 2% |
| Basófilos | 0.1% |

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: hiperglicemia.

Tabla 2
Análisis de gases arteriales y electrolitos

| Compuesto | Valor encontrado |
|-----------|------------------|
| PH | 7.30 |
| PO2 | 68mmhg |
| PCO2 | 50mmhg |
| HCO3 | 35mmhg |
| SaTO2 | 87%7.57 |
| K | 3.8 mmol/l |
| Na | 134.4 mmol/l |
| Ca | 5.6 mmol/l |
| Cl | 100.6 mmol/l |

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: Acidosis respiratoria descompensada

Imágenes

La radiografía de tórax evidencia neumonía que compromete el lóbulo superior derecho y pirámide basal izquierda.

Tratamiento médico.

Primer día (29/04/18)

Dieta licuada: hipo sódico, Hipoglucida.

Cloruro de Sodio 9% 1000cc. 30 gotas por min.

Imepenem 500mg EV c/6h

Omeprazol 40mg EV c/24h

Metamizol 1g EV. Condicional a dolor o fiebre.

NBZ 8 gtas de salbutamol
+ 5cc CLNa 9% } C/ 6 horas.

Enalapril 10 mg C/ 12 horas V.O

Hemoglucotes 08:00 a.m, 4:00 p.m. 22:00 p.m.

Administrar oxigenoterapia: mascarilla Venturi a 4 litros por minuto con FiO 28%.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Características definitorias: Alteración de la frecuencia respiratoria, Cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales.

Factor relacionado: Mucosidad excesiva.

Enunciado diagnóstico:

Limpieza ineficaz de vía aéreas relacionado con mucosidad excesiva, evidenciado por FR: 68, cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales: crépitos, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: deterioro del Intercambio de gases.

Características definitorias: patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial anormal: Acidosis respiratoria descompensada.

Factor relacionado: desequilibrio en la ventilación perfusión.

Enunciado diagnóstico:

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión, evidenciado por patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial alterada: acidosis respiratoria descompensada, Ph: 7.30, PO₂:68, CO₂ 50, Hco₃:35, SatO₂: 87%.

Tercer diagnóstico.

CP: Hiperglucemia.

Definición: es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre. El sistema endocrino regula la cantidad de azúcar que se almacena y utiliza para energía, necesaria para el funcionamiento de las células. La hiperglucemia puede deberse a los malos hábitos alimenticios o antecedentes familiares (Medlineplus, 2018).

Signos y síntomas: alteración de los niveles de azúcar en sangre: 249mg/dl.

Enunciado:

CP de hiperglucemia.

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Características definitorias: autoinforme de intensidad del dolor según escala EVA: 4/10 puntos; expresión facial de dolor.

Factor relacionado: agentes biológicos. (Neumonía).

Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con agentes biológicos, evidenciado por escala del dolor de 4/10 puntos y expresión facial de dolor.

Quinto diagnóstico.

CP: Hipertensión arterial.

Definición: Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Cuanto más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de órganos principales como el cerebro y los riñones. La

hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y ACV (OMS, 2015).

Signos y síntomas: alteración de presión arterial: 150/95mmhg.

Enunciado:

CP Hipertensión arterial.

Sexto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: hipertermia.

Características definitorias: Piel caliente al tacto, temperatura corporal 38.5°C.

Factor relacionado: aumento de la tasa metabólica.

Enunciado diagnóstico:

Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente al tacto y temperatura corporal de 38.5°C.

Séptimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Características definitorias: angustia, incertidumbre, preocupación.

Factor relacionado: cambios en el estado de salud.

Enunciado diagnóstico:

Ansiedad relacionada a cambios en el estado de salud evidenciado por angustia, incertidumbre, preocupación.

Octavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: dispositivos invasivos, catéter venoso periférico.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de infección relacionado con dispositivos invasivos, catéter venoso periférico en miembro superior derecho.

Noveno diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caída.

Factor de riesgo: alteración del nivel de glucosa en sangre.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de caída relacionado con alteración del nivel de glucosa en sangre.

Decimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: conocimientos deficientes.

Características definitorias: conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones.

Factor relacionado: información insuficiente.

Enunciado diagnóstico:

Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente, evidenciado al verbalizar desconocimiento sobre la hipertensión y diabetes.

Planificación

Priorización.

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por FR: 68, cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales: crépitos, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales.

2. Deterioro del Intercambio de gases relacionado con Desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por Patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial alterada: Acidosis respiratoria descompensada, Ph: 7.3, PO₂:68, CO₂ 50, Hco₃:35, Sato₂: 87%.
3. CP. Hiperglucemia.
4. Dolor agudo relacionado con Agentes biológicos, evidenciado por escala del dolor de 4 puntos y expresión facial de dolor.
5. CP. Hipertensión arterial.
6. Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica, evidenciado por piel caliente al tacto, temperatura corporal 38.5°C.
7. Ansiedad relacionada a cambios en el estado de salud evidenciado por angustia, incertidumbre, preocupación.
8. Riesgo de infección relacionado con dispositivos invasivos, catéter venoso periférico en miembro superior derecho.
9. Riesgo de caída relacionado con alteración del nivel de glucosa en sangre, evidenciado por glucosa 249mg/dl.
10. Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente, evidenciado al verbalizar desconocimiento sobre la hipertensión y diabetes.

Plan de cuidados.

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por FR: 68, cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales: crépitos, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | |
|---|---|--|--|---|
| | | 29/04/18 | | |
| | | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno. | 1. Valorar patrón respiratorio: disnea, estridor laríngeo y cianosis en el turno. 2. Monitorear signos vitales: frecuencia respiratoria, FC, profundidad y trabajo respiratorio, durante el turno. | 8 a.m. | 2 p.m. | |
| Resultados esperados: 1. La paciente recuperará las vías respiratorias permeables, libres de secreciones. 2. La paciente presentará a la auscultación ruidos respiratorios normales, durante el turno. 3. La paciente no presentará esfuerzo muscular intercostal (tiraje), durante la respiración. 4. La paciente evidenciará frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales (14-20x´). | 3. Colocar en posición semi-fowler durante el turno. 4. Auscultar sonidos respiratorios. Observar la presencia de crépitos, roncus, durante el turno. 5. Aspirar boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto del esputo. 6. Observar las características de la tos: ejemplo, persistente, seca, húmeda, y ayudar con las medidas para aumentar la eficacia del esfuerzo de la tos. Durante el turno. 7. Incrementar la ingesta de líquidos tibios, vía oral hasta 2000ml/día. Por vía parenteral 1000ml/día. 8. Nebulizar a la paciente con suero fisiológico 5 ml c/6h. 9. Realizar fisioterapia respiratoria, según la indicación médica. | → → 8 a.m. 8 a.m. 8 a.m. → 8 a.m. → | → → 2 p.m. 2 p.m. 2 p.m. → 2 p.m. → | |

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con Desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por Patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial alterada: Acidosis respiratoria descompensada, Ph: 7.3, PO2:68, CO2 50, Hco3:35, SatO2: 87%

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | |
|--|--|-----------|---------|---|
| | | 29/04/18 | | |
| | | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente presentará adecuado intercambio de gases durante el turno. | 1. Valorar patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, profundidad y trabajo respiratorio, disnea, estridor y cianosis durante el turno. | 8 a.m. | 2 p.m. | |
| Resultados esperados: | 2. Monitorear signos vitales: FR, FC, SatO2. | 8 a.m. | 12 p.m. | |
| 1. La paciente evidenciará frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales (14 - 20x´). | 3. Colocar en posición semi-fowler durante el turno. | 8 a.m. | 2 p.m. | |
| 2. La paciente presentará gasometría arterial dentro de parámetros normales (Ph: 7.35-7.45, PO2: 80 mm Hg, PCO2: 35-45 mm Hg). | 4. Administrar oxígeno por mascarilla Venturi a 4 litros por minuto con FiO 28%. | 8 a.m. | → | |
| 3. La paciente evidenciará patrón respiratorio dentro de los parámetros normales (SatO2 95 – 100%). | 5. Valorar los resultados del AGA. | 8 a.m. | → | |
| | 6. Valorar signos de hipoxemia: cefalea, cianosis, disminución del nivel de conciencia. | 8 a.m. | → | |

Tabla 5
 CP. Hiperglucemia

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | |
|---|---|-----------|---------|---|
| | | 29/04/18 | | |
| | | M | T | N |
| Objetivo: Revertir la hiperglucemia. | 1. Monitorear niveles de glicemia en sangre. | 8 a.m. | 2 p.m. | |
| | 2. Evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. | 8 a.m. | → | |
| | 3. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de glucemia inestable. | 8 a.m. | → | |
| | 4. Proporcionar una dieta Hipoglúcida y/o Potenciar la ingesta oral de líquidos. | 8 a.m. | 12 a.m. | |
| | 5. Valorar signos de hiperglucemia: visión borrosa, polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso y nivel de conciencia. | → | → | |
| | 6. Administrar dieta hipo glúcida. | 8 a.m. | 12 a.m. | |
| | 7. Administrar Insulina, según escala móvil, 3UI vía subcutáneo. | → | → | |

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con Agentes biológicos, evidenciado por escala del dolor de 4 puntos y expresión facial de dolor

| Objetivo / resultados | Planificación Intervenciones | Ejecución | | |
|--|--|----------------------------|-----------------------------|---|
| | | 29/04/18 | | |
| | | M | T | N |
| Objetivo general: La paciente disminuirá dolor durante el turno. | 1. Valorar intensidad del dolor con EVA. 2. Realizar, el control de las funciones vitales: PA, FC, FR. 3. Colocar al paciente en posición antálgica. | 8 a.m. 8 a.m. 8 a.m. | 2 p.m. 12 a.m. 2 p.m. | |
| Resultados esperados: 1. La paciente mostrará facial de alivio. | 4. Administrar diclofenaco 75 mg IM. 5. Brindar comodidad y confort. 6. Brindar medidas distractoras del dolor. 7. Colocar en posición antálgica. | 8 a.m. → → → | → → → | |
| 2. La paciente evidenciará disminución de dolor en la Escala visual analítica de 0 puntos. | 8. Revalorar el dolor. | | 2 p.m. | |

Tabla 7
 CP. Hipertensión Arterial

| Objetivo / resultados | Planificación | | Ejecución | | |
|---|---|----------|-----------|---|--|
| | Intervenciones | 29/04/18 | | | |
| | | M | T | N | |
| Objetivo: Revertir la hipertensión arterial. | 1. Monitorear de parámetros de frecuencia cardiaca y presión arterial durante el turno. | 8 a.m. | 12 a.m. | | |
| | 2. Auscultar los sonidos cardíacos. | 8 a.m. | 12 a.m. | | |
| | 3. Tomar ECG de 12 derivaciones. | 8 a.m. | → | | |
| | 4. Instruir al paciente y la familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo. | 8 a.m. | → | | |
| | 5. Administrar Enalapril 10 mg V.O. | 8 a.m. | | | |
| | 6. Administrar dieta hipo sódico. | 8 a.m. | 12 a.m. | | |

Capítulo III

Marco teórico

Limpieza ineficaz de vías aéreas

La obstrucción de las vías aéreas se origina cuando algo impide que el aire entre en las vías aéreas de los pulmones y salga de ellas. Son más frecuentes en personas que padecen de asma y neumonía, provocando que las vías aéreas se obstruyan o bloqueen, ya que se hinchan, se estrechan y se taponan con flema espesa, son la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria. Además, presentan una serie de signos comunes como son: tos, sibilancia, taquipnea, taquicardia, tiraje, cianosis y alteración del nivel de conciencia (Fidel Gallinas & Clerigué Arrieta, 2010).

La infección respiratoria aguda más común que afecta a los pulmones, llenándolos de pus y líquido es la neumonía ya que inflama el parénquima pulmonar; en su mayoría, es causada por microorganismos, entre otras causas pueden ser por aspiración de alimentos, cuerpos extraños, fármacos y sustancias tóxicas. Su sintomatología suele manifestarse con resfriado común, malestar general, fiebre, obstrucción nasal, dolor torácico, tos, taquipnea y tiraje. Se puede prevenir llevando un estilo de vida saludable, aplicándose la vacuna antineumocócica, dejando de consumir tabaco ya que aumenta la gravedad de las lesiones que producen los virus y bacterias y disminuyen la resistencia de los bronquios a las infecciones (Orts, 2017).

La limpieza ineficaz de vías aéreas es definida como la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. (NANDA, 2015).

El paciente en evaluación presenta el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por FR: 68, con temperatura de 38.5°C, tos,

cantidad excesiva de esputo, sonidos respiratorios anormales: crépitos, roncales, disminución del murmullo vesicular haciendo uso de los músculos intercostales.

Para favorecer la solución frente a este problema y actuar rápidamente en la mejoría del paciente se ejecutaron las siguientes intervenciones: Valorar patrón respiratorio, esfuerzo respiratorio, frecuencia y profundidad. Uno de los puntos más importantes dentro de toda intervención asistencial en Fisioterapia lo constituye la valoración del paciente. En función de los datos obtenidos durante la misma. Al mismo tiempo permite obtener datos de la evolución del paciente, alguna anomalía, evaluar la eficacia del tratamiento aplicado, así como establecer una discusión y una reflexión crítica sobre los motivos que condicionaron dicha evolución (Camba & Doniz, 1999).

Es importante la monitorización de Signos Vitales ya que son parámetros clínicos que muestran el estado fisiológico del organismo humano, y sustancialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, mostrando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Los signos vitales incluyen: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial (Patricia Potter P, 2001).

La posición que favorecerá la respiración del paciente es la posición fowler o semi-fowler. Esta posición permite una respiración mejorada debido a la expansión del tórax y la oxigenación, también se puede implementar durante episodios de dificultad respiratoria. Además, ayuda a en la descompresión del pecho. Esta posición también contribuye a controlar la hemodinámica y facilitar la respiración y las actividades diarias, como comer o conversar (Marie & O'Toole, 2013).

En cuanto al tórax, se debe auscultar periódicamente, evaluando ruidos respiratorios anormales, accesorios y simetría de los movimientos torácicos, esto proporciona información sobre el flujo de aire a través del árbol traqueo bronquial y si existe obstrucción. Este procedimiento puede ser de contacto directo, poniendo el oído en contacto con el tórax, o indirecta a través de un estetoscopio, Con esta técnica se puede percibir sonidos o ruidos que ayudan a detectar diversas enfermedades respiratorias. Los ruidos respiratorios anormales pueden ser: Sibilancias, Estridor, Discontinuos, crepitaciones, roncantes, Frotos pleurales y Estertores traqueales (Mena, 2014).

Si se obstruye las vías aéreas se debe aspirar boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto del esputo. Esta técnica se usa para retirar de la vía aérea las secreciones que el paciente no puede expulsar por sí mismo. Con ello, lograremos mantener una vía aérea permeable, favoreceremos un intercambio gaseoso pulmonar correcto y evitaremos la aparición de infecciones por la acumulación de secreciones (Rastrollo, 2014).

La tos es como un mecanismo de defensa del organismo. Este acto reflejo es regulado por un centro nervioso específico, situado en el bulbo raquídeo. Se debe evaluar la tos ya que provoca la salida de aire a gran velocidad y presión, arrastrando el exceso de moco, o cualquier materia extraña o partícula depositada en los bronquios o tráquea, manteniendo así las vías aéreas de los pulmones libres. En la expectoración, se debe evaluar con gran importancia los siguientes datos: el color, cantidad, olor y consistencia. Esto ayudará en la clínica, ya que de este dato podrá iniciarse un juicio diagnóstico (Parrales, 2017).

Incrementar la ingesta de líquidos tibios cuando estamos enfermos nos ayuda a eliminar todas las toxinas de nuestro cuerpo. Por eso es importante beber agua tibia en abundancia, ya que todos estos problemas hacen que el organismo pierda mucha agua. Además, tiene otros efectos

positivos; por ejemplo, ayuda a evitar que las secreciones se acumulen en las vías respiratorias fluidificándolas, Siendo uno de los problemas más comunes durante un proceso respiratorio (Canela, 2018).

Se debe nebulizar al paciente con suero fisiológico 5 ml c/6h. Ya que es un procedimiento médico que se basa en la administración de un fármaco o alguna solución terapéutica mediante la vaporización a través de las vías respiratorias. Dicha sustancia se administra junto a un medio líquido, frecuentemente con una solución salina, luego con la ayuda de un gas que habitualmente es oxígeno se crea un vapor que va ser inhalado por el paciente. Con la finalidad de mejorar la movilización y la expulsión de las secreciones bronquiales (Arribasplata, 2018).

El realizar fisioterapia respiratoria al paciente con neumonía facilitara la movilización y expectoración de secreciones, optimando la ventilación pulmonar y la oxigenación. Además, ayudara a prevenir complicaciones como las atelectasias, disnea y evitara otras complicaciones respiratorias. La fisioterapia respiratoria aporta calidad de vida restaurando o manteniendo una función respiratoria óptima (Morant, 2013).

Deterioro del intercambio gaseoso.

La principal función del aparato respiratorio es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono., Cuando el aire ingresa a los pulmones, primero circula por los bronquios y luego por las particiones repetidas de los bronquiolos que dan lugar a los bronquiolos terminales o respiratorios. Estos, a su vez, se abren en el conducto alveolar, del cual derivan los sacos aéreos. La pared de cada conducto alveolar y de los sacos aéreos está formada por varias unidades llamadas alvéolos (Lechtzin, 2015).

El deterioro del cambio gaseoso se define como el estado en el que un individuo experimenta un desequilibrio entre la captación de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono en el área de intercambio de gas de la membrana alveolo capilar (Mosby, 2003).

Cuando una persona tiene una alteración en la oxigenación (hipoxemia) y ventilación (hipercapnia), debido a una alteración del intercambio gaseoso que pueden verse reagudizados por infecciones, sepsis, sedación, cirugía, efectos de fármacos, etc. La existencia de secreciones bronquiales abundantes, alteradas o no controladas, puede complicar la evolución, originando atelectasias, secreciones bronquiales con tapones de moco y sobreinfección, favoreciendo la aparición de neumonía (Gomez, Gonzales, Olguin, Rodríguez, 2010).

El deterioro del intercambio de gases es determinado como el Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo (NANDA, 2015).

El paciente en estudio presenta diagnóstico deterioro del Intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por patrón respiratorio anormal, Gasometría arterial alterada: Acidosis respiratoria descompensada, Ph: 7.3, O₂:68, CO₂ 50, Hco₃:25, Sato₂: 87%. La acidosis respiratoria es el incremento de la presión parcial de dióxido de carbono (Pco₂) con incremento compensador de la concentración de bicarbonato (HCO₃) o sin este mecanismo compensador; el pH suele ser bajo, pero puede aproximarse a un valor normal. La causa es una disminución de la frecuencia respiratoria y/o el volumen (hipoventilación), En su a forma aguda o su agravamiento provoca cefalea, confusión y somnolencia. El diagnóstico es clínico y se confirma con la medición de los gases en sangre arterial y los electrolitos séricos. Debe tratarse la causa y a menudo debe administrarse oxígeno (Lewis, 2016).

Cuando el corazón bombea sangre, el oxígeno se une a los glóbulos rojos y se reparten por todo el cuerpo. Los niveles de saturación óptimos garantizan que las células del cuerpo reciban la cantidad adecuada de oxígeno. Se considera que el porcentaje adecuado y saludable de oxígeno en sangre es de entre el 95% y el 100%. Por eso, cuando la saturación se encuentra por debajo del 90% se produce hipoxemia, y uno de sus síntomas característicos es la dificultad para respirar (Mimosas, 2019).

Las intervenciones por realizar frente a este problema se basan en la administrar oxígeno por mascarilla Venturi a 4 litros por minuto con FiO_2 28%. El suministro oxígeno es una concentración mayor de la que se encuentra en el aire ambiental. El objetivo de la oxigenoterapia es administrar de forma adecuada el oxígeno a la sangre, prevenir lesiones por hipoxia y disminuir el esfuerzo. Para valorar la concentración de oxígeno en sangre usaremos un pulsioxímetro o realizaremos una gasometría arterial. La mascarilla venturi permite la administración de una concentración exacta de oxígeno, permitiendo niveles de FiO_2 de entre el 24-50%, con una cantidad de litros por minuto que oscila entre 3-15 litros. Este dispositivo mezcla el oxígeno con el aire ambiental a través de orificios de distinto diámetro (Brunner, 2003).

La Valoración de los resultados de los gases arteriales nos permite analizar, de manera simultánea, el estado ventilatorio, el estado de oxigenación y el estado ácido-base. Esta prueba se realiza en una muestra de sangre arterial; no obstante, en circunstancias especiales, también se puede realizar en sangre venosa periférica o sangre venosa mezclada (Arturo Cortés, 2017).

Es importante valorar los signos de Hipoxemia ya que ocurre una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 80 mmHg. Causando hiperventilación alveolar con respiración superficial, obstrucción o lesión pulmonar, Ventilación

pulmonar insuficiente, Oxigenación disminuida de la sangre arterial, y disminución de la difusión alveolar-capilar (Tubay, 2016).

CP. Hiperglucemia

La diabetes es una enfermedad donde los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre se encuentran muy altos. Esta alteración se debe a que el paciente no posee hábitos saludables en su alimentación. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no provoca insulina. En la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no provoca o no usa la insulina de manera adecuada. El exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Como: daño en los ojos, los riñones y los nervios. También puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y la amputación de un miembro (Medlineplus, 2018)

El conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes, el aporte dietético superior a los requerimientos, monitorización impropia de la glucemia, falta de aprobación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico, la poca actividad física, el aumento de peso, estrés, manejo incorrecto de la medicación, hacen que esta enfermedad se complique y conllevar a la muerte. Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Dicha enfermedad ocupa el tercer lugar dentro de la mortalidad general (Sicalidad, 2011).

Los niveles de glucosa en la sangre están controlados por estímulos y mecanismos. Esto es importante para la homeostasis metabólica. Los niveles pueden fluctuar después de ayunar durante mucho tiempo, o de una hora después del consumo de comida. A pesar de esto, las

fluctuaciones son muy pequeñas. En la mayoría de los seres humanos este varía entre los 82 mg/dl y los 110 mg/dl. Suben hasta casi 140 mg/dl después de una comida completa.

Para prevenir la diabetes se debe seguir una alimentación saludable, mantener un peso adecuado, realizar ejercicio físico regularmente, mantener la presión arterial y el colesterol en cifras normales, no fumar y en caso de beber alcohol, hacerlo con moderación (Mandal, 2019).

Para poder lograr cumplir el objetivo de esta complicación potencial se debe monitorear niveles de glicemia en sangre, ya que esto ayuda a verificar que la glucosa no este elevada y causar problemas al corazón, los ojos, los riñones, los nervios o los pies. Los malos hábitos alimenticios, los medicamentos, el ejercicio y el estrés afectan el azúcar en la sangre. Se recomienda que se debe tomar la muestra de sangre antes de cada alimento y con la ayuda de un glucómetro (Clifton, 2018).

Es de suma importancia que los afectados por diabetes conozcan de que acciones que le ayudaran a prevenir esta enfermedad: el perder peso y/o mantenerlo, seguir un plan de alimentación saludable., hacer ejercicios regularmente y no fumar. Así se evitara más muertes por esta patología (Medlineplus, 2018).

El proporcionar una dieta Hipoglucida y/o potenciar la ingesta oral de líquidos previene que los niveles de azúcar se eleven en la sangre. La dieta Hipoglucida consiste en controlar los glúcidos y los hidratos de carbono. Esta dieta está indicada en pacientes diabético, obesos con triglicéridos altos. Se recomienda el aumento en la ingesta de líquidos, productos integrales, vegetales, frutas y productos lácteos descremados, aceites ricos en grasas mono saturados, aceite de oliva, aceite de canola, aguacate, maní, con la finalidad de disminuir los niveles de colesterol y triglicéridos. Todo paciente que padece de diabetes mellitus debe de disminuir el aporte total de carbohidratos y la eliminación de los azucares simples. Y consumir alimentos naturales ya

que contienen también azúcar natural sin colorantes, conservantes, ni saborizantes; en cambio las frutas, verduras y cereales contiene vitaminas, minerales, proteínas y fibra (Marycarmen, 2016).

Dolor agudo

El dolor agudo es producido por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel u otros agentes, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Se mide el dolor por escalas de acuerdo a la edad (Sepúlveda, 2018).

Experiencia sensible y emocional desagradable derivada de una contusión tisular existente o potencial, o que se describe en requisitos de este tipo de lesión; comienzo brusco o lento, de cualquier intensidad entre leve e intensa, con un final anticipado previsible y una duración inferior a 6 meses (Achury, 2008).

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses. Los factores relacionados con este diagnóstico son: Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (NANDA, 2015).

El dolor agudo que presenta el paciente en el tórax, es evaluado con la escala de EVA 4pts. Se le observa quejumbroso, expresión facial de dolor. Es por esto que se llega a la conclusión de que el paciente presenta el diagnóstico de dolor agudo relacionado con agente lesión físico, evidenciado por escala visual, analógica (EVA), y expresión facial de dolor.

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en valorar el dolor: esto ayuda a evaluar el grado de malestar y la eficacia del analgésico como puede manifestar complicaciones; la escala visual analógica (EVA), nos permite apreciar de manera oportuna la intensidad del dolor para sí dosificar correctamente al paciente (Ledesma, 2001).

Se debe controlar las funciones vitales, ya que el dolor puede alterar la a Saturación de Oxígeno, de la misma manera, se debe verificar que las respiraciones del paciente sean sincronizadas; puede ser necesario sedar al paciente para sincronizar las respiraciones y/o reducir el trabajo respiratorio y el gasto de energía (Manual de Protocolo de Enfermería, 2011).

Al administrar diclofenaco 75 mg IM, aliviara el dolor ya que es una sensación y experiencia emocional desagradable, la cual está asociada con daño tisular actual o potencial. Con este fármaco se aliviará el dolor debido a su potencia analgésica. El diclofenaco al 75mg es un antiinflamatorio que posee actividades analgésicas y antipiréticas (Desirée Sáenz Campos, 2005).

Al brindar comodidad y confort al paciente no se debe poner en riesgo su vida, sino se debe ejecútalo con la finalidad de mejorar su comodidad esto incluye realizar las siguientes actividades: cambios posturales, masajes, lubricación de la piel, establecer una comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal y proporcionar un ambiente agradable (manejo de la luz, ruido, temperatura, entre otros), es decir se deben aliviar malestares del paciente (Flórez, 2001).

Cuando se brinda al paciente medidas distractoras del dolor se proporciona una atmósfera adecuada y se debe prestar atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, planta, estas pequeñas cosas logran que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta. Se le debe animar a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción

que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc. Además se debe establecer una comunicación adecuada con el paciente: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal (Elizabeth Verona, 2010).

Las revaluaciones del dolor deben ser periódicas tanto por el médico o por la enfermera, de forma programada c/8-6h y/o dependiendo del estado clínico del paciente, se validará la intervención registrando intensidad del dolor y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño, estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación como náuseas y estreñimiento (Ruiz Garcia Victoria, 2013).

CP. Hipertensión arterial

La primordial función cardíaca es transportar oxígeno, nutrientes y bombear la sangre por todo el cuerpo. La sangre se encuentra bajo presión como consecuencia de la acción de bombeo del corazón y por el tamaño. El corazón ejerce presión sobre las arterias para que éstas transporten la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. Esta acción es lo que se conoce como presión arterial. El parámetro normal del paciente debe mantenerse entre 120/80mmHg. Cuanto menor sea la presión arterial, es mejor para su salud, pero cuando esta baja demasiado puede causar mareos o debilidad. Se recomiendan mantener la presión arterial por debajo de 140/90, sobre todo si padece de diabetes, enfermedad renal o enfermedad cardiovascular, su presión arterial debe ser inferior a – idealmente menor a 130/80 (Muñoz, 2015).

Los factores de riesgo que incurren en la posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, se encuentra la hipertensión arterial que es la más importante de las enfermedades isquémicas y los accidentes cerebrovasculares. El exceso de peso corporal genera casos de hipertensión arterial y entre otras causas que influyen: el modo de vida del usuario, la historia personal y familiar de otras enfermedades arterioscleróticas. Esta enfermedad es una de las primeras causas de muerte prematura en el ámbito mundial. Se debe prevenir brindando educación para la salud, comunicación motivacional, fijación de metas, conseguir un peso adecuado, ejercicio y suprimir el consumo de alcohol y tabaco (Natacha Palenzuela Luis, 2014).

El aumento de la presión arterial causa una mayor resistencia para el corazón y a su vez aumenta su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda). Este acrecentamiento de la masa muscular es perjudicial porque produce insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen arritmias. Cuando las arterias se vuelven rígidas y estrechas, el riego sanguíneo resulta insuficiente y provoca la aparición de infartos cerebrales (ictus o accidente vascular cerebral isquémico) (Medlineplus, 2018).

Las causas más frecuentes son la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). Una de las consecuencias más comunes es la relajación de las paredes de la aorta y/o provocan su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte). Otros órganos que pueden ser dañados a causa de la hipertensión es el riñón ya que causan rigidez en las arterias que proveen la sangre a los riñones. Lo que produce una insuficiencia renal que incluso requiera diálisis. Por otro lado, si afecta a las arterias de la retina provoca alteraciones en la visión (Clinic, 2018).

El paciente en estudio no poseía un buen estilo de vida para el mantenimiento de su salud cardiovascular. Desconoce la importancia de consumir una dieta saludable, el daño que causa el

consumo moderado de alcohol y/o fumar, lleva una vida sedentaria, es por eso que su factor relacionada es el conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificable, evidenciado por presión arterial 150/95 mmhg.

Se realizaron las siguientes intervenciones, con la finalidad de mejorar la evolución del paciente: Monitorear de frecuencia cardiaca y presión arterial es fundamental ya que son indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico del paciente. Los principales signos que se miden son: Frecuencia Cardiaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Presión Arterial o Tensión Arterial (PA o TA) y Temperatura (T°). Cada indicador o signo vital tiene unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada. Esta monitorización contribuye a una evolución clínica favorable del usuario (Morano, 2017)

Los ruidos cardíacos son enunciados sonoros del cierre de las válvulas cardíacas, su funcionamiento fisiológico, lo cual permite la correcta circulación de la sangre a través del circuito cardiovascular. La auscultación del área precordial nos permite identificar dichos ruidos. Existen ruidos que no son causados por el cierre de las válvulas, entre ellos encontrar los llamados soplos y los ruidos de Korotkoff, ambos originados por la interrupción del flujo natural de la sangre al convertirse en flujo turbulento (Hugo Alberto Cruz Ortega, 2016).

La toma del electrocardiograma de 12 derivaciones es un procedimiento sistemático que tiene como objetivo reconocer los cambios en la actividad eléctrica que indiquen variaciones en la conducción o en el ritmo cardíaco y que en conjunto con los síntomas clínicos permitan al reconocer posibles complicaciones. El ECG nos registra de forma gráfica de la actividad eléctrica cardiaca, reflejando los cambios en la magnitud y dirección de la corriente que empieza con la onda de despolarización (Rosa María García Merino, 2014).

El reposo en pacientes cardiacos ayuda a mejorar la evolución del paciente.

Antiguamente la actividad física estaba contraindicada en pacientes con problemas cardiacos. Es recomendable que se evite la actividad física de esfuerzo con la finalidad de no deteriorar la función cardiaca. El Medico evaluara de acuerdo a su evolución que tipo de ejercicio debe realizar, ya sea pasivo o de reposo relativo. Esto mejorara la capacidad física, aumentara el consumo de oxígeno, lo cual tiene efecto pronóstico. Además disminuye la posibilidad de aterotrombosis (Montero, 2009).

El administrar Enalapril 10 mg V.O. Es una intervención de enfermería muy primordial en la hipertensión arterial. Dicho medicamento pertenece a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. El Enalapril disminuye determinadas sustancias químicas que contraen los vasos sanguíneos, de modo que la sangre fluye mejor y el corazón puede bombearla con mayor eficiencia. Es así que este medicamento se convierte en un aliado en el proceso de recuperación de la salud; cualquier fallo durante esta actividad puede tener consecuencias irreversibles para el paciente (Medlineplus, 2018).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendió un (1) día al paciente, el 29/04/18. La atención se realizó a la paciente J.D.D.A. en el servicio de emergencia, durante 6 horas, cuya valoración inició el 29 de abril y finalizó la atención el mismo día. El 1er día de atención fue en:

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Objetivo parcialmente Alcanzado: La paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas al evidenciar un FR de 38 x', SatO₂ 96% y ruidos respiratorios normales después de aspirar secreciones durante el turno.

Segundo diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente recupera el intercambio de gases de forma parcial durante el turno, al no evidenciar alteración del patrón respiratorio, ni signos de hipoxemia, gasometría arterial con significativa disminución (Ph: 7.33, PO₂: 82 mm Hg, PCO₂: 47 mm Hg, HCO₃: 28m Eq/l, SatO₂ 96%); sin embargo, los valores obtenidos no fueron los normales.

Tercer diagnóstico.

CP. Hiperglucemia.

Objetivo alcanzado: Se revirtió hiperglucemia al presentar niveles de glucosa en sangre dentro de los valores normales (110mg/dl).

Cuarto diagnóstico.

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó el dolor agudo, al evidenciar facial de alivio y verbalizar el dolor en 0 puntos según la escala de EVA.

Quinto diagnóstico.

CP. Hipertensión arterial

Objetivo alcanzado: Se revirtió la hipertensión arterial al presentar P/A de 120/88mmhg y frecuencia cardiaca 76x´.

Conclusión

Se concluye, que de los 5 objetivos planteados se lograron alcanzar 3 diagnósticos de Enfermería: Dolor Agudo, CP. Hiperglucemia y CP. Hipertensión Arterial. Mientras que los 2 diagnósticos: limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro del intercambio de gases fueron parcialmente alcanzados, debido a que hubo una disminución significativa de la frecuencia respiratoria y los gases arteriales no llegaron a sus valores normales. En cuanto a los ruidos aéreos, solo se lograron normalizar con la aspiración de secreciones.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió brindar un cuidado de calidad al paciente.

Se logró desarrollar las 5 etapas del Proceso de Atención de Enfermería valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Bibliografía

- Alfredo Covarrubias-Gómez. Arturo Silva-Jiménez, Eduardo Nuche-Cabrera, Mauricio Téllez-Isaías. (Octubre - Noviembre de 2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?'. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), 231-239.
- Achury-Saldaña, Diana Marcela, (2008). El Dolor. Colombia. pp. 146-158.
- Alfonso Valle Muñoz,(2015). Hipertensión.España. Revista Fundación Española del Corazón.
- Brunner y Suddarth (2003) Enfermería medico quirúrgica 12 edición, editorial Wolters Kluwer.
- Cristhian Silverio Toala Tubay,(2016). Patologías Respiratorias - Milagro- Ecuador.
- Clifton, (2018). Monitoreo del nivel de glucosa en la sangre. Obtenido en:
<https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/bloodglucosemonitoring.html>
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. IATREIA, 221-229.
- Chisaguano, Edgar David; Ushiña Chulca, Richard. (2015). ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II. Obtenido de
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>.
- Desirée Sáenz-Campos, Carmen Sánchez Arredondo (2005).Acta Médica Costarricense. Costa Rica.Vol.47.
- Elizabeth Verona, José Luis Reyes.(2010). Cuidados de enfermería en el paciente con dolor.Brasil.pp27-28.
- Magda Lucía Flórez Flórez,(2001).Comodidad del Paciente Hospitalizado en un Servicio de Cirugía.colombia.
- Martinez Rivera Marycarmen ,(2016). La Dieta Hipoglúcida.Obtenido de:

<https://es.scribd.com/document/275611800/La-Dieta-Hipoglucida>

Felix Quinto, M. L. (2016). Prevalencia de neumonía nosocomial en paciente. Lima - Perú.

Fidel Gallinas, f., & Clerigué Arrieta, n. (2010). obstrucción de vías aéreas.

García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. Revista Horizonte, 29-36.

Gomez, M; Gonzales, V; Olguin, G; Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. Enfermeria intensiva, 74-82.

Hugo Alberto Cruz Ortega, Francisco Xavier Calderón Monter, 2016 Revista Scielo, México. Obtenido en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000200049

Diccionario Mosby (2003) Medicina, Enfermería y ciencias de la salud 6 edición, Editorial Elsevier España.

James L. Lewis, III, MD, Attending Physician, Brookwood Baptist Health and Saint Vincent's Ascension Health, Birmingham. Acidosis Respiratoria.

Rosa María García Merino, (2014). Enfermería en la toma de electrocardiograma. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2014;22 (2): 78-84 79.

Mandal Ananya, (2019). Valores Normales del Azúcar de Sangre. viewed by April Cashin Garbutt, MA. Edit.

Medlineplus, 2018. La diabetes. obtenido: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>

Miel con canela, (2018). Blog de Salud y nutrición. Obtenido de : <http://www.mielconcanela.es/>.

Juan Alonso López y Pilar Morant. (2013). Fisioterapia respiratoria. España.

Miguel Otiniano Arribasplata, (2018). Nebulizaciones. Obtenido en:

<https://es.scribd.com/doc/53974618/NEBULIZACIONES>

Manual Protocolo de Enfermería, (2011). Valoración del Dolor. Obtenido de

https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h18_valoracion_cuidado_dolor.pdf.

María Dolores Martín Morano, (2017). Enfermería Práctica. Obtenido en:

<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantas-vitales>.

José María Maroto Montero, (2009). Rehabilitación Cardíaca, España. Obtenido en:

<https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>

Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363.

Nivel de Conocimiento Sobre Factores de Riesgo Cardiovascular. (2011).

NANDA. (2015). *Diagnosticos Enfermeros NANDA 2015 - 2017. Definiciones y*

Clasificación 2015 - 2017. HARCOURT BRACE & COMPANY - ELSEVIER.

Natacha Palenzuela Luis, Javier González Abreu, María Begoña Sánchez Gómez, (2014).

Competencias Enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular Obtenido en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27139/competencias-enfermeras-sobre-el-diagnostico-riesgo-de-deterioro-de-la-funcion-cardiovascular/>

OMENT, (2015). Signos y síntomas de la diabetes. *Revista Mexicana*. obtenido de:

<http://oment.uanl.mx/signos-y-sintomas-de-la-diabetes/>

Parrales, h. (2017). Mecanismo y Fisiopatología de la tos.

Patricia Potter; Anne Perry (2001). Fundamento de Enfermería. Madrid-España. 5ta Edición.

Ruiz García Victoria, Gómez Tomás Alicia. (2013) VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Obtenido:

(http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf)

Rastrollo, H. (2014). Obstrucción aguda de la vía respiratoria superior en niños.

Rosales Barrera, S. (2004). Fundamento de Enfermería 3º Edición. México, México : El Manual Moderno.

Sepúlveda, J. D. (2018). arsmédica.

Souto Camba, L. González Doniz (1999). Valoración fisioterápica del paciente respiratorio.

revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología ,pag 1-68.

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

| DATOS GENERALES | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|---|------------------------|
| Nombre del usuario: _____ | Fecha de nacimiento: _____ | Edad: _____ | |
| Fecha de ingreso al servicio: _____ | Hora: _____ | Persona de referencia: _____ | Telf. _____ |
| Procedencia: _____ | Consultorio () | Emergencia () | Otro: _____ |
| Forma de llegada: _____ | Ambulatorio () | Silla de ruedas () | Camilla () |
| Fuente de Información: _____ | Paciente () | Familiar/amigo () | Médico tratante: _____ |
| Motivo de ingreso: _____ | Dx. Médico: _____ | | |
| Grupo Sanguíneo: _____ | Tipo de Seguro: _____ | Profesional que reporta a paciente: _____ | |

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

| PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD | PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN |
|--|--|
| Antecedentes familiares de importancia: Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Intervenciones quirúrgicas: No () Si () (fechas) _____ Alergias y otras reacciones: _____ | Formula Obstétrica: G _____ P _____ EG: N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ Mamas: <u>turgentes</u> () () <u>blandas</u> Pezones: Formados () planos () invertidos () Útero: Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frecuencia: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos Fetales: Si () No () LCF: _____ |
| Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene Buena () Regular () Mala () Requiere ayuda? Si () No () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____ | Perdidas Vaginales: Líquido amniótico () Sangrado Vaginal: Si () No () Volumen: _____ Secreciones Vaginales: Si () No () Características: _____ Comentarios adicionales: _____ |
| PATRÓN DE RELACIONES - ROL Ocupación: _____ Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () ¿Con quién vive? Sola () Con su familia () Otros _____ Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros _____ Abdomen grávido: Normal () Distendido () Doloroso () Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales () Disminuidos () ausentes () Comentarios adicionales: _____ | PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO T: _____ °C Peso: _____ Talla: _____ Glucosa: _____ Hb: _____ Piel: Coloración: Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar si hay lesiones: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena () Hidratación: Si () No () Cambio de peso durante los últimos días: Si () No () Obesidad: () Bajo peso: () Otros _____ Tipo de dieta: _____ Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Dificultad para deglutir: Si () No () Náuseas () Pirois () Vómitos () Cantidad: _____ |
| | PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS Estado de conciencia: Consciente () Inconsciente () Somnoliento () Estado emocional: Tranquila () ansiosa () Negativa () Temerosa () Irritable () Indiferente () Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____ |

Tos ineficaz: No () Si ()
 Reflejo de la tos: Presente () Ausente () Disminuido ()
 Secreciones: No () Si ()
 Características: _____
 O2: No () Si ()
 Modo: _____ l/min _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso periférico: _____
 Edema: No Si Localización: _____
 +() ++() +++()
 Presencia de líneas invasivas:
 Cateter periférico: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente
 2= Parcialmente dependiente

| | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|---|---|---|
| Movilización en cama | | | |
| Deambula | | | |
| Ir al baño/bañarse | | | |
| Tomar alimentos | | | |
| Vestirse | | | |

Riesgo de Caidas: Bajo () Alto () Sin Riesgo ()
 Aparatos de ayuda: ninguno () S. ruedas () Otros: _____

Mano dominante: _____
 Movilidad de miembros: Conservada() Flacidez()
Contracturas() Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada() Disminuida()
 Comentarios adicionales:

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo () Espacio() Persona ()
 Presencia de anomalías en:
 Audición: _____
 Visión: _____
 Habla/lenguaje: _____
 Otro: _____
 Dolor: No () Si ()
 Localización: _____
 Cefalea () Dinámica Uterina()
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Otros: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
Nº de deposiciones/día: _____
 Normal () Estreñimiento() Diarrea() Incontinencia()
Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
Polaquiúria() Disuria() Nicturia()
Proteinuria: _____
 Albumina en orina: _____
 Otros: _____
 Comentarios adicionales:

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____
 Problemas para dormir: Si () No()
Especificar: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No()
 Especificar: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: _____
 Restricciones religiosas: _____
 Solicita visita de capellán: Si () No()
 Comentarios adicionales:

Nombre del enfermero: _____

Firma : _____
 CEP: _____
 Fecha: _____

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

EXAMENES AUXILIARES:

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería” y su objetivo. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. _____.
Bajo la asesoría de: _____. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

