

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 adulto mayor con fibrosis pulmonar e hipoglucemia en el Servicio de Emergencia Adulto de un hospital de Lima, 2018

Por

Felicita García Quispe

Asesora:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, abril de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, 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 adulto mayor con fibrosis pulmonar e hipoglucemia en el Servicio de Emergencia Adulto de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada GARCIA QUISPE FELICITA 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 treinta días del mes de abril de 2019.



Mg. Delia Luz León Castro

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente adulto mayor con fibrosis pulmonar e hipoglucemia en el Servicio de Emergencia Adulto 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



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Presidente



Mg. María Guíma Reinoso Huerta

Secretario



Mg. Delia Luz León Castro

A sesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Datos generales	10
Datos de valoración complementarios:.....	12
Exámenes auxiliares.....	12
Tratamiento médico.	13
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	15
Diagnóstico enfermero.....	15
Primer diagnóstico.	15
Segundo diagnóstico.	15
Tercer diagnóstico.....	15
Cuarto diagnóstico.	16
Quinto diagnóstico.....	16
Sexto diagnóstico.....	17
Séptimo diagnóstico.....	17
Octavo diagnóstico.....	17
Planificación	18
Priorización.....	18

Plan de cuidados	19
Capítulo III: Marco teórico	24
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	24
Cp. Hipoglucemia	27
Deterioro del intercambio de gases	28
Cp. Infección	30
Cp. desequilibrio electrolítico	33
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones	36
Evaluación	36
Primer diagnóstico	36
Segundo diagnóstico	36
Tercer diagnóstico	36
Cuarto diagnóstico	37
Quinto diagnóstico	37
Conclusiones	37
Bibliografía	38
Apéndices	40

Índice de tablas

Tabla 1: Análisis de gases arteriales (27-04-18).....	13
Tabla 2: Electrolitos (27-05-2018).....	13
Tabla 3: Hemograma (27-05-2018)	13
Tabla 4 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo.	19
Tabla 5 Cp. Hipoglicemia.....	20
Tabla 6 Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo – capilar E/ p agitación, Gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO2:30 mm Hg, pO2:60 mm Hg, Sat. O2: 90%, FR: 28 a 36 x´.....	21
Tabla 7 Cp. Infección.....	22
Tabla 8 Cp. desequilibrio electrolítico.....	23

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración	41-42
Apéndice B: Consentimiento informado.....	43
Apéndice C: Escalas de evaluación.....	44

Símbolos usados

- PAE: Proceso de atención de enfermería
- SAMU: Servicio de Atención Médica de Urgencia,
- CBN: Cánula binasal
- RHA: Ruidos hidroaéreos
- NPO: Nada por vía oral
- ACP: Ambos campos pulmonares
- NBZ: Nebulización
- CP: Complicación potencial
- FR: Frecuencia respiratoria
- FC: Frecuencia cardiaca

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente J. A. F, aplicado durante 12 horas a la paciente a partir de su ingreso al servicio de emergencia adulto de un hospital de Lima. El diagnóstico médico de esta paciente al ingreso fue: Fibrosis pulmonar, hipoglucemia. En primer lugar, se aplicó la primera etapa del PAE que es la valoración utilizándose la guía de valoración por patrones Funcionales de Marjory Gordon identificándose los problemas existentes, luego se procedió a enunciar 8 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relación con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo.Cp. Hipoglucemia. Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo, capilar evidenciado por agitación, Gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO₂:30 mm Hg, pO₂:60 mm Hg, Sat. O₂: 90%, FR: 28 a 36 x'. Cp. Infección y Cp. desequilibrio electrolítico. Los objetivos generales fueron: la paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, controlará hipoglicemia del paciente, presentará adecuado intercambio gaseoso, revertirá la infección y revertirá el desequilibrio electrolítico. Se ejecutaron las intervenciones propuestas para finalmente realizar la evaluación correspondiente. Concluyéndose que, de los 5 objetivos propuestos, se logra alcanzar el segundo objetivo, mientras que el primer y tercer objetivo fueron parcialmente alcanzados y los objetivos cuartos y quintos fueron no alcanzados. Siendo el proceso de atención de enfermería una herramienta eficaz para brindar el cuidado adecuado al paciente.

Palabras clave: *Fibrosis pulmonar, hipoglucemia, proceso de atención de enfermería, adulto mayor.*

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: J. A. F.

Edad: 77

Motivo de ingreso: Paciente es traída por el personal de SAMU y sus hijos, ingresa al servicio en una camilla directo a shock trauma, con dificultad respiratoria, agitación y debilidad muscular, evidenciando edema en miembros inferiores. Diagnóstico médico: Fibrosis pulmonar, hipoglucemia.

Días de hospitalización: 12 horas.

Días de atención de enfermería: 12 horas.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: percepción-control de la salud.

Paciente adulto mayor con aparente regular estado de higiene, sus familiares refieren sedentarismo que se mantiene mayor tiempo en la cama. Presenta antecedente de asma hace 20 años, artrosis hace 8 años, diabetes mellitus desde hace 15 años, que tuvo anemia hace un año atrás con tratamiento en casa con Metformina 500 mg cada 12 horas vía oral.

Patrón II: Nutricional metabólico.

La paciente presenta temperatura entre 35.5 °C a 37.8°C, mucosas orales semihidratadas (ojos hundidos labios secos), con palidez de las mucosas. Con peso: 39 kg aproximadamente, talla de 1.47 cm e IMC: 17.59: (desnutrición I), en NPO, abdomen distendido, RHA disminuidos, apetito no valorable, sed no valorable, no tiene dentadura. Con resultados de análisis de

laboratorio: Hemoglobina: 10.2mg/dl, Hematocrito 42.2%, HCO₃: 26.5, Na: 130 mEq/l, Potasio: 3.3 mEq/l, Cloro: 108 mEq/l.

Patrón III: Eliminación.

La paciente no presenta deposiciones en las 12 horas de atención. La diuresis fue de 2000 cc en 12 horas. Con apoyo de pañal y sonda foley colocada el 27/04 por incontinencia.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria:

Se observa en posición semifowler, con apoyo ventilatorio por CBN, FiO₂:.36%, presentando de 28-36 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 89-93%, tórax simétrico, disnea, a la auscultación con sonidos respiratorios anormales, crepitantes, burbujeante en ACP, evidencia secreciones densas, blanquecina, tos con expectoración de aproximadamente 3 a 5cc. Los resultados de AGA fueron los siguientes: pCO₂: 26.5 mm Hg, pH: 7.55, PO₂: 60 mm Hg, interpretándose como una alcalosis respiratoria compensada e hipoxemia moderada.

Actividad circulatoria.

Al control de la frecuencia cardiaca presenta de 100-120 latidos por minuto, la presión arterial 100/60 mm Hg. Con vía periférica en ambos miembros superiores con catéter N°18, perfundiendo tratamiento médico, llenado capilar en 2 segundos.

Actividad capacidad de autocuidado.

Paciente con grado de dependencia III (totalmente dependiente), fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros disminuida.

Patrón V: Descanso – sueño.

Familiares refieren que en su casa duerme 4 horas por la noche, por la preocupación, durante el día se muestra somnolienta.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Se la observa somnolienta, desorientada en tiempo espacio, con Escala de Coma de Glasgow 12-15, dificultad para verbalizar, pupilas isocoras, de OD: 2 mm OI: 2 mm, ceño fruncido, a la valoración del dolor con la Escala de caras de Wong Backer. 4/10.

Patrón VII: Autopercepción – Auto concepto.

No valorable por estado de conciencia de la paciente.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Paciente adulta mayor por lo tanto no trabaja. Vive con sus hijos depende económicamente de ellos con los que tiene buena relación.

Patrón IX: Sexualidad /reproducción.

Presenta genitales de acuerdo a sexo y edad, en regular estado de higiene.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Los familiares refieren sentirse muy preocupación por el estado de salud de su madre.

Patrón X: Valores y creencias-

Los familiares refieren: “es cristiana y cree mucho en Jesucristo”.

Datos de valoración complementarios:**Exámenes auxiliares.**

Glucosa basal cada 2 horas la última: 27/04/ 18.

6.00 am: 59 mg/dl

7:00 pm: 80 mg/dl

Tabla 1
Análisis de gases arteriales (27-04-18)

Compuesto	Valor encontrado
Ph	7.55
pCO ₂	30 mm Hg
pO ₂	60 mm Hg
HCO ₃	26.5 mEq/l
Sat. O ₂	90%

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Alcalosis respiratoria compensada. Hipoxemia leve.

Tabla 2
Electrolitos (27-05-2018)

Compuesto	Valor encontrado
Sodio	130 mEq/lt
Potasio	3.3 mEq/lt
Cloro	108 mEq/lt

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Hiponatremia, hipercloremia, hipokalemia

Tabla 3
Hemograma (27-05-2018)

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	10.2mg/dl
Hematocrito	42.9%
Leucocitos	12 400cel/mm ³
Plaquetas	221 000cel/mm ³
Neutrófilos	81.5%
Linfocitos	72%
Monocitos	5.2%
Eosinófilos	0.3%
Basófilos	0.1%

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia leve, leucocitosis, neutrofilia.

Tratamiento médico.

(26/04/18 (7 am)

Dieta: NPO

Control de glucosa cada /2h

Cloruro de sodio 9% 1000 cc (I-II C/24)

Dextrosa 5% 1000cc + 5 amp. Dextrosa 33% en bomba de infusión (1000 en 24 horas)

Ceftriaxona de 2 g c/12 h EV

Clindamicina de 600 mg c/12 h EV

Ciprofloxacino de 200 mg c/12 h EV

Acetil- cisteína de 600 mg c/24 h EV

Beclometasona 2 puff C/12 h

Bromuro de ipratropio 2 puff C/12 h

Nbz con 15 salbutamol +5cc suero fisiológico c/4 h

FiO₂: 36% por CBN O₂ 4 litros x´.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo.

Etiqueta diagnóstica: limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: retención de secreciones.

Enunciado diagnóstico:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones E/P

Sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta: Cp. Hipoglucemia.

Signos y síntomas: Glucosa: 59 mg/dl, debilidad.

Definición:

La hipoglicemia se presenta cuando su nivel de azúcar en sangre disminuye por debajo de lo necesario para proporcionar suficiente energía para las actividades de su cuerpo (Rosales, 2004).

Enunciado:

Cp. Hipoglucemia

Tercer diagnóstico.

Signos y síntomas: Leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis.

Etiqueta diagnóstica: Cp. Infección.

Definición: Invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. Los gérmenes pueden ser bacterias, virus, hongos con forma de levadura, hongos u otros microorganismos. Las infecciones pueden empezar en cualquier lugar y diseminarse por todo el cuerpo (Rosales, 2004).

Enunciado diagnóstico:

Cp. Infección

Cuarto diagnóstico.

Características definatorias: agitación, gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO₂:30 mm Hg, pO₂:60 mm Hg, Sat. O₂: 90%, FR: 28 x´.

Etiqueta diagnóstica. Deterioro del intercambio de gases.

Factor relacionado: Cambios de la membrana alveolo – capilar.

Enunciado diagnóstico:

Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo – capilar E/ p agitación, Gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO₂:30 mm Hg, pO₂:60 mm Hg, Sat. O₂: 90%, FR: 28 a 36 x´.

Quinto diagnóstico.

Características definatorias: niveles alterados de potasio, sodio y cloro.

Etiqueta diagnóstica: Cp desequilibrio electrolítico.

Definición:

Según García (2015), el desequilibrio es una de las complicaciones más frecuente de la diabetes mellitus.

Enunciado:

CP. Desequilibrio electrolítico.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: No cuenta porque es un diagnóstico de riesgo

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caída

Factor de riesgo: Disminución de la fuerza muscular a nivel corporal, Edad: 77 años, Somnolencia, Glasgow: 12, anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl)

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de caída relacionado con disminución de la fuerza muscular a nivel corporal, Edad: 77 años, Somnolencia, Glasgow, 12. Anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl).

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: descripciones verbales de debilidad, cansancio, agotamiento, disnea de esfuerzo, taquipnea, taquicardia en respuesta a la actividad, agravamiento de la palidez, cianosis.

Etiqueta diagnóstica: intolerancia a la actividad.

Factor relacionado: desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, debilidad generalizada, disnea.

Enunciado diagnóstico: intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, debilidad generalizada, disnea e/p saturación 91%, FR: 36x, FC: 100-120x´.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: peso bajo, NPO. Anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl).

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: incapacidad del organismo para metabolizar y utilizar correctamente la glucosa, así como los nutrientes.

Enunciado diagnóstico:

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad del organismo para metabolizar y utilizar correctamente la glucosa, así como los nutrientes e/p Peso bajo, NPO. Anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl). Escalas de caras o de wong-baker. 4/10.

Planificación

Priorización.

1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a retención de secreciones E/P
Sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo.
2. Cp. Hipoglucemia.
3. Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios de la membrana alveolo – capilar E/ p agitación, Gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO₂:30 mm Hg, pO₂:60 mm Hg, Sat. O₂: 90%, FR: 28 a 36 x´.
4. Cp. Infección.
5. Cp. Desequilibrio electrolítico.
6. Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de O₂, debilidad generalizada e/p saturación 91%, FR: 36x.
7. Riesgo de caída relacionado con disminución de la fuerza muscular a nivel corporal, Edad: 77 años, Somnolencia, Glasgow, 12. Anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl).
8. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad del organismo para metabolizar y utilizar correctamente la glucosa, así como los nutrientes e/p Peso bajo, NPO. Anemia (Hemoglobina 10.2mg/dl). Escalas de caras o de wong-baker. 4/10.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones evidenciado por sonidos respiratorios anormales: crepitantes y agitación, excesiva cantidad de esputo

Objetivos	Intervenciones	Ejecución		
		27/04/2018		
		M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno.	1. Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio. 2. Auscultar ruidos respiratorios. Observar la presencia de crepitantes durante el turno. 3. Controlar saturación de oxígeno y observar disnea y cianosis en el turno. crepitantes, burbujeante, secreción densa: cantidad :3cc	→ → 7 a.m.	→ → 12 p.m.	
Resultados esperados: 1. La paciente presentará ruidos respiratorios normales a la auscultación 2. La paciente disminuirá agitación después de los cuidados brindados por el equipo de salud. 3. La paciente presentará secreciones fluidas y en menor cantidad.	4. Mantener en posición semifowler durante el turno. 5. Aspirar secreciones boca y tráquea según sea necesario, observando el color y aspecto del esputo. 6. Nebulizar al paciente con suero fisiológico 5c + salbutamol 15 gotas c/4h. 7. Administrar Acetil- cisteína de 600 mg c/24 horas según indicación médica. 8. Realizar fisioterapia respiratoria. 9. Administrar Beclometasona 2 puff c/12 horas según indicación médica	→ → 6 a.m. – 10 a.m.	→ → 14 p.m.- 18 p.m.	
		12 p.m.	T 14 p.m.	M

Tabla 5
Cp. Hipoglicemia

Objetivos	Intervenciones	Ejecución		
		27/04/2018		
		M	T	N
Objetivo: Controlar hipoglicemia.	1. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia como: debilidad muscular, somnolienta.	→	→	
	2. Controlar funciones vitales: Presión arterial, FR, FC, saturación de oxígeno.	7 a.m.- 12 a.m.	14-16 p.m.	
	3. Mantener la perfusión con una solución de dextrosa al 5% 1000 cc + 5 amp dextrosa 33% en bomba de infusión.	→	→	
	4. Controlar la glucosa c/2 horas.	7 - 9 -11	13 - 15 - 17 - 19 p.m.	

Tabla 6

Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo – capilar E/ p agitación, Gasometría arterial anormal: pH: 7.55, pCO₂:30 mm Hg, pO₂:60 mm Hg, Sat. O₂: 90%, FR: 28 a 36 x´

Objetivos	Intervenciones	Ejecución		
		27/04/2018		
		M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará adecuado intercambio gaseoso durante en turno con apoyo del personal de salud.	1. Valorar patrón respiratorio: frecuencia respiratoria y profundidad respiratoria, el color de la piel y de las membranas mucosa. 2. Monitorear FV: SP O ₂ . FC, RE, T°. 3. Administrar O ₂ a FiO ₂ al 28% por CBN. 4. Valorar resultados de AGA.	M	T	
Resultados esperados: 1. La paciente presentará menos agitación y mejorar patrón respiratorio durante el turno día. 2. La paciente presentará valores normales de AGÁ: pH7.35-7.45, pCO ₂ : 35-45 mm Hg, pO ₂ : > 80 mm Hg. 3. La paciente evidenciará funciones vitales dentro de parámetros normales (FR: 16-20 x´) (sat de O ₂ ≥ 95 %).	5. Valorar síntomas de hipoxemia: como Cianosis: decoloración azulada de la piel y las membranas mucosas. Taquicardia. 6. Valorar síntomas de la hipoxia como: Dolor de cabeza, letargo, piel azulada. problemas neurológicos. problemas de coordinación. falta de concentración. sensación de que falta el aire.	7-10 a.m. → → → →	14-16 p.m. → → → →	

Tabla 7
Cp. Infección

Objetivos	Intervenciones	Ejecución		
		27/04/2018		
		M	T	N
Objetivo general: Revertir infección.	1. Controlar funciones vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura c/4 horas.	7 a.m.- 12 a.m.	16 p.m.	
	2. Aplicar las medidas de bioseguridad.	→	→	
	3. Realizar lavado de mano antes de realizar las intervenciones.	→	→	
	4. Utilizar las barreras protectoras.	→	→	
	5. Evaluar la inserción de las vías periféricas mediante palpación.	→	→	
	6. Extraer el catéter si existen signos de flebitis.	→	→	
	7. Administrar antibióticos prescritos:			
	Ceftriazona 2 gr c/12 horas EV	8 a.m.		
Clindamicina de 600 mg c/12 horas EV	8 a.m.			
Ciprofloxacino de 200 mg c/12 horas vía EV	10 a.m.			

Tabla 8
Cp. Desequilibrio electrolítico

Objetivos	Intervenciones	Ejecución		
		27/04/2018		
		M	T	N
Objetivo general: Revertir desequilibrio electrolítico.	1. Controlar los signos vitales, llenado capilar y los pulsos periféricos.	7-10	12-16	
	2. Controlar balance hídrico, ingreso, egreso.	a.m.	p.m.	
	3. Analizar los cambios en el estado mental.	7-13	14-18	
	4. Administrar Cloruro de sodio 9% 1000 cc (I-II) en bomba.	p.m.	p.m.	
	5. Valorar resultados de electrolitos: Na, Cl, K.	⇒⇒⇒	⇒	
	6. Valorar signos de hiponatremia como: Náuseas y vómitos. Dolor de cabeza y desorientación.	⇒	⇒	
		⇒	⇒	

Capítulo III

Marco teórico

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Alarcón (2015) hace referencia de algunas patologías que provocan la retención de secreciones en la vía aérea (faringe, tráquea o bronquios), debido a que los pacientes no pueden eliminarlas de forma activa por medio de la tos y la expectoración. En estos casos, es necesario eliminarlas de forma artificial mediante sistemas de succión o aspiración.

Según Falcón (2014), el manejo de la vía aérea constituye la primera prioridad en la atención de todo paciente, el uso de cualquiera de los métodos de control de esta requiere mantener la cabeza alineada y en lo posible hacer coincidir los ejes del cuerpo, traqueal y laríngeo.

Según el Manual de Enfermería CTO (2016), las manifestaciones de la limpieza ineficaz, son alteración de la frecuencia respiratoria, alteración del patrón respiratorio, cantidad excesiva de esputo, cianosis, dificultad para verbalizar, disminución de los sonidos respiratorios, disnea, inquietud, mirada con ojos muy abiertos, ortopnea.

NANDA (2017) menciona que es la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

La paciente en estudio presentó las siguientes características definitorias; alteración de la frecuencia respiratoria: 28 a 36 respiraciones por minuto, cantidad excesiva de esputo, disnea, tos ineficaz, sonidos respiratorios anormales. Debido a su diagnóstico médico que es Fibrosis pulmonar. Alarcón (2015) menciona que este tipo de pacientes suelen presentar retención de secreciones en la vía aérea ya que estructuralmente están afectados los alveolos pulmonares;

como se sabe estos son los responsables de proporcionar oxígeno. Falcón (2014) menciona que el manejo de la vía aérea constituye la primera prioridad en la atención.

Según NANDA (2015 – 2017), los factores relacionados para esta etiqueta diagnosticada son: fumador pasivo, exposición a humo, fumador pasivo, alergia en la vía aérea, asma, cuerpo extraño en la vía aérea, enfermedad pulmonar, obstructiva crónica, espasmos de la vía aérea, exudado alveolar, tabaquismo, deterioro neuromuscular, infección, hiperplasia de la pared bronquial, mucosidad excesiva, retención de secreciones, vía aérea artificial.

En el caso de la paciente, el factor relacionado fue la retención de secreciones.

Para solucionar el problema de este diagnóstico se brindaron los siguientes cuidados:

Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio, ya que la hipo ventilación alveolar y la hipoxemia asociada pueden causar alteraciones respiratorias a un paciente con fibrosis pulmonar, asimismo, es importante también valorar la saturación de oxígeno, ya que, la vigilancia de la oximetría se usa para controlar y mostrar los cambios iniciales en la oxigenación, que pueden producirse antes que se observen otros signos y síntomas (Fundación de Fibrosis Pulmonar, 2013).

Mantener al paciente en posición Semifowler. Permite relajar la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejora en la respiración del paciente (Fernández, 2012).

Otra intervención, es administrar O₂ fio₂ al 28% por CBN, lo cual va permitir aumentar la concentración de oxígeno en sangre y prevenir lesiones por hipoxia. Generalmente la pauta un médico, pero los enfermeros estamos capacitados para valorar si un paciente necesita o no de este tratamiento. Para valorar la concentración de oxígeno en sangre usaremos un pulsioxímetro o realizaremos una gasometría arterial por prescripción médica (Manual de enfermería: CTO, 2007).

De igual manera, aspirar secreciones por boca según sea necesario, observando el color y aspecto del esputo. Es la eliminación por aspirado de secreciones retenidas en la boca, con el objetivo de mantener las vías aéreas permeables, facilitar el intercambio de gases y favorecer el confort de la persona afectada (Fundación de Fibrosis Pulmonar, 2013). Otra forma de despejar secreciones es nebulizar al paciente con suero fisiológico 5c + salbutamol 15 gotas: ayuda a fluidificar las secreciones y a la misma vez facilita la salida por medio de la expectoración. Es un dispositivo capaz de transformar una solución líquida en un aerosol de partículas suspendidas en un gas, que resulta fácil para la inhalación. Su principal uso es la disolución de diversos fármacos en el seno del líquido, con objeto de que, al transformarse en aerosol, sea inhalado por el paciente hasta la vía respiratoria distal, donde hará su efecto.

Otro medicamento que ayuda a eliminar la presencia de secreciones, es la Acetil- cisteína de 600 mg administrar según indicación médica. Este fármaco interviene en la formación de glutatión y la reducción de las especies reactivas del oxígeno. Dado su efecto mucolítico comprobado desde hace décadas, se utiliza en el tratamiento de las afecciones bronquiales agudas y crónicas (Sociedad Iberoamericana de Información Científica, 2013). Se puede administrar la Beclometasona 2 puff c/4h. Ya que es un fármaco de un glucocorticoide que se hidroliza parcialmente. Este metabolito activo posee actividad antiinflamatoria y antialérgica, así como la migración de las células inflamatorias administrado por vía inhalatoria ejerce una acción antiinflamatoria glucocorticoidea potente en el interior de los pulmones. La administración nasal produce efectos antiinflamatorios locales. De la misma manera, se administra bromuro 3 puff c/4h según indicación médica: es un broncodilatador. Ayuda a abrir las vías aéreas de los pulmones y facilita la respiración (Manual de enfermería: CTO, 2007).

Cp. Hipoglucemia

Según García (2015), la hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitus (DM). Asimismo, es el factor limitante más importante en el manejo del tratamiento de los pacientes con DM tipo 1 y 2 que reciben insulina y fármacos secretagogos.

Para Gonzales (2013), la hipoglucemia es una urgencia endocrinológica frecuente observada en el área de urgencias, con mayor incidencia en diabéticos tipo 2, el amplio uso de las sulfonilureas solas o asociadas a otro fármaco para el tratamiento de la diabetes, ha condicionado un incremento en el número de eventos de hipoglucemia.

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de enfermedades metabólicas que se caracterizan por presentar una hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o por ambas causas. La hiperglucemia crónica de la DM se asocia a la presencia a largo plazo de lesiones a nivel ocular, renal, nervioso, cardíaco y vascular (Giménez, 2013).

NANDA (2017) menciona que es la variación en los niveles de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que pueda comprometer la salud.

La paciente del estudio tiene como diagnóstico médico diabetes, presenta los siguientes Signos y síntomas Glucosa: 59 mg/dl, debilidad.

García (2015) menciona que la hipoglicemia es la complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitus; asimismo, Gonzales (2013) manifiesta que es una urgencia endocrinológica frecuente observada en el área de urgencias, con mayor incidencia en diabéticos tipo 2.

También, Giménez (2013) menciona que es un conjunto de enfermedades metabólicas que se caracterizan por presentar una hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina.

Según NANDA (2015 – 2017), las causas son: alteraciones químicas: glucosa-insuficiente insulina o desequilibrio electrolítico, de la producción de la energía metabólica.

La causa principal en el paciente en estudio fue el manejo inadecuado de la medicación en casa.

Los cuidados brindados para prevenir la complicación fueron: Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia: temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestesias, dificultad de concentración, habla difícil, incoordinación, cambios de conducta, confusión (Leno, 2012).

Controlar funciones vitales y monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia, para actuar rápidamente para prevenir que el paciente se complique (Nicolau, 2011).

Mantener la perfusión con una solución de dextrosa al 5% 1000cc +5apm dextrosa 33% en bomba de infusión: La dextrosa va permitir nutrir de energía al organismo y los músculos. Es un importante combustible para el cuerpo del paciente ya que al tratarse de azúcar no necesita ser metabolizada y es absorbida de inmediato por el cuerpo del paciente, proporcionando energía. Además, es de vital importancia para la actividad celular y cerebral (Quizhpe, 2013).

Controlar la glucosa c/2hr: El control de la glucosa contribuirá a ver con exactitud su nivel de glucosa en la sangre del paciente y ayudará a prevenir una coma diabética (Ruiz, 2015).

Deterioro del intercambio de gases

Según Fernández (2012), los cambios de la membrana alveolo, capilar. Consiste en un cuadro de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad. De esta forma, la alteración inicial

consistirá en la ocupación alveolar por edema rico en proteínas, lo que reducirá la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso, es decir, conllevará un aumento de las áreas con pobre o nula relación. Ante esta alteración y la hipoxemia acompañante, el sistema respiratorio responde con un aumento de la ventilación., la gasometría mostrará hipoxemia, con hipocapnia y alcalosis.

Según Puerta (2016), el intercambio gaseoso se realiza de forma pasiva a favor de un gradiente de presión; es decir, existe una difusión de gas (O₂ o CO₂) desde un punto en el que la presión parcial es mayor a otro punto en el que la presión parcial del gas es menor.

Según Carrillo (2015), el sistema respiratorio desempeña, entre otras, la función vital del intercambio gaseoso entre el torrente sanguíneo y el entorno. De esta forma, el oxígeno (O₂) es transportado hasta la superficie alveolar donde difunde a través de la membrana alveolo-capilar. Ya en la sangre, el O₂ se conjuga principalmente con la hemoglobina para su transporte hacia los diferentes tejidos, donde supone el sustrato básico para el metabolismo celular.

NANDA (2017) define al deterioro del intercambio de gases, como el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

El paciente en el estudio presenta en primer lugar gasometría arterial anormal, asimismo patrón respiratorio anormal 28 a 36 por minuto, los cuales indican serios problemas de salud al paciente.

Fernández (2012) menciona que consiste en un cuadro de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad; asimismo, Puerta (2016) menciona que el intercambio gaseoso se realiza de forma pasiva a favor de un gradiente de presión, es decir, existe una difusión de gas (O₂ o CO₂). Y, Carrillo (2015) dice que el sistema respiratorio desempeña una función vital del intercambio

gaseoso entre el torrente sanguíneo y el entorno. De esta forma, el oxígeno (O₂) es transportado hasta la superficie alveolar donde difunde a través de la membrana alveolo-capilar.

Según NANDA (2015 – 2017), los factores relacionados para esta etiqueta diagnosticada son: cambios de la membrana alveolo capilar, desequilibrio en la ventilación, perfusión.

En el caso de la paciente fue cambios de la membrana alveolo, capilar.

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en:

Valorar patrón respiratorio: la frecuencia respiratoria y profundidad respiratoria, el color de la piel y de las membranas mucosas. Se podrá identificar a tiempo la cianosis, un oscurecimiento y cianosis central indican hipoxemia avanzada. Se Administra O₂ a FiO₂: 28% por CBN: para ayudar en su respiración, para prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. Manejo de los análisis de los gases arteriales, la prueba se utiliza para determinar el pH de la sangre, la presión parcial de dióxido de carbono (pCO₂) y oxígeno (pO₂), y el nivel de bicarbonato (Glez, 2013).

Asimismo, es importante valorar síntomas de hipoxemia: como Cianosis: coloración azulada de la piel. Taquicardia de la misma manera valorar síntomas de la hipoxia como: Dolor de cabeza, letargo, piel azulada, problemas neurológicos, coordinación, falta de concentración y Sensación de que falta el aire.

Cp. Infección

Según Geffen (2016), los leucocitos son una parte importante de la defensa del cuerpo contra microorganismos infecciosos y sustancias extrañas. Para defender adecuadamente al organismo, un número suficiente de glóbulos blancos debe recibir el aviso de que un microorganismo infeccioso o una sustancia extraña han invadido el cuerpo, y llegar al lugar donde es necesario para, a continuación, destruir y digerir el patógeno o la sustancia dañinos.

Según Villegas (2012), la infección es el resultado del contacto de un microorganismo patógeno como: bacteria, hongo, virus, parásito, con el huésped. En el desarrollo de la infección son de suma importancia la alteración de los mecanismos defensivos del huésped, como la rotura de las barreras de la piel y mucosas, el sistema inmunitario del paciente.

Según De La Cruz (2015), la infección es la invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. Los gérmenes pueden ser bacterias, virus, hongos con forma de levadura, hongos u otros microorganismos. Las infecciones pueden empezar en cualquier lugar y diseminarse por todo el cuerpo. Una infección puede producir fiebre y otros problemas de salud según la parte del cuerpo en que se presente. Con frecuencia, cuando el sistema inmunitario del cuerpo es fuerte, puede combatir los gérmenes y curar una infección.

NANDA (2015) menciona que es el aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

La paciente del estudio presenta leucocitosis (12,400cel/mm³) siendo este un riesgo para la salud del paciente como dice Geffen (2016) que los leucocitos son una parte importante de la defensa del cuerpo contra microorganismos infecciosos y sustancias extrañas. Para defender adecuadamente al organismo, otro factor que pueden influir para un Cp. Infección en la paciente es la presencia de líneas invasivas, tiene colocados dos catéteres venosos periféricos en ambos brazos; por lo tanto, una mala manipulación sin técnica aséptica nos puede llevar a una infección en la zona de inserción y luego a una infección generalizada. También presenta hemoglobina 10,2, peso bajo, los cuales colaborarían con mayor probabilidad de una infección generalizada en el paciente. Como menciona Villegas (2012), la infección es el resultado del contacto de una infección por microorganismo patógeno; asimismo, De La Cruz (2015) menciona que la infección es la invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. Una infección puede

producir fiebre y otros problemas de salud según la parte del cuerpo en que se presente. Con frecuencia, cuando el sistema inmunitario del cuerpo es fuerte, puede combatir los gérmenes y curar una infección.

Según NANDA (2015 – 2017), las causas relacionadas para esta etiqueta diagnóstica son: malnutrición, procedimientos, alteración de la integridad de la piel, alteración del peristaltismo, alteración del PH de las secreciones, disminución de la hemoglobina, inmunosupresión, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria, vacunación inadecuada.

La causa relacionada para esta etiqueta diagnóstica en el paciente del estudio es invasión de microorganismos.

Los cuidados que brindamos como enfermera para prevenir la complicación son:

Controlar CFV: FC, FR, T°. Los signos vitales son las principales manifestaciones de las funciones de mayor importancia para la vida como son el funcionamiento del sistema respiratorio, del sistema cardiovascular, del termostato endógeno, las alteraciones deben ser tomadas en cuenta, ya que son indicativos de condiciones que pueden ser de gravedad, la ausencia de los signos vitales es la principal característica de la muerte de un individuo de la misma manera. Se aplican las medidas de bioseguridad para evitar el contagio por la exposición de agentes infecciosos, sean físicos, químicos o biológicos, sobre todo sangre y fluidos corporales, que pueden provocar daño, por su carácter contaminante.

Asimismo se realiza lavado de mano antes de tocar al paciente lo cual nos permite proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos en las manos, también realizar lavado de mano antes de realizar una tarea aséptica, nos permite proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo incluido los gérmenes del propio paciente, asimismo utilizar las barreras protectoras que disminuyen las probabilidades de una infección. Evaluar la

inserción de las vías periféricas mediante palpación. Nos permite evitar las posibles infecciones o malfuncionamiento en la zona de inserción (Doenges, Francés, Murr 2008). Por ello, es necesario administrar Ceftriaxona de 2 g c/12hr vía EV. Es un antibiótico del grupo de cefalosporinas, por lo que funciona matando bacterias, como *Neisseria gonorrhoeae*, *N. meningitidis*, *Proteus mirabilis*, entre otras, las cuales son responsables de gran variedad de infecciones, también se administra Clindamicina de 600mg c/12hr vía EV. Se usa para tratar ciertos tipos de infecciones bacterianas, incluyendo infecciones de los pulmones. Pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos de lincomicina. Su acción consiste en retardar o detener el crecimiento de las bacterias asimismo se administra Ciprofloxacino de 200 mg c/12hr vía EV, se usa para tratar o prevenir ciertas infecciones causadas por bacterias como la neumonía, pertenece a una clase de antibióticos llamados fluoroquinolonas. Funciona matando las bacterias que causan las infecciones (Flores, 2016).

Cp. desequilibrio electrolítico.

Según Vega (2014), la deshidratación es una causa frecuente de morbimortalidad en el anciano; es el trastorno electrolítico más habitual en este sector de la población. Se produce por una alteración en el balance entre ingresos y pérdida de líquidos. La falta en el control de ese balance es más habitual en el organismo envejecido; el anciano tiene menor percepción de la sed, tiene menor contenido de agua corporal que el adulto joven, su acceso a líquidos se ve afectado por la presencia de enfermedades físicas o mentales y están frecuentemente tratados con fármacos que aumentan las pérdidas hídricas, como diuréticos y laxantes.

Según Quizhpe (2013), los electrolitos son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica, afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la

acidez de la sangre, la actividad muscular y otros procesos importantes. Los electrolitos comunes abarcan: potasio, sodio, calcio, cloruro, magnesio y fósforo.

Según NANDA (2015, el riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que pueden comprometer la salud.

La paciente del estudio es candidato para una posible alteración de electrolitos uno porque es adulto mayor (77 años), como nos menciona Vega (2014), la deshidratación es una causa frecuente de morbimortalidad en el anciano; es el trastorno electrolítico más habitual en este sector de la población. Se produce por una alteración en el balance entre ingresos y pérdida de líquidos. La falta en el control de ese balance es más habitual en el organismo envejecido; el anciano tiene menor percepción de la sed, tiene menor contenido de agua corporal que el adulto joven y Quizhpe (2013) dice que los electrolitos son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica, afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre, la actividad muscular y otros procesos importantes. Los electrolitos comunes abarcan: potasio, sodio, calcio, cloruro, magnesio y fósforo por ende es otro factor de complicación para la paciente del estudio porque presenta alteración de electrolitos como: hiponatremia, hipercloremia, hipopotasemia.

Según NANDA (2015 – 2017), las causas relacionadas para esta etiqueta diagnóstica son:

Diarrea, disfunción de la regulación endocrina, intolerancia a la glucosa, aumento de insulina, disfunción renal, mecanismo de regulación, régimen terapéutico, volumen de líquidos excesivo, volumen de líquidos, vómitos, dieta inadecuada, pérdida de fluidos corporales.

Las causas relacionadas para esta etiqueta diagnosticada en el paciente del estudio son: alteración de electrolitos, pérdida de fluidos corporales.

Los cuidados que brindamos como enfermera para prevenir la complicación son: Controlar los signos vitales, el tiempo de llenado capilar y los pulsos periféricos. Sirve de guía

para saber las necesidades de reposición hídrica y valorar la respuesta cardiovascular de igual forma Controlar el balance hídrico, la densidad de la orina, el ingreso /egreso. La reposición masiva o rápida con distintos tipos de líquidos y los cambios en el ritmo de su administración precisa un registro preciso para evitar desequilibrios electrolíticos o sobrecarga de líquidos (Iastrebner, 2013).

Otra intervención importante es analizar los cambios en el estado mental. El deterioro en el grado de conocimiento puede indicar un volumen circulante insuficiente o reducción de la perfusión cerebral, en este tipo de pacientes es importante valorar los resultados de electrolitos: como sodio, cloro y potasio, que se encuentran en el cuerpo encargados de mantener los líquidos del cuerpo en equilibrio y ayudan a mantener al cuerpo funcionando normalmente, incluyendo su ritmo cardíaco, contracción muscular, función cerebral por último valorar signos de hiponatremia como: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, desorientación (Rodríguez, 2014).

Una vez valorado los signos, síntomas, resultados de electrolitos, si es necesario proceder administrar previa indicación médica; Cloruro de sodio 9% 1000 cc ya que es la sal principal entre los constituyentes de los líquidos del compartimiento extracelular del organismo. Desempeña una función importante desde varios puntos de vista: en el equilibrio hídrico, contribuye de forma importante para asegurar la isotonía (Flores, 2016).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Evaluación

Se atendió 12 por horas al paciente, el día 27/04/19 en turno diurno de 7:00 hasta las 19:00 horas.

Se atendió al paciente J. A. F., en la unidad de Emergencias, por 12 horas, cuya valoración inició ese mismo día a las 7:00 de la mañana.

Las primeras horas tuvo dos diagnósticos médicos y 8 diagnósticos de enfermería

Primer diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas de forma parcial al presentar murmullo vesicular, disminuir agitación, pero aún continúa con secreciones densas.

Segundo diagnóstico

Cp. Hipoglucemia

Objetivo alcanzado: Se controló hipoglucemia en la paciente al evidenciar glicemia de 80mg/dl, demostrando una mejoría en comparación con la glicemia del ingreso al turno (59 mg/dl).

Tercer diagnóstico

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente presentó intercambio de gases adecuado de forma parcial al presentar mejoría en patrón respiratorio, gasometría normal (pH: 7.45, pCO₂: 45 mm Hg, pO₂:100 mm Hg), sin embargo, continua con la saturación de O₂ disminuida (valor).

Cuarto diagnóstico

Cp. Infección

Objetivo no alcanzado. Se controló hemograma completo en el paciente al evidenciar, leucocitosis, demostrando que continúa presentando infección lo cual puede favorecer una posible C.P. infección en el paciente.

Quinto diagnóstico.

Cp. desequilibrio electrolítico

Objetivo no alcanzado: Se controló electrolitos en el paciente al evidenciar hiponatremia, hipercloremia, hipokalemia, demostrando que continúa presentando alteraciones de electrolitos.

Conclusiones

De los cinco diagnósticos enunciados se logró alcanzar parcialmente el primero, segundo y tercer objetivo mientras que los dos últimos fueron no alcanzados.

Se logra aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente adulta mayor, cumpliendo con las cinco etapas del mismo, para un cuidado de calidad.

Bibliografía

- Alva, P. (2012). Fibrosis pulmonar: Tratamiento. Revisado el 28 de abril 2018 en https://www.onmeda.es/enfermedades/fibrosis_pulmonar-tratamiento-3130-10.html
- Centro Nacional de Endocrinología y Metabolismo de Bogotá (2015). Hipoglucemia Revisado el 2 de mayo de 2018 en <https://www.endocrino.org.co/wpcontent/uploads/2015/12/1. Hipoglucemia.pdf>
- Corriere, M. (2014). Perdida Masa Muscular dependiendo de la edad. Revisado el 28 de abril 2018 en <http://sovemo.org/site/wp-content/uploads/2014/04/Perdida-Masa-Muscular-dependiendo-de-la-edad.pdf>
- Doenges E. Francés M. (2008). planes de cuidados de enfermería .7edición, editorial Graw Hill. México. Bogotá.
- Fernández, R. (2012). Síndrome de distrés respiratorio agudo: fisiopatología del intercambio gaseoso. Revisado el 2 de mayo de 2018 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800003
- Fundación de Fibrosis Pulmonar (2013). La fibrosis pulmonar (FP). Revisado el 28 de abril 2018 en http://www.pulmonaryfibrosis.org/docs/default-source/physician-notepads/pff_patedu_note-pad_spanish-spain.pdf
- Flores (2016). Farmacología Humana. revisado el 12 de noviembre del 2018 de: https://medicinaupv.files.wordpress.com/2011/04/farmacologia_humana_-_florez_spa.pdf
- Iastrebner, M. (2013). Guía de práctica clínica leucopenia – leucocitosis. Revisado el 4 de abril 2018 en http://eduvirama.com/admin/lista_guias/pdf/GPC_Cli1%20LEUCOPENIA30_v00.pdf

- Leno, D. (2012). Actuación de enfermería en el paciente con hipoglucemia. Revisado el 13 de mayo 2018 en: <http://www.areasaludplasencia.es/asp/pdfs/7/711111.pdf>
- Lovesio, C. (2011). Medicina Intensiva de Argentina: Alcalosis Respiratoria. Revisado el 4 de abril 2018 en :<https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/02/alcalosis-respiratoria-lovesio.pdf>
- MANUAL DE ENFERMERÍA: CTO. Cuarta Edición. 2007. editorial Mc Graw - Hill - Interamericana
- Nicolau, J.(2011). Hipoglucemia. Revisado el 13 de mayo 2018 en <http://files.sld.cu/endocrinologia/files/2011/01/hipoglucemia.pdf>
- Según Quizhpe M. (2013). Los electrolitos. Revisado el 16 de noviembre del 2018 de:<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3931/1/QUIZHPE%20LIMA%20JOHANNA%20IRENE.pdf>
- Rosero, F. (2015). Hiponatremia. Colombia. Revisado el 2 de mayo 2018 en <https://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/12/2. Hiponatremia.pdf>
- Rodríguez, G.(2014). Aspectos nutricionales. Conceptos actualizados para su prevención y control. Salvador. Revisado el 4 de abril 2018 en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2014.pdf
- Ruiz, A. (2015). tratamiento de elección en los pacientes con hipoglucemia. Revisado el 13 de mayo 2018 en <http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/CAP10.pdf>
- Sociedad Iberoamericana de Información Científica (2013).Farmacología, recurado el 12 de noviembre del 2018 de: https://siicsalud.com/pdf/tc_acetilcisteina_22513.pdf

Secretaria de su salud (2011). Glucemia inestable. Revisado el 10 de abril 2018 en

<http://www.hno.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/des/07/diabetes.pdf>

Torre, M (2010). Hipoglucemias. Revisado el 13 de mayo 2018 en:

<https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/medio%20interno/Hipoglucemia.pdf>

Villegas, C. (2012). Mecanismo de la infección. Revisado el 10 de abril 2018 en

http://webdelprofesor.ula.ve/nucleotrujillo/elciv/clases_microbiologia/unidad_3.pdf

Vega G. (2014). La deshidratación. Revisado el 16 de noviembre del 2018 de:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2896/1/TUAMED003-2014.pdf>

Pulido S. (2019). Fisioterapia respiratoria. Revisado el 08 de marzo del 2019

en:<file:///C:/Users/Usuario/Documents/S0300289615311248.pdf>

Glez. M.(2013). gasometría arterial. Revisado el 08 de marzo del 2019 en:[http://fuam.es/wp-](http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/09/Tema-15-TAD-de-Medicina-y-Cirug%C3%ADa-de-Urgencias.-Alteraciones-%C3%A1cido-base.-Gasometr%C3%ADa-Venosa.pdf)

[content/uploads/2012/09/Tema-15-TAD-de-Medicina-y-Cirug%C3%ADa-de-Urgencias.-Alteraciones-%C3%A1cido-base.-Gasometr%C3%ADa-Venosa.pdf](http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/09/Tema-15-TAD-de-Medicina-y-Cirug%C3%ADa-de-Urgencias.-Alteraciones-%C3%A1cido-base.-Gasometr%C3%ADa-Venosa.pdf)

Geffen. D. (2016). Oncology Treatment Center at UCLA. Revisado el 08 de marzo del 2019

en:https://people.healthsciences.ucla.edu/institution/personnel?personnel_id=8036

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Universidad Peruana Unión - Escuela de Posgrado - UPG Ciencias De la Salud

DATOS GENERALES																																									
Nombre del usuario: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____																																									
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____ Persona de referencia: _____ Telf. _____																																									
Procedencia: Admisión / Emergencia / Otro _____ tipo de atención: SOAT () SIS () ESSALUD () OTROS: _____																																									
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla ()																																									
Peso: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Tº: _____ Sat O2 _____																																									
Fuente de Información: Paciente () Familiar () Amigo () PNP () SERENAZGO () BOMBERO () Otros: _____																																									
Motivo de ingreso: _____																																									
Dx. Médico: _____ Fecha de la valoración: _____																																									
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD																																									
<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD</p> <p>Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Gastritis () Úlcera () TBC () Asma () Otros _____ Sin problemas importantes Intervenciones quirúrgicas No () Si () fecha: _____ Especificar: Alergias y otras reacciones: No () Si () Fármacos: () Alimentos: () Signos - síntomas: Otros: Factores de riesgo Obesidad No () Si () Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si () Otros: Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Free. Última dosis _____ Estado de higiene Buena () Regular () Mala () Antecedentes de Enfermedades: Neurológico: ACV () Parkinson () Otros: _____ Cardíaco: HTA () FA-V () IMA () Otros: _____ Respiratorio: TBC () Asma () Bronquitis () EPOC () Otros: _____ Gastrointestinales: Úlceras () Gastritis () Otros: _____ Metabólicos renal: DM () DM () IRCT () HD () Otros: _____</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)</p> <p>Ocupación: Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Conviviente () Otro: _____ Relación Familiar: Afectiva () Indiferente () Hostil () Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros: _____ Barrera de comunicación: Edad () Idioma () Ninguno () Otros _____</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS</p> <p>Religión: Restricciones religiosas: Comentarios adicionales: _____</p>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</p> <p>Estado emocional: Tranquilo () Ansioso () Negativo () Temeroso () Irritable () Indiferente () No responde () Preocupaciones principales/comentarios Ha sufrido de violencia: No () Si () Física () Sexual () Psicológica () Conducta: Introverso () Extroverso () Estado Emocional Asequible () Ansioso () Triste () Negativo () Temeroso () Agresivo () Otros: _____ Tiene alguna discapacidad: No () Si () Especifique: _____</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</p> <p>Problemas para dormir: Si () No () Especificar: ¿Toma algún medicamento para dormir? Si () No () Especificar: _____</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO</p> <p>Estado de conciencia: Despierto () Somnoliento () Soporoso () inconsciente () Orientado: Tiempo () Espacio () Persona () Deterioro Sensorial: Ninguno () Auditivo () Visual () Habla/lenguaje () Otro: _____ Dolor/Molestias: No () Si () Localización: _____ Escala de dolor: EVA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="padding: 5px;">Escala de coma de Glasgow</th> <th style="padding: 5px;">Puntuación</th> <th style="padding: 5px;">Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); padding: 5px;">RESPUESTA APERTUR A</td> <td style="padding: 5px;">Espontanea</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td rowspan="4" style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Por orden</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Por estímulo doloroso</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sin respuesta</td> <td style="padding: 5px;">1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); padding: 5px;">RESPUESTA VERBAL</td> <td style="padding: 5px;">Orientada</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td rowspan="5" style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Confusa</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Inapropiada</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Incomprensible</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sin respuesta</td> <td style="padding: 5px;">1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); padding: 5px;">RESPUESTA MOTORA</td> <td style="padding: 5px;">Obedece</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td rowspan="5" style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Localiza al dolor</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Retira al dolor</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Flexión (decorticación)</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Extensión (descerebración)</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ninguna</td> <td style="padding: 5px;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Interpretación: _____ TCE leve 14-15 TCE moderado: 9-13 TCE SEVERO < 8</p>	Escala de coma de Glasgow		Puntuación	Puntaje	RESPUESTA APERTUR A	Espontanea	4		Por orden	3	Por estímulo doloroso	2	Sin respuesta	1	RESPUESTA VERBAL	Orientada	5		Confusa	4	Inapropiada	3	Incomprensible	3	Sin respuesta	1	RESPUESTA MOTORA	Obedece	6		Localiza al dolor	5	Retira al dolor	4	Flexión (decorticación)	3	Extensión (descerebración)	2	Ninguna	1
Escala de coma de Glasgow		Puntuación	Puntaje																																						
RESPUESTA APERTUR A	Espontanea	4																																							
	Por orden	3																																							
	Por estímulo doloroso	2																																							
	Sin respuesta	1																																							
RESPUESTA VERBAL	Orientada	5																																							
	Confusa	4																																							
	Inapropiada	3																																							
	Incomprensible	3																																							
	Sin respuesta	1																																							
RESPUESTA MOTORA	Obedece	6																																							
	Localiza al dolor	5																																							
	Retira al dolor	4																																							
	Flexión (decorticación)	3																																							
	Extensión (descerebración)	2																																							
Ninguna	1																																								

Sedación: Si () No () especifique.....
 Medicación: Si () No ()
 especifique.....

Escala de RAMSAY:

DESPIERTO	DORMIDO
Ansioso agitado o inquieto o ambos. Colaborador orientado y tranquilo. Responde únicamente a las órdenes.	Dormido, pero con respuesta viva a estímulos débiles. Dormido con respuestas débil a estímulos fuertes. Dormido, pero no responde.

Total Ramsay: _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas ()
 Reactivas () No reactivas ()

Tamaño: Midriasis () Miosis ()

Hemiparesis: MSD () MSI () MID () MII ()

Hemiplegia: MSD () MSI () MID () MII ()

Tamaño: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Hiperventilando () Hiporventilando ()
 Vías Aéreas: Permeables No () Si ()
 Especifique _____
 Ruidos respiratorios: Normales () Crepitos () Sibilantes ()
 Roncus () Disminuidos () Estertores ()
 otros: _____
 Se cansa con facilidad: No () Si ()
 Reflejo de la tos: Presente () Disminuido () Ausente ()
 Apoyo ventilatorio: No () Si () Especifique: _____
 Llenado Capilar: No () Si () Especifique: _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: _____ Regular () Irregular ()
 Especifique: _____
 Pulso periférico: Normal () Disminuido () Ausente ()
 Edema: No () Si ()
 Localización:
 +(0-0.65cm) () ++(0.65-1.25cm) () +++(1.25-2.50cm) ()
 Riego periférico:
 MI I Tibia () Fría () Caliente ()
 MID Tibia () Fría () Caliente ()
 MSI Tibia () Fría () Caliente ()
 MSD Tibia () Fría () Caliente ()
 Frecuencia: Bradicardia (<50 lpm) ()
 Taquicardia (>140 lpm) ()
 Ritmo: Rítmico () Arritmia () Amplitud: Filiforme () Lleno ()
 Sincronía:
 Sincrónica () Asincrónica ()
 Cateteres Invasivos: Periférico () Catéter central () N° _____
 Fecha de colocación: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 2= Parcialmente dependiente 3= Totalmente dependiente

	II	III	III
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno () muletas () andador () bastón ()
 S. ruedas () Otros: _____
 Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez () Contracturas ()
 Parálisis () Otros: _____
 Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()
 Comentarios adicionales: _____

Índice de Katz
 1= Independencia 2= Dependencia parcial 3= Totalmente dependiente

KATZ	1	2	3
Lavarse			
Vestirse			
Uso de servicios higiénicos			
Movilizarse			
Continencia			
Alimentación			

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Piel: Turgente () Pálida () Diaforética () Ictérica () Cianótica ()
 Otros: _____
 Integridad: Intacta () Lesiones () Flebitis () Hematomas ()
 Especificar: _____
 UPP: I° () II° () III° () IV° ()
 Cavidad bucal:
 Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis ()
 Mucosa oral: Intacta () Lesiones ()
 Hidratación: Si () No ()
 Especifique _____
 Cambio de peso durante los últimos días: Si () No ()
 Especificar: _____
 Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()
 otros: _____
 Dificultad para deglutir: Si () No ()
 Motivo: _____
 Nauseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad: _____
 Especifique _____
 Dispositivos para alimentación: Si () No ()
 Tipo: _____
 Drenaje Si () No () características: _____ Volumen: _____
 Abdomen: Blando () Depresible () Distendido () Doloroso ()
 Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales ()
 Disminuidos () Ausentes ()
 Glicemia _____
 Drenajes: No Si Especificar: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 N° de deposiciones/día: Normal () Estreñimiento () Diarrea ()
 Ostomía () Melena () Moco ()
 Características: _____
 Hábitos vesicales: Espontánea () Disuria () Retención ()
 Hematuria () Incontinencia () Otros: _____
 Sistema de ayuda: Sonda Foley N° _____ Colector () Pañal ()
 Otros: _____ Fecha de colocación: _____
 Drenaje: SNG () Kher () B. Colostomía () Dren Laminar () DTG ()
 Hemobac () otros: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Usa Métodos anticonceptivos: No () Si ()
 Especifique _____
 N° de parejas sexuales: _____ FUR: _____ N° de Hijos: _____
 Secreciones anormales en genitales: No () Si ()

Nombre del enfermero (a) _____
 Firma _____
 CEP: _____
 Fecha _____

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 que el título del trabajo académico es “ _____ ”, Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. _____. Bajo la asesoría de la Mg. _____. 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

Instrumentos de medición de la intensidad del dolor					
Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale					
					
0	2	4	6	8	10
No Duele	Duele Un Poco	Duele Un Poco Más	Duele Mucho	Duele Mucho Más	Duele El Máximo
No Hurt	Hurts Little Bit	Hurts Little More	Hurts Even More	Hurts Whole Lot	Hurts Worst