

# UNIVERSIDAD PERUANA UNION

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con demencia, insuficiencia respiratoria aguda tipo I, sepsis respiratoria e insuficiencia renal aguda en el Servicio de Emergencias de una clínica privada en Lima, 2018

**Por**

Keren Marieth Caceres Ravelo

Asesora:

Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Lima, abril del 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NEAL HENRY REYES GASTAÑADUI, adscrito 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 demencia, insuficiencia respiratoria aguda tipo I, sepsis respiratoria e insuficiencia renal aguda en el Servicio de Emergencias de una clínica privada en Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CACERES

RAVELO KEREN MARIETH 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. Neal Henry Reyes Gastañadui

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con demencia, insuficiencia respiratoria aguda tipo I, sepsis respiratoria e insuficiencia renal aguda en el Servicio de Emergencias de una clínica privada en 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. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Aesor

Lima, 30 de abril de 2019

## Tabla de contenido

Símbolos usados .....	x
Resumen .....	xii
Capítulo I: Valoración .....	13
Datos generales .....	13
Valoración según patrones funcionales .....	13
Patrón I: Percepción- control de la salud.....	13
Patrón II Relaciones – rol .....	14
Patrón III: Valores y creencias .....	14
Patrón IV: Auto percepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.....	14
Patrón V: Descanso- sueño.....	14
Patrón VI: Perceptivo cognitivo .....	14
Patrón VII: Actividad ejercicio .....	15
Patrón VIII: Nutricional metabólico:.....	15
Patrón IX: Eliminación.....	16
Patrón X: Sexualidad reproducción .....	16
Datos de valoración complementarios.....	16
Tratamiento médico .....	18
Capitulo II: Diagnóstico, Planificación y ejecución.....	19
Diagnostico enfermero .....	19

Primer diagnostico.....	19
Segundo diagnostico.....	19
Tercer diagnostico .....	19
Cuarto diagnostico.....	20
Quinto diagnostico.....	20
Sexto diagnostico.....	20
Séptimo diagnóstico .....	21
Octavo diagnóstico .....	21
Noveno diagnóstico .....	21
Decimo diagnóstico .....	22
Decimoprimer diagnóstico .....	22
Decimosegundo diagnóstico.....	22
Planificación. ....	22
Priorización.....	22
Plan de cuidados .....	25
Capitulo III: Marco teórico.....	33
Sepsis.....	33
Deterioro del intercambio de gases. ....	39
Patrón respiratorio ineficaz.....	45
Exceso del volumen de líquidos. ....	48

Confusión crónica.....	52
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones .....	56
Evaluación: .....	56
Conclusiones.....	58
Referencias bibliográficas .....	59
Apéndices .....	64

## Índice de tablas

Tabla 1.....	16
Análisis de gases arteriales (AGA) 28-04-18.....	16
Tabla 2.....	16
Electrolitos 28/04/2018.....	16
Tabla 3.....	17
Hemograma 28/04/18.....	17
Tabla 4.....	17
Urea 28/04/18.....	17
Tabla 5.....	17
Creatinina 28/04/18.....	17
Tabla 6.....	18
Proteína C reactiva 28/04/18.....	18
Tabla 7.....	25
Cp. Choque séptico.....	25
Tabla 8.....	27
Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal; alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48, pCO <sub>2</sub> : 32.9 mm Hg, pO <sub>2</sub> : 59.60 mm Hg. Hipoxemia leve; patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22 x'. .....	27
Tabla 9.....	29

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar. ....	29
Tabla 10 .....	30
Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial: hipotensión PA 88/48 mmHg., Aportes superiores a pérdidas, BH-, azotemia: aumento de urea 87.5 y creatinina 1.46., Desequilibrio electrolítico: Hipernatremia y hipokalemia; sodio150.5 mEq/lit, potasio3.00 mEq/lit y oliguria .....	30
Tabla 11 .....	32
Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva (Glasgow 11 pts.) .....	32



## Índice de anexos

Apéndice A: Hoja de valoración .....	64
Apéndice B: Consentimiento informado .....	66
Apéndice C: Escala de Glasgow.....	67
Apéndice D: Escala de Norton .....	68

## **Símbolos usados**

PAE: Proceso de atención de enfermería.

IRA: Insuficiencia respiratoria aguda.

CP: Complicación potencial.

DX: Diagnostico.

AGA: Análisis de gases arteriales.

UCIN: Unidad de cuidados intermedios.

T: Temperatura.

HTA: Hipertensión arterial.

Cr: Creatinina.

Cx: Cirugía.

ACV: Accidente cerebro vascular.

FR: Frecuencia respiratoria.

SAT: Saturación.

CBN: Cánula binasal.

LT: Litros.

APC: Ambos campos pulmonares.

FC: Frecuencia cardiaca.

PA: Presión arterial.

PAM: Presión arterial media.

IMC: Índice de masa corporal.

RHA: Ruidos hidroaereos.

SNG: Sonda nasogastrica.

UPP: Úlcera por presión.  
PCR: Proteína C reactiva.  
CLNA: Cloruro de sodio.  
EV: Endovenoso.  
PRN: Por razones necesarias.  
CFV: Control de funciones vitales.  
BH: Balance hídrico.  
X': Por minuto.  
Ej: Ejemplo.  
Hb: Hemoglobina.  
IR: Insuficiencia respiratoria.  
VCE: Volumen circulante efectivo.  
EA Enfermedad del alzhéimer.

## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al paciente J. H. G. aplicado durante dos horas en su estancia en el servicio de emergencias en una clínica privada en Lima, con diagnóstico médico de demencia, hipotensión arterial, insuficiencia respiratoria aguda tipo I: neumonía del anciano, sepsis respiratoria, insuficiencia renal aguda e hipokalemia, potasio 3.00 mEq/lit. En el PAE se aplicaron los 5 pasos del proceso enfermero como son la valoración según los patrones de Marjory Gordon, la cual permitió identificar los diagnósticos para los cuales se realizó la planificación de intervenciones de enfermería, las cuales fueron ejecutadas y evaluadas. Durante su estancia en emergencias se identificaron 11 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 que fueron: Choque séptico, Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión., Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios., Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos y Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer. Los objetivos fueron: Controlar sepsis, Paciente mejorara intercambio de gases arteriales durante el turno, Paciente mejorará patrón respiratorio durante el turno, Paciente presentará equilibrio del volumen de líquidos durante el turno y Paciente evidenciara disminución de signos de confusión crónica durante el turno. Se concluyó que de los objetivos se alcanzaron parcialmente el primero y el tercero, el segundo, cuarto y quinto no fueron alcanzados debido al estado crítico del paciente, el avance de su enfermedad, su avanzada edad y su corta estancia en el servicio. Sin embargo, se pudo alcanzar parcialmente dos de los objetivos planteados.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, sepsis respiratoria, insuficiencia respiratoria aguda.

## Capítulo I: Valoración

### Datos generales.

Nombre: J. H. G.

Edad: 81

Motivo de ingreso y Diagnóstico Médico: Adulto mayor de sexo masculino, ingresa por emergencias y de allí llevado al área de unidad de cuidados intermedios (UCIN). Es traído en ambulancia, ingresa al servicio con disnea, hipotensión, con un Glasgow de 11 puntos. Familiares refieren que es traído por presentar presión arterial baja, dificultad para respirar y fiebre en 39°C durante la noche.

Diagnóstico médico: Demencia /Agitación, Hipotensión arterial, Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tipo I; Neumonía del anciano, Sepsis respiratorio, Insuficiencia renal agudo, Hipokalemia

Horas de hospitalización: 2 horas.

Horas de atención de enfermería: 2 horas.

### Valoración según patrones funcionales.

#### Patrón I: Percepción- control de la salud

El paciente en estudio presente tiene como diagnóstico médico: Demencia/Agitación, Hipotensión arterial, Neumonía del anciano, Sepsis respiratorio, Insuficiencia renal agudo, Hipokalemia, en cuanto a los antecedentes: presenta Alzheimer desde el año 2016, ha presentado cuadros depresivos, hipertensión arterial (HTA) desde el 2008, hipercolesterolemia, Cirugía (cx) de Hernia discal en 1990, cx de las amígdalas hace 40 años, accidente cerebro vascular (ACV) desde el 2015, hipertrofia de próstata desde el años 2013 y Parkinson.

Además, el paciente presenta alergias al metamizol; en cuanto a la medicación frecuente, el paciente tiene un tratamiento de: Losartan 500mg ½ tableta que toma en el horario de 7am y a las 7pm, la atorvastatina de 20mg que toma en la noche, lansoprazol de 30mg que toma antes del desayuno y antes de la cena, la quetiapina 0,25mg que toma en la noche, aspirina 100mg que toma después del almuerzo.

En cuanto al estado de higiene es bueno, tiene vacunas completas, no recibió transfusiones sanguíneas; asimismo el paciente no es consciente de su enfermedad debido al alzhéimer

### **Patrón II Relaciones – rol**

El paciente en estudio está Jubilado, de estado civil casado, el cual vive con su familia y tiene su cuidadora. Además, cuenta con el apoyo de su familia quienes lo visitan frecuentemente.

### **Patrón III: Valores y creencias**

El paciente en estudio pertenece a la religión católica, sin restricciones religiosas.

### **Patrón IV: Autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés**

Además, el paciente desconoce su situación de salud, pero los familiares refieren preocupación por este.

### **Patrón V: Descanso- sueño**

En cuanto al patrón sueño el usuario presenta trastorno del patrón sueño por lo cual, en casa, habitualmente toma clonazepam 0,25 condicional en la noche para poder descansar.

### **Patrón VI: Perceptivo cognitivo**

Así mismo el paciente se encuentra despierto, con pupilas foto reactivas, isocóricas. Presentando un Glasgow de 11 puntos; siendo apertura ocular: 4 espontánea, respuesta verbal: 3 palabras inapropiadas, respuesta motora: 4 solo se retira al dolor.

**Patrón VII: Actividad ejercicio*****Actividad respiratoria***

El paciente se encuentra en posición semifowler, con taquipnea; frecuencia respiratoria (FR) de 22x', saturación de O<sub>2</sub> (Sat) en 91%, con apoyo de cánula binasal (CBN) a FIO<sub>2</sub> 32% 3 Litros (Lt) x', presentando tórax simétrico, a la auscultación en ambos campos pulmonares (ACP), roncales difusos y presenta también tos con pocas secreciones blanquecinas espesas.

Observamos también en el examen de laboratorio de AGA; un PH de 7.48, PCO<sub>2</sub> de 32.9 mm Hg, PO<sub>2</sub> de 59.60 mm Hg. Presentando así alcalosis respiratoria descompensada, hipoxemia leve y disnea (tiraje y utilización de musculatura accesorio).

***Actividad circulatoria***

El paciente en estudio presenta una frecuencia cardiaca (FC) de 82x' siendo irregular, asimismo una presión arterial (PA) de 88/48 mm Hg, una presión arterial media (PAM) de 60 mm Hg, riesgo periférico normal y llenado capilar < 2''

***Capacidad de autocuidado***

El grado de dependencia es III totalmente dependiente, con fuerza muscular disminuida y la movilidad de miembros conservada.

**Patrón VIII: Nutricional metabólico:**

Con una temperatura (T) de 37°C, piel tibia turgente de integridad intacta, mucosas orales hidratadas, pesa 65Kg, con talla de 1.65 cm, un índice de masa muscular (IMC) 19.6, además en casa recibe dieta NET Osmolite, nutrición enteral, portador de sonda gástrica (SNG), abdomen blando depresible, ruidos hidroaereos (RHA) normales, un apetito no valorable, sed no valorable, dentadura incompleta, asimismo presenta un balance hídrico negativo y dentro de la valoración de úlceras por presión (UPP) según escala Norton (5) con riesgo.

### **Patrón IX: Eliminación**

Asimismo, los familiares del paciente en estudio refieren que sufre de estreñimiento. Durante su estancia en el servicio su diuresis fue 0cc, oliguria, así mismo se le colocó el 28-04-2018 sonda vesical y usaba pañal

### **Patrón X: Sexualidad reproducción**

También presenta genitales acordes a su edad en regular estado de higiene.

### **Datos de valoración complementarios.**

#### *Exámenes auxiliares*

*Tabla 1.  
Análisis de gases arteriales (AGA) 28-04-18*

	Valores obtenidos
PH	7.48
pCO <sub>2</sub>	32.9 mm Hg
pO <sub>2</sub>	59.60 mm Hg
HCO <sub>3</sub>	23.7 mEq/lt
Sat.	93.6%
CO <sub>2</sub>	24.70

Fuente: Análisis de laboratorio

Interpretación: Alcalosis respiratoria descompensada, hipoxemia leve.

*Tabla 2  
Electrolitos 28/04/2018.*

Compuesto	Valores obtenidos
Sodio	150.5 mEq/lt
Potasio	3.00 mEq/lt
Cloro	110.5

Fuente: Análisis de laboratorio



Interpretación: Hipernatremia, hipopotasemia.

*Tabla 3*  
*Hemograma 28/04/18*

	Valores obtenidos
Hemoglobina	13.6 mg/dl
Hematocrito	40.4%
Leucocitos	4.65
Plaquetas	183
Linfocitos	0.2%
Monocitos	0.2
Eosinofilos	0.2%
Basófilos	0.0

Fuente: Análisis de laboratorio

Interpretación. Sin alteraciones

*Tabla 4*  
*Urea 28/04/18*

	Valores obtenidos
Urea	87.5

Fuente: Análisis de laboratorio

Interpretación: El paciente en estudio presenta aumento de la urea siendo una manifestación clínica para la insuficiencia renal aguda.

*Tabla 5*  
*Creatinina 28/04/18*

	Valores obtenidos
Creatinina.	1.46

Fuente: Análisis de laboratorio

Interpretación: El paciente en estudio presenta aumento de la creatinina siendo una manifestación clínica para la insuficiencia renal aguda.

*Tabla 6*  
*Proteína C reactiva 28/04/18*

	Valores obtenidos
Proteína C reactiva	27.810

Fuente: Análisis de laboratorio

Interpretación: El paciente en estudio presenta elevación de la proteína c reactiva (PCR), lo que nos indica sepsis es decir una infección generalizada.

Interconsultas: Pasa a UCIN para manejo por medicina intensiva

### **Tratamiento médico**

NET Osmolite 40cc/h x 20h x SNG

Cloruro de sodio (CLNA) 0.9% 1000cc

I - II a 40cc/h

Con kalium (Cl K) 20% (1 ampolla) Lento

Ceftriaxona 2gr endovenoso (EV) c/24h

Clindamicina 600 mg EV c/8 h

Omeprazol 40 mg EV c/24h

Heparina sódica 5000 UIc/12h SC.

Haldol 5 mg EV por razones necesarias (PRN)

Paracetamol 1gr EV PRN

O2 CBN Sat >92%

Hemoglucoest (HGT) c/6h

Control de funciones vitales (CFV) + Balance hídrico (BH)

## Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y ejecución

### Diagnostico enfermero

#### Primer diagnostico

Etiqueta diagnostica: CP Shock Séptico

Definición:

Signos y síntomas/ características definatorias: Proteína C reactiva 27.810, temperatura corporal por debajo o por encima de lo normal, hipotensión, disminución del nivel de conciencia, oliguria. (Carpentito, 2005).

Enunciado: Complicación potencial (CP): Sepsis

#### Segundo diagnostico

Características definatorias: Gasometría arterial anormal: pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>:32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg, alcalosis respiratoria descompensada, hipoxemia leve, patrón respiratorio anormal, taquipnea FR: 22 x´.

Etiqueta diagnostica: Deterioro de intercambio de gases.

Factor relacionado: Desequilibrio en la ventilación perfusión.

Enunciado diagnostico Deterioro de intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por disnea, gasometría arterial anormal, alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg. Hipoxemia; patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22x´.

#### Tercer diagnostico

Características definatorias: Disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Etiqueta diagnostica: Patrón respiratorio ineficaz

Factor relacionado: Fatiga de los músculos respiratorios

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

#### **Cuarto diagnóstico**

Características definitorias: Alteraciones en la presión arterial; hipotensión PA 88/48 mmHg., Aportes superiores a perdidas, BH-, azotemia; aumento de urea 87.5 y creatinina 1.46., Desequilibrio electrolítico; hipernatremia y hipokalemia; sodio 150.5 mEq/lit-potasio 3.00 mEq/lit y oliguria.

Etiqueta diagnóstica: Exceso del volumen de líquidos

Factor relacionado: Mecanismos de regulación comprometidos.

Enunciado diagnóstico: Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial; hipotensión PA 88/48 mmHg., Aportes superiores a perdidas (BH-), azotemia; aumento de urea 87.5 y creatinina 1.46., Desequilibrio electrolítico; hipernatremia y hipokalemia; sodio 150.5 mEq/lit, potasio 3.00 mEq/lit y oliguria

#### **Quinto diagnóstico**

Características definitorias: Deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva, Glasgow 11 pts.

Etiqueta diagnóstica: Confusión crónica

Factor relacionado: Enfermedad del alzhéimer

Enunciado diagnóstico: Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva, Glasgow 11 pts.

#### **Sexto diagnóstico**

Características definitorias: Insomnio, cambios en el patrón de sueño

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Factor relacionado: Amenaza de muerte, factores estresantes, grandes cambios (estado de salud)

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada a amenaza de muerte, factores estresantes, grandes cambios (estado de salud) evidenciado por insomnio, cambios en el patrón de sueño

### **Séptimo diagnóstico**

Características definitorias: déficit de autocuidado: alimentación, déficit de autocuidado: baño, déficit de autocuidado: uso de inodoro, déficit de autocuidado: vestido, deterioro de la ambulación, deterioro de la memoria, deterioro de la movilidad física.

Etiqueta diagnóstica: Síndrome de fragilidad del anciano

Factor relacionado: alteración de la función cognitiva (alzhéimer), sarcopenia

Enunciado diagnóstico: Síndrome de fragilidad del anciano relacionado a alteración de la función cognitiva (alzhéimer), sarcopenia evidenciado por déficit de autocuidado: alimentación, déficit de autocuidado: baño, déficit de autocuidado: uso de inodoro, déficit de autocuidado: vestido, deterioro de la ambulación, deterioro de la memoria, deterioro de la movilidad física.

### **Octavo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Factor de riesgo: procedimientos invasivos vía periférica y sonda foley.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos: vía periférica y sonda foley.

### **Noveno diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas

Factor de riesgo: edad >65 años, alteración de la función cognitiva.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado a edad >65 años, alteración de la función cognitiva.

### **Decimo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Factor de riesgo: edades extremas, factor mecánico (fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a edades extremas, factor mecánico (fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).

### **Decimoprimer diagnóstico**

Características definitorias: confusión, deterioro de la percepción.

Etiqueta diagnóstica: Deprivación de sueño

Factor relacionado: Demencia

Enunciado diagnóstico: Deprivación de sueño relacionado a demencia evidenciado por confusión, deterioro de la percepción.

### **Decimosegundo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de estreñimiento

Factor de riesgo: Actividad física diaria medida es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de estreñimiento relacionado a la actividad física diaria medida es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

## **Planificación.**

### **Priorización.**

1. CP: Choque séptico.

2. Deterioro de intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal; alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg. Hipoxemia; patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22x´.
3. Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.
4. Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial: hipotensión PA 88/48 mmHg., Aportes superiores a perdidas, BH-, azotemia; aumento de urea 87.5 y creatinina 1.46., Desequilibrio electrolítico; hipernatremia y hipokalemia; sodio 150.5 mEq/lt, potasio 3.00 mEq/lt y oliguria
5. Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva puntuación de Glasgow 11 pts.
6. Ansiedad relacionada a amenaza de muerte, factores estresantes, grandes cambios en el estado de salud evidenciado por insomnio, cambios en el patrón de sueño
7. Síndrome de fragilidad del anciano relacionado a alteración de la función cognitiva (alzhéimer), sarcopenia evidenciado por déficit de autocuidado: alimentación, déficit de autocuidado: baño, déficit de autocuidado: uso de inodoro, déficit de autocuidado: vestido, deterioro de la ambulación, deterioro de la memoria, deterioro de la movilidad física.
8. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos, presencia de un vía periférica y sonda foley.
9. Riesgo de caídas relacionado a edad >65 años, alteración de la función cognitiva.

10. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a edades extremas, factor mecánico (fuerzas de cizallamiento, presión, inmovilidad física).
11. Deprivación de sueño relacionado a demencia evidenciado por confusión, deterioro de la percepción.
12. Riesgo de estreñimiento relacionado a la actividad física diaria medida es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.



## Plan de cuidados

Tabla 7

Cp. Choque séptico.

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general	1. Valorar signos y síntomas de shock séptico durante el turno:	
Controlar sepsis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constantes vitales inestables: (ritmo cardiaco, Pulso acelerado y débil).</li> <li>• presión arterial, bajada de la tensión arterial sistólica.</li> <li>• Frecuencia respiratoria</li> <li>• PO<sub>2</sub> &lt;60 mm Hg.</li> <li>• Disminución del nivel de conciencia, valorar posturas de descorticación o descerebración.</li> <li>• Valorar presencia de hipertermia. Fiebre de 39.4° o más. Escalofríos.</li> <li>• Piel fría y húmeda.</li> <li>• Oliguria</li> </ul>	2:00am
	2. Brindar medios físicos para disminuir la fiebre (ej: poca ropa y sabanas finas, baños tibios, aumento de fluidos, sábana hipotérmica) durante el turno.	2:00am
	3. Administrar antipiréticos, Paracetamol 1gr EV durante el turno PRN.	PRN
	4. Administración de líquidos (cristaloides y coloides). La administración debe realizarse con precaución para evitar la insuficiencia cardiaca durante el turno.	2:10am
	5. Administrar fármacos vasopresores según indicación durante el turno PRN	PRN
	6. Coordinar con laboratorio para la toma de muestras de sangre	

- 
- |   |        |
|---|--------|
| 7. Valorar análisis de laboratorio PCR durante el turno.                                | 2:30am |
| 8. Coordinar con el laboratorio durante el turno, para recolectar muestras para:        | 2:30am |
| • Espudo Gram   | 2:40am |
| • Cultivos  |        |
| • Hemocultivos  |        |
| • Rastreo de hongos   |        |
| 9. Iniciar la administración de antibióticos durante el turno:                          |        |
| Ceftriaxona 2gr cada 24 hrs   | 3:00am |
| Clindamicina 600 mg cada 8 hrs  |        |
| 10. Valorar la respuesta a la administración de la antibioticoterapia durante el turno. |        |
|   | 4:00am |
-

Tabla 8

*Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal; alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg. Hipoxemia leve; patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22 x´.*

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:		
1. Paciente mejorara intercambio de gases arteriales durante el turno.	1. Monitorizar funciones vitales: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria durante el turno	2:00am
	2. Valorar la pulsooximetría como parámetro para identificar la saturación de oxígeno durante el turno	2:00am
Resultados esperados:	3. Administrar oxigenoterapia según indicación durante el turno	2:00am
1. Paciente presentara gasometría arterial dentro de los parámetros normales pH: 7.35 a 7.45, pCO <sub>2</sub> : 35 a 45 mm Hg, pO <sub>2</sub> : 80 a 100	4. Colocar al paciente en posición fowler durante el turno.	2:00am
	5. Coordinar toma de muestra de sangre arterial durante el turno.	2:00am
	6. Interpretar y valorar resultados AGA durante el turno.	2:30am
	7. Controlar la perfusión tisular cerebral	2:00am
	8. Vigilar presencia de signos de hipoxemia e hipoxia durante el turno:	2:00am
2. Paciente presentará patrón respiratorio normal durante el turno. FR de 14 a 20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cianosis,</li> <li>• dificultad para respirar, taquicardia.</li> </ul>	
3. Paciente disminuirá signos de hipoxemia durante el turno. Sat:96% a 99%	9. Valorar el nivel de conciencia durante el turno:	2:00am
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glasgow</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Agitación</li> <li>• agresividad,</li> <li>• movimientos musculares inordinados</li> <li>• euforia</li> </ul>	

- 
- trastorno de juicio
  - coma.
-

Tabla 9

*Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.*

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Monitorizar los signos vitales: FR, Sat de O <sub>2</sub> durante el turno.	2:00am
Paciente mejorará patrón respiratorio durante el turno.	2. Valorar estado respiratorio durante el turno. <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilización de músculos accesorios</li> <li>• disnea</li> </ul>	2:00am
Resultados esperados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• profundidad respiratoria</li> <li>• mayor trabajo respiratorio</li> <li>• ansiedad</li> <li>• cianosis</li> </ul>	
1. Paciente presentará ausencia de disnea durante el turno.		
2. Paciente presentara disminución de utilización de musculatura accesoria durante el turno.	3. Valorar el patrón respiratorio y ajuste de las demandas de ventilación y oxigenación para garantizar la perfusión tisular durante el turno.	2:00am
	4. Auscultar los ruidos respiratorios, buscando sobrecarga de volumen, acumulación de secreciones pulmonares, observando zonas de ventilación reducida o ausente y la presencia de ruidos accesorios: crepitantes, sibilancias, roncus durante el turno.	2:00am
	5. Valorar los cambios del grado de conciencia durante el turno.	2:00am
	6. Mantener la cabecera de la cama elevada fowler durante el turno.	2:00am
	7. Revisar las radiografías de tórax seriadas durante el turno.	2:20am
	8. Administrar oxígeno complementario humidificado a través del medio adecuado: cánula durante el turno.	2:00am
	9. Realizar fisioterapia respiratoria, según indicación médica durante el turno.	2:00am

Tabla 10

*Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial: hipotensión PA 88/48 mmHg., Aportes superiores a perdidas, BH-, azotemia: aumento de urea 87.5 y creatinina 1.46., Desequilibrio electrolítico: Hipernatremia y hipokalemia; sodio 150.5 mEq/Lt, potasio 3.00 mEq/Lt y oliguria*

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Controlar funciones vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial durante el turno	2:00am
Paciente presentará equilibrio del volumen de líquidos durante el turno.	2. Auscultar los ruidos pulmonares y cardiacos durante el turno.	2:00am
Resultados esperados:	3. Valorar manifestaciones de exceso de líquidos: presencia de edemas, evaluar grado de edema (en una escala de +1 a +4), vigilar piel durante el turno.	2:00am
1. Paciente presentará valores normales de la presión arterial. (sistólica 90 a 120 mmHg y diastólica 60 a 80 mmHg.)	4. Administración de potasio, según indicación durante el turno.	2:00am
2. Paciente presentará equilibrio de balance hídrico entre los ingresos y egresos al finalizar el turno.	5. Coordinar para la toma de muestra de laboratorio: electrolitos, úrea, creatinina y valorar resultados durante el turno.	2:00am
3. Paciente presentara aumento de la producción de la diuresis. Mayor de 400 ml en 24 horas durante la hospitalización.	6. Manejar y controlar los ingresos en la medicación: Terapia intravenosa balance hídrico estricto durante el turno.	2:00am
4. Paciente presentará urea y creatinina dentro de los parámetros normales. Urea: 10 a 50, creatinina: 0.70 a 1.20	7. Insertar una sonda vesical para registrar los promedios urinarios horarios, además de realizar el balance de líquidos administrados contra los eliminados, balance hídrico estricto durante el turno.	2:00am
5. Paciente presentara electrolitos dentro de los parámetros normales. Sodio: 135 a 147, potasio: 3.5 a 5.0	8. Enviar a laboratorio muestra de recolección de orina durante el turno.	2:00am
	9. Controlar de densidad de la orina durante el turno.	
	10. Balance hídrico estricto, vigilar la diuresis horaria la cual debe ser superior a 0,5 ml /kg/hora durante el turno.	2:00am
		2:00am

- 
- |  |        |
|--|--------|
| 11. Valorar los exámenes de laboratorio el nitrógeno ureico, la creatinina, los electrolitos en el suero, al igual que el sodio, las proteínas y la sangre en la orina. Para determinar la función renal durante el turno. | 2:00am |
| 12. Valorar el estado ácido base en gases sanguíneos, en busca de acidosis metabólica durante el turno.  | 2:00am |
| 13. Vigilar los signos y síntomas de sobrecarga hídrica para prevenir complicaciones (taquicardia, distensión venosa en el cuello híper o hipotensión, etc.) durante el turno.   | 2:00am |
-

*Tabla 11*

*Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva (Glasgow 11 pts.)*

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:		
Paciente evidenciará disminución de signos de confusión crónica durante el turno.	1. Valorar el estado de conciencia, a través de la coherencia en el uso de palabras, el estado de tranquilidad y el estado de alerta durante el turno. 2. Realizar monitorización neurológica continua durante el turno. 3. Administrar medicación según indicación: Haloperidol durante el turno. 4. Realizar sujeción física si es necesario durante el turno.	2:00am 2:00am PRN PRN
Resultados esperados:	5. Proporcionar ambiente de seguridad, previniendo las caídas durante el turno.	PRN
1. Paciente presentará la función cognitiva sin incremento de confusión durante la hospitalización.	6. Mejorar el sueño, proporcionando confort y ambiente tranquilo durante el turno. 7. Apoyar en la toma de decisiones durante el turno. 8. Involucrar a la familia en el cuidado de la persona, a fin de propender por la recuperación pronta de su estado de salud durante el turno	PRN 3:00 PRN
2. Paciente presentara incrementara estado de Glasgow durante la hospitalización. Glasgow mayor de 11 puntos.	9. Proteger los derechos del paciente durante el turno. 10. Disminuir los factores desencadenantes de estrés durante el turno.	PRN 2:00



### Capítulo III: Marco teórico

#### Sepsis.

Aduen & Jacksonville (2004) mencionan que la Sepsis es una respuesta inflamatoria sistémica asociada a una infección. Por su parte (Neira & Málaga, 2016) refieren que esta complicación conlleva otras patologías por una continuidad de severidad clínica y fisiopatológica, como por ejemplo: hipotensión inducida por sepsis, sepsis severa, shock séptico y síndrome de disfunción de múltiples órganos, así mismo (Guillén, 2017) hace referencia que las manifestaciones clínicas del Shock Septico son las siguientes: Temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  o  $<36^{\circ}\text{C}$ , frecuencia cardíaca  $>90$  latidos por minuto, frecuencia respiratoria  $>20$  respiraciones por minuto o  $\text{PaCO}_2 <32$  mmHg, y recuento de leucocitos  $> 12\ 000$  cel/ $\mu\text{l}$ ,  $<4000$  cel/ $\mu\text{l}$ , o  $>10\%$  de formas inmaduras. Los biomarcadores que se relacionan dentro de la fisiopatología de la infección y sepsis como lo es la Proteína C reactiva (PCR)

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y a la valoración del paciente J. H. G. se pudo encontrar las siguientes características.

PCR Aumentado: La proteína C reactiva (PCR) es un marcador establecido de la sepsis. Al igual que con muchas otras proteínas de fase aguda, es predominantemente sintetizado por el hígado, principalmente en respuesta a la interleucina. Las elevaciones de PCR en suero se observan con la mayoría de las infecciones invasivas. Tanto por bacterianas grampositivas y gramnegativas, como por infecciones fúngicas sistémicas. Además de su uso en el diagnóstico de la sepsis, la PCR también se ha evaluado como marcador pronóstico. (Perez, Palacios, Saucedo, Aguirre, & Franco, 2015)

La sepsis se caracteriza por el aumento de la frecuencia respiratoria  $>20$  por minuto. (Salgado & Rodríguez, 2018); el aumento de la temperatura e hipotensión: El choque séptico es

frecuentemente asociado con un disturbio de la temperatura corporal y con una profunda caída en la presión arterial, parcialmente explicada por la inducción de enzimas vasoactivas. (Pereira, Batalhao, & Cárnio, 2014)

Por su parte Gomez, Sanchez, Perez, & Díaz, (2017) mencionan que entre los principales focos infecciosos a los que se ha atribuido la sepsis grave y choque séptico se encuentra, en primer lugar, la neumonía puesto que si se retrasa el tratamiento o si el organismo causante es muy virulento y resistente a los fármacos. Cuanto mayor sea el paciente mayor riesgo tiene de desarrollar otras enfermedades que compliquen su estado puede presente sólo signos sutiles de choque séptico.

Arriola et al (2017) refieren que dentro de la neumonía, está la presencia de infiltrados en la radiografía de tórax en el momento de la presentación en el departamento de Urgencias, de acuerdo al juicio de un radiólogo junto con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, producción de esputo, fiebre de  $>38^{\circ}\text{C}$  o temperatura de  $<36.1^{\circ}\text{C}$ , hallazgos auscultatorios consistentes con neumonía, leucocitosis ( $>10.0 \times 10^9$  glóbulos blancos) o leucopenia ( $<4.5 \times 10^9$  glóbulos blancos), nivel de PCR de más de tres veces el límite superior de lo normal, hipoxemia con  $\text{PO}_2 <60$  mmHg mientras el paciente respire aire ambiente, o disnea/taquipnea.

En tal sentido se decide utilizar el siguiente diagnostico complicación potencial Sepsis

Una de las intervenciones muy importantes para la complicación potencial es valorar signos y síntomas de shock séptico, las constantes vitales inestables: (ritmo cardiaco, pulso acelerado y débil). Así mismo Gomez et al., (2017) refieren que en la etapa inicial del choque séptico aumenta la fuga capilar y la capacitancia venosa que ocasionan un estado de hipovolemia efectiva con disminución del retorno venoso al corazón; el volumen intravascular decrece y, además del proceso séptico, disminuye el volumen sistólico, por lo que esta fase inicial de sepsis

caracterizada por hipovolemia, taquicardia y gasto cardiaco reducido se alivia con la administración de soluciones cristaloides por vía endovenosa. También la taquicardia se asocia con las temperaturas altas. Del mismo modo Doenges et al, (2014) refieren que inicialmente, el pulso es fuerte a causa del gasto cardiaco. Los pulsos se pueden debilitar como resultado de una hipotensión persistente, una disminución del gasto cardiaco y una vasoconstricción periférica si progresa el estado de choque.

Por lo cual se realiza el control de presión arterial, bajada de la tensión arterial sistólica; se produce a medida que las bacterias invaden el torrente sanguíneo, estimulando la liberación o activación de sustancias químicas y hormonas, que inicialmente causan una vasodilatación periférica, disminución de la resistencia vascular sistémica e hipovolemia relativa. A medida que evoluciona el choque, el gasto cardiaco se deprime intensamente a causa de las alteraciones graves de la contractilidad y de la precarga y poscarga, provocando una intensa hipotensión; por su parte (Martín, Domínguez, & Vázquez, 2014) refieren que la sepsis se distingue por una marcada hipovolemia efectiva que se asocia con bajas presiones de llenado y caída del índice cardiaco secundario. Así, muchos de los choques fríos iniciales corresponden a estados de sepsis con hipovolemia asociada. La resucitación con volumen restituye el volumen intravascular y eleva el gasto cardiaco en una alta proporción de los pacientes, con lo que el porcentaje de pacientes en choque frío disminuye sustancialmente.

Con el objetivo de evaluar si se produce un incremento de las respiraciones, estas son controladas, en respuesta a los efectos directos de endotoxinas sobre el cerebro, así como hipoxia, estrés y fiebre crecientes. Las respiraciones se pueden volver superficiales a medida que se desarrolla una insuficiencia respiratoria, con riesgo de insuficiencia respiratoria aguda (Doenges et al., 2014).

Del mismo modo se valora si el paciente presenta disminución del nivel de conciencia, la posturas de descorticación o descerebración, esto nos permitirá observar los cambios del sensorio reflejan alteraciones de la perfusión cerebral, hipoxemia, acidosis, o ambas, las cuales se pueden presentar como lo menciona Doenges et al, (2014) que la disminución de oxígeno produce alteración de la conciencia.

También se valorar presencia de hipertermia. En tal sentido la fiebre de 39.4° o más, escalofríos, taquicardia, son indicadores de proceso infeccioso agudo. El patrón de la fiebre puede ayudar al diagnóstico: una fiebre persistente o continua que dura más de 24h sugiere neumonía por neumococos, escarlatina o fiebre tifoidea; una fiebre remitente (que solo varía algunos grados en ambos sentidos) refleja infecciones pulmonares; la presencia de curvas intermitentes o fiebre que retorna a la normalidad una vez en periodos de 24h es indicativo de episodio séptico (Doenges et al., 2014).

También se valora la piel fría y húmeda, respecto a la temperatura, según el estadio o etapa de desarrollo de la sepsis, puede encontrarse normal, disminuida o aumentada; sin embargo, tras la lesión y el daño instaurado en etapas posteriores, la hipotermia es la característica y la piel se torna fría y húmeda, moteada o cianótica (Acevedo, Ortiz, & Díaz, 2009).

Además, otra las intervenciones de enfermería es el control de oliguria; la presencia de menor diuresis y una orina de mayor densidad relativa es indicador de una disminución de la perfusión renal asociada con desplazamientos de líquidos y vasoconstricción selectiva. Se puede observar una poliuria transitoria durante la fase hiperdinámica (mientras el gasto cardiaco es elevado), aunque suele evolucionar a oliguria (Doenges et al, 2014).

Así mismo es importante brindar medios físicos para disminuir la fiebre (ej: poca ropa y sabanas finas, baños tibios, aumento de fluidos, sábana hipotérmica), se debe modificar la temperatura ambiente o el número de mantas para mantener una temperatura corporal casi normal. Los medios físicos con agua tibia ayudan a reducir la fiebre. Doenges et al, (2014)

Por otra parte, valorar análisis de laboratorio (resultados de proteína C reactiva). La Proteína C Reactiva (PCR) es otro marcador diagnóstico de infección bacteriana o sepsis habitualmente usado en la práctica clínica. (Scandizzo et al., 2013).

Asimismo, se debe administrar antipiréticos, paracetamol 1gr EV PRN. Los efectos antipiréticos del paracetamol bloquean el pirógeno endógeno en el centro hipotalámico regulador de la temperatura, inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas. El calor es disipado por vasodilatación, aumento del flujo sanguíneo periférico y sudación (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas., 2015).

La administración de líquidos (cristaloides y coloides) debe realizarse con precaución para evitar la insuficiencia cardiaca. La fluido terapia es más eficaz al inicio de una sepsis grave ya que a medida que el estado se agrava, la disfunción es mayor a nivel celular. Puede ser necesario un importante volumen de líquido para superar una hipovolemia relativa (vasodilatación periférica), para reponer las pérdidas de una permeabilidad capilar creciente y para compensar las pérdidas ocultas (sudación). (Doenges et al., 2014)

De la misma manera se debe valorar la respuesta a la administración de fármacos vasopresores. Según las cifras tensionales y la garantía de la perfusión cardiovascular determinada por el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y el llenado capilar; la perfusión pulmonar, evidenciado por la oxigenación y la perfusión periférica; la perfusión cerebral,

manifiesta por el estado de conciencia, y la perfusión renal, a través de la valoración de volúmenes urinarios (Acevedo et al., 2009)

Luego es necesario también valorar el análisis de AGA. La valoración de los resultados de análisis de AGA permite determinar la garantía del transporte tisular de oxígeno con el reporte actualizado de gases arteriales (Acevedo et al., 2009).

Además, se debe obtener esputo para la reacción de Gram, tomar laboratorios clínicos, cultivos hemocultivos, rastreo de hongos, valorando sus resultados para correlacionarlos con la respuesta a los antibióticos. La identificación de la entrada portal y el microorganismo causal de la septicemia es fundamental para administrar un tratamiento eficaz, basado en la sensibilidad de los antibióticos (Doenges et al, 2014).

Se debe iniciar la administración de antibióticos: Ceftriaxona 2gr cada 24 hrs, Clindamicina 600 mg cada 8 horas. La Ceftriaxona es una cefalosporina de tercera generación para uso parenteral, que muestra una actividad significativa frente a gérmenes gramnegativos serios, esto penetra a través de la barrera hematoencefálica, la cual está indicada en septicemia (Calvo, 2011), por su parte la clindamicina Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas. Está indicada en infecciones graves causadas por microorganismos sensibles: en ads.: neumonía adquirida en la comunidad causada por *Staphylococcus aureus*, neumonía por aspiración, empiema (adquirido en la comunidad), absceso pulmonar. (Vademecum, 2018)

Posterior de la administración de los antibióticos se debe valorar la respuesta a la administración de la antibioticoterapia. Analizar la respuesta a la administración de la antibioticoterapia prescrita a través de la disminución de la temperatura, disminución de la respuesta inflamatoria y mejoría del estado metabólico del paciente. (Acevedo et al., 2009)

Para finalizar se debe valorar los tonos cardiacos en búsqueda de S3 y S4, los cuales se presentan como característicos en la falla cardiaca. Se pueden producir arritmias cardiacas como resultado de la hipoxia, de trastornos acidobásicos o de electrolitos o por estado de baja perfusión (Doenges et al, 2014).

### **Deterioro del intercambio de gases.**

En infecciones respiratorias agudas, tales como la neumonía, las funciones de intercambio gaseoso en los pulmones cambian de acuerdo con las fases de la enfermedad, resultando en dos alteraciones pulmonares: disminución de la razón entre ventilación y perfusión y reducción del área de superficie total disponible de la membrana respiratoria. (Maia et al., 2015) por su parte (Gutiérrez, 2010) refiere que la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente.

Gutiérrez (2010) refiere que los signos y síntomas de la IRA son inespecíficos, pueden variar ampliamente de un paciente a otro, y pueden comprometer tanto la esfera respiratoria como el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central. La disnea, corresponde al síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se describe como “dificultad para respirar”, “acortamiento de la respiración”, “falta de aire” o “falla de la respiración”. La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal).

Por su parte Ortiz, Maria (2017) mencionan que la cianosis es otro signo que pueden presentar un paciente con deterioro del intercambio de gases y se define como el tinte o color

azulado de la piel y mucosas, que resulta del incremento de hemoglobina reducida o desoxihemoglobina, y su presencia se traduce como hipoxia de los tejidos. Existen factores de tipo anatómico, fisiológico y físico que generan el aumento de la hemoglobina reducida y desencadenan la cianosis. Así mismo (Gutiérrez, 2010) menciona que las alteraciones en la saturación de oxígeno, que se evidencian a través de la utilización del oxímetro de pulso y se traduce en una disminución por debajo del 90% en los casos de IRA.

Arnedillo, García, & García (2018) refieren que un indicador fundamental para determinar el intercambio de gases es la valoración de los resultados de AGA. Los valores normales para la PCO<sub>2</sub> oscilan entre 35-45 mm Hg. El aumento de la PCO<sub>2</sub> por encima de 45 mm Hg se considera hipercapnia y la disminución del mismo por debajo de 35 mm Hg se define como hipocapnia. Hay que tener en cuenta que es el CO<sub>2</sub> disuelto el que determina la presión arterial en sangre de CO<sub>2</sub> (al igual que el O<sub>2</sub>). Este CO<sub>2</sub> disuelto constituye una cantidad mínima del CO<sub>2</sub> transportado en la sangre, ya que el 95% va transportado por mecanismos buffer en el eritrocito. Sin embargo, es la porción disuelta la que determina el gradiente de presión entre el aire alveolar, sangre y tejidos y es la tensión de CO<sub>2</sub> la única determinante significativa del grado en que la sangre acepta o cede CO<sub>2</sub>.

La PO<sub>2</sub> se considera normal por encima de 80 mmHg, ya que variaciones por encima de ella rara vez afectan al juicio terapéutico y no modifican sustancialmente la saturación de O<sub>2</sub> de la hemoglobina (Hb). Por lo tanto, la hipoxemia se define cuando la PO<sub>2</sub> está por debajo de 80 mmHg. La PO<sub>2</sub> normal puede variar en determinadas circunstancias como son la presión barométrica, la posición del sujeto y la edad.



Clásicamente se define la insuficiencia respiratoria (IR) cuando en reposo, vigilia y respirando aire ambiente, la presión arterial de O<sub>2</sub> (PO<sub>2</sub>) es menor de 60 mm Hg y/o la presión arterial de CO<sub>2</sub>(PCO<sub>2</sub>) es mayor de 45 mm Hg. (Arnedillo, García, & García, 2018)

Así mismo Arnedillo, García, & García (2018) mencionan que la incapacidad del aparato respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso necesario para mantener las necesidades metabólicas del organismo se denomina insuficiencia respiratoria.

El diagnóstico deterioro del intercambio gaseoso pertenece al dominio eliminación e Intercambio y a la clase función respiratoria; tiene como características definitorias: batir las alas nasales, cefalea al despertar, cianosis (solamente en neonatos), confusión, color de la piel anormal (pálida, obscurecida), diaforesis, dióxido de carbono disminuido, disnea, disturbios visuales, gases sanguíneos arteriales anormales, hipercapnia, hipoxemia, hipoxia, inquietud, irritabilidad, pH arterial anormal, respiración anormal (por ejemplo: frecuencia, o, profundidad), somnolencia y taquicardia (Maia et al., 2015)

El paciente en estudio presento disnea en tal sentido Martínez, Martinez, Alonso, & Rodilla (2014), refieren que la disnea se define como la sensación subjetiva de dificultad en la respiración o la percepción de la propia respiración de forma desagradable. Es un síntoma frecuentemente en urgencias que se presenta como disnea aguda o como agudización de una disnea crónica.

Con frecuencia la disnea implica una falta de aporte de oxígeno al organismo, de etiología variada, que exige la oxigenoterapia para evitar daños irreversibles en órganos vitales. Las causas más frecuentes de disnea aguda son en el adulto: la insuficiencia cardiaca izquierda, el tromboembolismo pulmonar, la neumonía y el neumotórax espontáneo.

Así mismo algunos de los datos en gasometría arterial que presento el paciente fueron pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg, presentando también hipoxemia.

Así mismo la insuficiencia respiratoria se define como la presencia de una hipoxemia arterial ( $\text{PaO}_2$  menor de 60 mm Hg), en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, acompañado o no de hipercapnia ( $\text{PaCO}_2$  mayor de 45 mm Hg). Denominaremos solo como hipoxemia En la atención prehospitalaria con guía de pulsioximetría, se pueden considerar que valores de Saturación de Oxígeno de 90% a 95% equivalen a  $\text{PaO}_2$  de 60 a 80 mm Hg (Hipoxemia) y si es de 90% equivale a una  $\text{PaO}_2$  de 60mmHg (Insuficiencia Respiratoria).(Gutiérrez, 2010).

La alcalosis respiratoria es un trastorno clínico provocado por disminución de la concentración de iones  $\text{H}^+$  y caracterizado por pH arterial elevado,  $\text{PCO}_2$  baja y reducción variable en el  $\text{HCO}_3$  plasmático como consecuencia de múltiples factores etiológicos, el deterioro de intercambio de gases es el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo capilar. (Nanda, 2017).

En tal sentido haciendo el análisis de la valoración y corroborando con la bibliografía se utiliza el siguiente diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por Disnea, Gasometría arterial anormal; Alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48,  $\text{pCO}_2$ : 32.9 mm Hg,  $\text{pO}_2$ : 59.60 mm Hg. Hipoxemia; Patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22x´.

Para mejorar el intercambio de gases realizaron las siguientes intervenciones:

Como primera intervención se realiza la monitorización de los signos vitales; Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria: En pacientes con trastornos respiratorios suele observarse cierto grado de taquipnea y puede ser pronunciada en el momento del ingreso o con estrés/ procesos agudos simultáneos. La respiración puede ser poco profunda y rápida, con espiración prolongada en comparación con la inspiración, la valoración es útil para

valorar el grado de insuficiencia respiratoria, y la cronicidad del proceso patológico. (Doenges et al., 2014).

También en este tipo de pacientes suele existir taquicardia como resultado de la fiebre o deshidratación, aunque puede representar una respuesta a la hipoxemia. Una fiebre alta (frecuentemente en las neumonías bacterianas y la gripe) aumenta en gran medida las demandas metabólicas y el consumo de oxígeno y altera la oxigenación celular. (Doenges et al., 2014).

Posteriormente se valora la pulsooximetría como parámetro para identificar la saturación de oxígeno, recordando que en estados avanzados del shock séptico los dedos de las manos presentan mala circulación y perfusión periférica y perfusión tisular cerebral como consecuencia del proceso inflamatorio sistémico, daño cardiovascular y efecto secundario de inotrópicos y vasopresores, por lo cual la oximetría debe ejecutarse en los lóbulos de las orejas. Se mide por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima de 90%. (Doenges et al., 2014).

Por consiguiente, administrar oxigenoterapia según indicación, el oxígeno se usa para corregir o prevenir el agravamiento de la hipoxemia, mejorar la supervivencia y la calidad de vida. Se puede administrar oxígeno complementario solo durante los periodos de empeoramiento, o como tratamiento a largo plazo, el objetivo de la oxigenoterapia es mantener la  $P_{aO_2}$  por encima de los 60 mm Hg (o superior a 90% de saturación de  $O_2$ ). El oxígeno se administra por el método que aporte suficiente cantidad dentro de la tolerancia del paciente (Doenges et al., 2014).

Asimismo, colocar al paciente en posición fowler, la elevación de la cabecera fomenta el desplazamiento diafragmático y la expansión pulmonar óptima y minimiza la presión del

contenido abdominal sobre la cavidad torácica, reduce el colapso de las vías respiratorias, la disnea y el trabajo respiratorio, así mismo incrementa la  $P_{aO_2}$ . (Doenges et al., 2014).

Luego coordinar toma de muestra de sangre arterial, que permite la pronta toma de análisis, para la toma de decisiones. (Doenges et al., 2014).

Por consiguiente, se interpreta y valora los resultados AGA, los análisis de ácido básico ayudan a controlar el intercambio de gases en los pulmones, y en los casos graves el descenso del  $PO_2$  provoca una hipoxemia, hay síntomas de alcalosis respiratoria. Asimismo, la ansiedad y la necesidad de aire provocan una aceleración del ritmo respiratorio. (Doenges et al., 2014).

Asimismo, para controlar la perfusión tisular cerebral se debe vigilar presencia de signos de hipoxemia e hipoxia: cianosis, dificultad para respirar, taquicardia. (Doenges et al., 2014).

Igualmente vigilar presencia de signos de hipoxemia e hipoxia: cianosis, dificultad para respirar, taquicardia. La cianosis puede ser periférica (observada en lechos ungueales) o central (alrededor de los labios o lóbulos de las orejas), un oscurecimiento y cianosis central indican hipoxemia avanzada. Además, la disfunción respiratoria varía dependiendo del proceso subyacente la cual se puede graduar con el uso de la escala de 0 a 10 para cuantificar la disnea, ayuda a registrar cambios en la insuficiencia respiratoria. (Doenges et al., 2014).

Simultáneamente en conjunto con las anteriores intervenciones, es importante valorar el nivel de conciencia: Glasgow, inquietud, agitación, agresividad, movimientos musculares inordinados, euforia, trastorno de juicio, coma, nerviosismo, irritación, confusión y somnolencia pueden reflejar hipoxemia y disminución de la oxigenación cerebral.

Es importante coordinar la toma de rayos x de tórax debido a que establece las bases para vigilar el proceso, regresión de la enfermedad y sus complicaciones. (Doenges et al., 2014).

Posteriormente valorar las radiografías de tórax para seguir la evolución y los efectos del proceso de la enfermedad, régimen terapéutico y facilita la necesaria alteración del tratamiento. (Doenges et al., 2014).

### **Patrón respiratorio ineficaz.**

La fatiga se define como la incapacidad de un músculo para mantener la fuerza requerida o esperada después de contracciones continuas o repetidas. Como primera aproximación, en el aparato respiratorio, se define como la incapacidad para continuar generando suficiente presión para mantener la ventilación alveolar. La fatiga no se debe confundir con debilidad muscular, que consiste en incapacidad para desarrollar la fuerza esperada, en lugar de la incapacidad para mantenerla, la fatiga muscular ocurre cuando la demanda de energía por el músculo supera la capacidad de aporte por la sangre, así como en el shock séptico. (Samper, Ivañez, & Solves, 2019)

Casas, Contreras, Zuluaga, & Mejía, (2008) Mencionan que la insuficiencia respiratoria resulta cuando la función de bomba de los músculos respiratorios es insuficiente para mantener un nivel de intercambio gaseoso a nivel alveolar que supla las necesidades metabólicas de la respiración celular; así mismo, el desarrollo de la insuficiencia respiratoria en los pacientes críticos se presenta como un proceso dinámico que puede ser agudo o crónico.

Así mismo Gutiérrez, (2010) refiere que la disnea, corresponde al síntoma principal que se observa en los pacientes con IRA. Generalmente se describe como “dificultad para respirar”, “acortamiento de la respiración”, “falta de aire” o “falla de la respiración”. La disnea debe diferenciarse como término de la taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y ortopnea (intolerancia respiratoria al decúbito dorsal). Así mismo la tos, que corresponde a un reflejo del

sistema respiratorio por irritación de la mucosa o por la presencia de elementos extraños dentro del mismo.

El patrón respiratorio ineficaz se define como Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada. (NANDA, 2017)

Se decide utilizar el siguiente diagnostico patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Para mejorar el patrón respiratorio se realizaron las siguientes intervenciones:

Primero monitorizar los signos vitales como la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, así como refieren Doenges et al., (2014) la saturación de oxígeno refleja la ventilación y la oxigenación y el estado acidobásico la cual se utiliza como base para evaluar eficacia de las terapéuticas respiratorias.

Del mismo modo se debe valorar del estado respiratorio como lo es la utilización de músculos accesorios, disnea, profundidad respiratoria, mayor trabajo respiratorio, ansiedad, cianosis. Debido a que la presencia de taquipnea, disnea, profundidad respiratoria, utilización de músculos accesorios, cianosis, nerviosismo y mayor trabajo de la respiración refleja insuficiencia respiratoria y la necesidad de intervención médica. (Doenges et al, 2014)

Además, se debe valorar el patrón respiratorio y ajuste de las demandas de ventilación y oxigenación para garantizar la perfusión tisular, por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima de 90%. (Doenges et al., 2014)

Asimismo, la auscultación de los sonidos respiratorios permite identificar si hay sobrecarga de volumen, acumulación de secreciones pulmonares, observando zonas de

ventilación reducida o ausente y la presencia de ruidos accesorios: crepitantes, sibilancias, roncus. La auscultación de pecho induce con frecuencia a error: la respiración dificultosa al principio puede oírse por todos los campos de los pulmones durante ambas fases de la respiración. Conforme se va restringiendo el flujo del aire por la grave obstrucción y la secreción de moco, disminuyen los sonidos respiratorios o incluso desaparecen. Esto es un signo de fallo respiratorio inminente. (Carpenito, 2014)

Simultáneamente de debe valorar los cambios del grado de conciencia puesto que la hipoxemia puede causar trastornos desde ansiedad y confusión hasta falta de respuesta. (Doenges et al., 2014)

De la misma manera mantener la cabecera de la cama elevada en posición fowler (Doenges et al., 2014), es una intervención que fomenta el desplazamiento diafragmático y la expansión pulmonar optima y minimiza la presión del contenido abdominal sobre la cavidad torácica. (Carpenito, 2014)

También la revisión de las radiografías de tórax es una intervención que permite seguir la evolución y los efectos del proceso de la enfermedad, régimen terapéutico y facilita la necesaria alteración del tratamiento. (Carpenito, 2014)

La administración de oxígeno complementario maximiza el O<sub>2</sub> disponible para su intercambio y reduce el trabajo de la respiración. (Doenges et al., 2014) así mismo Carpenito, (2014) refiere que el tratamiento con oxígeno puede ayudar a prevenir el estado de inquietud si el paciente está empezando a padecer de disnea y también puede ayudar a prevenir los edemas pulmonares. Puesto que el paciente ya no respira entrecortadamente, desciende el riesgo de distensión abdominal. Resulta esencial realizar frecuentes gasometrías arteriales para detectar los impulsos respiratorios más bajos de lo normal.

Se debe realizar también la fisioterapia respiratoria, puesto que los exudados en los alveolos y los broncoespasmos provocados por un incremento de las secreciones broncopulmonares pueden hacer que el esfuerzo respiratorio sea menor y desajustar el intercambio de gases. (Carpenito, 2014).

### **Exceso del volumen de líquidos.**

Según Díaz, Briones, Carrillo, Moreno, & Augusto, (2017) refieren que la insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome que se presenta por múltiples causas que provocan una injuria y se caracteriza por la disminución abrupta de la filtración glomerular, la cual resulta por la incapacidad del riñón para excretar los productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. La manifestación clínica primaria de la IRA es la causa desencadenante y posteriormente por la acumulación de los productos nitrogenados, (urea y creatinina) y el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. Se caracteriza además por alteraciones del flujo urinario; cuando es menor a 400 mL en 24 horas se le denomina insuficiencia renal aguda clásica oligúrica o anúrica, cuando es mayor a 400 mL en 24 horas.

Entre los factores clínicos, la depleción de volumen, la hipotensión arterial, la sepsis y la administración de nefrotóxicos, se asocian frecuentemente a IRA. (Sociedad Española de Nefrología, 2010).

En la forma prerenal o azotemia prerenal, la retención de sustancias nitrogenadas es secundaria a una disminución de la función renal fisiológica debido a una disminución de la perfusión renal, como ocurre en deshidratación, hipotensión arterial, hemorragia aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoalbuminemia severa, etc. (Arakaki & Manuel, 2003).



En pacientes con insuficiencia renal pueden desencadenar graves alteraciones hidroelectrolíticas: hipernatremia grave, hiperfosforemia, hipopotasemia, acidosis metabólica o fracaso renal secundario a deshidratación. (Vega Tejedor et al., 2010).

La presión arterial está regulada por una serie de sistemas autonómicos y reflejos humorales interrelacionados, que continuamente adecuan los elementos determinantes del sistema (frecuencia cardiaca, volumen latido, resistencia periférica total y volumen circulante). El volumen circulante efectivo (VCE), está controlado por una serie de sistemas reflejos, intra y extrarrenales, que obtienen información acerca de la presión de perfusión (barorreceptores en bulbo carotídeo y cayado aórtico), osmolaridad plasmática (hipotálamo) y sodio urinario (túbulo distal) El riñón posee unos mecanismos propios de autorregulación. La reducción del flujo sanguíneo renal es detectada a nivel de las células mesangiales del aparato yuxtaglomerular, poniéndose en marcha el sistema renina-angiotensina. El aumento de angiotensina II produce por un lado vasoconstricción local, y por otro lado estimula la producción de aldosterona por la corteza suprarrenal con la consiguiente reabsorción tubular de sodio y agua. A nivel renal actúa también la hormona antidiurética o vasopresina (liberada desde el hipotálamo por estímulo de los barorreceptores arteriales y también por estímulo de la angiotensina II), que actúa como vasoconstrictor potente y ahorrador de agua en el túbulo distal. (Fundación para la Formación e investigación Sanitarias de la región de Murcia, 2018)

Se decide utilizar el siguiente diagnostico patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Para mejorar el patrón respiratorio se realizaron las siguientes intervenciones:

Exceso del volumen de líquidos: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.  
(NANDA, 2017).

Se utiliza el siguiente diagnóstico de enfermería: Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial (hipotensión PA 88/48 mmHg), Aportes superiores a pérdidas (BH-), azotemia (aumento de Urea 87.5 y Creatinina 1.46), desequilibrio electrolítico; Hipernatremia y hipokalemia (Sodio 150.5 mEq/lit – Potasio 3.00 mEq/lit), Oliguria

Para el diagnóstico de enfermería exceso del volumen de líquidos se han identificado las siguientes intervenciones:

Una de las iniciales intervenciones es controlar funciones vitales, la frecuencia cardíaca, presión arterial puesto que se pueden manifestar taquicardia y cambios en la presión arterial. La incapacidad renal de excretar orina, animación con exceso de líquidos, durante el intento de tratar la hipovolemia o hipotensión, o transformar la fase oligúrica de la insuficiencia renal, o cambios en el sistema renina angiotensina, o todo ello. Puede ser necesario un control cruento para valorar el volumen intravascular, especialmente en pacientes con una función cardíaca deficiente. (Doenges et al., 2014)

Asimismo, auscultar los ruidos pulmonares y cardíacos debido a que puede haber una sobrecarga de líquidos puede causar edema pulmonar, demostrada por la manifestación de ruidos respiratorios y cardíacos. (Doenges et al., 2014)

De igual manera es muy importante la valorar manifestaciones de exceso de líquidos como presencia de edemas, evaluar grado de edema (en una escala de +1 a +4), vigilar piel. El edema se produce, principalmente, en las partes declives del cuerpo; manos, pies, zona lumbosacra. (Doenges et al., 2014)

Es importante la administración de potasio pues permite el fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseado, para corregir los niveles inferiores. (Doenges et al., 2014)

De la misma manera coordinar para la toma de muestra de laboratorio como son los electrolitos, úrea y creatinina puesto que la recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos. Obtención de una muestra sanguínea de una arteria para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-básico. (Doenges et al., 2014)

De la misma manera una de las intervenciones de suma importancia es manejar y controlar los ingresos en la medicación dado que la terapia intravenosa balance hídrico estricto facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. (Doenges et al., 2014)

También el insertar una sonda vesical permite registrar los promedios urinarios horarios, además de realizar el balance de líquidos administrados contra los eliminados, balance hídrico estricto. El sondeo elimina la obstrucción en las vías inferiores y permite controlar con precisión la diuresis durante la fase aguda; sin embargo, la sonda permanente puede estar contraindicada debido al aumento del riesgo de infección. (Doenges et al., 2014)

Posteriormente se enviar a laboratorio muestra de recolección de orina con el fin de ser utilizada para poder calcular sustancias que aparecen en poca cantidad en la orina y como prueba diagnóstica. (Doenges et al., 2014)

También se debe controlar la densidad de la orina, puesto que permite determinar la capacidad renal para concentrar la orina. En insuficiencia intrarrenal, la densidad de la orina es,

normalmente, igual o inferior a 1.010, indicando pérdida de capacidad de concentrar orina.

(Doenges et al., 2014)

También el balance hídrico estricto permite vigilar la diuresis horaria la cual debe ser superior a 0,5 ml /kg/hora ya que Una diuresis baja (inferior a 400 ml/h) puede ser un indicador inicial de insuficiencia aguda, especialmente en paciente con alto riesgo. Es necesario conocer un balance hídrico preciso para determinar la función renal y las necesidades de reposición hídrica, y reducir el riesgo de sobrecarga hídrica. La hipervolemia se produce en la fase anúrica de ARF.

(Doenges et al., 2014)

Posteriormente es importante la valoración de los exámenes de laboratorio el nitrógeno ureico, la creatinina, los electrolitos en el suero, al igual que el sodio, las proteínas y la sangre en la orina para determinar la función renal puesto que la urea y creatinina (Cr) valora la evolución y el tratamiento de la insuficiencia renal. Aunque ambos valores pueden estar elevados, Cr es el mejor indicador de la función renal porque no está afectado por la hidratación. La diálisis está indicada si la relación es superior a 10:1 o si el tratamiento no corrige la sobrecarga hídrica, o la acidosis metabólica. (Doenges et al., 2014)

También valorar el estado ácido base en gases sanguíneos permite la búsqueda de acidosis metabólica, lo cual ofrecerá una panorámica de la función renal. (Doenges et al., 2014)

Simultáneamente se debe vigilar los signos y síntomas de sobrecarga hídrica, la vigilancia del signos y síntomas previene complicaciones (taquicardia, distensión venosa en el cuello híper o hipotensión, etc.) (Doenges et al., 2014)

### **Confusión crónica.**

Arroyo, Torres, & Castañeda, (2001) Refieren que la demencia de tipo Alzheimer se caracteriza esencialmente por un deterioro cognoscitivo progresivo. Pero no debemos olvidar que

desde el inicio de ese déficit cognoscitivo se asocian frecuentemente trastornos del comportamiento. Además, la prevalencia global de los trastornos del comportamiento es del 70-90% de los casos en estudios con grupos de enfermos españoles se observa que los más habituales son: apatía/indiferencia (46-56% de los pacientes), irritabilidad (38-42%), depresión (35-50%), conducta motora aberrante (13-30%), agitación/agresividad (29%), ansiedad (27%), desinhibición (24%), ideas delirantes (19-26%), alucinaciones (14-16%)y euforia (3-4%).

El principal factor de riesgo para las formas más comunes de demencia, como la enfermedad de Alzheimer, es el envejecimiento. La demencia bien establecida afecta al 8% de las personas de edad igual o superior a 65 años. (Arroyo et al., 2001)

La demencia ha sido definida como una pérdida de capacidades cognitivas (memoria y otras funciones tales como el lenguaje y la capacidad ejecutiva), de cuantía suficiente como para interferir con las actividades habituales de la persona enferma. Esta pérdida debe tener como causa una enfermedad cerebral comprobada o presunta, y debe descartarse un compromiso de conciencia, o un estado confusional agudo (1,2). La etiología más frecuente e importante de demencia es la enfermedad de Alzheimer (EA), que es una enfermedad de patogenia compleja, a veces hereditaria, que causa pérdida de neuronas y aparición de lesiones cerebrales características (placas seniles y degeneración neurofibrilar). Habitualmente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y curso lentamente progresivo, durante años. En el inicio destacan las pérdidas de memoria y juicio; luego se agregan trastornos del lenguaje, pérdida de habilidades motoras, desorientación; al final el paciente termina postrado en cama, sin lenguaje y totalmente dependiente. (Donoso & Vásquez, 2001).

Confusión crónica: Deterioro irreversible de larga duración y/o progresivo del intelecto y la personalidad, caracterizado por disminución de la habilidad para interpretar los estímulos

ambientales; disminución de la capacidad para procesos de pensamiento intelectuales manifestada por trastornos de memoria, la orientación y la conducta. (NANDA, 2017)

Se decide utilizar el siguiente diagnóstico Confusión crónica relacionada a enfermedad del Alzheimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva Glasgow 11 pts.

Para mejorar el diagnóstico confusión crónica se planificaron intervenciones de enfermería, inicialmente se valora el estado de conciencia, a través de la coherencia en el uso de palabras, el estado de tranquilidad y el estado de alerta el cual permite determinar el estado neurológico, según escalas. (Doenges et al., 2014)

Continuadamente realizar monitorización neurológica para la recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas. (Doenges et al., 2014)

Asimismo, administrar medicación según indicación como el Haloperidol que es un neuroleptico perteneciente a la familia de las butirofenonas. Es un potente antagonista de los receptores dopaminérgicos cerebrales, y, por consiguiente, está clasificado entre los neurolepticos de gran potencia. Haloperidol no posee actividad antihistamínica ni anticolinérgica. Está indicado en el tratamiento de la agitación psicomotriz en: Manía, demencia, retraso mental, alcoholismo, agitación, agresividad y conductas de evitación en pacientes geriátricos. (Vademecum, 2016)

Es importante también realizar sujeción física si es necesario puesto que la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados permiten limitar la movilidad física del paciente para su seguridad. (Doenges et al., 2014)

Proporcionando también el ambiente de seguridad, previniendo las caídas por lo cual es necesario vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad. (Doenges et al., 2014)

Asimismo, mejorar el sueño, proporcionando confort y ambiente tranquilo para facilitar ciclos regulares de sueño y vigilia (Carpenito, 2014)

También apoyar en la toma de decisiones, proporcionando información y apoyo a un paciente o familia que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios. (Carpenito, 2014)

Involucrando a la familia en el cuidado de la persona a fin de propender por la recuperación pronta de su estado de salud, proporcionando consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado. (Doenges et al., 2014)

Igualmente es importante proteger los derechos a cuidados sanitarios de un paciente incapaz de tomar decisiones, especialmente si el paciente es menor, está incapacitado o es incompetente. (Doenges et al., 2014)

Finalmente es importante disminuir los factores desencadenantes de estrés, lo que permite la pronta recuperación. (Carpenito, 2014).

## Capítulo IV: Evaluación y conclusiones

### Evaluación:

Se atendió al paciente durante dos horas de 2:00 am a 4:00 am el día 20/04/18. Tuvo 11 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizo 5 de ellos.

### Evaluación por horas de atención.

#### Primer diagnostico

Cp. Choque séptico

Objetivo: Controlar sepsis. OPA

El objetivo fue parcialmente alcanzado puesto que el paciente presento temperatura dentro de los parámetros normales, no presento escalofríos, no presento piel fría y húmeda, y el recuento de los leucocitos dentro de los parámetros normales sin embargo la PO<sub>2</sub> <60, FR >20, presento disnea, disminución del nivel de conciencia, oliguria, aumento del PCR, hipotensión, tos

#### Segundo diagnostico

Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por Gasometría arterial anormal; Alcalosis respiratoria descompensada, pH: 7.48, pCO<sub>2</sub>: 32.9 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 59.60 mm Hg. Hipoxemia leve; Patrón respiratorio anormal; taquipnea FR: 22 x´.

Objetivo: Paciente mejorara intercambio de gases arteriales durante el turno. ONA

El objetivo no fue alcanzado debido a que el paciente en estudio durante la estancia en el servicio continuo presentando alteración de los gases arteriales acompañado de un patrón respiratorio anormal y utilización de musculatura accesoria.



**Tercer diagnostico**

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciada por disnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Objetivo: Paciente mejorará patrón respiratorio durante el turno. OPA

El objetivo fue parcialmente alcanzado puesto que el paciente en estudio mejoro disnea al brindarle soporte con cánula binasal, sin embargo, continuó utilizando la, musculatura accesoria.

**Cuarto diagnostico**

Exceso del volumen de líquidos relacionado a mecanismos de regulación comprometidos, evidenciado por alteraciones en la presión arterial (hipotensión PA 88/48 mmHg), Aportes superiores a perdidas (BH-), azotemia (aumento de Urea 87.5 y Creatinina 1.46), desequilibrio electrolítico; Hipernatremia y hipokalemia (Sodio150.5 mEq/lit – Potasio3.00 mEq/lit), Oliguria

Objetivo: Paciente presentará equilibrio del volumen de líquidos durante el turno. ONA

El objetivo fue parcialmente alcanzado debido a que el paciente en estudio mejoro presión arterial, no obstante, persistió la azotemia y el desequilibrio electrolítico.

**Quinto diagnostico**

Confusión crónica relacionada a enfermedad del alzhéimer evidenciado por deterioro cognitivo crónico, alteración progresiva de la función cognitiva (Glasgow 11 pts.)

Objetivo: Paciente evidenciara disminución de signos de confusión crónica durante el turno. ONA

El objetivo no fue alcanzado puesto que el paciente continuo con la misma función cognitiva, presentando Glasgow de 11 pts.

## **Conclusiones**

Se aplicó el proceso de atención de enfermería, en un paciente de 81 años con diagnóstico de hipotensión arterial, IRA tipo I: neumonía del anciano, sepsis respiratoria, insuficiencia renal aguda, hipokalemia.

En el cual se realizaron las 5 etapas del proceso enfermero en primer lugar la recolección de datos a través de la valoración, en segundo lugar se identificaron los diagnósticos de enfermería según los datos significativos del paciente, que son problemas que pueden ser solucionados por la enfermera y las complicaciones potenciales que pueden ser solucionados por el equipo de salud, en tercer lugar se planifico los cuidados de enfermería para así poder solucionar los problemas encontrados queriendo alcanzar los objetivos y resultados esperados de cada problema, en cuarto lugar se ponen los planes en marcha y finalmente la evaluación en la que la mayoría de los objetivos no fueron alcanzados Sin embargo, se pudo alcanzar parcialmente dos de los objetivos planteados. Esto debido al estado crítico del paciente, el avance de su enfermedad, su avanzada edad y su corta estancia en el servicio.

En este trabajo pude ampliar mis conocimientos teóricos y prácticos viendo la necesidad paciente, aprendí también y a dar mi mayor esfuerzo para cuidar de manera integral de la salud del paciente lo que incluye también el brindar confort a la familia mostrando el carácter de Dios en todas las actividades.

### Referencias bibliográficas

- Acevedo, F. E., Ortiz, C., & Díaz, J. C. (2009). Intervención de enfermería en el paciente con shock séptico. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(2), 27–45.  
Retrieved from file:///C:/Users/keren/OneDrive/Documents/Especialidad Ciclo III/pae!/intervención de enfermería en el paciente con shock séptico.pdf
- Aduen, J., & Jacksonville. (2004). Sepsis Fisiopatología y avances en el tratamiento. *ACTA MED COLOMB*, 29. Retrieved from  
<http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-2004-11.pdf>
- Arakaki, M., & Manuel, J. (2003). Insuficiencia renal aguda. *Revista Medica Herediana*, 14(1), 36–43. Retrieved from  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2003000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100006)
- Arnedillo, A., García, C., & García, J. (2018). Valoración del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica. Retrieved from <https://www.neumosur.net/files/EB04-17-insuficiencia-respiratoria.pdf>
- Arriola, M., & et al. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad. Retrieved May 23, 2018, from  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>
- Arroyo, E., Torres, J., & Castañeda, J. (2001a). Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 156–162.  
[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74707-5](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74707-5)
- Arroyo, E., Torres, J., & Castañeda, J. (2001b). Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 156–162.  
[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74707-5](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74707-5)

- Calvo, D. (2011). Ceftriaxona. Retrieved March 13, 2019, from <http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=220>
- Casas, I., Contreras, E., Zuluaga, S., & Mejía, J. (2008). Diagnóstico y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda, *67*(1). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2008/nt081e.pdf>
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2015). Paracetamol solución oral (acetaminofén). *Revista Cubana de Farmacia*, *49*(3), 0–0. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152015000300019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152015000300019)
- Díaz, M., Briones, J., Carrillo, R., Moreno, A., & Augusto, Á. (2017). Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Octubre-Diciembre*, *40*(4), 280–287. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/rma>
- Donoso, A., & Vásquez, C. (2001). Deterioro Cognitivo y Enfermedad de Alzheimer: Presentación de dos Casos Mild Cognitive Impairment in Alzheimer's Disease: Two Case Histories. Retrieved from <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122230/Deterioro-cognitivo-y-enfermedad-de-alzheimer-presentacion-de-dos-casos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fundación para la Formación e investigación Sanitarias de la región de Murcia. (2018). Mecanismos reguladores. Retrieved March 13, 2019, from [http://www.ffis.es/volviendoalobasico/4mecanismos\\_reguladores.html](http://www.ffis.es/volviendoalobasico/4mecanismos_reguladores.html)
- Gomez, B., Sanchez, L., Perez, G., & Díaz, E. (2017). Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber. *Med Int Méx*, *33*(3), 381–391. Retrieved from [www.medicinainterna.org.mxarticulo/ErEvision](http://www.medicinainterna.org.mxarticulo/ErEvision)

- Guillén, E. (2017). Nueva definición de sepsis. Biomarcadores de infección/sepsis. Retrieved May 21, 2018, from [http://www.catlab.cat/uploads/20170607/CI\\_81\\_Sepsis.pdf](http://www.catlab.cat/uploads/20170607/CI_81_Sepsis.pdf)
- Gutiérrez, F. (2010a). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Med Per*, 27(4). Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Gutiérrez, F. (2010b). *Insuficiencia respiratoria aguda Acute respiratory failure*. *Acta Med Per* (Vol. 27). Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Maia, L., De Olivera, M., Resende, D., Amorin, B., Da Silva, V., & Magalhães, F. (2015). Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0269.2581>
- Martín, J., Domínguez, A., & Vázquez, A. D. (2014). Sepsis. *Medicina Interna Mexico*, 30(2), 159–175.
- Martínez, J., Martínez, A., Alonso, J., & Rodilla, F. (2014). *Manual de Urgencias Cardiopulmonares*. Retrieved from <http://www.comteruel.org/index.php/manual-de-urgencias-cardiopulmonares?start=20>
- Neira Sanchez, E., & Málaga, G. (2016). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Médica Peruana*, 33(3), 217–222. Retrieved from [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000300008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300008)
- Ortiz Maria Elena. (2017). *Cuidado de enfermería en insuficiencia respiratoria aguda en persona de emergencia*. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6780/ENSorzecome.pdf?sequence=3>

- Pereira, F. H., Batalhao, M. E., & Cárnio, E. C. (2014). Correlación entre la temperatura corporal, presión arterial y concentración plasmática de óxido nítrico en pacientes con choque séptico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2896.2392>
- Perez, M., Palacios, A., Saucedo, A., Aguirre, J., & Franco, J. (2015). Índice procalcitonina/proteína C reactiva (PCT/PCR) como predictor de mortalidad en pacientes con choque séptico. *Revista de La Asociación Mexicana de Medicina Critica y Terapia Intensiva*, *XXIX*, 64–69. Retrieved from [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Salgado, D., & Rodríguez, C. (2018). Bacteriemia, sepsis y shock séptico. *Medicine (Spain)*, *12*(52), 3066–3075. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.012>
- Samper, J., Ivañez, N., & Solves, L. (2019). La fatiga de los musculos respiratorios. Retrieved from <http://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289615319797>
- Scandizzo, H., López Ricardo, Busso, L., Bernstein, J., Blanco, M., & Zubieta, M. (2013). Utilidad de la procalcitonina y proteína C reactiva en la unidad de terapia intensiva pediátrica. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v47n4/v47n4a05.pdf>
- Sociedad Española de Nefrología. (2010). Prevención primaria y secundaria de la insuficiencia renal aguda. Retrieved June 5, 2018, from <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-prevencion-primaria-secundaria-insuficiencia-renal-aguda-X1888970010000736>
- Vademecum. (2016). Haloperidol. Retrieved March 14, 2019, from <https://www.vademecum.es/principios-activos-haloperidol-n05ad01>
- Vademecum. (2018). Clindamicina. Retrieved March 13, 2019, from <https://www.vademecum.es/principios-activos-clindamicina-j01ff01>

Vega Tejedor, G., Ruiz Zorrilla López, C., Soler González, F. J., Ruiz Zorrilla López, R., Rodríguez, M., & Acebal Botín, A. (2010). Hipernatremia grave, hiperfosforemia, acidosis metabólica y fracaso renal secundarios a la administración de enemas de limpieza. *Nefrología*, 30(2), 262–263.  
<https://doi.org/10.3265/nefrologia.pre2010.mar.10342>

## Apéndices

### Apéndice A: Hoja 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 _____
Forma de llegada: Ambulatorio _____	Silla de ruedas _____ Camilla _____
Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____	FC: _____ FR: _____ T° _____
Fuente de Información: Paciente _____ Familiar/amigo _____	Otro: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____
Fecha de la valoración: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

##### PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:  
HTA DM Gastritis/úlcera TBC Asma  
Otros \_\_\_\_\_ Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas No Si (fechas)

\_\_\_\_\_

Alergias y otras reacciones

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

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

\_\_\_\_\_

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

\_\_\_\_\_

##### PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_  
Conviviente \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Con quién vive?

Solo \_\_\_\_\_ Con su familia \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Fuentes de apoyo: Familia \_\_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

##### PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS

Religión: \_\_\_\_\_

Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_  
Solicita visita de capellán: \_\_\_\_\_  
Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

##### PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:

Tranquilo \_\_\_\_\_ ansioso \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_  
Temeroso \_\_\_\_\_ Irritable \_\_\_\_\_ Indiferente \_\_\_\_\_

Preocupaciones principales/comentarios:

\_\_\_\_\_

##### PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Problemas para dormir: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Usa algún medicamento para dormir? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

##### PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO

Despierto \_\_\_\_\_ Somnoliento \_\_\_\_\_ Soporoso \_\_\_\_\_ inconsciente \_\_\_\_\_

Orientado: Tiempo \_\_\_\_\_ Espacio \_\_\_\_\_ Persona \_\_\_\_\_

Presencia de anomalías en:

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Dolor/molestias: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escala de Glasgow:

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece órdenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza el dolor
2 Al dolor	3 Palabras inapropiadas	4 Sólo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Puntaje total: \_\_\_\_\_

Pupilas: Isocóricas \_\_\_\_\_ Anisocóricas \_\_\_\_\_  
Reactivas \_\_\_\_\_ No reactivas \_\_\_\_\_

Tamaño: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

##### PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

##### ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial \_\_\_\_\_ profunda \_\_\_\_\_

Disnea: en reposo \_\_\_\_\_ al ejercicio \_\_\_\_\_



Se cansa con facilidad: No Si  
 Ruidos respiratorios: \_\_\_\_\_  
 Tos ineficaz: No Si  
 Reflejo de la tos: presente disminuido ausente  
 Secreciones: No Si  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No Si Modo: \_\_\_\_\_ l/min/FIO2: \_\_\_\_\_  
 TET: Traqueostomía: VM: Sat O2: \_\_\_\_\_

#### ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: \_\_\_\_\_ Regular Irregular  
 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

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: \_\_\_\_\_

Cateter central: \_\_\_\_\_

#### 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			

Aparatos de ayuda: ninguno muletas andador  
 bastón S. ruedas Otros \_\_\_\_\_

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez  
 Contracturas Parálisis

Fuerza muscular: Conservada Disminuida

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Piel:

Coloración: Normal Pálida

Cianótica Ictérica

Hidratación: Seca Turgente

Integridad: Intacta Lesiones

Especificar: \_\_\_\_\_

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa Ausente

Incompleta Prótesis

Mucosa oral: Intacta Lesiones

Hidratación: Si No

Cambio de peso durante los últimos días: Si No

Especificar: \_\_\_\_\_

Apetito: Normal Anorexia Bulimia

Dificultad para deglutir: Si No

Nauseas Pirosis Vómitos Cantidad: \_\_\_\_\_

SNG: No Si Alimentación Drenaje

Abdomen: Normal Distendido Doloroso

Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales

Disminuidos Ausentes

Drenajes: No Si Especificar: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_ Normal

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Hábitos vesicales

Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día

Oliguria: \_\_\_\_\_

Anuria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Sistema de ayuda:

Sondaje Colector Pañal

Fecha de colocación: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si

Especifique: \_\_\_\_\_

Otras molestias: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tratamiento Médico Actual:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del enfermero:

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 “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con demencia, hipotensión arterial, IRA tipo I: neumonía del anciano, sepsis respiratoria, insuficiencia renal aguda, hipokalemia. Emergencias de una Clínica Privada en Lima, 2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales J. H. G. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Keren Caceres Ravelo, bajo la asesoría del Mg. Neal Reyes. 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: Escala de Glasgow

AREA EVALUADA	PUNTAJE
<b>APERTURA OCULAR</b>	
Esponánea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
<b>MEJOR RESPUESTA MOTORA</b>	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

## Apéndice D: Escala de Norton

# Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

*Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)*

La clasificación de riesgo sería:

- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**

