

Ministerio de Salud

**Guías de atención de enfermería en
Medicina interna**

San Salvador, octubre de 2018



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Unidad Nacional de Enfermería

Guías de atención de enfermería en Medicina interna

San Salvador, octubre de 2018

AUTORIDADES

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Ficha catalográfica

2018 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1ª. Edición. 2018

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono 2591-7000

Página oficial: <http://www.sprh.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. **Guías de atención de enfermería en medicina interna.** San Salvador, El Salvador. C.A.

Equipo técnico

Participante	Dependencia/Establecimiento
Licda. Josefina Concepción Castaneda	Jefa Unidad de Enfermería, MINSAL
Licda. Gloria del Carmen Arias Licda. Clara Luz Hernández de Olmedo.	Enfermera Supervisora, Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Licda. Vilma Ruth Hernández Valencia.	Enfermera Jefa Depto. De Enfermería, Hospital Nacional de Chalchuapa.
Licda. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Enfermera Supervisora, Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico ISSS.
Licda. Ana Isabel Rauda de Abarca	Enfermera Subjefe División de Enfermería, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Dinora Barrera de Recinos	Enfermera Supervisora , Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Rosa María Ayala de Reyes	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Maternidad.
Licda. Vilma Ester Ulloa de Games	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional Rosales
Licda. Patricia del Rosario Sanchez de Alfaro	Enfermera, Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Barrio San Miguelito, San Salvador
Licda. Patricia Elizabeth Vargas Machado	Enfermera Jefe de Unidad, Hospital Nacional Rosales
Licda. María Magdalena Baches de Fuentes	Enfermera Supervisora, Región Central.

Comités de apoyo:

Integrantes de comités locales de los treinta Hospitales Nacionales

Equipo validador:

Participante	Dependencia/Establecimiento
Licda. Rosa Elena González	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Rosa Dolores Bolaños de Rivera	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Rosa María Ayala de Guerra	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Rosa Lidia Barahona de Espinoza	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Alex Wilfredo Ramírez Deleón	Enfermero Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Sonia de Canizales	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Morena Guadalupe de Cortez	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional Rosales
Licda. Reina Marisel Beltrán de Flores	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Sonia Portillo de Escobar	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Annie Nelly Martínez de Bran	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional San Rafael
Licda. Irma Yolanda Loucel	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Rosales
Licda. Ana María López de Castillo	Enfermera, Hospital Nacional Zacamil
Licda. Rosa Hidalía de Sánchez	Enfermera Monitora de Hospitales, Dirección Nacional de Hospitales

ÍNDICE

		Pág.
I	Introducción	8
II	Base legal	9
III	Objetivos	9
IV	Ámbito de aplicación	9
V	Desarrollo del contenido.	10
1	Hipertensión arterial	10
2	Síndrome coronario agudo: a. Sin elevación del ST. b. Con elevación del ST.	13 15
3	Insuficiencia cardiaca	18
4	Trastorno del ritmo y de la conducción: a. Taquicardia supra ventricular/ b. Bloqueo de conducción A-V	21 21 23
5	Infección del tracto urinario (incluir bacteriuria asintomática)	26
6	Hematuria (énfasis en enfermedad litiásica e infecciosa)	29
7	Enfermedad renal aguda	31
8	Enfermedad renal crónica	34
9	Trastornos electrolíticos a. Hiponatremia b. Hipernatremia c. Hipokalemia d. Hiperkalemia	36 38 40 43
10	Cefalea	46
11	Neuroinfección	48
12	Evento cerebro vascular: a. ICTUS isquémico agudo b. ICTUS hemorrágico agudo c. Hemorragia subaracnoidea	51 51 51 52
13	Estado convulsivo (exclusivo)	55
14	Parálisis flácida aguda o síndrome de debilidad muscular	58
15	Asma	60
16	EPOC	62
17	Neumonía adquirida de la comunidad	64
18	Diabetes mellitus(Incluir complicaciones agudas: CAD, EHNC, Hipoglicemia)	66
19	Enfermedad tiroidea (hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio)	68
20	Sangrado de tubo digestivo superior	72

21	Cirrosis hepática y sus complicaciones	75
22	Fiebre entérica	77
23	Lupus eritematoso sistémico	79
24	Artritis	81
25	Síndrome anémico	83
26	Síndrome neoplásico (LHHF)	86
27	Deshidratación por diarrea	90
28	Sepsis y choque séptico	94
29	Choque (causas no sépticas)	97
30	Intoxicaciones:	100
	a. Plaguicidas	100
	b. Medicamentosa	102
	c. Órganos fosforados	104
	d. Biperidilos	107
31	Mordedura por ofidio	110
V	Disposiciones finales	112
VI	Vigencia	113
	Bibliografía	114

Introducción

Las guías clínicas de intervención de enfermería en medicina interna, han sido elaboradas para proporcionar la información necesaria para ser aplicada en el continuo del cuidado de enfermería que se proporciona a la persona en el curso de vida en los diferentes problemas de salud de la población relacionadas con esta especialidad.

Estas han sido elaboradas a través de la búsqueda de información bibliográfica, experticia de los profesionales y la necesidad de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada al paciente, así mismo, se partió de ediciones anteriores de manuales de protocolos más revisión bibliográfica actual y la experiencia del personal de enfermería de los hospitales del segundo y tercer nivel de atención. El contenido de cada una cuenta con: concepto de la patología, etiología o causas que originan la enfermedad, manifestaciones clínicas y las intervenciones de enfermería; estas últimas, agrupadas en: promoción o prevención, curación y rehabilitación.

El desarrollo del documento cuenta con 31 patologías de mayor incidencia en el país, con base al perfil epidemiológico, para su elaboración, se hizo en varias fases, con el objetivo de garantizar el cuidado de calidad y el mejor aprovechamiento de los recursos.

Finalmente, en el documento se presenta el glosario, anexos y bibliografía utilizada para la elaboración del mismo, con el objetivo de que el personal de enfermería pueda incorporar otros conocimientos que sirvan de apoyo en el desarrollo de sus funciones en las diferentes áreas del quehacer de enfermería.

La Unidad de Enfermería esta consiente que estas guías, son una herramienta útil, que guiará el accionar de enfermería, por lo que motiva a todo el personal que labora en toda la red de establecimientos del segundo y tercer nivel a que se empoderen del contenido de este documento y elaboren y apliquen el Proceso de Atención de Enfermería con base a protocolos de acuerdo a las necesidades de la persona en el curso de vida; con el propósito de garantizar la calidad y humanización de atención, con el fin de dar respuesta a la necesidad de salud y lograr la satisfacción del usuario en el continuo del cuidado que enfermería proporciona.

I. Base legal

Constitución

Que de acuerdo a lo prescrito en la Constitución en su artículo 65, el cual establece que la salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Código de Salud

Artículo 40 el Ministerio de Salud (MINSAL), es el responsable de emitir las normas, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Según el art.- 42 numeral 2, del Reglamento, prescribe que el Ministerio de Salud, es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

II. Objetivos

General:

Proporcionar un documento con los elementos necesarios e indispensables que contribuyan a estandarizar la calidad del cuidado de enfermería que se proporciona a la persona en el curso de vida, que requiere cuidados de enfermería en la especialidad de medicina interna, en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

Específicos:

1. Proporcionar cuidados estandarizados que sirvan de guía para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en morbilidades agrupadas en medicina interna.
2. Facilitar la gerencia del cuidado de enfermería para que proporcione una atención de calidad y humanización a nivel hospitalario en el segundo y tercer nivel de atención.
3. Sistematizar las intervenciones de enfermería proporcionadas a la persona en el curso de vida en las etapas de promoción, prevención, curación y rehabilitación en morbilidades de la especialidad de medicina interna.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de las presentes guías de atención, todo el personal de enfermería que proporciona atención directa en los diferentes establecimientos de segundo y tercer nivel de las RIIS.

IV. Desarrollo del contenido

1. Guía de atención de enfermería a pacientes con hipertensión arterial

1.1 Definición

Elevación de la presión arterial a niveles iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más consultas médicas.

1.2 Etiología

Se desconoce causas específicas, pero se identifican factores de riesgo aceleradores de la hipertensión como son: genéticos, edad, sexo, grupo étnico, ambientales, stress, situaciones laborales y nivel socioeconómico.

1.3 Clasificación

“Guía Europea de Hipertensión” y “Séptimo Informe del Nacional Comité en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial” (JNC 7).

Categoría de PA	Normo tensión o HTA controlada			HTA		
	Óptima	Normal	Normal alta	Grado 1	Grado 2	Grado 3
PAS mm de Hg	<120	120-129	130-139	140-159	160-179	≥180
PAD mm de Hg	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110
JNC 7	Normal	Pre hipertensión		Estadio 1	Estadio 2	

Fuente: Guía Europea de Hipertensión y “Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial” (JNC 7).

Según daño a órgano blanco (OMS). Criterios de clasificación según estadio.

Estadio I

Sin daño objetivo a órgano blanco.

Estadio II

- Daño a órgano blanco sin disfunción del mismo.
- Corazón: hipertrofia del ventrículo izquierdo por ECG ó ECO, isquemia en ECG sin angina o infarto, arritmia asintomática.
- Ojos: retinopatía I ó II.
- Riñón: proteinuria y creatinina mayor de 1.5 mg/dl sin síntomas.

Estadio III

- Daño a órgano blanco con disfunción del mismo.
- Ojos: hemorragias, exudados y papiledema.
- Corazón: Insuficiencia cardíaca congestiva actual o resuelta, angina pectoris, infarto del miocardio.
- Riñón: insuficiencia renal que requiere diálisis.
- Cerebro: evento cerebro vascular de cualquier etiología.

1.4 Manifestaciones clínicas

Elevación de la presión arterial a niveles iguales o mayores de 140/90 mm Hg, utilizando técnicas apropiadas de medición de tensión arterial.

En ocasiones sintomáticas: cefalea (comúnmente localizada en región occipital), palpitations, tinnitus, fatiga facial, impotencia sexual, irritabilidad, parestesia, visión borrosa, mareos, epistaxis, adinamia, dolor anginoso, convulsiones.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y promoción a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología y su prevención. - Hábitos alimenticios: dieta hiposódica y baja en grasa, evitar el consumo de grasa saturada, evitar bebidas carbonatadas. - Beneficios físicos y psicológicos del ejercicio. - Control de la presión arterial a partir de los 35 años de edad y a toda persona mayor de 15 años con factores de riesgo. - Control rutinario de la presión arterial (cada día de preferencia a la misma hora) y consultar al médico en caso de alteraciones igual o mayor de 130/90 mm/hg. - Consultar al médico en caso de presencia de signos de alarma: cefalea, palpitations, tinnitus, visión borrosa, epistaxis. - Evitar auto medicarse. - Importancia de asistir al control médico y la toma de exámenes de laboratorio y gabinete. - Promover y fomentar el club de personas hipertensas para mantener seguimiento vigilancia y evitar complicaciones. - Importancia de cumplimiento del tratamiento según indicaciones médicas. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y valorar la presión arterial cada 15 minutos y después de estabilizarla, cada 1 hora. • Mantener signos vitales monitorizados y reportar anomalías. • Realizar evaluación física para valorar la presencia de manifestaciones clínicas: neurológicas, renales, vasculares y cardíacas. • Asistir o realizar electrocardiograma según el estado del paciente y frecuencia establecida. • Canalizar vena de manera inmediata y toma de muestras sanguíneas según técnica establecida. • Administrar medicamentos según prescripción médica y evaluar su respuesta. • Vigilar y medir la diuresis. • Registrar balance hídrico. • Valorar y controlar los factores presentes que inciden en la tensión arterial (LEV, administración de diuréticos, anti hipertensión, entre otros). • Brindar apoyo en la esfera afectiva al paciente y familia. • Brindar educación sanitaria (cuando el estado del paciente lo permita y se encuentre fuera de la fase aguda) en relación con: proceso de la enfermedad, régimen terapéutico, y factores que favorecen la elevación de la presión arterial. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (P.A., FR, FC y T°), reportar cambios. • Mantener signos vitales monitorizados y reportar anomalías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Participar en grupos organizados de personas hipertensas. - Proporcionar instrucciones precisas para iniciar un programa de ejercicios. - Dar apoyo psicológico y emocional. - Referencia para control nutricional. - Suprimir el tabaquismo. - Reducción de peso si es necesario. - Evitar y suprimir bebidas embriagantes. - Evitar automedicarse - Mantener estilos de vida saludables. - Evitar la ingesta de bebidas con preservantes. - No suspender su tratamiento para evitar complicaciones. - Participar en grupos de terapia ocupacional. - Controlar tensión arterial tres veces por semana y llevar registro. - Promover el apoyo del grupo familiar en : <ul style="list-style-type: none"> - Administración apropiada de los medicamentos anti-hipertensivos. - Asistencia a controles médicos. - Ingesta de dieta indicada. - Importancia de la recreación. • Elaborar registro de las

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>- Elaborar registro de las intervenciones de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar exámenes de laboratorio previa indicación médica. • Mantener reposo absoluto y con respaldo según necesidad. • Vigilar y reportar presencia de sangramiento. • Asistir cuidados higiénicos, según condición de paciente. • Administrar medicamentos según prescripción médica. • Controlar diuresis. • Llevar y registrar balance hídrico. • Controlar ingesta de dieta adecuada (hiposódica y baja en grasa) y asistir si es necesario. • Proporcionar apoyo psicológico y emocional. • Administrar dieta blanda rica en fibra. • Evitar ingesta de líquidos con preservantes. • Orientar sobre patología y tratamiento. • Elaborar registros de enfermería que evidencien las acciones realizadas. 	<p>intervenciones de enfermería.</p>

2. Guía de atención de enfermería en síndrome isquémico coronario agudo SICA

A. Sin elevación del ST

A.1. Definición

Angina inestable es la manifestación clínica caracterizada por dolor precordial de origen isquémico, con duración menor a treinta minutos, cuyo inicio de presentación es menor de ocho semanas, en pacientes previamente asintomáticos. En los pacientes con angina inestable, se pueden presentar cambios en su patrón de presentación ya sea por su frecuencia, duración o severidad, existen factores desencadenantes del evento, antecedentes de tratamiento previo con vasodilatadores, historia de angina incapacitante incluso en reposo y eventos de ángor que se presentan de cuarenta y ocho horas a cuatro semanas siguientes a un infarto agudo de miocardio.

El diagnóstico diferencial entre angina inestable e infarto sin elevación del segmento ST, puede ser difícil de establecer, considerando únicamente el cuadro clínico, ya que este último puede ser similar ya que ambas entidades comparten la misma fisiopatología. Sin embargo a diferencia de la angina inestable, los eventos de dolor en el infarto son más prolongados (habitualmente de duración mayor de tres minutos), los cambios electrocardiográficos son persistentes y evolutivos y característicamente se observa elevación de los marcadores de necrosis miocárdica.

A.2. Clasificación

Angina inestable / infarto sin elevación del segmento ST.

A.3. Etiología

La fisiopatología de la angina inestable y del infarto sin elevación del segmento ST, en esencia es la misma, se caracteriza por presentar trombosis suboclusiva de una placa aterosclerótica secundaria a su fisura, ruptura o ulceración. La evidencia actual sugiere que la causa precipitante más frecuente de un síndrome isquémico coronario agudo es la ruptura o ulceración de una placa aterosclerótica con la subsiguiente trombosis.

A.4. Manifestaciones clínicas

La angina inestable y el infarto sin elevación del segmento ST, incluyen un amplio espectro de manifestaciones clínicas. De forma típica se caracteriza por presentar malestar o dolor torácico, retroesternal o precordial, de tipo opresivo o quemante, ocasionalmente se irradia a hombros, brazos o muñecas, epigastrio, cuello y maxilar inferior. Con mayor frecuencia se ha encontrado que las pacientes del sexo femenino, los pacientes diabéticos y pacientes de edad avanzada, se presentan con manifestaciones atípicas.

Angina inestable (ángor)

Es la manifestación clínica caracterizada por dolor precordial de origen isquémico, con duración menor a treinta minutos, cuyo inicio de presentación es menor de ocho semanas, en pacientes previamente asintomáticos. En los pacientes con angina inestable, se pueden presentar cambios en su patrón de presentación ya sea por su frecuencia, duración o severidad, existen factores desencadenantes del evento, antecedentes de tratamiento previo con vasodilatadores, historia de angina incapacitante incluso en reposo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de estilos de vida para disminuir factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducción de peso en caso de sobrepeso. ✓ Evitar el fumado. ✓ Evitar el consumo de café. - Signos y síntomas de la enfermedad. - Importancia de mantener un control estricto de la presión arterial, la diabetes y los niveles de colesterol. - Importancia del consumo de dieta baja en sodio y colesterol pero rica en fibra. - Evitar consumo de bebidas embriagantes y drogas. - Evitar el consumo de bebidas con preservativos. - Evitar la ingesta de comida rápida. - Minimizar los estímulos y stress. - Acciones a tomar en caso de presentar dolor pre-cordial o torácico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspender actividad y descansar. ✓ Acudir a centro asistencial oportunamente. • Realizar registro de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en camilla con respaldo a 45° y barandales. • Mantener reposo. • Tomar signos vitales y oximetría de pulso, reportarlos y registrarlos. • Canalizar acceso venoso periférico. • Tomar exámenes indicados y dar seguimiento a los resultados. • Cumplir medicamentos indicados. • Proporcionar alivio del dolor con analgésicos prescritos. • Administrar oxígeno según prescripción médica. • Mantener en reposo y respaldo a 45°. • Colocar monitoreo cardíaco. • Vigilar y reportar cambios en trazo cardíaco. • Asistir al paciente en toma de electrocardiograma. • Realizar trámite de ingreso y pasarlo al servicio correspondiente. • Apoyo emocional al usuario(a) y familia. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro de signos vitales según estado de pacientes. • Mantener al paciente en reposo absoluto o según indicación médica. • Mantener respaldo a 45° o según indicación médica. • Mantener signos vitales monitorizados. • Vigilar y reportar cambios en trazo cardíaco. • Vigilar y reportar presencia de dolor torácico, así como frecuencia e intensidad. • Administrar oxígeno según indicación médica. • Realizar o asistir cuidados higiénicos según condición de paciente (uso de agua tibia para el baño). • Administrar soluciones endovenosas y medicamentos según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la asistencia a controles médicos y nutricionales. - Importancia de la administración de medicamentos, proporcionando instrucciones claras, verbales y escritas tomando en cuenta, nombre, dosis, horario y efectos secundarios de los mismos. - Fomentar estilos de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consumo de dieta baja en sodio y colesterol y rica en fibra. ✓ Evitar consumo de bebidas embriagantes y drogas. ✓ Minimizar los estímulos y el estrés. ✓ Evitar el consumo de bebidas carbonatadas y con preservantes. ✓ Evitar la ingesta de comida rápida. • Recomendaciones en caso de presentar dolor torácico: <ul style="list-style-type: none"> - Suspender actividades y reposar. - Utilizar nitroglicerina en caso este indicado. - Buscar asistencia en caso que el dolor persista luego de administrarse fármaco tal y como lo indica el médico(a). • Propiciar un ambiente agradable y de armonía

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar dieta hiposódica, baja en grasa (ni fría, ni caliente). • Realizar cuidados de accesos vasculares. • Proporcionar un ambiente libre de estímulos. • Integrar al paciente a las actividades en forma progresiva. • Dar apoyo emocional o espiritual. • Orientar a familia sobre el apoyo y su participación en el tratamiento. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. 	<p>familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la práctica de un programa de ejercicios regulares. • Evitar la fatiga y dormir un número de horas suficiente cada noche. • Apoyo emocional del grupo familiar. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería.

B. Con elevación del segmento ST.

B.1. Definición

Los criterios del IAM definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomando dos de tres de los criterios que a continuación se enumeran:

1. Clínico: dolor precordial con irradiación, en brazo, cuello o mandíbula, generalmente del lado izquierdo relacionado a isquemia de por lo menos veinte minutos de duración.
2. Electrocardiográfico: cambios evolutivos en el electrocardiograma en dos o más derivaciones incluyendo el segmento ST (elevación o descenso, inversión de la onda T simétrica) o nueva aparición de onda Q profunda, persistiendo por lo menos veinticuatro horas.
3. Enzimático: elevación en plasma de creatinfosfocinasa al doble de su valor normal o elevación de sus isoformas MB, índice CPK MB/CPK total mayor de 2.5, elevación de niveles de troponina.

B.2. Etiología

A diferencia del SICA sin elevación del ST, (angina inestable / Infarto sin elevación del ST), en el síndrome coronario agudo con elevación del ST, se presenta oclusión súbita y completa de un vaso coronario epicárdico, produciendo de inmediato cambios ultra estructurales, inicialmente, funcionales y estructurales que al final llevan a la muerte irremediable del tejido cardíaco afectado.

B.3. Manifestaciones clínicas

Historia clínica: los síntomas de origen isquémico se caracterizan por la presencia de “molestia” en el pecho, epigastrio, brazos, muñeca, mandíbula, desencadenados con ejercicio o reposo, con una duración mayor de treinta minutos que puede asociarse a disnea, diaforesis o náusea.

Examen físico: se puede encontrar ansiedad, palidez, diaforesis, cianosis perioral, disnea, taquicardia o bradicardia, hipotensión o hipertensión, ingurgitación de las yugulares, ruidos cardíacos apagados, estertores congestivos y pulso débil.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Dieta balanceada, hiposódica y baja en colesterol, con ingesta regular de fruta, vegetales, carne blanca, baja en sal y grasas saturadas y aumento del consumo de ácidos grasos (aceite de pescado). - No ingerir alimentos procesados. - Ingesta moderada de café. - Evitar tabaquismo y bebidas alcohólicas. - Evitar el consumo de bebidas carbonatadas y con preservantes. • Orientar sobre importancia de estilos de vida saludables: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener un ambiente de armonía familiar y laboral. - Promover la práctica de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicios. ✓ Reducción de peso. ✓ Salud Mental. - Controles de presión arterial, glucosa y colesterol en sangre periódicamente. - Educación para la identificación de signos de alarma como dolor torácico opresivo. - Inscribirse en clubes sociales para recreación. • Elaborar registros de intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Mantener al usuario(a) en reposo absoluto, con respaldo entre 30-45 grados. • Asistir al usuario(a) de acuerdo a su estado en: <ul style="list-style-type: none"> - Administración de oxígeno según indicación médica. - Toma de exámenes indicados. - Toma de electrocardiograma y radiografía de tórax. - Cumplimiento de medicamentos endovenosos por vía directa o a través de bomba de infusión. • Mantener nada por boca. • Asistir procedimientos especiales (vena central, sonda transuretral y otros). • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales. • Mantener monitoreo cardiaco. • Observar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia, frecuencia e intensidad del dolor precordial. - Cambios de conducta y estado emocional. - Cambios electrocardiográficos si estuviera monitorizado - Variación de signos vitales. • Canalizar acceso venoso y tomar exámenes indicados. • Mantener al usuario(a) en reposo absoluto con respaldo entre 30-45 grados. • Administrar oxígeno según indicación médica. • Asistir en procedimientos especiales, toma de exámenes de gabinete. • Asistir o tomar electrocardiograma cada día. • Cumplir medicamentos por vía directa o a través de bomba de infusión, por indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la continuidad del tratamiento médico. - Controlar factores de riesgo como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consumo de alcohol, tabaco. ✓ Sobre peso. ✓ Presión arterial alta, diabetes y colesterol elevado. - Practica de auto cuidado. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicio de marcha diariamente, (caminar) según prescripción médica. ✓ Manejo adecuado en situaciones de estrés. ✓ Terapia ocupacional. ✓ Incorporarse a un programa de actividades progresivas. - En caso de fatiga extrema o dolor torácico suspender actividad y consultar al médico(a). - Reanudación de actividad sexual previa consulta médica. - Informar al médico si está afectada la libido. - Seguimiento y puntualidad en controles médicos. - Asistir al programa de rehabilitación cardiaca. - Apoyo emocional. - Apoyo del grupo familiar. - Orientar a la familia sobre la importancia de cumplir con las citas en las diferentes especialidades y tratamiento

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener nada por boca o asistir dieta según indicación y estado del usuario(a). • Brindar cuidados de higiene y comodidad en la unidad con agua tibia en fase aguda, en fase de rehabilitación acompañar y asistirlo. • Cuidados de accesos venosos, sondas, catéteres y tubos. • Satisfacer necesidades de eliminación. • Proporcionar ambiente tranquilo y libre de ruidos. • Facilitar visitas en el momento que corresponda, según estado del usuario(a). • Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología actual. - Dieta. - Evitar situaciones de stress. - Efectos del infarto, proceso de cicatrización, régimen de tratamiento. • Brindar atención psicológica al usuario. • Permitir que usuario(a) exprese su ansiedad y temor a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar al usuario(a) y familiares sobre su patología y tratamiento. - Proporcionar confianza. - Demostrar interés y preocupación por su enfermedad. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. 	<p>farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la familia sobre el autocuidado del usuario(a). • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería.

3. Guía de atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca.

3.1 Definición

Se entiende por insuficiencia cardíaca (IC) a la incapacidad del corazón para mantener una función adecuada a las demandas del organismo. Es posible diferenciar tres formas según la afectación miocárdica:

1. Insuficiencia cardíaca sistólica (ICS), cuando existen manifestaciones clínicas de IC y la función ventricular se encuentra deprimida (por lo general, inferior al 40%).
2. Insuficiencia cardíaca diastólica (ICD), cuando existen signos y síntomas de IC pero la fracción de eyección ventricular es normal.
3. Disfunción ventricular asintomática (DVA), cuando a pesar de existir una función ventricular deprimida, el paciente no presenta manifestaciones de IC.

3.2 Etiología

Dentro de las causas más frecuentes se encuentran: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, valvulopatías, arritmias, miocardiopatía, enfermedades del pericardio, enfermedades sistémicas que afectan el miocardio.

3.3 Clasificación

Según el grado de afectación funcional, la New York Heart Association (NYHA) estableció cuatro clases en función de la limitación que por su disnea presentan los pacientes en sus actividades habituales. Esta clasificación es de gran valor pronóstico y terapéutico:

- Clase I: no existen limitaciones en la actividad física ordinaria. El equivalente a la disfunción ventricular asintomática (DVA).
- Clase II: cierta limitación en la actividad física, disnea de grandes esfuerzos.
- Clase III: el paciente puede realizar una actividad física inferior a la ordinaria apareciendo disnea de moderados esfuerzos.
- Clase IV: disnea de mínimos esfuerzos o de reposo.

Grados de insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca puede ser dividida de acuerdo a la presentación de síntomas:

- Insuficiencia cardíaca grave: frecuencia respiratoria entre treinta a cuarenta respiraciones por minuto, ortopnea o disnea en reposo, estertores húmedos hasta campos pulmonares medios, anasarca, PO₂ basal menor de 60 mmHg al aire ambiente, radiografía de tórax con patrón alveolar intersticial.
- Insuficiencia cardíaca moderada: frecuencia respiratoria menor de treinta respiraciones por minuto, disnea de esfuerzo y/o edemas moderados, ausencia de estertores húmedos o sólo basales, PO₂ basal mayor de 60 mm Hg, en la radiografía de tórax hay ausencia de patrón alveolo - intersticial.

3.4 Manifestaciones clínicas

Criterios de Framingham de insuficiencia cardiaca

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> - Disnea paroxística nocturna. - Ingurgitación yugular. - Estertores - Cardiomegalia. - Edema agudo de pulmón - Tercer ruido cardíaco - Reflujo hepatoyugular. - Pérdida superior a 4.5 Kg de peso con el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema de miembros inferiores - Tos nocturna - Disnea de esfuerzo - Hepatomegalia. - Derrame pleural - Capacidad vital menor a un tercio de la prevista.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludable. ✓ No fumar. ✓ Evitar el café. ✓ No ingerir bebidas embriagantes, ni drogas. ✓ Ingerir dieta hiposódica y baja en grasa. ✓ Realizar ejercicios moderados como caminatas. - Importancia del chequeo médico. - Importancia del control de la ingesta diaria de líquidos, según la condición del usuario(a) o recomendaciones médicas. - Importancia del control y manejo de las enfermedades y los factores de riesgo que las desencadenan como: hipertensión, cardiopatía isquémica y miocardiopatía. - Control de la presión 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en camilla con respaldo a 45° y barandales. • Colocar monitoreo cardiaco continuo y tomar electrocardiograma. • Canalizar acceso venoso periférico. • Extraer muestras de sangre para exámenes de laboratorio. • Administrar oxigenoterapia indicada. • Asistir al paciente en toma de exámenes de gabinete indicados. • Vigilar en el paciente y reportar al médico cambios en el patrón respiratorio, agitación y desorientación. • Llevar registro estricto de líquidos administrados y eliminados. • Dar apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar monitor cardiaco continuo si hubiera o tomar signos vitales según estado del paciente. • Colocar respaldo a 45°. • Mantener en reposo absoluto o según el estado del paciente. • Administrar oxigenoterapia indicada. • Valorar patrón respiratorio observando: tipo, frecuencia y 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la administración de medicamentos, proporcionando instrucciones claras, verbales y escritas tomando en cuenta: nombre, dosis, horario y efectos secundarios. - Signos y síntomas de la enfermedad. - Consultar al médico o trasladarse al establecimiento de salud más cercano en caso de complicaciones. - Tomar solo los medicamentos indicados por el médico(a). - No suspender medicamentos sin autorización médica. - Importancia del control y el manejo de la enfermedad y los factores de riesgo que la desencadenan. - Dieta hiposódica y baja en grasas y alimentos permitidos. - Evitar ejercicios bruscos

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>arterial y el colesterol.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del estrés. - Hacer énfasis en la toma de medicamentos prescritos. - Signos y síntomas de la enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>esfuerzo respiratorio y reportar al médico cualquier alteración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos orales o endovenosos según indicación médica. • Vigilar y mantener acceso venoso permeable. • Pesarse cada día y registrarlo en hoja respectiva. • Satisfacer necesidades fisiológicas de alimentación y eliminación. • Realizar o asistir los cuidados de higiene según condición de paciente. • Cuantificar y anotar líquidos ingresados y excretados cada 8 horas o según indicación médica. • Realizar cuidados de comodidad, lubricar piel, realizar masajes y cambios de posición cada 2 horas. • Evitar la elevación de miembros inferiores, manteniéndolos en posición horizontal. • Dar apoyo emocional al paciente. • Integrar al paciente en actividades de movilización en forma progresiva. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>y fatiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo del grupo familiar y la incidencia en la condición de salud del paciente. - Importancia de los controles médicos. <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería.

4. Guía de atención de enfermería en pacientes con trastorno del ritmo y de la conducción

4.1 Definición

Un trastorno del ritmo cardíaco o arritmia cardíaca es una alteración en la sucesión de latidos cardíacos. Puede deberse a cambios en la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya (taquicardia o bradicardia), que no son necesariamente irregulares, sino más rápidas o más lentas. Pero muy a menudo la arritmia supone un ritmo irregular, que ocurre cuando se presentan anomalías en el marcapaso fisiológico del corazón (**nodo sinusal**) o en el **sistema de conducción del corazón**, o por aparición de zonas marcapaso anormales (ectópicos).

Las «bradiarritmias» o trastornos lentos del ritmo cardíaco resultan de la producción inadecuada de impulsos provenientes del nodo sinusal o de un bloqueo de la propagación del impulso y pueden causar pérdida de la conciencia.

Las «taquiarritmias» o trastornos acelerados del ritmo cardíaco pueden ser de origen auricular, en este caso es posible que permitan un gasto cardíaco adecuado y son menos peligrosas que las arritmias ventriculares sostenidas, las cuales suelen producir más a menudo colapso o muerte.

4.2 Clasificación

La mayoría de los trastornos del ritmo cardíaco se categorizan en cinco grupos:

1. Arritmias sinusales:

- Bradicardia sinusal
- Taquicardia sinusal
- Arritmia sinusal
- Síndrome del nodo enfermo
- Paro sinusal.
- Bloqueo sino-auricular.

2. Arritmias supra ventriculares:

- Fibrilación auricular
- Aleteo auricular
- Taquicardia auricular paroxística

3. Ritmos de unión auriculoventricular (AV)

- Taquicardia de la unión
- Ritmo acelerado de la unión
- Bloqueo auriculoventricular

4. Contracciones prematuras o latidos cardíacos ectópicos

- Contracción auricular prematura
- Contracción prematura de la unión
- Contracción ventricular prematura

5. Arritmias ventriculares sostenidas

- Taquicardia ventricular
- Fibrilación ventricular

A. Taquicardia supra ventricular / arritmia ventricular

A.1. Definición

Las arritmias cardíacas de velocidad rápida pueden ser clasificadas en dos subcategorías: aquellas que producen un ritmo cardíaco anormal y las que producen un ritmo irregular. En general, las taquiarritmias supra ventriculares no interfieren con la conducción inter o intraventricular del impulso cardíaco y, por lo tanto, el complejo QRS, que es generado por los ventrículos, permanece angosto.

En ocasiones, las arritmias auriculares causan conducciones ventriculares aberrantes con un complejo QRS ancho, el cual pueden simular una arritmia de origen ventricular.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus controles con cardiología u otras especialidades de patologías crónicas. - Ingesta de medicamentos indicados y la no automedicación. - Ingesta de dieta baja en sodio y en grasa. - Ejercicios de moderada intensidad. - Importancia de control de peso. - Ayudar a comprender la enfermedad y clarificar las dudas. - No consumir tabaco, drogas y bebidas alcohólicas. - Integrarse a grupos de apoyo. - Asistir a terapia de relajación y manejo del stress. • Orientar a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de apoyar a paciente en tratamiento. - Vigilar signos de alarma como: palpitaciones, dolor torácico, inquietud, desmayos. - Importancia del acompañamiento a controles. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acostarlo en carro camilla con barandales funcionando. • Mantener al usuario(a) en reposo absoluto, con respaldo entre 30-45 grados. • Tomar, registrar y reportar signos vitales. • Colocar monitor cardiaco. • Asistir al usuario(a) de acuerdo a su estado en: <ul style="list-style-type: none"> - Administración de oxígeno según indicación médica. - Toma de exámenes indicados. - Dar seguimiento al resultado de exámenes y reportar anomalías. - Toma de electrocardiograma y radiografía de tórax. - Canalizar acceso venoso. - Cumplimiento de medicamentos endovenosos por vía directa o por bomba de infusión. • Mantener nada por boca. • Asistir procedimientos especiales (cardioversión, vena central, sonda transuretral y otros). • Llevar balance hídrico. • Vigilar, registrar y reportar estado de conciencia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admitir a paciente en cama con barandales funcionando. • Mantenerlo en reposo con respaldo a tolerancia. • Administrar oxígeno según indicación. • Colocar y mantener monitor cardiaco. • Tomar y registrar signos vitales según estado de paciente. • Vigilar estado de conciencia: estupor, agitación, orientación, entre otros. • Vigilar signos de perfusión sanguínea: piel fría, cianosis, palidez, llenado capilar. • Identificar cambios electro-cardiográficos y reportar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio moderado, como caminar al aire libre, bicicleta. - Alimentación baja en grasa y sodio y evitar consumo de tabaco, drogas y bebidas alcohólicas. - Evitar el stress. - Asistir a sus controles con el especialista. - Adherencia al tratamiento e importancia de su cumplimiento según la indicación. - Participación en grupos de apoyo. - No auto medicarse. - Asistir al establecimiento de salud más cercano al presentar signos de alarma como: palpitaciones, dolor torácico, inquietud, desmayos - Ayudar a comprender la enfermedad y clarificar las dudas. • Oriente a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia del cumplimiento de su tratamiento. - Acompañamiento a controles. - Vigilar signos de alarma. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y reportar arritmias, hipotermia y alteraciones hidroelectrolíticas. • Revisar, valorar y reportar la oxigenación. • Vigilar cambios en el estado neurológico. • Administrar con urgencia medicamentos prescritos. • Administrar medicamentos especiales respetando horarios de inicio (no considerar horarios de rutina). • Mantener preparado equipo de reanimación. • Mantener disponible y accesible equipo de colocación de marcapaso temporal (cables, fuente y equipo). • Mantener al paciente eutérmico. • Llevar balance hídrico. • Brindar cuidados de higiene y comodidad en la unidad, en fase aguda y en fase de rehabilitación acompañar y asistirlo. • Evitar la formación de úlceras por presión (colocar dispositivos mecánicos, cambios de posición, masaje y lubricación de la piel). • Mantener nada por boca, o proporcionar dieta según indicación y estado del usuario(a). • Cuidados de accesos venosos, sondas, catéteres, y tubos. • Satisfacer necesidades de eliminación. • Facilitar visitas en el momento que corresponda, según estado del usuario(a). • Conversar con el usuario(a) y familiares, explicándoles sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Evitar situaciones de stress. – Patología y tratamiento. – Demostrar interés y preocupación por su enfermedad. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. 	

B. Bloqueo de conducción A/V

B.1. Definición

Un bloqueo auriculoventricular se caracteriza por una falla en la conducción de todos los impulsos generados por el nodo auricular, de manera que no son todas conducidas a los ventrículos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles con cardiología u otras especialidades de patologías crónicas. - Ingesta de medicamentos indicados y la no automedicación. - Ingesta de dieta baja en sodio y en grasa. - Ejercicios de moderada intensidad. - Ayudar a comprender la enfermedad y clarificar las dudas. - No consumir tabaco, drogas y bebidas alcohólicas. - Integrarse a grupos de apoyo. - Asistir a terapia de relajación y manejo del stress. • Orientar a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de apoyar a paciente en tratamiento. - Vigilar signos de alarma como: cianosis, desmayos, confusión mental, falta de tolerancia al esfuerzo, mareo, fatiga, debilidad. - Asistir al establecimiento de salud más cercano al presentar signos de alarma. - Importancia del acompañamiento a controles. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acostar paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Mantener al usuario(a) en reposo absoluto, con respaldo entre 30-45 grados. • Tomar, registrar y reportar signos vitales. • Colocar monitor cardíaco. • Canalizar acceso venoso y cumplimiento de medicamentos endovenosos por vía directa o a través de bomba de infusión. • Administración de oxígeno según indicación médica. • Toma de exámenes indicados. • Asistir procedimientos especiales (cardioversión, colocación de marcapaso temporal, vena central, sonda transuretral y otros). • Asistir en toma de exámenes de gabinete. • Llevar balance hídrico. • Vigilar, registrar y reportar estado de conciencia. • Vigilar constantemente: las conexiones del cable del marcapaso, el funcionamiento de la fuente, el sitio de inserción, signos de sangramiento. • Disponer siempre baterías de reemplazo para fuente de marcapaso. • Dar seguimiento al resultado de exámenes y reportar anormalidades. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admitir a paciente en cama con barandales funcionando. • Mantenerlo en reposo absoluto con respaldo. • Vigilar que se mantengan conectadas las conexiones del marcapaso. • Evitar movimientos bruscos al movilizar paciente. • Administrar oxígeno según indicación. • Colocar y mantener monitor cardíaco. • Vigilar constantemente signos de Stoke Adams (disminución del ritmo cardiaco, trastornos de conciencia, palidez seguida de rubor, cambios en trazo electrocardiográfico, como asistolia, fibrilación ventricular). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de portar identificación que es usuario de marcapaso - Ejercicio moderado como caminar al aire libre, bicicleta. - Alimentación baja en grasa y sodio y evitar consumo de tabaco, drogas y bebidas alcohólicas - Asistir a sus controles con el especialista. - Adherencia al tratamiento e importancia de su cumplimiento según la indicación. - No auto medicarse. - Asistir al centro asistencial más cercano al presentar signos de alarma como: palpitaciones, dolor torácico, inquietud, desmayos. - Ayudar a comprender la enfermedad y clarificar las dudas. • Oriente a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia del cumplimiento de su tratamiento. - Acompañamiento a controles. - Vigilar signos de alarma. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales según estado de paciente. • Identificar cambios electrocardiográficos y reportar. • Identificar y reportar, hipotermia y alteraciones hidroelectrolíticas. • Revisar, valorar y reportar la oxigenación. • Vigilar cambios en el estado neurológico. • Administrar con urgencia medicamentos prescritos. • Administrar medicamentos especiales, respetando horarios de inicio (no considerar horarios de rutina). • Mantener preparado equipo de reanimación. • Mantener disponible y accesible equipo de colocación de marcapaso temporal (cables, fuente, y equipo). • Llevar balance hídrico. • Brindar cuidados de higiene y comodidad en la unidad en fase aguda y en fase de rehabilitación acompañar y asistirlo. • Evitar la formación de úlceras por presión (colocar dispositivos mecánicos, cambios de posición, masaje y lubricación de la piel). • Proporcionar dieta según indicación y estado del usuario(a). • Cuidados de accesos venosos, sondas, catéteres, y tubos. • Satisfacer necesidades de eliminación (proporcionar pato u orinal). • Facilitar visitas en el momento que corresponda, según estado del usuario(a). • Conversar con el usuario(a) y familiares, explicándoles sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología y tratamiento. - Demostrar interés y preocupación por su enfermedad. • En caso de paciente que se le coloque marcapaso permanente, vigilar signos como: dolor torácico, sangramiento, edema, migración del generador. • Orientar al paciente a no apoyarse en la zona del implante. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. 	

5. Guía de atención de enfermería a pacientes con infección del tracto urinario

5.1 Definición

Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón o próstata. Se debe considerar la siguiente terminología: a) Bacteriuria: presencia de bacterias en la orina. b) Bacteriuria significativa: presencia espontánea de bacterias en la orina mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml. c) Bacteriuria asintomática: bacteriuria significativa en un paciente sin síntomas urinarios. d) Síndrome uretral agudo: disuria, poliaquiuria y tenesmo sin bacteriuria significativa.

5.2 Etiología

- Agentes comunes: *Escherichia coli* (hasta 80% de los casos), *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomona*, *Serratia*, *Cándida*, entre otros.
- Agentes no comunes: estafilococos.
- Raros: nocardia, actinomices, brúcela, adenovirus y torulopsis.

5.3 Clasificación

- Anatómica.
 - Infecciones del tracto urinario inferior: uretritis y cistitis (superficiales o de mucosas)
 - Infecciones del tracto urinario superior: pielonefritis aguda, prostatitis y absceso renal o peri nefrítico (indican invasión tisular).
- Epidemiológica.
 - Nosocomiales o asociadas con cateterización.
 - Comunitarias (no asociadas con cateterización).

5.4 Manifestaciones clínicas

Se describen en términos del órgano involucrado:

1. Cistitis y uretritis: síndrome miccionar agudo (disuria, tenesmo y poliaquiuria)
2. con hematuria frecuente, rara vez asociada con fiebre elevada. Más común en mujeres en edad fértil y habitualmente relacionada con la actividad sexual.
3. Pielonefritis aguda: fiebre, escalofríos, náuseas, dolor en flanco, con molestias generales inespecíficas y síntomas miccionales ocasionales.
4. Prostatitis: episodio febril agudo con escalofríos frecuentes, dolor perineal, síndrome miccionar y a veces hematuria o retención urinaria. Próstata con hipersensibilidad al tacto, leucocitosis e incremento de reactantes de fase aguda.
5. Absceso renal: fiebre elevada, dolor lumbar e hipersensibilidad en flancos; en abscesos renales de diseminación hematogena la presentación puede ser crónica con síntomas de malestar y pérdida de peso.
6. Absceso peri nefrítico: fiebre y escalofríos, dolor abdominal y en flancos, habitualmente de varios días de duración.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de abundantes líquidos (8 a 12 vasos al día). - Higiene personal. - Higiene de manos. - Aseo de genitales de forma adecuada a diario, antes y después de contacto sexual. - Cambio de ropa interior a diario. - Baño diario. - Posterior a cada micción limpiar área genital (en pacientes femeninas limpiar área vulvar de adelante hacia atrás). - No automedicarse. - No consumo de drogas, alcohol y tabaco. - Evitar largas horas de espera para miccionar. - Evitar uso de duchas vaginales. - Complicaciones por infecciones repetitivas. - Consultar al presentar signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Ardor al orinar. ✓ Cambios en el aspecto de la orina (presencia de sangre, pus, sedimentos). ✓ Nauseas. ✓ Vómitos. ✓ Dolor lumbar. ✓ Cefalea. ✓ Dificultad para orinar ✓ Calofrío y diaforesis. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general del paciente. • Seleccionar según triage. • Controlar y reportar signos vitales. • Tomar examen general de orina y urocultivo. • Canalizar acceso venoso y toma de exámenes, según prescripción médica. • Bajar temperatura con medios físicos si es necesario. • Acompañar a paciente a toma de exámenes de gabinete. • Vigilar y reportar características de la orina. • Cumplir prescripciones médicas. • Enviar muestras de exámenes a laboratorio. • Solicitar, reportar y pegar resultados de exámenes. • Brindar apoyo emocional y espiritual a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con respaldo a tolerancia y barandales funcionando. • Control de signos vitales y registrarlos. • Vigilar y reportar características de la orina. • Llevar balance hídrico y diuresis por turno. • Bajar temperatura por medios físicos si es necesario. • Canalizar acceso venoso. • Cumplir prescripción médica. • Satisfacer necesidades fisiológicas. • Toma de examen general de orina y cultivo de control, según indicación médica. • Realizar o asistir cuidados de higiene y comodidad. • Asistir o proporcionar dieta. • Asistir procedimiento de colocación de sonda trans uretral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir tratamiento completo. - Asistir a controles llevando resultados de exámenes. - Ingesta de abundantes líquidos si no hay contra indicación. - Consumo de dieta según condición de paciente. - Evitar consumir alimentos condimentados y picantes. - Evitar auto medicación y el consumo de alcohol y drogas. - Medidas de higiene personal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene de manos ✓ Aseo de genitales de forma adecuada a diario, antes y después de contacto sexual. ✓ Cambio de ropa interior a diario. ✓ Baño diario. ✓ Posterior a cada micción limpiar área vulvar de adelante hacia atrás. - Evitar largas horas de espera para miccionar. - Complicaciones por infecciones genito urinarias repetitivas. - Signos y síntomas de las infecciones de tracto urinario como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Ardor al orinar. ✓ Cambios en el aspecto de la orina (presencia de sangre, pus, sedimentos). ✓ Nauseas. ✓ Vómitos.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar controles según grupo dispensarial. • Toma de exámenes de laboratorio en caso de signos de alarma. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir al paciente en estudios de gabinete (ultrasonografía, resonancia). • Vigilar y reportar estado general del paciente. • Proporcionar apoyo espiritual a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor lumbar. ✓ Cefalea. ✓ Dificultad para orinar. ✓ Calofríos y diaforesis. - Realizar controles según grupo dispensarial. - Realizar ejercicio de acuerdo a condición física. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

6. Guía de atención de enfermería a pacientes con hematuria

6.1 Definición

La hematuria se define como la aparición de sangre en orina y se considera patológica la presencia de más de tres glóbulos rojos por campo en el análisis microscópico del sedimento urinario.

Por lo general se divide en dos categorías:

- La hematuria macroscópica (franca o gruesa) es el término médico que se utiliza para describir la presencia de sangre en la orina. La orina puede verse roja o marrón. A veces se pueden encontrar coágulos en la sangre.
- La hematuria microscópica es visible solamente bajo el microscopio, y por lo general se detecta con un examen de orina durante una visita al médico.

6.2 Tipos de hematuria

1. Según el momento de aparición:

- **Inicial:** el sangrado se observa al principio del chorro miccional y después se aclara la orina espontáneamente. Sugiere origen uretral o prostático.
- **Terminal:** si se recoge al final de la micción, a veces incluso como un goteo sanguinolento justo después de acabar la micción, sugiere origen cercano al cuello vesical.
- **Total:** si la hematuria se presenta a lo largo de toda la micción se denomina total; puede proceder del riñón, del tracto superior o de la vejiga.

2. Según la cantidad de hematíes por campo:

- **Microscópica:** la emisión de hematíes por campo es inferior a 100 y la orina no cambia de color.
- **Macroscópica:** a partir de 100 hematíes por campo, la sangre se hace visible en la orina. 1 ml de sangre en 1 litro de orina hace que ésta adopte un color rojizo.

3. Según la duración:

- **Transitoria:** puede producirse por ejercicio intenso, fiebre, actividad sexual o traumatismos. El diagnóstico es por exclusión. Se produce con más frecuencia entre los 15-40 años y disminuye a partir de los 50 años. En los pacientes menores de 50 años una segunda tira reactiva negativa en orina supone una hematuria transitoria y es suficiente para excluir causas graves, salvo que el paciente presente factores de riesgo de cálculos renales o cáncer de vejiga.
- **Permanente:** las restantes.

La hematuria puede ser causada por una variedad de condiciones que incluyen piedras, infección, un tumor, lesiones que involucran los riñones, el tracto urinario, la glándula prostática y/o los genitales. También puede ser causada por una enfermedad que afecta a la sangre o por la ingestión de ciertos medicamentos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre importancia de:<ul style="list-style-type: none">– Consumo de abundantes líquidos (8 a 12 vasos al día).– Higiene personal:<ul style="list-style-type: none">✓ Higiene de manos.	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado general del paciente.• Seleccionar según triage.• Controlar y reportar signos vitales.• Tomar examen general de orina y urocultivo.• Canalizar acceso venoso y toma de	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">– Importancia de cumplir tratamiento completo.– Asistir a controles llevando resultados de exámenes.– Ingesta de abundantes líquidos si no hay contra

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aseo de genitales de forma adecuada a diario, antes y después de contacto sexual. ✓ Cambio de ropa interior a diario. ✓ Baño diario. ✓ Posterior a cada micción limpiar genitales (en pacientes femeninas limpiar área vulvar de adelante hacia atrás). - Evitar largas horas de espera para miccionar. - No automedicarse. - No consumo de drogas, alcohol y tabaco. - Evitar uso de duchas vaginales. - Complicaciones por infecciones repetitivas. - Consultar al presentar signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Ardor al orinar. ✓ Cambios en el aspecto de la orina (presencia de sangre, pus, sedimentos). ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. ✓ Dolor lumbar. ✓ Cefalea. ✓ Dificultad para orinar. ✓ Calofríos y diaforesis. • Realizar controles según grupo dispensarial. • Toma de exámenes de laboratorio en caso de signos de alarma. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>exámenes, según prescripción médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajar temperatura con medios físicos si es necesario. • Acompañar a paciente a toma de exámenes de gabinete. • Asistir procedimientos de: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de sonda trans uretral. - Colocación de sonda supra púbica. - Lavados vesicales. • Vigilar y reportar características de la orina. • Cumplir prescripciones médicas. • Enviar muestras de exámenes a laboratorio. • Solicitar, reportar y pegar resultados de exámenes. • Brindar apoyo emocional y espiritual a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con respaldo a tolerancia y barandales funcionando. • Control y registro de signos vitales. • Vigilar y reportar características de la orina. • Llevar balance hídrico y diuresis por turno. • Bajar temperatura por medios físicos si es necesario. • Canalizar acceso venoso. • Cumplir prescripción médica. • Satisfacer necesidades fisiológicas. • Tomar examen general de orina y cultivo de control según indicación médica. • Realizar o asistir cuidados de higiene y comodidad. • Asistir o proporcionar dieta. • Asistir procedimientos de: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de sonda trans uretral. - Colocación de sonda supra púbica. - Lavados vesicales. • Asistir al paciente en estudios de gabinete: <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonografía. - Resonancia. • Vigilar y reportar estado general del paciente. • Proporcionar apoyo espiritual a paciente y familia. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería. 	<p>indicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de dieta según condición de paciente. - Evitar consumir alimentos condimentados y picantes - Evitar la auto medicación y el consumo de alcohol y drogas - Higiene personal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene de manos ✓ Aseo de genitales ✓ Cambio de ropa interior a diario ✓ Baño diario - Evitar largas horas de espera para miccionar. - Los signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Dificultad para orinar ✓ Calosfríos y diaforesis ✓ Salida de secreción de herida operatoria ✓ Hematuria ✓ Rubor alrededor de herida operatoria ✓ Dolor - Realizar controles según grupo dispensarial. - Realizar ejercicio de acuerdo a condición física. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

7. Guía de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA)

7.1 Definición

La IRA es la reducción brusca y potencialmente reversible, usualmente en horas o días, de la función renal; se produce disminución del filtrado glomerular y acúmulo de productos nitrogenados séricos (nitrógeno ureico y creatinina) con incapacidad para regular la homeostasis (equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico). Se suele asociar a una disminución de la diuresis (IRA oligúrica) hasta en un 60% de los casos y el resto cursan con diuresis adecuada (IRA no oligúrica).

7.2 Etiología y clasificación

Existen tres mecanismos por los que puede producirse un fracaso renal agudo:

1. Azotemia pre-renal o funcional. Cuando existe una inadecuada perfusión renal que compromete el filtrado glomerular, es por tanto una respuesta fisiológica a la hipoperfusión renal; pero el parénquima está íntegro. Es la causa más frecuente de azotemia (60 - 70% de los casos). Es reversible si se actúa sobre la causa desencadenante de manera temprana.
2. Azotemia renal o intrínseca (lesión renal aguda). La causa del deterioro de la función renal induce daño en las estructuras anatómicas siguientes: glomérulos, túbulos e intersticio o vasos renales. Esta causa supone el 25% de los casos de azotemia y desde un punto de vista clínico-patológico, las causas de IRA intrínseca se dividen en cuatro:
 - a. Necrosis tubular aguda (NTA)
 - b. Lesión glomerular.
 - c. Lesión tabulo-intersticial
 - d. La necrosis tubular aguda (NTA), que puede ser isquemia y tóxica.
3. Azotemia post-renal u obstructiva. Cuando existen lesiones que producen un obstáculo en el tracto urinario que impiden la salida de la orina formada, provocan un aumento de presión que se transmite retrógradamente, comprometiendo el filtrado glomerular. Supone el 5% de las causas de azotemia. Pueden ser lesiones extrarrenales de uréteres-pelvis (por litiasis, tumores, fibrosis), vejiga (por litiasis, coágulos, tumores, prostatismo o vejiga neurógena), uretra (por estenosis, fimosis) o también lesiones intrarrenales (por depósito de cristales, coágulos, cilindros). Para que estas causas produzcan azotemia, la obstrucción debe ser grave, prolongada y con afectación al tracto urinario distal (meato uretral externo, cuello de la vejiga) o bien a los uréteres de manera bilateral o unilateral en un paciente con riñón único funcionante.

7.3 Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de las diferentes formas de azotemia varía dependiendo de las causas desencadenantes.

- Pre-renal destacan las manifestaciones de reducción de volumen (sed, hipotensión, taquicardia, disminución de la presión venosa yugular, disminución de peso, sequedad de piel y mucosas) o de reducción efectiva de volumen (en este caso la exploración revela signos de hepatopatía crónica, insuficiencia cardíaca avanzada y sepsis). Es importante destacar que en estos casos la azotemia aguda desaparece rápidamente tras restablecer la perfusión renal.
- Renal o intrínseca, se debe investigar la presencia de isquemia renal prolongada (choque hipovolémico, choque séptico o cirugía mayor). En estos casos existe oligúrica o incluso anuria (diuresis diaria menor de 400 mililitros). La probabilidad de NTA aumenta si la lesión renal aguda (LRA) persiste a pesar del restablecimiento de la perfusión renal.
- Post-renal en el sexo masculino es la obstrucción del cuello de la vejiga por enfermedad prostática. La diuresis fluctuante es característica de uropatía obstructiva.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de prevención están dirigidas a evitar el condicionante de la enfermedad, los cuales son súbitos como pérdidas sanguíneas, quemaduras extensas, sepsis, shock hipovolémico y el cumplimiento de medidas de bioseguridad. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Tomar y reportar signos vitales y oximetría de pulso. • Vigilar permeabilidad de vías aéreas y colocar respaldo a tolerancia. • Canalizar vena periférica, toma de exámenes de laboratorio y cumplir tratamiento indicado. • Control y reporte de balance hídrico estricto cada hora. • Vigilar y reportar alteraciones del estado general (estado de conciencia). • Administrar oxígeno según indicación médica. • Asistir al usuario(a) en: procedimientos especiales. <ul style="list-style-type: none"> – Cateterización de vena central. – Sonda transuretral. – Rayos X. • Realizar preparación pre-quirúrgica. • Reportar exámenes. • Proporcionar apoyo emocional al usuario(a) y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando. • Mantener con monitor cardíaco y ojímetro de pulso. • Tomar y registrar signos vitales y reportarlos si hay alteración. • Vigilar que paciente mantenga el oxígeno según indicación. • Controlar goteo de líquidos endovenosos. • Control de balance hídrico estricto cada hora. • Tomar y reportar exámenes de laboratorio de control indicados. • Realizar o asistir cuidados higiénicos. • Cambios de posición cada dos horas, lubricar la piel y colocar dispositivos mecánicos si es necesario. • Asistir al paciente en procedimientos especiales: 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles médicos con reporte de exámenes. - Evitar automedicación. - Ingesta de dieta baja en sodio y potasio, rica en proteínas y calorías. - Aseo personal. - Cuidados de piel y mucosa. - Reposo y ejercicio de acuerdo a su condición. - Consultar de inmediato a un establecimiento de salud al presentar los siguientes signos y síntomas: debilidad muscular, diarrea, fiebre, dolor torácico, cambios en la visión, cefalea, edema, disminución de la cantidad de orina, palidez, cansancio físico y pulmonar). • Inserción a programas de rehabilitación para incorporarse a la sociedad. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de catéter rígido o blando. - Colocación de catéter Mahurkar. • Realizar cuidados de accesos venosos y dialíticos. • Asistir en procedimiento de colocación de catéter de diálisis peritoneal o hemodiálisis. • Realizar recambios dialíticos. • Vigilar y reportar anomalías: <ul style="list-style-type: none"> - Variaciones en la presión arterial. - Desequilibrio hidroelectrolítico. - Trastornos neurológicos. • Proporcionar apoyo emocional y psicológico al usuario(a). • Cuidados de sondas y catéteres. • Permitir que el paciente exprese su ansiedad y temor a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar confianza. - Conversar con el paciente y familiares, explicándoles sobre su patología y tratamiento. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

8. Guía de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia renal crónica (ERC)

8.1 Definición

La ERC es la situación clínica derivada de la pérdida permanente de la función renal, usualmente por más de tres meses y con carácter progresivo, inducida por múltiples etiologías principalmente: hipertensión, diabetes y otras patologías de origen inmunológico y adquiridas. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal.

8.2 Etiología

La ERC se presenta en pacientes con las siguientes condiciones:

- Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, las cuales combinadas constituyen el 88.6% de los casos,
- Glomerulopatías crónicas
- Antecedentes de uso indiscriminado de AINES, exposición a tóxicos o pesticidas
- Antecedente familiar de ERC
- Edad mayor de sesenta años.

8.3 Manifestaciones clínicas

Historia clínica: en los estadios 1 - 3 (filtración glomerular mayor de 30 ml / minuto) son generalmente asintomáticos y no sufren alteraciones clínicas evidentes en el equilibrio hidroelectrolítico y endócrino, ni tampoco alteraciones metabólicas.

En general, estas alteraciones se manifiestan clínicamente con ERC en estadios 4 - 5 (tasa filtración glomerular menor de 30 ml / minuto). Las manifestaciones urémicas en pacientes con ERC fase 5 se cree que son principalmente secundarias a una acumulación de toxinas de moléculas medias.

Los síntomas incluyen: malestar general y fatiga, prurito, dolor de cabeza, pérdida espontánea de peso, inapetencia, náuseas. También: piel anormalmente oscura o clara, dolor óseo. Síntomas del sistema nervioso como: somnolencia y confusión, problemas para concentrarse o pensar, parestesias en las manos, los pies u otras áreas, fasciculaciones musculares o calambres, aliento urémico, susceptibilidad a hematomas, sangrado o sangre en las heces, sed excesiva, singulto frecuente, pérdida de la libido e impotencia, amenorrea, insomnio, síndrome de las piernas inquietas o apnea obstructiva del sueño y edema.

El examen físico puede revelar hallazgos característicos de la enfermedad que indujo la ERC entre ellas el lupus, arteriosclerosis severa, hipertensión, diabetes o complicaciones de la enfermedad renal crónica como anemia, diátesis hemorrágica, pericarditis, edema, aliento urémico, tez oscura.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente, familia y comunidad sobre: - Generalidades de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos y síntomas. ✓ Riesgos y complicaciones. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Registrar y reportar signos vitales. • Mantenerlo en reposo con respaldo a 45 grados. • Canalizar vena, toma de muestras de laboratorio. • Explorar si paciente ha tomado sus medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles médicos. - Importancia de cumplir tratamiento médico. - Evitar automedicación.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - No automedicarse (incluyendo analgésicos). - Ingesta de líquidos abundantes. - Evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas. - Mantener un control médico estricto en caso de otras enfermedades sistémicas como: diabetes, hipertensión arterial, infección de vías urinarias a repetición. - Consultar en caso de presentar signos y síntomas de alarma (dolor precordial, cansancio físico y pulmonar, fiebre, cefalea, hipertensión, presencia de sangramiento nasal y mucosa oral). - Medidas de prevención laboral en personas que fabrican, manipulan y utilizan sustancias nefrotóxicas como: pesticidas, venenos, solventes, radiación, quimioterapia, otros. - Realizar chequeo médico cada 6 meses según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir medicamentos y líquidos endovenosos. • Realizar balance hídrico estricto. • Administrar oxigenoterapia. • Asistir al usuario(a) oportunamente en procedimientos especiales, (vena central). • Proporcionar apoyo emocional y psicológico. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo 45 grados. • Control estricto de signos vitales. • Controlar y mantener líquidos orales o endovenosos restringidos. • Solicitar reporte de exámenes de laboratorio tomados en emergencia. • Administrar hemoderivados, medicamentos endovenosos y orales indicados, tomando en cuenta la restricción de líquidos. • Llevar balance hídrico estricto. • Asistir al paciente oportunamente en procedimientos dialíticos si es necesario. • Cumplir dieta hiposódica, hipoprotéica e hipercalórica. • Pesarse previo y posterior a procedimiento dialítico. • Baño diario más cuidados de piel y mucosas (lubricación de piel). • Realizar cuidados de sondas y catéteres. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Patrón respiratorio. - Signos de acidosis metabólica (respiración rápida y superficial, somnolencia, cambios de conducta, náuseas y vómitos). - Signos de desbalance hidroelectrolítico. - Presencia de edemas. - Cambios electrocardiográficos. - Aumento de la presión arterial. • Orientar a paciente y familia sobre procedimientos. • Verificar que este firmada hoja del consentimiento informado. • Asistencia en procedimiento de colocación de catéter rígido, catéter blando o catéter Mahurkar. • Asistir procedimientos de terapia dialítica (diálisis peritoneal, hemodiálisis). • Proporcionar apoyo emocional. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de dieta hiposódica, hipoprotéica e hipercalórica. - Líquidos orales restringidos. - Consultar en establecimiento de salud en caso de presentar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios en la frecuencia y características de la orina. ✓ Cambios en el patrón respiratorio. ✓ Aparición de edema. ✓ Fiebre. - Cuidados de sitios de accesos para diálisis y hemodiálisis. - Tratamiento oportuno de infección de vías urinarias. - Orientación psicológica. - Reposo relativo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

9. Guía de atención de enfermería a pacientes con trastornos electrolíticos

A) Hiponatremia

9.1 Definición

La hiponatremia se define como una concentración de sodio en plasma (natremia) menor de 135 mEq/L (los niveles normales de sodio en plasma 135 a 145 mEq/L). Se considera severa si la natremia disminuye por debajo de 120 mEq/L. En general se clasifican en hiponatremias de instauración aguda (con una sintomatología más severa) y crónica (en cuyo caso los pacientes toleran niveles menores de natremia).

9.2 Etiología

Las causas de la hiponatremia se encuentran relacionadas con la fisiopatología que la ocasiona:

Perdidas de sodio

- Renales: por administración de diuréticos, diuresis osmótica, diuresis pos obstructiva, entre otras.
- Digestivas: vómitos, tubos de drenaje, fistulas, obstrucción, diarreas
- Cutáneas: sudoración, quemaduras
- Aumento de agua corporal total: insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, secreción inapropiada de hormona anti diurética.
- Aumento de sodio y agua corporal: insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, síndrome nefrótico.

9.3 Clasificación

Según su valor plasmático se clasifican en: leve entre 135 a 130 mEq/L, moderada entre 125 a 120 mEq/L, y severa menor de 120 mEq/L.

En algunas situaciones clínicas se encuentran natremias inferiores a lo normal, que en realidad no son correctas ya que al realizar determinaciones más precisas la cantidad de sodio es normal, son las falsas hiponatremias o pseudo hiponatremias (hiperglicemia, hipertrigliceridemia).

Son más proclives a sufrir hiponatremia las personas en edades extremas de la vida (ancianos y niños en edad pre-escolar); los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia hepática o renal, neoplasias malignas, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, pérdidas gastrointestinales, enfermedad psiquiátrica, uso de algunos fármacos, cirugía reciente o fluidoterapia.

Los mecanismos de regulación son: la sed, la hormona anti diurética (ADH), el sistema renina-angiotensina-aldosterona y reabsorción de sodio filtrado por el riñón. Cuando la osmolaridad plasmática aumenta por encima de 300 mosm/kg se estimulan los osmoreceptores hipotalámicos, que provocan un aumento de la sed y de los niveles circulantes de ADH. El riñón sano es capaz de mantener los niveles normales de sodio plasmático a través del control del sodio reabsorbido en el túbulo distal. Así, en caso de hipovolemia el riñón responde reabsorbiendo más sodio (y agua) y al contrario, el aumento de volumen filtrado en el glomérulo (hipervolemia) disminuye la reabsorción de sodio, aumentando la natriuresis.

9.4 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de hiponatremia dependen de la velocidad de instalación y de la magnitud de la hiponatremia. Las primeras manifestaciones son: anorexia, letargo, apatía, náuseas y desorientación. En los casos leves los pacientes pueden presentarse asintomáticos, como en hiponatremia crónica, o presentar síntomas inespecíficos como náuseas y vómitos. Generalmente con un valor inferior a 120 mEq/L comienzan las manifestaciones más floridas como somnolencia, irritabilidad, excitación psicomotriz, alucinaciones, cambios en la personalidad, delirio hasta presentar hipertensión

intracraneana, letargia, convulsiones, foco neurológico, dilatación pupilar, decorticación y coma en los casos graves.

Toda natremia menor a 110 mEq/L se considera una emergencia médica.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Tomar líquidos que contengan electrolitos al practicar deportes extenuantes o exposición al sol de manera excesiva. - Consumo de ocho vasos de agua limpia cada día. - Evitar el consumo de agua en exceso en caso de presentar edema. - Consultar a establecimiento de salud más cercano ante el apareamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desorientación ✓ Vómito ✓ Mareos ✓ Náuseas ✓ Poliuria ✓ Palidez ✓ Calambres ✓ Debilidad muscular ✓ Dolor de cabeza. • Aplicar medidas por parte del personal de salud, para prevenir complicaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Reportar cualquier alteración de valores normales de los exámenes de laboratorio. - Identificar y reportar signos de deshidratación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Tomar y registrar signos vitales. • Canalizar acceso venoso. • Tomar exámenes indicados. • Cumplir líquidos intravenosos. • Cumplir medicamentos indicados. • Orientar a paciente para restringir la ingesta de agua. • No rehidratar con suero oral. • Registrar balance hídrico • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. • Informar a familia sobre estado de paciente. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando. • Colocar respaldo a tolerancia. • Controlar, registrar y reportar signos vitales diarios, según la condición del paciente. • Cumplir tratamiento indicado. • Registro estricto de balance hídrico y reportar variaciones. • Administrar infusión de sodio (hiperosmolar) según indicación médica y líquidos intravenosos restringidos. • Evitar administrar líquidos en exceso, en caso de edema generalizado, insuficiencia cardíaca congestiva, renal o hepática. • Vigilar signos y síntomas de complicación, (vómitos, dolores abdominales, cambios en sistema nervioso central como letargo, confusión, espasmos musculares y convulsiones). • Vigilar signos de hiponatremia en pacientes con los siguientes trastornos: <ul style="list-style-type: none"> - Gastrointestinales. - Problemas endocrinológicos, Insuficiencia cardíaca congestiva, renal o hepática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la enfermedad en casa: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No tomar líquidos en exceso. ✓ Ingerir dieta normo sódica. - Asistir a los controles médicos con resultados de exámenes indicados. - Cumplir con reposo relativo. - Asistir al establecimiento de salud más cercano, al presentar algún signo de la enfermedad.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>– En tratamientos con diuréticos, medicamentos opiáceos y barbitúricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de peso cada día en ayuno, según indicación médica. ✓ Tomar exámenes de laboratorio indicados y reportar variaciones. ✓ Realizar o asistir cuidados higiénicos • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

B) Hipernatremia

9.1 Definición

Consiste en un elevado nivel de sodio en sangre. La causa más común no es un exceso de sodio, sino un relacionado déficit de agua libre en el cuerpo, por esta razón, la hipernatremia es a menudo una condición que acompaña a la deshidratación.

La hipernatremia supone una relación sodio/agua plasmática mayor de la normal. Aunque el límite superior normal de la natremia es 145 mEq/L, en general solo se diagnostica hipernatremia cuando se superan los 150 mEq/L; esto supone siempre aumento de la osmolaridad y de la tonicidad plasmáticas.

9.2 Etiología

La hipernatremia puede producirse por cuatro mecanismos: a) pérdida de agua corporal; b) ganancia neta de sodio; c) paso de agua extracelular al compartimento celular; d) salida de sodio de las células en intercambio por potasio.

Las causas comunes de la hipernatremia incluyen:

- Inadecuada ingesta de agua (típica en ancianos, o pacientes con capacidades especiales) esta es la causa más común de la hipernatremia.
- Aumento de la excreción de agua, a menudo en la orina, que puede ser debido a diuréticos, litio, o diabetes insípida
- Ingestión de líquidos hipertónicos, lo cual no es frecuente, aunque puede ocurrir posterior a una reanimación en la que el paciente recibe un gran volumen de una solución concentrada de bicarbonato de sodio
- Exceso de mineralocorticoides debido a un estado de enfermedad como el Síndrome de Cushing o de Crohn.

9.3 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la hipernatremia pueden ser sutiles, consistiendo en letargo, debilidad, irritabilidad, y edema. Con elevaciones más severas del nivel de sodio, pueden ocurrir convulsiones y coma. Los síntomas severos se deben 50 generalmente a una elevación aguda en la concentración de sodio del plasma mayores de 158 mEq/L (lo normal es de 135 a 145 mEq/L). Los valores mayores de 160 mEq/L están asociados a una alta tasa de mortalidad, particularmente en adultos. En parte, esto puede ser debido a que estos altos niveles de sodio se producen raramente sin condiciones médicas severas coexistentes.

La hipernatremia aguda se produce en menos de cuarenta y ocho horas, cuando es mayor de 160 mEq/L se considera de gravedad severa y el paciente presenta deterioro del estado de conciencia caracterizado por estupor, coma, o convulsiones. La hipernatremia crónica se produce en más de

cuarenta y ocho horas y el paciente en ocasiones puede tolerar la elevación de sodio sérico sin mayor expresión clínica.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de dieta baja en sodio, evitando los alimentos enlatados, carnes saladas, sopas procesadas, cubitos, salsas aderezos para ensaladas, bebidas energéticas. - Consumo de suficientes líquidos en casos de sudoración, diarreas y diuresis excesiva. - Consultar si presenta los siguientes signos, síntomas de alarma: sed, fiebre, inquietud, desorientación, letargo, resequeidad o aumento del volumen de la lengua y mucosa, piel sonrojada, edema periférico y pulmonar, hipotensión postural, aumentó del tono muscular, hipereflexia tendinosa profunda. - Realizar chequeo médico cada 6 meses, según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar acceso venoso y administrar solución endovenosa. • Tomar exámenes de laboratorio (electrolitos y hemograma). • Colocar respaldo a 45 grados o según tolerancia. • Proporcionar apoyo emocional al paciente. • Controlar balance hídrico. • Informar a familia sobre estado de paciente. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando. • Monitorizar o controlar signos vitales. • Tomar exámenes de laboratorio. • Verificar y reportar resultados de exámenes (concentración sérica normal de sodio es de 136 a 145meq/l). • Vigilar si paciente presenta sed, fiebre, inquietud, desorientación, letargo, sequedad o aumento del volumen de la lengua y mucosa, piel sonrojada, edema periférico y pulmonar, hipotensión postural, aumentó del tono muscular, hipereflexia tendinosa profunda, coma, convulsión. • Administrar líquidos y expansores de volumen según indicación médica • Proporcionar líquidos a intervalos constantes, especialmente si están débiles y que no perciben la sed ni responde a ella, de acuerdo a indicación. • Controlar balance hídrico y diuresis horaria. • Vigilar signos de hipernatremia en caso de pacientes de diabetes insípida, inconscientes, diarreas acuosas, pérdidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas de hipernatremia y consultar oportunamente. - Consumir líquidos de dos a tres litros de agua al día o según indicación médica. - Ingerir dieta baja en sodio. - Tomar sus medicamentos según indicación médica. - Asistir a sus controles médicos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>insensibles de agua (hiperventilación o la denudación de quemaduras), vómitos, fiebres altas y que tengan indicados esteroides o antihipertensivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente cada día o según indicación médica. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

C. Hipokalemia

9.1 Definición

Concentración sérica de potasio menor de 3.5 mEq/L.

9.2 Etiología

El potasio es el principal electrolito intracelular, ya que más del 98% del elemento corporal se almacena dentro de las células.

Las causas de la hipokalemia se clasifican en cuatro grandes grupos:

1. Reducción de la ingesta. Poco frecuente.
2. Pérdidas gastrointestinales. Debido a que todas las secreciones gastrointestinales contienen potasio.
3. Pérdidas renales. Es la causa más frecuente.
4. Anomalías de la distribución intra/extracelular. Normalmente el 2% del potasio es extracelular; sin embargo debido a algunas condiciones clínicas se desplaza hacia el interior de la célula, originando que el suero se torne hipopotasémico.

En la fase inicial del tratamiento con vitamina B12 de los pacientes con anemia megaloblástica se transportan grandes cantidades de potasio al interior de los eritrocitos y las plaquetas provocando una hipopotasemia.

9.3 Clasificación

- a. Leve (entre 3.5 - 3 mEq/L),
- b. Moderada (3-2.5 mEq/L)
- c. Severa (menor de 2.5 mEq/L).

9.4 Manifestaciones clínicas

- **Síntomas músculo - esqueléticos:** astenia, síndrome de piernas inquietas, debilidad muscular (a predominio de miembros inferiores), calambres, disminución de la fuerza, debilidad diafragmática, rabdomiolisis en casos de severa depleción.
- **Músculo liso:** constipación, íleo, y atonía gástrica.
- **Síntomas neurológicos:** parestesias y disminución o abolición de los reflejos osteotendinosos.
- **Renales:** disminución del filtrado glomerular y del flujo plasmático renal, diabetes insípida nefrogénica, alcalosis metabólica, aumento de la producción renal de amoniaco, aumento de la producción renal de prostaglandinas, pérdida de cloro (niveles de potasio en sangre menor de 2 mEq/L inhiben la reabsorción de cloro, causando alcalosis metabólica hipoclorémica), quistes renales.
- **Endocrinas y metabólicas:** disminución de aldosterona, aumento de renina, descenso de insulina (intolerancia a la glucosa).
- **Cardíacos:** alteraciones electrocardiográficas:
 En hipopotasemia leve: menor amplitud de la onda T, prolongación del segmento QT.
 En hipopotasemia moderada: depresión del segmento ST, aplanamiento, ensanchamiento y depresión de la onda T, ondas U prominentes, amplitud de la onda P, alargamiento del intervalo P-R, disminución del voltaje del intervalo QRS, prolongación del intervalo Q-U.
 Hipopotasemia severa: convergencia de onda U con intervalo QRS (onda bifásica, inminente asistolia).
- **Neuromuscular:** con niveles séricos de 3 mEq/L se presenta disminución de la actividad del músculo estriado y liso, lo que produce debilidad, calambres, síndrome de piernas inquietas. Con niveles séricos menores de 2.5 mEq/L se presenta miopatía de grado variable, elevación enzimática CPK, AST, LDH y aldolasa. Con niveles séricos menores de 2 mEq/L parálisis flácida de tipo ascendente y proximal, rabdomiólisis.

Intervenciones de enfermería

Promoción/prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia: <ul style="list-style-type: none"> - En qué consiste la enfermedad, signos y síntomas. - Evitar el uso de laxantes y diuréticos auto medicado. - Evitar el vómito inducido. - Asistir a controles médicos si se consumen medicamentos diuréticos o digitalicos. - Consultar al médico si se presentan vómitos, diarrea (4 a 6 episodios en 24 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando. • Controla, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar vena y administrar solución endovenosa indicada. • Tomar muestras de laboratorio electrolitos y hemograma). • Cumplir infusión endovenosa de cloruro de potasio según indicación, posterior a respuestas de exámenes. • Controlar balance hídrico y diuresis horaria. • Vigilar signos de deshidratación o sobre hidratación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando. • Monitorizar o controlar signos vitales: temperatura, pulso, respiración y tensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consumir una dieta rica en potasio. - Signos y síntomas de hipokalemia. - Efectos que le puedan dar los complementos orales de potasio. - Tomar medicamentos según indicación médica. - Asistir a sus controles. - Consultar si presenta signos y síntomas de alarma: temblores, sudoración, cansancio, dolor de

Promoción/prevencción	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>horas), sangramiento y sudoraciones frecuentes o excesivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si consumen complementos orales de potasio, si presentan distensión abdominal, dolor, hemorragia gastrointestinal. - Consumir alimentos ricos en potasio: frutas (fresas, anona, papaya, plátanos, melón, guineo, entre otros) jugos naturales, cítricos. verduras, legumbres, granos enteros, leche y carnes. - Evitar el consumo de cafeína y alcohol. - Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>arterial y registrar datos en hoja de signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización electrocardiográfica para detectar alteraciones. • Instalar vía venosa periférica y solución indicada. • Realizar cuidados del sitio de punción y vía venosa. • Verificar respuestas de exámenes y reportar anomalías al médico(a) (concentración sérica normal del potasio es de 3.5 a 5.5 mEq/L). • Revisar resultado de gases arteriales y reportar alteraciones en el bicarbonato y PH. • Mantener con venoclisis permeable y cumplir infusiones de potasio según indicación. • Controlar balance hídrico y diuresis horaria. • Vigilar signos y síntomas de hipokalemia <ul style="list-style-type: none"> - Fatiga, anorexia, náuseas, vómitos, debilidad muscular calambres, disminución de la motilidad intestinal, parestesia, entumecimiento y hormigueo, arritmias, temblores, sudoración, cansancio, poliuria, nicturia, dolor al orinar, sed excesiva, estreñimiento. - Alteraciones electrocardiográficas: prolongación de intervalo Q-T, onda T aplanada, presencia de ondas U y depresión del segmento S-T. • Proporcionar dieta rica en potasio. • Al administrar potasio oral explorar si padece de úlcera péptica, dar con las comidas. • Administrar correctamente el potasio por vía endovenosa, teniendo los siguientes cuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Confirmar permeabilidad absoluta de vena por la que se va administrar el cloruro de potasio. - Concentración máxima a administrar es 40 mEq/L en vena periférica y 80 mEq/L en vena central, concentraciones altas pueden provocar dolor local y flebitis. - Realizar cuidados de catéter central si lo hay. - Las soluciones que tengan más de 40 mEq/L o se administren por vía central deben utilizar bombas de infusión. - Evitar administrar el cloruro de potasio en bolus. • Elaborar registros de intervenciones de enfermería. 	<p>pecho, confusión, poliuria, parestesias, calambres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

D. Hiperkalemia

9.1 Definición: concentración sérica de potasio mayor de 5 mEq/L.

9.2 Etiología

El contenido corporal de potasio (K) es aproximadamente de 50 mEq/kg de peso. Del potasio provisto cotidianamente por la dieta, la mayor parte (90%) se excreta por el riñón y el resto a través del tracto gastrointestinal y la piel. Un 98% del potasio es intracelular (IC) y tan solo 2% es extracelular (EC), con concentraciones séricas entre 3.5 y 5.0 mEq/L.

Causas de hiperpotasemia:

- Pseudohiperpotasemia: por defectos en la obtención de la muestra, hemólisis in vitro, trombocitosis y leucocitosis, pseudohiperpotasemia familiar
- Aumento en el aporte: exógeno (oral o intravenoso) y endógeno.
- Movimientos desde el espacio intracelular al extracelular, por: acidosis metabólica, deficiencia de insulina e hiperglicemia (en diabetes mellitus no controlada), bloqueadores beta adrenérgicos, ejercicios extenuantes, sobredosis digitalica, parálisis periódica por hiperpotasemia, cirugía cardíaca, succinilcolina y arginina.
- Disminución de la excreción urinaria: falla renal, depleción del volumen efectivo circulante, hipoaldosteronismo, acidosis tubular renal, defecto selectivo en la secreción de potasio.

9.3 Clasificación

Se clasifica en: Leve 4,9-6.5, mEq/L, moderada 6,5-8 mEq/L, y severa más de 8 mEq/L.

9.4 Manifestaciones clínicas

Historia clínica: debilidad muscular que se inicia a menudo en las extremidades inferiores, asciende al tronco y a las extremidades superiores (los músculos respiratorios y aquellos dependientes de los nervios craneales, habitualmente no se ven afectados), calambres, parestesias, arritmias cardíacas, síntomas relacionados con la enfermedad subyacente.

Examen físico: en el sistema neuromuscular periférico: parestesias, debilidad muscular en extremidades con hiporreflexia osteotendinosa hasta parálisis flácida simétrica y ascendente e insuficiencia muscular respiratoria.

Electrocardiograma: arritmias, onda T alta y puntiaguda, bloqueo nodal auriculoventricular con prolongación de PR, aplanamiento de la onda P, depresión del segmento ST y ensanchamiento del QRS, fibrilación ventricular y paro en diástole.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Generalidades de la enfermedad, signos y síntomas.- Evitar auto medicarse.- Prácticas de higiene y auto cuidado.- Educación nutricional.• Evitar el consumo de	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando.• Monitorizar o controlar signos vitales y registrar los datos en hoja de signos vitales.• Hidratar sin producir sobrecarga circulatoria a través de un acceso venoso.• Tomar exámenes de laboratorio (electrolitos y glucosa).• Vigilar signos y síntoma de alarma:<ul style="list-style-type: none">- Pérdida de la conciencia.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Auto cuidado.- Dieta adecuada baja en potasio.- La importancia de asistir a controles con médico y nutricionista.- Continuar con el tratamiento que indique

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>alimentos ricos en potasio: frutas (fresas, anona, papaya, plátanos, melón, guineo, entre otros) jugos naturales, cítricos, verduras, legumbres, granos enteros, leche y carnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de alarma. - Reportar cualquier alteración de valores normales de los exámenes de laboratorio. - Mantener vigilancia en pacientes con trastornos en los que se aumenta el potasio, oliguria y falla renal, acidosis, hipoxia severa, hemólisis, hiperplasia adrenal congénita, insuficiencia renal aguda y crónica. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro súbito. - Sudoración. • En caso de shock mantener a paciente en trendelemburg y administrar medicamento según indicación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando. • Controlar registrar y reportar signos vitales. • Mantener monitoreo electrocardiográfico. • Valorar el estado de paciente en busca de complicaciones como: <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. - Bradiarritmias, disminución de la frecuencia cardíaca con alteración en el ritmo. - Inestabilidad cardiovascular o colapso. - Alteraciones en el electrocardiograma: ausente, QRS ancho o arritmia ventricular. • Mantener vía venosa periférica y venoclisis indicada. • Realizar cuidados del sitio de punción y vía venosa. • Tomar exámenes de laboratorio indicados y reportar alteraciones. • Cumplir medicamentos endovenosos y orales según indicación. • Administrar medicamentos para corregir potasio, según indicación médica: <ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol. - Gluconato de calcio. - Cloruro cálcico. - Bicarbonato. - Glucosa. - Insulina. - Diuréticos. • Asistir a paciente durante la colocación de catéter dialítico. • Llevar el control de diálisis peritoneal según indicación. • Realizar o asistir cuidados higiénicos. • Vigilar que se cumpla dieta indicada. • Realizar medidas de comodidad y seguridad. <ul style="list-style-type: none"> - Arreglo de unidad. - Cambio de posición cada dos horas. • Realizar cuidados de sonda vesical si la hay (realizar aseo vulvar o prepucial). 	<p>el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar auto medicarse. • Signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sudoración - Mucosa oral seca - Nausea y vomito - Desorientación - Debilidad generalizada - Diarrea - fiebre - cambios en la visión - cefalea • Al presentar signos y síntomas de alarma acudir al establecimiento de salud más cercano. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar balance hídrico y diuresis horaria. • Controlar glicemia y cetonuria cada hora durante la infusión polarizante o según indicación. • Vigilar signos y síntoma de alarma: <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida de la conciencia. – Deterioro súbito del estado neurológico. – Sudoración. • Proporcionar apoyo psicológico al paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

10. Guía de atención de enfermería a pacientes con cefalea

10.1 Definición

Las cefaleas, también llamadas "dolores de cabeza", se presentan con frecuencia y, por lo general, son de poca intensidad. Más del 95% de las cefaleas se deben a causas benignas. Generalmente el dolor de cabeza se presenta de forma intermitente. Las formas más frecuentes corresponden a la migraña o jaqueca y a la cefalea de tensión.

Tanto las cefaleas crónicas como las recidivantes pueden provocar dolor y angustia, pero es infrecuente que reflejen un problema grave de salud. Sin embargo, cualquier cambio en el patrón o la naturaleza del dolor de cabeza podría ser el síntoma de un problema grave (por ejemplo, un dolor que era esporádico cambie a frecuente, o de leve a agudo),

10.2 Causas

Las causas más comunes:

- **Herencia:** una gran mayoría de pacientes migrañosos tienen padres o hermanos con migraña. Aunque la forma de herencia no está totalmente establecida, en algunas formas especiales de migraña (migraña hemipléjica familiar) ya se ha identificado el gen que la transmite situado en el cromosoma 9.
- **Edad:** existe migraña en la infancia; aunque es menos frecuente. A estas edades la migraña se presenta por igual en niños y niñas. A partir de la pubertad y debido a los cambios hormonales, se dispara la incidencia de migraña en las mujeres.
- **Estrés:** es independiente del tipo de estrés y de los factores que lo desencadenan.
- **Alimentos:** chocolate, cacao, vainilla, plátano, frutos secos, cítricos, aditivos de comidas basura, salchichas, quesos fermentados, picantes (alimentos que contengan sustancias con tiramina, glutamato monosódico).
- **Alcohol:** independientemente del tipo, sin embargo, los vinos tintos que contienen taninos suelen desencadenar migraña con mayor frecuencia.
- **Cambios hormonales:** la incidencia de la migraña se dispara en las mujeres tras la aparición de menarquia. La migraña suele empeorar con la ovulación y la menstruación, así como con la toma de anticonceptivos orales. El embarazo suele mejorar transitoriamente la migraña y muchas mujeres mejoran extraordinariamente cuando desaparece la menstruación.
- **Cambios climáticos:** no existe un patrón climatológico para la migraña.
- **Falta o exceso de sueño.**
- **Fármacos** (vasodilatadores, nitritos).

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Dormir 8 horas diarias. - Evitar ingesta de bebidas alcohólicas y alimentos que exacerben el dolor (cítricos). - No automedicarse. - No exponerse al sol intenso. - Realizar terapia de relajación y ejercicio. - Reconocer factores que 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro de signos vitales. • Investigar presencia e intensidad del dolor, vómitos, estado de conciencia, pérdida del equilibrio, visión borrosa, convulsión, otros. • Canalizar vena, toma de muestras sanguíneas. • Cumplir tratamiento según indicación médica. • Mantener en reposo con respaldo a tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estilo de vida saludable (dieta libre de cítricos y embutidos, ejercicio, técnica de relajación, evitar consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas). - Reconocer los factores que

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>aumenten el dolor (ruidos, luz, fatiga, estrés).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta adecuada de tratamiento médico indicado. - Reconocer la dimensión del dolor. - Asistir a sus controles médicos. - Control de presión arterial y llevarlo registrado. • Orientar a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Propiciar un ambiente libre de estrés. - Fomentar el descanso. - Vigilar la dieta. - Identificar signos de alarma (vomito, nauseas, vértigos agitación, insomnio, visión borrosa, somnolencia, inconsciencia, pérdida del equilibrio, trastornos del lenguaje y convulsión). - Asegurar que paciente asista a su control médico. - Llevar a paciente inmediatamente a un establecimiento de salud si se identifican signos de alarma. - Dispensarizar a familia de acuerdo al grado de riesgo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y acompañar a paciente en toma de estudios radiológicos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro de signos vitales. • Cumplir y registrar prescripciones médicas. • Proporcionar medidas de higiene y comodidad. • Vigilar y reportar signos de alarma. • Control y registro de balance hídrico según indicación médica. • Proporcionar y vigilar consumo de dieta indicada. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>provoquen el dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de medicamentos indicados. - Asistencia a sus controles médicos y en caso de presentar signos de alarma consultar de inmediato. - Control de presión arterial y llevar registro. • Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar a paciente constantemente. - Apoyarlo en su tratamiento. - Fomentar un ambiente libre de tensiones. - Vigilar cumplimiento de dieta. - Apoyarlo en los cuidados de higiene y comodidad. - Dar seguimiento a familia según la dispensarización. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

11. Guía de atención de enfermería en pacientes con neuroinfección

11.1 Definición

Proceso irritativo infeccioso que afecta a cualquiera de las estructuras del sistema nervioso central

11.2 Causas

Existen cinco categorías de infección:

1. Agudas bacterianas o virales (asépticas), afectando a las leptomeninges y al LCR (meningitis).
2. Bacterianas agudas de los espacios subdurales (empiema subdural) o del parénquima del SNC (absceso cerebral).
3. Bacterianas crónica del encéfalo y las meninges.
4. Viral aguda, subaguda o crónica del encéfalo.
5. Fúngicas y parasitarias. Fisiopatología.

Vías de entrada

- a. Diseminación hematógena.
- b. Implantación directa (traumática).
- c. Extensión local: desde una infección en un seno respiratorio.
- d. Transporte axonal, virus de la rabia, herpes simple desplazándose a lo largo de los nervios periféricos. Fisiopatología.

Factores de riesgo

- a. Estado inmunitario del paciente.
- b. Estación del año
- c. Viajes.
- d. Mayor a 60 años o menor a 10 años.
- e. Existencia de otros focos infecciosos brote epidemiológico de neuroinfección

11.3 Etiología

Grupo de edad microorganismo probable neonatal (< 1 mes) estreptococo del grupo B, E. Coli neumococo, listeria monocytogenes 1-23 meses, neumococo meningococo haemophilus influenzae, 2-18 años meningococo neumococo h. influenzae, 19 – 59 años neumococo meningococo h. influenzae ,> 60 años neumococo l. monocytogenes.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a familia y paciente sobre importancia de:<ul style="list-style-type: none">- Cumplir esquema de vacunación (neumococo e influenza).- Fomentar la lactancia materna exclusiva en los niños y niñas en el primer año de vida.- Protegerse la boca y nariz al toser o estornudar.	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo a tolerancia.• Controlar y reportar signos vitales.• Disminuir temperatura por medios físicos si es necesario.• Canalizar acceso venoso.• Tomar exámenes de laboratorio.• Valorar y reportar cambios en el estado de conciencia.• Suministrar oxígeno si es necesario.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre importancia de:<ul style="list-style-type: none">- Cumplir tratamiento indicado.- Asistir a controles subsecuentes.- Consultar en establecimiento de salud, ante presencia de signos de alarma (fiebre, convulsiones, letargo,

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Higiene de manos, personal y del entorno. - Mantener la casa ventilada. - Consumo de alimentación balanceada. - Ingesta de abundantes líquidos. - Brindar atención según grupo dispensarial. • Elaborar registros de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y registrar patrón respiratorio. • Valorar el llenado capilar y coloración de la piel. • Aspirar secreciones si es necesario. • Asistir en procedimientos especiales (vena central, tubo endotraqueal, sonda transuretral, sonda nasogástrica, punción lumbar, entre otros). • Acompañar paciente en estudios de imagenología. • Control de balance hídrico. • Proteger al paciente ante presencia de convulsión. • Sujeción preventiva si es necesario. • Utilizar medidas de bioseguridad en el manejo de paciente. • Mantener comunicación efectiva con paciente y familia. • Mantener ambiente libre de estímulos físicos y auditivos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo según necesidad. • Monitorizar los signos vitales y reportar cambios. • Disminuir temperatura por medios físicos si es necesario. • Vigilar y reportar signos de deterioro neurológico: letargia, somnolencia, convulsiones, reacción pupilar, espasticidad). • Aspirar secreciones si es necesario. • Realizar o asistir higiene personal y mucosa. • Mantener oxígeno según necesidad. • Cumplir medicación indicada. • Control y registro de balance hídrico. • Asistir en procedimientos especiales (vena central, punción lumbar, colocación de tubo oró traqueal, sonda transuretral, sonda nasogástrica y estudios radiológicos). • Asistir al presentar convulsión. • Proporcionar cambios de posición cada dos horas, utilizando dispositivos mecánicos, lubricar la piel y estirar sabanas). 	<p>somnolencia, vómitos, desorientación).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la rehabilitación temprana. - Apoyar en los cuidados de higiene y comodidad. - Ingesta de alimentación balanceada de acuerdo a condición del paciente. - Promover el auto cuidado. - Seguimiento de acuerdo al grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar dieta según estado de paciente. • Proporcionar un ambiente tranquilo. • Mantener comunicación efectiva con paciente y familia. • Cumplir medidas de bioseguridad. • Orientar a familia sobre la importancia de la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente. • Reportar resultados de exámenes. • Coordinar y apoyar la rehabilitación temprana. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

12. Guía de atención de enfermería a pacientes con evento cerebrovascular

a. Ictus isquémico agudo

12.1 Definición

Es un episodio de déficit encefálico focal que aparece como consecuencia de una interrupción circulatoria en una zona del parénquima encefálico. La alteración puede ser cuantitativa: cantidad de sangre que se aporta al encéfalo (trombosis, embolia, bajo gasto cardiaco); o cualitativa: calidad de sangre (anemia, trombocitemia, policitemia).

12.2 Etiología

Las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral, que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos grandes tipos de ictus: El ictus isquémico (85% de los casos) es debido a la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona del parénquima encefálico.

12.3 Clasificación

Los ictus isquémicos se clasifican en:

- a. Isquemia cerebral global.
- b. Isquemia cerebral focal. Esta a su vez se divide en ataque isquémico transitorio e Infarto cerebral.

El infarto cerebral se subdivide en: infarto aterotrombótico, lacunar, cardioembólico y de etiología indeterminada.

Por la localización del daño isquémico se clasifican en: síndrome de arteria carótida, síndrome de la arteria cerebral media, síndrome de la arteria cerebral anterior, síndrome vertebro basilar, infarto lacunar, infarto cerebral.

12.4 Manifestaciones clínicas

La historia clínica y el examen físico ofrecen el 90% del diagnóstico; se debe diferenciar con trastornos súbitos del estado de consciencia, se complementa con un adecuado examen físico identificando signos de lateralización y estado de conciencia.

b. Ictus hemorrágico agudo

12.1 Definición

El inicio de la hemorragia intracerebral es un cuadro súbito con instalación del déficit neurológico en cuestión de minutos a horas asociados a cefalea y signos de hipertensión endocraneana.

12.2 Etiología

Las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral, que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. El ictus hemorrágico (15%), es debido a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular.

12.3 Clasificación

Hemorragia cerebral intraparenquimatosa.

Hemorragia subaracnoidea.

Hemorragia cerebral secundaria a hipertensión arterial o angiopatía amiloide.

Hemorragia cerebral secundaria a otras condiciones médicas (Trastornos de la hemostasia y de la coagulación asociado o no al empleo de anticoagulantes orales, tumores asociados a hemorragia, malformaciones arteriovenosas, ruptura de aneurisma, vasculitis, discrasia hemática y traumas.

12.4 Manifestaciones clínicas

La presentación brusca de sintomatología de déficit neurológico debe hacer sospechar un ictus. Los ictus hemorrágicos ocurren habitualmente durante la actividad, el déficit se establece de forma brusca y alcanza su máxima intensidad en los primeros treinta minutos. Puede aparecer meningismo, que suele tardar horas en desarrollarse. La cefalea y los vómitos son más frecuentes. Se debe realizar una historia clínica detallada y examen físico completo haciendo énfasis en la pérdida brusca del estado de conciencia y apareamiento de signos de lateralización.

C. Hemorragia subaracnoidea

12.1 Definición

Es uno de los tipos de hemorragia intracraneal que se localiza en el espacio subaracnoideo. La hemorragia subaracnoidea espontánea o no traumática principalmente es de origen aneurismática, constituye la causa más frecuente con una incidencia del 80%, el 20% restante lo constituyen las enfermedades arteriovenosas.

12.2 Etiología y clasificación

1. Primarias: 78 - 88% Se debe a pequeños vasos dañados por hipertensión arterial crónica.
2. Secundarias a:

- Aneurismas. Aneurismas en cereza, se localizan en las ramificaciones y bifurcaciones del polígono de Willis, incidencia máxima entre los treinta y cinco a sesenta y cinco años de edad; del 90 - 95% de los aneurismas saculares se encuentran en la porción anterior del polígono de Willis. Los sitios más frecuentes de ruptura son las partes proximales de la arteria comunicante anterior, origen de la arteria comunicante posterior desde el tronco de la arteria carótida interna, primera bifurcación mayor de la arteria cerebral media y bifurcación de la arteria carótida interna en la cerebral media y anterior.
- Malformaciones arteriovenosas.
- Tumores.
- Alteraciones de la coagulación.

12.3 Manifestaciones clínicas

Cefalea generalizada muy intensa, "la más severa nunca antes sentida", vómitos precedidos de pérdida súbita de la conciencia, rara vez el paciente pierde la conciencia sin ninguna queja precedente. La cefalea puede ocurrir durante el coito, defecación, el esfuerzo al levantar objetos pesados o algún esfuerzo sostenido. Puede presentar rigidez de descerebración, sacudidas clónicas de los brazos, pérdida del estado de alerta, o muerte súbita.

A la exploración clínica podemos encontrar rigidez de nuca, hemorragias al fondo de ojo, signo de Babinski bilateral, síndrome focal por isquemia aguda o tardía en el territorio de la arteria o por vaso espasmo, crisis convulsivas breves o generalizadas. Antes de romperse las arterias pueden causar dolor por compresión de estructuras sensibles o causar cefalea centinela.

14.4 Clasificación

La clasificación de los pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea se realiza en base a la siguiente escala:

Escala de Hunt y Hess

Grado	Signos clínicos
I	Paciente asintomático o con cefalea ligera y cuello rígido.
II	Cefalea moderada a grave y rigidez de la nuca, sin signos de focalización ni lateralización.
III	Somnolencia, confusión, déficit focal leve.
IV	Estupor persistente o semicoma, aparición temprana de rigidez de decorticación y alteraciones vegetativas.
V	Coma profundo y rigidez de descerebración.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener estilo de vida saludable (dieta rica en fibra, abundantes líquidos, evitar consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas, ejercicio de acuerdo a su condición de salud). - Ingesta de medicamentos de acuerdo a patología y prescripción médica. - No automedicarse. - Control de presión arterial y llevar registro. - Asistir a controles médicos. - Fomentar recreación con el grupo familiar y amigos. - Acudir al establecimiento de salud al presentar signos y síntomas de alarma como: cefalea intensa, visión borrosa, desmayos, pérdida del tono muscular, adormecimiento de las extremidades, desviaciones faciales, otros. - Controles médicos según factores de riesgo. • Orientar a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la dieta e ingesta de abundantes líquidos. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en carro camilla con barandales y respaldo a tolerancia. • Controlar y reportar signos vitales (monitor o manual). • Canalizar acceso venoso periférico y tomar muestras sanguíneas. • Observar y registrar estado neurológico. • Cumplir prescripciones médicas. • Administrar oxigenoterapia según indicación médica. • Control de balance hídrico según indicación médica. • Mantener vías aéreas permeables mediante: <ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de secreciones las veces necesarias. - Retiro de prótesis dentales, si las hay. - Colocar cánula mayo, si fuera necesario. - Colocar cuello en hiper extensión. • Asistir al usuario(a) en: <ul style="list-style-type: none"> - Durante examen médico. - En procedimientos especiales (colocación de sondas, catéteres y tubos). - En exámenes radiológicos. • Administrar líquidos endovenosos según prescripción médica. • Dar apoyo emocional al usuario(a) y familia. • Preparar a paciente en caso de cirugía de urgencia (región operatoria, colocación de brazaletes, cumplimiento de medicación, otros). • Proporcionar orientación explicándole sobre cirugía. • Pasar a sala de operaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de continuar con asistencia a controles médicos establecidos. - Ingesta de medicamentos según prescripción médica. - Importancia de asistir a fisioterapia. - Cuidados para recuperar su autoestima e imagen corporal. - Consumo de dieta baja en sal y alta en fibra. - Consumo de abundantes líquidos. - Incorporarse a la recreación con el grupo familiar. - Asistir al establecimiento de salud más cercano para la toma de signos vitales. - Concientizar al paciente a que asista a sus controles médicos. • Orientar a familia en: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar, signos y síntomas de alarma (dolor generalizado, cefalea, epistaxis, vértigo, mareos, debilidad general,

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de medicamentos (hora y dosis). - Brindar apoyo emocional. - Mantener vigilancia constante. - Vigilar estado de conciencia y orientación. - Si presenta signos de alarma llevarlo a un establecimiento de salud. - Dispensarizar a familia según grado de riesgo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (monitor o manual). • Mantener en reposo con respaldo a tolerancia y cama con barandales funcionando. • Realizar cambios de posición cada dos horas, empleando dispositivos mecánicos. • Observar y registrar estado neurológico. • Controlar balance hídrico estricto. • Cumplir indicaciones médicas. • Asistir en cuidados de higiene y comodidad (aplicar crema hidratante en la piel). • Medir, registrar y reportar oximetría. • Administrar oxigenoterapia según prescripción médica. • Cumplir prescripciones médicas. • Mantener permeabilidad de líquidos. • Vigilar y reportar presencia de flebitis. • Vigilar estado neurológico. • Aspirar secreciones nasofaríngeas si es necesario. • Canalizar referencia con fisioterapia. • Sentar a paciente si está indicado. • Asistir procedimientos. • Proporcionar dieta indicada. • Evitar que paciente deambule en pisos mojados y lisos. • Al egreso entregar hoja de referencia, retorno e interconsulta. • Elaborar registro de intervenciones de enfermería. 	<p>visión borrosa, otros) y llevarlo de inmediato a un establecimiento de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de dispositivos mecánicos en prominencias óseas, si es necesario. - Ayudarlo en cuidados de higiene y comodidad. - Buscar estrategias para comunicarse con el(la) paciente si es necesario. - Brindar alimentos que sean fáciles de deglutir. - Técnicas para movilizarlo. - Brindar apoyo emocional al usuario(a). • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

13. Guía de atención de enfermería a pacientes con estado convulsivo EE

13.1 Definición

La definición de estado epiléptico es: “crisis epilépticas repetidas durante al menos treinta minutos o dos o más crisis seguidas sin recuperación de la conciencia entre las mismas”. Deben incluirse en esta definición los pacientes que presenten tres o más convulsiones en veinticuatro horas. Además aquellos que presenten una convulsión que dure más de treinta minutos. Después de sesenta minutos existe lesión irreversible en la neurona.

13.2 Etiología

Se puede realizar una aproximación etiológica de los pacientes con estados epilépticos a través de la diferenciación de cuatro grupos:

1. EE en pacientes con diagnóstico previo de epilepsia por modificaciones en el tratamiento, el mal cumplimiento y otras transgresiones; también por presentar enfermedades agudas como traumatismos craneales o accidentes cerebrovasculares.
2. EE en pacientes con enfermedad neurológica o sistémica aguda.
3. EE criptogénicos (de causa no determinada).
4. Otras causas de esta condición son: causas estructurales (trauma craneal, evento cerebro vascular), causas metabólicas como: hipoglucemia, desequilibrio hidroelectrolítico, uremia, cetoacidosis, intoxicaciones, entre otras.

13.3 Clasificación

Clasificación simplificada de los estados epilépticos:

- Según el tipo de crisis: tónico - clónico, mioclónico (en epilepsias generalizadas idiopáticas), de ausencias, parcial simple, parcial complejo.
- Según la enfermedad subyacente:
 - En pacientes con retraso mental: anomalías en el desarrollo cerebral, Síndrome de Lennox Gastaut, entre otros.
 - En pacientes en coma: daño cerebral agudo hipóxico-isquémico, encefalopatías tóxicas metabólicas, encefalopatías físicas (postraumática), fase terminal de enfermedades degenerativas, encefalopatías agudas víricas o inflamatorias.

13.4 Manifestaciones clínicas

Fase I: compensada (durante los primeros treinta minutos).

Cerebro: aumento del metabolismo, aumento de las necesidades de oxígeno y glucosa, aumento de lactato.

Alteraciones sistémicas: hiperglucemia, acidosis láctica.

Sistema nervioso autónomo: hipersalivación, temperatura elevada, vómitos, incontinencias.

Sistema cardiovascular: aumento de catecolaminas, aumento de gasto cardíaco, hipertensión arterial, taquicardia y arritmia.

Fase II: descompensada.

Cerebro: hipoglucemia, hipoxia, acidosis láctica, edema cerebral, coma.

Alteraciones sistémicas: hiponatremia por SIHAD, hipo o hiperpotasemia, acidosis mixta, disfunción hepatorenal, CID, rhabdomiólisis, mioglobinuria y leucocitosis.

Sistema nervioso autónomo: hiperpirexia, cese de manifestaciones convulsivas (diagnóstico mediante EEG).

Sistema cardiovascular: hipoxemia, hipoxia, hipotensión, disminución del gasto cardíaco, falla cardíaca.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de medicamentos según prescripción médica (dosis y hora correcta). - Evitar circular por áreas de riesgo. - No automedicarse. - Evitar bebidas alcohólicas y consumo de drogas. - Signos de alarma (vértigo, dolor epigástrico, cefalea, tinnitus, trastornos visuales, alucinaciones o destellos, fiebre). - Debe reconocer factores desencadenantes de las convulsiones. • Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Dar acompañamiento a las citas médicas. - Vigilar consumo de medicamentos anticonvulsivantes. - Importancia de bajar la temperatura (con toallas húmedas, en axila, cuello e ingles). - Alimentación balanceada. - Brindar apoyo emocional. - Vigilancia constante del entorno a fin de prevenir accidentes. - Asistencia durante la convulsión: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar un lápiz forrado con gasa, colocarlo en decúbito lateral, aflojarle la ropa, retirar objetos que puedan dañar a paciente. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acostar al paciente en carro camilla con barandales. • Tomar y registrar signos vitales. • Mantenerlo en reposo y en decúbito lateral. • Evaluar y reportar el estado de conciencia y orientación. • Mantener vías aéreas permeables. • Aspirar secreciones nasofaríngeas. • Administrar oxigenoterapia según prescripción médica. • Canalizar acceso venoso periférico y tomar muestras sanguíneas. • Cumplir prescripciones médicas. • Asistir a paciente en la toma de exámenes de gabinete. • Bajar temperatura por medios físicos. • Control y registro de balance hídrico según indicación médica. • Vigilar control de esfínteres. • Asistir al paciente durante la convulsión: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger de lesiones. - Colocar al paciente en posición de seguridad. - Colocar la cabeza de lado. - Mantener vías aéreas permeables. • Vigilar y reportar número y duración de cada convulsión. • Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener monitorizados los signos vitales o toma manual según indicación médica. • Mantener vías aéreas permeables. • Aspirar secreciones nasofaríngeas las veces que sea necesario. • Mantener oxigenoterapia indicada. • Vigilar estado de conciencia. • Mantener reposo en cama con barandales funcionando. • Vigilar y reportar número y duración de cada convulsión. • Mantener nada por boca según prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de continuar con el tratamiento médico en casa y el apego al tratamiento. - Identificación de factores desencadenantes de convulsiones. - Asistir a controles médicos. • Orientar a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta correcta del medicamento. - Acompañarlo a sus controles médicos. - Identificar signos de alarma (alucinaciones, destellos, visión borrosa, dolor epigástrico, cefalea, fiebre, pérdida de la conciencia, dificultad a la deambulación y otros). - Registrar el número y duración de cada convulsión. - Llevarlo a un establecimiento de salud de inmediato. - Motivar al grupo familiar a dar apoyo psico-emocional al paciente. - Vigilar el entorno para prevenir accidentes. - Dar seguimiento a paciente según dispensarización. • Elaborar registro de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar estado de conciencia y orientación. ✓ Llevarlo de inmediato a un establecimiento de salud. • Dispensarizar a familia según grado de riesgo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar temperatura por medios físicos si es necesario. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Asistir al paciente durante la convulsión, siguiendo las medidas generales y reportar al médico(a) de inmediato. • Cumplir indicaciones médicas, (anticonvulsivantes y otros). • Mantener acceso venoso permeable. • Cumplir líquidos endovenosos según prescripción médica. • Realizar cambios de posición cada dos horas, empleando dispositivos mecánicos en prominencias óseas. • Asistir al paciente en la toma de electroencefalograma. • Tomar exámenes de laboratorio y reportarlos oportunamente. • Controlar balance hídrico cada 8 horas, según prescripción médica. • Iniciar alimentación según indicación médica. • Propiciar información correcta sobre el estado de salud del paciente a la familia. • Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. 	

14. Guía de atención de enfermería a pacientes con parálisis flácida aguda o síndrome de debilidad muscular

14.1 Definición

La parálisis flácida es un tipo de parálisis en la cual el músculo se torna laxo y blando, no resistiendo a un estiramiento pasivo, lo que da lugar a una debilidad extrema y la pérdida completa de los reflejos tendinosos y cutáneos.

14.2 Etiología

La causa más frecuente de Parálisis Flácida Aguda (PFA) al realizar el diagnóstico diferencial es el Síndrome de Guillain-Barré (parálisis simétrica y que es progresiva en períodos de 10 días, con ausencia de fiebre, cefalea, vómitos y pleocitosis), también debería distinguirse de la mielitis transversas, neuritis traumáticas, neuropatías tóxicas e infecciosas, y otras similares. El diagnóstico se realiza por la clínica, y en países donde no existe la polio se debe distinguir de otros procesos por aislamiento del virus en heces. Otros virus entéricos pueden causar procesos similares, pero más leves y con pocos efectos residuales. El diagnóstico definitivo se hace mediante aislamiento del virus de muestras de heces.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del cumplimiento de tratamiento médico en procesos víricos (infecciones respiratorias frecuentes). - Signos de alarma: debilidad muscular, parestesias, dolor en manos y pies, temblor, incontinencia urinaria, hiporeflexia, disnea, dolor en la columna vertebral, calambres, espasmos, fiebre. - Acudir al establecimiento de salud más cercano al presentar signos de alarma. - Orientar a la madre a llevar esquema de vacunación completo según normativa. - Evitar comer alimento que le producen alergias. - Importancia de asistir a sus controles médicos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales • Mantener a paciente en carro camilla con barandales. • Orientar a paciente sobre importancia de evitar el sobreesfuerzo físico. • Vigilar estado de conciencia y alerta. • Vigilar pérdida de la sensibilidad. • Vigilar patrón respiratorio. • Vigilar diuresis y defecación. • Cumplir tratamiento médico. • Tomar exámenes de gabinete. • Mantener acceso venoso permeable y toma de muestras sanguíneas. • Mantener a paciente en una posición lineal adecuada. • Vigilar signos de infección local. • Mantener vías áreas permeables. • Aspirar secreciones las veces necesarias. • Cumplir oxigenoterapia según prescripción médica. • Asistir al paciente durante procedimientos. • Movilización pasiva de miembros afectados. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener en reposo absoluto con respaldo a tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus citas con el especialista. - Vigilar signos de alarma y consultar. - Realizar ejercicios de terapia respiratoria y de lenguaje, física y ocupacional. - Realizar los ejercicios sin hacer resistencia a los tejidos. - Continuar con tratamiento médico. - Alimentación balanceada según condición del paciente. - Forma correcta de toser. - Importancia que la familia dé apoyo emocional. - Asistir a las sesiones de terapia de ejercicio y ocupacional.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar sobreesfuerzo físico. - Cuidados higiénicos y aseo personal. • Dispensarizar a familia según grado de riesgo. • Realizar registros de intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener vías áreas permeables. • Aspirar secreciones las veces necesarias. • Vigilar que se cumpla la terapia de ejercicio y ocupacional. • Proporcionar comodidad. • Asistir dieta indicada. • Cambios de posición cada dos horas, para evitar úlceras por presión. • Cumplir medidas de bioseguridad. • Toma de muestra de heces con medidas de bioseguridad. • Evitar el contacto directo con prominencias óseas. • Baño con agua tibia. • Mantener al paciente en posición semifowler y con dispositivos mecánicos. • Observar y reportar estado de la función motora de miembros afectados. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar los ejercicios sin hacer resistencia a los tejidos. - Vigilar que se cumpla la terapia de ejercicio y ocupacional. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería.

15. Guía de atención de enfermería a pacientes con asma

15.1 Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiper respuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

15.2 Etiología

Los factores que influyen en su evolución y expresión se pueden dividir en causas que desarrollan el asma y en aquellas que desencadenan los síntomas del asma.

Algunos factores pueden hacer ambas, entre ellas se incluyen los factores del huésped que son primariamente genéticos y los tardíos que son usualmente factores ambientales.

Los factores del huésped son:

Genéticos: genes que predisponen a atopia y genes que predisponen a hiper reactividad de la vía aérea.

Obesidad.

Sexo. El sexo masculino tiene factor de riesgo de asma en niños. Para la edad de los catorce años la prevalencia del asma es cercana o mayor a dos veces en niños que en niñas. En la adultez la prevalencia de asma es mayor en mujeres que en hombres.

Los factores ambientales: alérgenos: Intradomiciliarios (perros, gatos, ratones, cucarachas, hongos y polvo doméstico.)

Extra domiciliarios:(Pólenes, hongos), infecciones virales, desencadenantes ocupacionales (harinas, detergentes, madera, entre otros), humo de tabaco: pasivo y activo, contaminación ambiental.

15.3 Manifestaciones clínicas

Cuadro clínico: el diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos característicos como disnea, tos, sibilancias y opresión torácica.

Estos signos y síntomas son habitualmente variables, de predominio nocturno o de madrugada, y están provocados por diferentes desencadenantes.

La exploración física puede ser normal, siendo las sibilancias el signo más característico, si bien no son específicas de asma e incluso pueden estar ausentes en las crisis graves.

La aparición de dos o más cuadros de broncoobstrucción, en diferentes períodos de tiempo, es suficiente para el diagnóstico de la enfermedad.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Dar orientación al paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Identificación de signos y síntomas de la enfermedad (aumento del esfuerzo respiratorio, sensación de ahogo, cianosis peri bucal y distal).- Realizar prácticas de autocuidado (evitar exposición a corrientes	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Clasificación de acuerdo a triage.• Acostarlo en carro camilla con barandales y respaldo a tolerancia.• Controlar y registrar signos vitales y oximetría de pulso.• Valorar el estado general del usuario(a).• Mantener vías aéreas permeables.• Administrar oxígeno según indicación.• Aspirar secreciones si es necesario.• Canalizar acceso venoso periférico, cumplir medicamentos según indicación.• Extraer muestras de laboratorio y reportar resultados.	<ul style="list-style-type: none">• Educar al paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Cumplir con tratamiento médico.- Asistir a controles programados.- Evitar contacto con corrientes de aire, polvo, humo, aerosoles, insecticidas.- Evitar consumo de tabaco, alcohol, drogas.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>de aire, humo, polvo, consumo de tabaco, alcohol, drogas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de ejercicio a tolerancia. - Evitar condiciones ambientales que pueden desencadenar ataques de asma, (aerosol, polvo, humo, grama y cambios bruscos de temperatura, ácaros). - Asistir a terapia grupal para manejar el estrés. - No auto medicarse. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Signos de deshidratación. - Patrón respiratorio. • Control de balance hídrico. • Asistir al paciente en: <ul style="list-style-type: none"> - Toma de exámenes de gabinete. - Intubación oro traqueal. - Colocación de sonda transuretral. - Catéter venoso central. - Sonda nasogástrica. • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Valorar el estado general del paciente. • Mantener monitorización continua de signos vitales y oxímetro de pulso; toma manual según indicación médica. • Mantener vías aéreas permeables. • Aspirar secreciones si es necesario. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Signos de deshidratación. - Patrón respiratorio. • Orientar al paciente si está consciente sobre tratamiento de terapia respiratoria. • Administrar oxígeno, según necesidad. • Cambios de posición, cuidados de piel, mucosas y colocación de dispositivos mecánicos si es necesario. • Realizar cuidados higiénicos según condición del usuario(a). • Vigilar cumplimiento de fisioterapia torácica. • Control de balance hídrico. • Asistir al usuario(a) durante: <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes de gabinete. - Procedimientos invasivos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intubación oro traqueal. ✓ Sonda transuretral. ✓ Catéteres centrales. ✓ Sonda nasogástrica. • Vigilar o cumplir terapia respiratoria. • Administrar dieta indicada según estado del usuario(a). • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse. - Ingesta de dieta balanceada y abundantes líquidos. - Limpieza adecuada del ambiente físico en el hogar. - Importancia de la higiene personal. - Vigilar signos de alarma (dificultad respiratoria, cianosis distal y peri bucal, presencia de accesos de tos, características de la expectoración, dolor torácico). - Asistir a un centro asistencial al detectar signos de alarma. - Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos.

16. Guía de atención de enfermería a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC

16.1 Definición

Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada a reacción inflamatoria anómala principalmente frente al humo del tabaco.

16.2. Etiología

Exposición prolongada al humo del tabaco y de combustión de biomasa.

16.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas principales de los pacientes con EPOC son: disnea, tos y expectoración. La disnea constituye el síntoma principal. Aparece en las fases más avanzadas de la enfermedad y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar las actividades diarias.

En EPOC grave habitualmente presentan espiración alargada, insuflación del tórax, sibilancias, roncus en la espiración forzada, disminución del murmullo vesicular; en pacientes gravemente enfermos, pérdida de peso y masa muscular, cianosis central, edemas periféricos, signos de sobrecarga ventricular derecha y comorbilidades.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar orientación al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Características de la enfermedad. - Evitar factores de riesgo (humo, aerosoles, insecticidas, temperaturas extremas, vapores, sobrepeso, estrés, consumo de tabaco, alcohol, drogas). - Evitar ingesta de alimentos enlatados o con preservantes. - Evitar corrientes de aire. - Importancia de la higiene personal y del ambiente físico, programar periodos de reposo (alternar las actividades fáciles y difíciles a lo largo del día). 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de acuerdo a triage. • Acostar en carro camilla con barandales y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales y oximetría de pulso. • Valorar el estado general del usuario(a). • Mantener vías aéreas permeables. • Administrar oxígeno según indicación. • Aspirar secreciones si es necesario. • Canalizar acceso venoso periférico, cumplir medicamentos según indicación. • Extraer muestras de laboratorio y reportar resultados. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Signos de deshidratación. - Patrón respiratorio. • Control de balance hídrico. • Asistir al paciente en: <ul style="list-style-type: none"> - Toma de exámenes de gabinete. - Intubación oro traqueal. - Colocación de sonda transuretral. - Catéter venoso central. - Sonda nasogástrica. • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar exponerse a cambios bruscos de temperatura, humo, polvo, aerosoles, insecticidas. - Evitar consumo de tabaco, alcohol, drogas. - Signos de alarma (edema, tos productiva, fiebre, respiración forzada, cianosis peri bucal y distal). - Realizar medidas de autocuidado (ejercicios respiratorios, dieta hipo sódica, higiene personal y su entorno físico, ingesta de abundantes líquidos, reposo).

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Ingerir dieta balanceada y abundantes líquidos. - Evitar la auto medicación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Valorar el estado general del paciente. • Mantener monitorización continua de signos vitales y oxímetro de pulso. • Valorar estado general del paciente. • Administrar oxígeno. • Observar y reportar características de patrón respiratorio. • Observar y reportar signos de insuficiencia cardiaca congestiva: <ul style="list-style-type: none"> – Elevación de la presión diastólica. – Distensión de las venas del cuello. – Edema periférico. – Elevación de la presión venosa central. • Realizar lavado bronquiales si es necesario. • Cuidados de sondas y catéter. • Cambios de posición, cuidados de piel, mucosas y colocación de dispositivos mecánicos si es necesario. • Realizar cuidados higiénicos según condición del usuario(a). • Control de balance hídrico. • Asistir al usuario(a) durante: <ul style="list-style-type: none"> – Exámenes de gabinete. – Procedimientos invasivos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intubación oro traqueal. ✓ Colocación de sonda transuretral. ✓ Colocación catéteres centrales. ✓ Sonda nasogástrica. • Vigilar o cumplir terapia respiratoria. • Vigilar permeabilidad y goteo de líquidos endovenosos. • Extraer muestras de laboratorio y estar pendiente de sus resultados para reportarlos. • Administrar dieta indicada según estado del usuario(a). • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Orientar y animar al paciente si estado lo permite a: <ul style="list-style-type: none"> – Realizar ejercicio moderado. – Bañarse y vestirse por sí mismo. • Proporcionar un ambiente tranquilo, silencioso y libre de riesgos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse. - Asistir a sus controles. - Cumplir con tratamiento indicado. - Asistir a establecimiento de salud cercano en caso de presentar signos de alarma. - Asistir a capacitaciones de manejo y cuidado del equipo de oxígeno domiciliar. - Asistir a grupos de apoyo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos.

17. Guía de atención de enfermería a pacientes con neumonía adquirida en la comunidad

17.1 Definición

Es la infección respiratoria aguda que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por microorganismos de adquisición extrahospitalaria.

17.2 Etiología

Las bacterias que más frecuentemente causan neumonías de la comunidad son: *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos, *Staphylococcus aureus* y *Legionella* entre otros.

17.3 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas características de los pacientes con NAC, son evolución aguda de fiebre, tos con expectoración mucopurulenta, dificultad respiratoria y dolor toracopleurítico. Taquicardia mayor de 100 latidos por minutos, taquipnea mayor 20 respiraciones por minutos, fiebre mayor 37.8°C, y signos de consolidación pulmonar como matidez, disminución del murmullo vesicular, estertores crepitantes, broncofonía y egofonía.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Uso de mascarilla y lavado de manos en personas con gripe y tos. - Taparse la boca y nariz con pañuelo, al toser o estornudar. - Evitar el hacinamiento. - Evitar cambios bruscos de temperatura. - Evitar el tabaquismo y el contacto con el humo de cigarrillo. - Ingerir abundantes líquidos. - No compartir utensilios de uso personal. - Vacunación contra influenza y neumococo para todos los(as) adultos(as) mayores y personas jóvenes. - Evitar cocinar con leña en lugares encerrados. - No automedicación. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa/emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar patrón respiratorio, (esfuerzo respiratorio, cianosis distal y peri bucal). • Limpiar fosas nasales y cavidad oral. • Asistir al paciente en: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos invasivos. - Exámenes de gabinete. - Toma de gases arteriales y hemocultivos. - Intubación oro traqueal si es necesario. • Cumplir terapia respiratoria. • Control de balance hídrico si el estado es crítico. • Colocar medios físicos si es necesario. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales y respaldo según tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales y oximetría de pulso. • Colocar medios físicos si es necesario • Mantener vías aéreas permeables (limpieza de mucosa oral y fosas nasales). • Aspirar secreciones si es necesario. • Vigilar el cumplimiento o realizar terapia respiratoria por turno o según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en salud a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicios respiratorios. - Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Buscar atención médica oportuna. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición de drenaje postural. • Cumplir oxígeno humidificado. • Realizar o asistir cuidados de higiene personal total o parcial y cambio de ropa de cama las veces necesarias. • Mantener habitación ventilada. • Proporcionar o asistir dieta y líquidos si está indicada. • Vigilar características de la expectoración. • Control de balance hídrico. • Vigilar y reportar presencia de náuseas o vómitos. • Vigilar permeabilidad y goteo de líquidos endovenosos. • Extraer muestras de laboratorio y estar pendiente de sus resultados para reportarlos. • Asistir al paciente en caso de ventilación mecánica y cuidados. • Proporcionar ambiente agradable. • Realizar cambios de posición, lubricación de piel y colocación de dispositivos mecánicos si es necesario. • Vigilar cumplimiento de ejercicios respiratorios. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería oportunos. 	

18. Guía de atención de enfermería a pacientes con diabetes mellitus

18.1 Definición

Síndrome clínico que resulta de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, caracterizado por hiperglucemia, que resulta de alteraciones en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a complicaciones vasculares y neuropáticas.

18.2 Etiología

La diabetes mellitus se clasifica en Tipo I y Tipo II.

Tipo I: destrucción de las células beta de los islotes Langerhans en el páncreas, debido a factores genéticos, Inmunitarios y ambientales.

Tipo II: pérdida progresiva de la capacidad de respuesta de las células betas a la glucosa frecuentemente asociada con una predisposición genética, relacionada con factores de riesgo como edad, sobrepeso y sedentarismo.

18.3 Manifestaciones clínicas

Hiperglucemia, poliuria, polifagia, polidipsia, fatiga, debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo, o parestesias en las manos o pies, piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentación adecuada. ✓ Evitar consumo excesivo de grasas, carbohidratos y azúcares. ✓ No consumo de bebidas alcohólicas, drogas enervantes. ✓ Realizar ejercicios. ✓ No auto medicarse. ✓ Evitar el estrés. ✓ Participar en grupos de apoyo. • Realizar control médico anual o según grupo dispensarial. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en carro camilla con barandales y respaldo a 30° o 45°. • Controlar signos vitales y glucometria. • Canalizar vena periférica y cumplimiento de indicaciones. • Extraer muestra de sangre para exámenes complementarios. • Observar y reportar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Agitación. - Desorientación. - Pérdida de la conciencia. - Sudoración. - Deterioro súbito de la agudeza visual. - Piel fría. - Signos de deshidratación. • Administrar oxígeno según indicación. • Asistir al paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Catéter venoso central - Sonda transuretral - Sonda nasogástrica - Exámenes de gabinete. • Control de balance hídrico • Realizar registros de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toma de exámenes ✓ Asistir a controles - Consumo de dieta así: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo contenido de azúcar. ✓ Alto contenido de fibra. ✓ Contenido moderado de sal. ✓ Restricción del consumo de grasas. ✓ Respetar horario de alimentación. - Importancia del cumplimiento del tratamiento, respetando horario y dosis. - Evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas. - Importancia de realizar ejercicio físico diario. - Realizar técnica de manejo del estrés.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo psicológico al usuario(a) y familia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales y respaldo a tolerancia • Control de signos vitales, medición de glucometría y reporte oportuno. • Cumplir esquema de insulina según indicación. • Cumplir medicamentos orales y parenterales indicados. • Extraer muestras de sangre para exámenes indicados. • Asistir a paciente en exámenes de gabinete. • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> – Agitación – Desorientación – Pérdida de la conciencia. – Sudoración. – Deterioro súbito de la agudeza visual. – Piel fría. – Signos de deshidratación. • Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> – Catéter venoso central – Sonda nasogástrica. – Sonda transuretral. • Satisfacer necesidades de: <ul style="list-style-type: none"> – Higiene y comodidad – Realizar cuidados de piel y mucosa • Realizar cambios de posición cada dos horas y terapia física. <ul style="list-style-type: none"> – Colocar dispositivos mecánicos. – Control de balance hídrico. • Proporcionar o asistir dieta para paciente diabético y valorar si hay problemas en la ingesta. • Mantener al paciente abrigado. • Realizar cuidados de sondas y catéteres. • Realizar registros de las intervenciones enfermería. • Proporcionar apoyo psicológico a paciente y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar lesiones en los pies: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de los pies ✓ Recorte de uñas (con lima). ✓ Uso de zapatos cómodos. ✓ Utilizar crema lubricante (no talcos). ✓ Utilización de calcetines de algodón blancos. ✓ No utilizar agua caliente para limpieza de los pies. - Enseñar a paciente y familia sobre la administración de insulina: dosificación, técnica de aplicación, sitios de aplicación, temperatura y conservación de la misma. - Acudir a establecimiento de salud más cercano en caso de signos de alarma (deterioro súbito de la visión, piel fría, agitación, desorientación, pérdida de la conciencia, sudoración). - Integración a clubes de diabético.

19. Guía de atención de enfermería a pacientes con enfermedad tiroidea

19.1 Definición

Es un estado de hipo metabolismo que resulta de una producción insuficiente de hormonas tiroideas. El hipotiroidismo primario se caracteriza por altas concentraciones de TSH y bajas concentraciones de T4 libre y el secundario se caracteriza por bajas concentraciones de T4 Y TSH normal o bajo.

19.2 Etiología

La prevalencia del hipotiroidismo varía del 0.1 al 2%, la prevalencia del hipotiroidismo subclínico es alta, con un rango 4 a 10% en los adultos. El hipotiroidismo es mucho más común en mujeres que en hombres de cinco a ocho veces más.

19.3 Manifestaciones clínicas

Síntomas: piel seca, intolerancia al frío, voz ronca, aumento de peso, estreñimiento, disminución de sudoración, parestesias, disminución de audición,

Intervenciones de enfermería

A. Pacientes con hipotiroidismo

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Practicar estilo de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No consumo de bebidas alcohólicas y drogas. ✓ No auto medicarse. ✓ Importancia de la alimentación rica en fibra e ingesta de abundantes líquidos. ✓ Realizar ejercicios moderados. ✓ Efectuar chequeo médico cada seis meses. ✓ Exploración física de zona tiroidea en busca de nódulos. ✓ Consultar con nutricionista para control de peso. - Cuidados de piel y mucosa (lubricación de la piel). - Vigilar presencia de signos de alarma (piel reseca con tinte icterico o 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Evaluar y reportar estado general del usuario(a). • Controlar y reportar signos vitales. • Canalizar vena periférica y tomar exámenes de laboratorio indicados (incluyendo pruebas tiroideas) y reportarlos. • Cumplir soluciones y medicamentos indicados. • Vigilar permeabilidad y goteo de líquidos endovenosos. • Asistir al paciente en toma de exámenes de gabinete. • Control de balance hídrico. • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal. - Hipertensión arterial. - Hipotermia. - Confusión mental. - Espasmos musculares. - Cambios en el patrón respiratorio. - Inflamación muscular. - Hipocolesterolemia. - Sordera. - Anorexia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir con el tratamiento médico indicado. - Asistir a sus controles médicos - Reacciones adversos de los medicamentos para que identificar y consultar oportunamente. • Realizar cuidados de piel y mucosa (lubricación de piel). • Importancia de toma de exámenes previo a la consulta médica. • Prácticas de auto cuidado. <ul style="list-style-type: none"> - Ingerir dieta rica en fibra - Mantener peso adecuado. - No consumo de bebidas alcohólicas y drogas. - No auto medicarse. - Manejo de estrés. • En caso de presentar signos de alarma

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>palidez, resequedad y caída del cabello, anorexia, estreñimiento, aumento de peso, edema, hipotermia, inflamación muscular, hipocolesterolemia, facies abotagadas, trastornos menstruales, disminución del libido, intolerancia al frío, infertilidad, hipertensión arterial).</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar anotaciones de las intervenciones de enfermería oportunas. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar emocionalmente a paciente y familia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> Recibir a paciente en cama con barandales. Controlar y reportar signos vitales. Vigilar permeabilidad y goteo de líquidos endovenosos. Extraer muestras para exámenes de laboratorio complementarios y reportarlos. Asistir al paciente en la toma de exámenes de gabinete. Administrar oxígeno según necesidad. Realizar cuidados de higiene (cuidados de piel y mucosa, lubricación de piel, cambios de posición cada dos horas, uso de dispositivos mecánicos). Asistir en procedimientos especiales (catéter venoso central, sondas, entre otros). Control de peso estricto. Proporcionar o asistir dieta rica en fibra. Vigilar estado de conciencia. Dar apoyo psicológico y espiritual a paciente y familia. Coordinar evaluación con nutricionista. Realizar anotaciones de las intervenciones de enfermería, oportunas. 	<p>consultar al establecimiento de salud más cercano.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar anotaciones de las intervenciones de enfermería, oportunas.

B. Pacientes con hipertiroidismo.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> No consumo de bebidas alcohólicas y drogas. No auto medicarse. Realizar control médico anual o según grupo dispensarial. Cuidados de piel y mucosa. Exploración física de zona tiroidea en busca de nódulos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en carro de transporte con barandales y respaldo a tolerancia. Controlar signos vitales y glucometría. Valorar y reportar estado general del usuario(a). Canalizar vena periférica y extraer muestras para exámenes de laboratorio y cumplimiento de indicaciones. Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> Catéter venoso central. Sonda nasogástrica. Sonda transuretral. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> Importancia de cumplir con el tratamiento indicado. Ingerir dieta balanceada (no consumo de bebidas alcohólicas y drogas). Mantener peso adecuado. Importancia de asistir a controles con reporte de exámenes indicados.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar practica de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia de la alimentación balanceada. ✓ Realizar ejercicios. ✓ Evitar el sobre peso. - Vigilar y consultar en caso de presentar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de los latidos cardíacos. ✓ Elevación de la temperatura. ✓ Enrojecimiento de áreas y aparecimiento de ictericia. ✓ Presencia de ginecomastia en los hombres. ✓ Irregularidades o ausencia en la menstruación. ✓ Alopecia. ✓ Exoftalmia. ✓ Insomnio. ✓ Temblor fino de manos. ✓ Nerviosismo. ✓ Fatiga o agitación. • Participar en grupos de apoyo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control estricto de balance hídrico. • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Alteración del estado mental (confusión, delirio, agitación intensa, estupor, obnubilación y coma). - Hipertensión arterial. - Hipertermia. - Hipereflexia. - Sudoración profusa. - Taquipnea. - Taquicardia y sus variables. - Dolor de tipo anginoso. - Nauseas, vómitos, dolor abdominal. - Ictericia. • Asistir al paciente en toma de exámenes de gabinete. • Dar apoyo emocional a paciente y familia. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente en cama con barandales y respaldo a tolerancia. • Control de signos vitales y saturación de oxígeno. • Administrar oxígeno según necesidad. • Asistir a pacientes en exámenes especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Catéter venoso central. - Sondas nasogástricas. - Sondas transuretrales. • Extraer muestras de sangre para exámenes indicados. • Asistir a paciente en la toma de exámenes de gabinete. • Vigilar y reportar estado de conciencia: agitación moderada, letargo intenso, convulsiones y coma. • Brindar cuidados de higiene y comodidad. • Realizar cuidados de piel y mucosas. • Cambios de posición cada dos horas y colocación de dispositivos mecánicos. • Controlar peso estricto. • Proporcionar o asistir dieta indicada. • Apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse. - Manejo del estrés. - En caso de presentar signos de alarma consultar al establecimiento de salud más cercano (confusión mental, delirio, agitación intensa, estupor, obnubilación o coma, hipertensión arterial, hipertermia, hipereflexia, sudoración profusa, taquipnea, taquicardia y sus variables, dolor tipo anginoso, nauseas, vómitos, dolor abdominal) • Asistir a grupo de apoyo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

C. Pacientes con bocio

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - No consumo de bebidas alcohólicas y drogas. - No auto medicarse. - Realizar control médico anual o según grupo dispensarial. - Cuidados de piel y mucosa. - Exploración física del cuello en busca de nódulos. - Consultar si presenta dificultad para la respiración, deglución, congestión venosa, dolor, ronquera, aumento de los latidos cardíacos, elevación de la temperatura, temblor, nerviosismo, pérdida de peso. - Realizar practica de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia de la alimentación balanceada. ✓ Realizar ejercicios. ✓ Evitar el sobre peso. ✓ Ingesta de abundantes líquidos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en carro de transporte con barandales y respaldo a tolerancia. • Controlar signos vitales y oximetría de pulso. • Valorar y reportar estado general del usuario(a). • Canalizar vena periférica y extraer muestras para exámenes de laboratorio (incluir pruebas tiroideas) y cumplimiento de indicaciones. • Vigilar y reportar signos de alarma: taquicardia, dificultad para respirar y deglutir, nerviosismo, congestión facial y obstrucción venosa. • Asistir a paciente en toma de exámenes de gabinete. • Dar apoyo emocional a paciente y familia. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar paciente en cama con barandales y respaldo a tolerancia. • Control de signos vitales y oximetría de pulso. • Administrar oxígeno según necesidad. • Extraer muestras de sangre para exámenes indicados y reportar resultados. • Asistir a paciente en la toma de exámenes de gabinete en caso de obstrucción esofágica (transito baritado). • Vigilar y reportar signos de alarma: estado de conciencia, nerviosismo, taquicardia, obstrucción venosa, dificultad para respirar y deglutir. • Realizar cuidados de higiene (cuidados de piel y mucosa, cambios de posición cada dos horas y colocación de dispositivos mecánicos). • Controlar peso estricto. • Proporcionar y asistir dieta indicada. • Apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir con el tratamiento indicado. - Ingerir dieta balanceada (no consumo de bebidas alcohólicas y drogas). - Mantener peso adecuado. - importancia de asistir a controles con reporte de exámenes indicados. - No auto medicarse. - En caso de presentar signos de alarma consultar al establecimiento de salud más cercano, (taquicardia, dificultar respiratoria y deglución, nerviosismo, congestión facial, obstrucción vena yugular). • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

20. Guía de atención de enfermería a pacientes con sangrado de tubo digestivo superior

20.1 Definición

Es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Puede ser alta (si se produce sobre el ángulo de Treitz)

Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis o melenas, aunque ocasionalmente puede presentarse en forma de rectorragia. Constituye una urgencia potencialmente grave y sigue siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización en patología digestiva.

20.2 Clasificación

- Según el sitio de origen, pueden ser altas o bajas:
- Según la visibilidad de la causa, puede ser visible u oculta.
- Según la cuantía de la hemorragia Se clasifican en exsanguinante o masiva, grave, moderada y leve.

Según la clasificación de la American College of Surgeons (1994).

- Grado I o leve.** La pérdida de sangre es menor al 15% (hasta 750 cc.) de la volemia. No hay cambios hemodinámicos o son mínimos.
- Grado II o moderada-** La pérdida de la volemia está entre 15 a 30% (750 a 1500 cc.). Esto trae repercusión hemodinámica, aumento de la frecuencia cardíaca (> 100 X minuto), con pulso de amplitud disminuida y la presión arterial.
- Grado III o grave.** La pérdida es del 30 a 40% de la volemia (1500 a 2000cc.). El paciente está ansioso o confuso, en decúbito, con palidez de piel y mucosas, y aumento de la frecuencia respiratoria (>a 30 /minuto). La frecuencia cardíaca aumentada (> a 120 X minuto), presión arterial disminuida (Caída de 40 mm. Hg. o más de su presión normal o menos de 100 mm. Hg.), taquifigmia con pulso de amplitud disminuida. El relleno capilar es lento.
- Grado IV o masiva.** La pérdida es mayor al 40% de la volemia (> a 2000cc.). El paciente está confuso o en coma. Hay palidez de piel y mucosas y hasta cianosis. La frecuencia cardíaca es mayor a 140 por minuto. El pulso es filiforme y taquifígmico. El relleno capilar de la piel está ausente. La presión arterial muy disminuida siendo difícil establecer la diastólica. La oliguria es franca.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles según dispensarización. - Importancia de no auto medicarse (evitar analgésicos no esteroides). - Ingesta de dieta balanceada respetando horarios, ingesta de abundantes líquidos (libre de sustancias irritantes). - Evitar consumo de 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. Controlar y registrar signos vitales y oximetría de pulso. Colocar oxígeno según necesidad. Canalizar acceso venoso periférico con catéter de grueso calibre, toma de exámenes de laboratorio, cumplimiento de medicamentos y solicitar hemoderivados según indicación. Asistir procedimientos especiales y de gabinete: <ul style="list-style-type: none"> - Sonda nasogástrica y de balones. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles con reporte de exámenes indicados. - Cumplimiento de tratamiento según indicación. - No auto medicarse. - Ingesta de alimentación adecuada (libre de sustancias irritantes). - Evitar el consumo de cafeína, alcohol, tabaco, drogas.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>alcohol, tabaco y drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar ante la presencia de signos de alarma (palidez, pérdida de peso, debilidad, somnolencia, vómitos en pozol de café o con sangre, dolor abdominal, evacuaciones con sangre o melenas, piel fría). - Participar en grupos de apoyo para manejo del estrés. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Catéter venoso central. - Sonda vesical. - Endoscopia. - RX de tórax. - Tac abdominal. • Control de balance hídrico. • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensión. - Taquicardia. - Taquipnea. - Hipotermia. - Sangramiento activo. - Distensión abdominal. - Piel fría. - Palidez. - Pérdida de la conciencia. • Colocar lateralmente a usuario(a) durante los episodios de vómitos. • Vigilar características de vómitos y evacuaciones. • Aspirar secreciones si es necesario. • Mantenerlo abrigado. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual al usuario(a) y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Monitorizar signos vitales, presión venosa central, línea arterial y oximetría de pulso. • Control y reporte de gases arteriales. • Colocar oxígeno si es necesario. • Mantener a usuario(a) nada por boca. • Colocar a usuario(a) lateralmente, durante los episodios de vómitos, para evitar la aspiración. • Conservar un lumen de catéter venoso central exclusivo para cumplimiento de alimentación parenteral. • Mantener las líneas venosas periféricas o centrales permeables. • Brindar cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> - Baño diario. - Lubricación de la piel. - Cambios de posición si es necesario. - Colocación de dispositivos mecánicos. - Aseo vulvar o prepucial. • Brindar cuidados de catéter venoso central. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar oportunamente a un establecimiento de salud, ante presencia de signos y síntomas de alarma (vómitos en pozol de café o con sangre, heces con sangre o melenas, palpitaciones, piel fría, dolor abdominal, vómitos con heces). - Participar en grupos de apoyo para manejo de estrés. - Importancia del reposo de acuerdo a su estado. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a usuario(a) en procedimientos especiales y de gabinete (colocación de sonda nasogástrica y de balones, línea arterial, catéter de Swan gans, endoscopia, Rx de tórax, tubo endotraqueal). • Cuidados del paciente con ventilación mecánica tales como: <ul style="list-style-type: none"> – Vigilar el funcionamiento del ventilador. – Mantener los parámetros de ventilación mecánica. – Vigilar posición y fijación del tubo oro traqueal. – Aspirar secreciones las veces necesarias. • Proporcionar un ambiente tranquilo. • Preparar a usuario(a) para pasar a sala de operaciones si es necesario. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuario(a) y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

21. Guía de atención de enfermería a pacientes con cirrosis hepática y sus complicaciones

21.1 Definición

Es una enfermedad degenerativa crónica de Hígado que produce un aumento de su tamaño y posteriormente contracción con pérdida de la arquitectura y del normal funcionamiento de este órgano.

21.2 Etiología

Hepatitis viral, exposición a productos químicos industriales, infecciones y alcoholismo.

21.3 Manifestaciones clínicas

Debilidad general, cansancio, anorexia, indigestión, alteración de funcionamiento intestinal (estreñimiento o diarrea), flatulencias, náuseas, vómitos y molestias abdominales, dolor sobre todo en la región epigástrica o en el cuadrante superior derecho.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles según dispensarización. - Importancia de no auto medicarse. - Ingesta de dieta balanceada y abundantes líquidos (libre de sustancias irritantes). - Evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas. - Consultar a establecimiento de salud ante la presencia de signos de alarma (equimosis, pérdida de peso, debilidad, dolor y distensión abdominal, evacuaciones con sangre o melenas, conjuntivas y piel con tinte icterico, prurito, escozor, dolores articulares). • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales y oximetría de pulso. • Colocar oxígeno según necesidad. • Canalizar acceso venoso periférico con catéter, toma de exámenes de laboratorio y cumplimiento de medicamentos. • Asistir procedimientos especiales y de gabinete: <ul style="list-style-type: none"> - Paracentesis. - Sonda vesical. - RX de tórax • Control de balance hídrico. • Vigilar y reportar signos de alarma, (hipotensión, taquicardia, distensión abdominal, piel fría, pérdida de la conciencia, sangramiento del tubo digestivo superior e inferior, dolor abdominal). • Control y reporte de gases arteriales. • Vigilar y reportar características de la orina. • Solicitar y cumplir hemoderivados según indicación. • Orientar a deambular de acuerdo a su condición física. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual al usuario(a) y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles con reporte de exámenes indicados - Cumplimiento de tratamiento según indicación - No auto medicarse - Ingesta de alimentación libre de grasa, irritantes y rica en calorías - Evitar el consumo de cafeína, alcohol, tabaco, drogas - Consultar oportunamente a un centro asistencial ante presencia de signos y síntomas de alarma (vómitos en pozol de café o con sangre, heces con sangre o melenas, piel fría, dificultad respiratoria y agotamiento físico, distensión abdominal o dolor).

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Monitorizar signos vitales, presión venosa central, y oximetría de pulso. • Control y reporte de gases arteriales. • Colocar oxígeno si es necesario. • Proporcionar dieta libre de grasas e irritantes y rica en calorías. • Realizar u orientar sobre cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> – Baño diario. – Lubricación de la piel. – Cambios de posición si es necesario. – Colocación de dispositivos mecánicos. - Aseo vulvar o prepucial. • Asistir al usuario en procedimiento especiales y de gabinete (paracentesis, endoscopia, Rx de tórax). • Proporcionar un ambiente tranquilo. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuario(a) y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reposo de acuerdo a condición física - Participar en grupos de apoyo - Importancia del reposo de acuerdo a su condición física. - Importancia de los cuidados de higiene y lubricación de la piel. - Cuidados de mucosa. - Importancia del apoyo familiar hacia el paciente. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

22. Guía de atención de enfermería a pacientes con fiebre tifoidea

22.1 Definición

Es una enfermedad infecciosa producida por *Salmonella typhi* (bacilo de Eberth), o *Salmonella paratyphi A, B* o *C*, bacterias del género salmonella. Su reservorio es el humano y el mecanismo de contagio es fecal-oral, a través de agua y de alimentos contaminados con deyecciones.

22.2 Etiología

Las bacterias del tipo *Salmonella typhi* o bacilo de Eberth y *Salmonella paratyphi A, B* o *C*. ingresan por vía digestiva y llegan al intestino, pasando finalmente a la sangre, causando una fase de bacteriemia hacia la primera semana de la enfermedad.

Las salmonellas penetran por la boca llegan al intestino delgado y se multiplican durante un periodo de incubación de 3 a 4 días implantándose en las vellosidades del íleon. A través de las placas de peyer llegan al epitelio intestinal. A continuación se desplazan e invaden los folículos linfoides intestinales reproduciéndose en su interior. A través de los monocitos llegan a los vasos linfáticos mesentéricos, desplazándose al torrente sanguíneo.

22.3 Manifestaciones clínicas

La fiebre tifoidea está caracterizada por fiebre alta constante (40°C), sudoración profusa, gastroenteritis y diarrea. Menos comúnmente puede aparecer un sarpullido de manchas aplanadas de color rosáceo. Tradicionalmente se divide en cuatro fases, durando cada una de ellas una semana aproximadamente.

- **Primera semana:** durante esta fase sube lentamente la temperatura con una bradicardia relativa, malestar general, dolor de cabeza y tos. Se ha observado epistaxis en una cuarta parte de los casos. Hay leucopenia con eosinopenia y linfocitosis relativa.
- **Segunda semana:** durante esta fase se produce la postración. Llegando la fiebre al culmen de los 40°C. Hay bradicardia, el delirio es frecuente (este delirio le da a la fiebre tifoidea el nombre de fiebre nerviosa). En un tercio de los pacientes se han observado puntos rojos en la parte inferior del pecho y abdomen. Hay respiración agitada. El abdomen está distendido y dolorido en cuadrante derecho inferior. La diarrea puede también ocurrir en esta fase (6 - 8 deposiciones por día), de apariencia verde y olor característico con apariencia de puré de guisantes. No obstante el estreñimiento también es frecuente. El bazo e **hígado** están inflamados con un aumento del nivel de **transaminasas**.
- **Tercera semana:** en esta semana si la fiebre tifoidea no se trata, las complicaciones son frecuentes: hemorragias intestinales debidas a la congestión de las **placas de Peyer** (serias pero no necesariamente mortales); Perforación intestinal en el íleon que puede dar lugar a **peritonitis**; abscesos que pueden derivar en **encefalitis**, **colecistitis**, **endocarditis**, **miocarditis**, **síndrome hemolítico urémico**, **neumonía**, **coagulación intravascular diseminada (CID)**, hepatitis con la consecuente **insuficiencia hepática**, además de **osteítis**; y **fallo renal**. La fiebre es alta.
- **Finales de tercera semana/principios de la cuarta:** la temperatura corporal se va restableciendo, pero el debilitamiento aún persiste.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la población sobre <ul style="list-style-type: none"> - Higiene de manos (antes y después de ingerir, manipular alimentos y defecar). - No comer alimentos de dudosa procedencia. - Lavar bien frutas y verduras. - Ingerir agua potable o hervida. - Consumir alimentos bien cocidos en el caso de la leche y crustáceos. - Mantener los alimentos tapados. - Evitar defecar al aire libre. - Adecuada disposición de excretas y basura. - Explicar la forma de contraer la enfermedad. - En caso de portadores de tifoidea, evitar la manipulación de alimentos. - Brindar controles según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo según tolerancia. • Control de signos vitales y oximetría de pulso. • Canalizar vena periférica y tomar exámenes de laboratorio. • Bajar temperatura por medios físicos si es necesario. • Vigilar y reportar estado de hidratación y cambio en el estado de conciencia. • Vigilar permeabilidad de acceso venoso. • Mantener goteo de líquidos de acuerdo a indicación. • Controlar balance hídrico. • Brindar apoyo emocional a paciente y familia. • Realizar registros de las intervenciones de enfermería. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en cama con barandales funcionando. • Tomar y registrar signos vitales y reportar alteraciones. • Colocar medios físicos si es necesario. • Cumplir soluciones endovenosas y medicamentos. • Llevar balance hídrico. • Valorar estado general del paciente (estado de conciencia e hidratación). • Proporcionar alimentos y líquidos de acuerdo a condición de paciente. • Vigilar y reportar número y características de las evacuaciones. • Realizar o asistir cuidados de higiene personal. • Mantener habitación ventilada. • Utilización de medidas de barrera al descartar fluidos corporales. • Vigilar y reportar estado abdominal (dolor, distensión, peristaltismo intestinal). • Tomar y reportar exámenes de laboratorio. • Brindar apoyo emocional a paciente y familia. • Preparar para acto quirúrgico si es necesario. • Asistir procedimientos especiales (vena central, sonda transuretral, sonda nasogástrica). • Acompañar y asistir a paciente para la toma de exámenes de imagenología). • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Concluir con tratamiento indicado. - Asistir a controles subsecuentes. - Mantener protegidos los alimentos. - Manipulación cuidadosa de alimentos. - Mantener uñas recortadas. - Hervir o dar tratamiento al agua de consumo. - Realizar manipulación cuidadosa de excretas. - Higiene de manos. - Mantener saneamiento básico adecuado. - Asistir al establecimiento de salud más cercano en caso de signos de alarma (fiebre, náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea). - Controles de acuerdo a grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

23. Guía de atención de enfermería a pacientes con lupus eritematoso sistémico

23.1 Definición

Es un trastorno inflamatorio crónico y progresivo que afecta a numerosos órganos y sistemas y que se caracterizan por remisiones y exacerbaciones. La inflamación está causada por anticuerpos (AAc) que atacan a antígenos propios o autoantígenos (AAg) de las membranas y los núcleos de células de todo el organismo.

23.2 Etiología

Se desconoce el origen exacto de su inflamación de base autoinmune, pero se ha comprobado que existe susceptibilidad genética.

Otros factores que pueden estar ligado al desarrollo del LES actuando como desencadenantes de la activación de los linfocitos y la liberación de AAC incluyen infecciones bacterianas y víricas, luz ultravioleta, los niveles sanguíneos de complemento disminuidos, los estrógenos y algunos fármacos.

23.3 Manifestaciones clínicas

- **Cutáneas:** exantema rojizo y fotosensible en alas de mariposa en las mejillas, exantema maculo papuloso en cuello cara y brazos, alopecia.
- **Musculo esquelética:** dolor articular simétrico crónico (artritis) dolor muscular (mialgia) el dolor se desplaza por todo el organismo y tiene remisiones y reactivaciones.
- **Renales:** glomerulonefritis y signos progresivos de insuficiencia renal.
- **Serosas/mucosas:** pleuritis y derrame pleural, pericarditis, taponamiento cardiaco y peritonitis.
- **Neurológicas:** convulsiones, cambios de personalidad y neuropatías.
- **Hematológicas:** anemia, leucopenia, trombocitopenia, trombosis arteriales y venosas.
- **Cardiovasculares:** vasculitis, endocarditis vascular, miocarditis, enfermedad arterial coronaria.
- **Gastrointestinales:** úlceras gástricas e intestinales secundarias a vasculitis.
- **Sistémicas:** fiebre intermitente crónica con malestar general.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener buena higiene personal (baño diario, higiene de manos, cambio de ropa diaria). - Favorecer un medio ambiente limpio (buena disposición de basuras y excretas). - Evitar la automedicación. - Evitar contacto con sustancias químicas y de radiación. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo según tolerancia. • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Erupciones cutáneas. - Equimosis. - Edema en tobillos. - Alteraciones neurológicas. - Hemorragias. - Artralgia y mialgias. - Fiebre. - Cansancio. • Canalizar acceso venoso. • Cumplir prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles médicos con resultado de exámenes. - Cumplir medicación indicada. - Ingesta de dieta rica en proteínas y vitaminas. - Cocinar adecuadamente los alimentos. - No consumo de alimentos de dudosa higiene. - Evitar la automedicación y consumo de drogas y alcohol. - Mantener reposo

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Practicar estilo de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consumir dieta rica en proteínas y alimentos ricos en vitamina A y C. ✓ Ingesta de abundantes líquidos. - Personas con predisposición de padecer la enfermedad deben consultar ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equimosis. ✓ Erupciones cutáneas. ✓ Edema en tobillos. ✓ Alteraciones neurológicas. ✓ Hemorragias. ✓ Artralgia y mialgias. ✓ Fiebre. ✓ Cansancio. ✓ Pérdida de peso. • Realizar controles según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar exámenes de laboratorio. • Asistir a pacientes en toma de exámenes de imagenología. • Administra oxígeno según necesidad. • Proporcionar apoyo espiritual a usuario(a) y familia. • Realizar trámite de ingreso. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales de acuerdo al estado de paciente. • Control de balance hídrico. • Mantener oxígeno de acuerdo a necesidad. • Pegar y reportar exámenes de laboratorio. • Cumplir prescripciones médicas y orientar sobre efectos secundarios por medicamentos (citostáticos, esteroides). • Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Erupciones cutáneas. - Equimosis. - Edema en tobillos. - Alteraciones neurológicas. - Hemorragias. - Artralgia y mialgias. - Fiebre. - Cansancio. • Asistir o realizar cuidados de higiene y comodidad. • Control de peso diario en ayunas. • Proporcionar dieta de acuerdo al estado de paciente. • Orientar y asistir procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de sonda naso gástrica. - Catéter de vena central. - Sonda transuretral. - Exámenes de imagenología. • Orientar al grupo familiar sobre la evolución de la enfermedad. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>relativo y evitar el ejercicio excesivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos según prescripción médica. - Acudir oportunamente a un establecimiento de salud, ante presencia de signos de alarma. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Erupciones cutáneas: ✓ Equimosis. ✓ Edema en tobillos. ✓ Alteraciones neurológicas. ✓ Hemorragias. ✓ Artralgia y mialgias. ✓ Fiebre. ✓ Cansancio. - Uso de jabón de baño de PH neutro. - Evitar el uso de ropa de textura áspera. - Uso de protector solar y gafas al exponerse al sol. - Uso de lubricante en labios y mucosa bucal. - Mantener limpieza personal y ambiental. - Asistencia a grupos de apoyo para recuperar el auto estima e imagen corporal. - Evitar permanecer en ambientes con hacinamiento. - Proporcionar controles según grupo dispensarial en primer nivel de atención. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

24. Guía de atención de enfermería a pacientes con artritis

24.1 Definición

Incluye diversas enfermedades inflamatorias o degenerativas de las articulaciones o de las estructuras que las rodean.

24.2 Etiología

Traumatismos, abuso de las articulaciones, defecto hereditario del colágeno y el envejecimiento, trabajos físicos repetitivos, trastornos neurológicos y deformidades esqueléticas.

24.3 Clasificación

No inflamatorias (osteoartritis conocida también como enfermedad degenerativa articular (EDA).
Inflamatorias: artritis reumatoides, lupus eritematoso sistémico (LES) la esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia) y la gota.

24.4 Manifestaciones clínicas

Es una poliartritis crónica, aproximadamente en las 2/3 partes de pacientes comienza de forma gradual con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y síntomas musculoesqueléticos vagos, hasta que se evidencia la sinovitis.

Los síntomas específicos, habitualmente aparecen de forma gradual con una afectación poliarticular, en especial de manos, muñecas, rodillas y pies y por lo general en forma simétrica.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicio diario: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caminar. ✓ Nadar. ✓ Montar en bicicleta. ✓ Hacer gimnasia. - Ingesta de dieta balanceada. - Ingesta de abundantes líquidos. - No automedicarse. - No consumo de alcohol, drogas, tabaco. - Consultar ante presencia de signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor articular. ✓ Fiebre. ✓ Deformidad en articulaciones. ✓ Edema. ✓ Exantema. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo según tolerancia • Controlar, registrar y reportar signos vitales • Movilizar paciente con gentileza • Canalizar acceso venoso periférico y toma de exámenes de laboratorio • Cumplir prescripciones medicas • Orientar al grupo familiar sobre la evolución de la enfermedad • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a paciente y familia • Realizar tramite de ingreso si es necesario • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales. • Cumplir medicación indicada. • Mantener acceso venoso permeable. • Acompañar a paciente en toma de exámenes de imagenología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles médicos con resultado de exámenes. - Cumplir medicación indicada. - Alternar reposo y ejercicio de acuerdo a la condición. - No automedicarse. - Ingesta de dieta rica en proteínas, vitaminas (A y C). - Mantener limpieza personal y ambiental. - Continuar con terapia física de rehabilitación. - No consumo de drogas, alcohol y tabaco. - Consultar de inmediato si presenta síntomas de alarma:

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para movilizarse. ✓ Adenopatía. ✓ Malestar general. ✓ Cansancio físico. • Brindar atención en salud según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a paciente en procedimientos especiales. <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de sonda transuretral. – Catéter de vena central. – Punción articular. • Reportar y pegar exámenes de laboratorio. • Enviar solicitud de ínter consulta. • Acompañar a paciente para ínter consulta. • Acompañar a paciente a fisioterapia si es necesario. • Citar a familia de paciente para la enseñanza de los ejercicios de fisioterapia. • Ayudar a paciente a la deambulaci3n. • Proporcionar o asistir alimentaci3n. • Brindar abundantes líquidos orales. • Colocar dispositivos mecánicos en caso necesario en áreas de compresi3n. • Realizar o asistir cuidados de piel y mucosa: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados de higiene. – Lubricaci3n de la piel. • Aseo oral. • Mantener ropa de cama sin pliegues. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor articular. ✓ Fiebre. ✓ Edema. ✓ Exantema. ✓ Dificultad para movilizarse. ✓ Adenopatías. ✓ Malestar general. ✓ Cansancio físico. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional. • Brindar atención en salud según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

25. Guía de atención de enfermería a pacientes con síndrome anémico

25.1 Definición

Trastorno caracterizado por disminución de la Hb funcional debajo de los límites normales (10-12G/dL). Produce hipoxia tisular. Se produce una disminución del hematocrito. La severidad depende del tipo de anemia, nivel de Hb y la velocidad de instauración.

25.2 Etiología

1. Pérdida (hemorragias)
2. Producción inadecuada
3. Déficit nutricionales
4. Enfermedades crónicas
5. Defectos en síntesis de Hb o ADN 3.
6. Destrucción excesiva
7. Membrana del GR
8. Hb anormal
9. Defectos enzimáticos
10. Alteraciones extrínsecas

25.3 Manifestaciones clínicas

- Sentirse malhumorado
- Sentirse débil o cansado más a menudo que de costumbre, o con el ejercicio
- Dolores de cabeza
- Problemas para concentrarse o pensar

Si la anemia empeora, los síntomas pueden incluir:

- Color azul en la esclerótica de los ojos
- Uñas quebradizas
- Deseo de comer hielo u otras cosas no comestibles (síndrome de pica)
- Mareo al ponerse de pie
- Color de piel pálido
- Dificultad para respirar tras actividad leve o incluso en reposo
- Lengua adolorida.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de : <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de dieta balanceada. - Ingesta de abundantes líquidos. - No automedicarse. - No consumo de alcohol, drogas, tabaco. - Evitar ponerse a dieta sin control médico. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo según tolerancia. • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar acceso venoso periférico y toma de exámenes de laboratorio. • Cumplir prescripciones médicas. • Evaluar, registrar y reportar estado general del paciente. • Administra oxígeno según condición de paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles médicos con resultado de exámenes. - Cumplir medicación indicada. - Mantener reposo relativo de acuerdo a la condición. - No automedicarse. - Ingesta de dieta rica en

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles médicos en caso de padecer de sangramiento de tubo digestivo superior e inferior, fibromatosis uterina, enfermedades hematológicas y renales. - Consultar en caso de presentar signos o síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agotamiento físico. ✓ Palidez. ✓ Disnea. ✓ Taquicardia. ✓ Debilidad general. ✓ Somnolencia. ✓ Lipotimia. ✓ Epigastralgias. ✓ Pérdida de peso. ✓ Irritabilidad. ✓ Adenopatías. ✓ Hipotensión. ✓ Fiebre. ✓ Artralgias. ✓ Cefalea. - Brindar atención en salud de acuerdo a grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Aspirado de médula ósea. - Colocación de sonda nasogástrica. - Coloración de catéter de vena central. - Colocación de sonda transuretral. - Toma de exámenes de imagen. • Solicitar y vigilar el cumplimiento de transfusión sanguínea. • Solicitar resultado de exámenes de laboratorio y reportarlos. • Orientar al grupo familiar sobre la evolución de la enfermedad. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a paciente y familia. • Realizar tramite de ingreso si es necesario. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales de acuerdo al estado de paciente. • Control de balance hídrico. • Mantener oxígeno de acuerdo a necesidad. • Aspirar secreciones si fuera necesario. • Pegar y reportar exámenes de laboratorio. • Cumplir prescripciones médicas y orientar sobre efectos secundarios por medicamentos. • Mantenerlo en aislamiento invertido. • Proporcionar o asistir dieta si es necesario. • Asistir o realizar cuidados de higiene y comodidad: <ul style="list-style-type: none"> - Baño diario. - Aseo oral. - Lubricación de piel. - Colocar dispositivos mecánicos si fuera necesario. - Mantener ropa de cama sin pliegues y limpia. • Controlar y registrar peso. • Verificar cumplimiento de íter consultas. • Acompañar a paciente a íter consultas. • Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Aspirado de medula ósea. - Catéter de vena central. - Sonda naso yeyuno. - Sonda transuretral. 	<p>proteínas, vitaminas y minerales (hierro).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener higiene personal y ambiental. - No consumo de drogas, alcohol y tabaco. - Consultar de inmediato si presenta síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agotamiento físico. ✓ Palidez. ✓ Disnea. ✓ Taquicardia. ✓ Debilidad general. ✓ Somnolencia. ✓ Lipotimia. ✓ Epigastralgias. ✓ Pérdida de peso. ✓ Irritabilidad. ✓ Adenopatías. ✓ Hipotensión. ✓ Fiebre. ✓ Artralgias. ✓ Cefalea. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional. • Brindar atención en salud según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes de imagenología. - Transfusión sanguínea y hemoderivados. • Evitar venopunciones innecesarias. • Vigilar y reportar deterioro en su estado de conciencia. • Proporcionar apoyo espiritual y psico emocional a paciente y familia. • Verificar que se le informe a familia sobre estado de paciente. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

26. Guía de atención de enfermería a pacientes con síndrome neoplásico (LHHF)

26.1 Definición

Término que se utiliza para designar crecimientos anormales de tejido. Se produce porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior a lo normal. Las neoplasias pueden ser benignas cuando se extienden solo localmente y malignas cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia.

26.2 Etiología

No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

Se plantean de forma muy general dos grandes causas fundamentales: las exógenas, responsables del 80-90 % de todas las neoplasias, y las endógenas responsables del 10-20 % restante. Los carcinógenos (cualquier agente capaz de incrementar la incidencia de la malignidad neoplásica) son los factores principales de las causas exógenas o ambientales. Estos pueden ser químicos, físicos, biológicos e incluso sociales.

Compuestos químicos: el uso cotidiano de medicamentos variados, aditivos alimenticios, cosméticos, pesticidas, productos industriales y del hogar; el tabaquismo activo o pasivo, la ingestión de bebidas alcohólicas, de estimulantes, la variada exposición ocupacional y los tipos de alimentos que ingerimos o dejamos de ingerir en la dieta

Carcinógenos físicos: los cánceres causados por agentes físicos son en su mayoría debidos a radiaciones genotóxicas tanto ionizantes como no ionizantes.

Agentes biológicos: el virus más estudiado de todos los cancerígenos es el *Papiloma virus* humano (PVH) Otro virus, también transmitido sexualmente, es el de la hepatitis B, el cual se considera un factor etiológico para el cáncer de hígado. El virus de *Epstein- Barr* que produce mononucleosis es responsable también de 50 % de los cánceres de faringe, 30 % de enfermedades Hodgkin y 10 % de linfomas no Hodgkin, además de algunos cánceres gástricos. El virus de la inmunodeficiencia adquirida, causante del SIDA, puede producir sarcoma de Kaposi y algunos linfomas relacionados con la proliferación de linfocitos.

Estrés: el ser humano en la época actual vive cargado de estrés, de tensión nerviosa, de ansiedad, de depresión, con temores, angustias y preocupaciones constantes. Todas las cargas emocionales negativas pueden contribuir a la aparición de un cáncer.

26.3 Manifestaciones clínicas

- Abultamientos anormales que persisten o continúan creciendo.
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Sangrado o secreción de cualquier cavidad corporal
- Mal olor
- Dificultad para tragar o comer
- Vacilación para ejercitarse o
- Pérdida de vigor
- Aletargamiento o rigidez persistente
- Dificultad para orinar, defecar o respirar.
- Otros signos que pueden presentarse son: fiebre persistente, dolor, micción excesiva, anemia, entre otros, dependiendo de la localización del tumor.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de dieta balanceada. - Ingesta de abundantes líquidos. - No automedicarse. - No consumo de alcohol, drogas, tabaco. - Evitar contacto con químicos y radioactivos. - Disminuir el consumo de carnes rojas, alimentos con preservantes químicos y picantes. - Cocinar bien los alimentos. - Lavar frutas y verduras. - Consumir agua purificada. - Buenas prácticas de higiene personal y ambiental. - Evitar exposición al humo. - Consultar en caso de presentar signos o síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agotamiento físico. ✓ Palidez progresiva. ✓ Náuseas o vómitos. ✓ Debilidad general. ✓ Pérdida de peso. ✓ Adenopatías. ✓ Fiebre. ✓ Anorexia. ✓ Presencia de masas. ✓ Ictericia progresiva. ✓ Sangramientos. ✓ Edemas. ✓ Equimosis. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo según tolerancia. • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar acceso venoso periférico y toma de exámenes de laboratorio. • Suministrar los fármacos prescritos. • Evaluar, registrar y reportar estado general del paciente. • Administrar oxígeno según condición de paciente. • Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Aspirado de medula ósea y toma de biopsia. - Colocación de sonda nasogástrica. - Coloración de catéter de vena central. - Colocación de sonda transuretral. - Toma de exámenes de imagenología. • Solicitar y vigilar el cumplimiento de transfusión sanguínea. • Solicitar resultado de exámenes de laboratorio y reportarlos. • Aspirar secreciones si es necesario. • Mantener vías aéreas permeables. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a paciente y familia. • Realizar trámite de ingreso si es necesario. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar y registrar signos vitales de acuerdo al estado del paciente. • Control de balance hídrico. • Mantener oxígeno de acuerdo a necesidad. • Aspirar secreciones si fuera necesario. • Pegar y reportar exámenes de laboratorio. • Cumplir prescripciones médicas y orientar sobre efectos secundarios de los medicamentos. • Mantenerlo en aislamiento protector. • Proporcionar o asistir dieta si es necesario. • Cumplir citostáticos de acuerdo a prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles médicos con resultados de exámenes. - Cumplir medicación indicada. - Mantener reposo relativo de acuerdo a la condición. - No automedicarse. - Ingesta de dieta rica en proteína y vitaminas. - Proporcionar alimentos suplementarios. - Mantener higiene personal y ambiental. - No consumo de drogas, alcohol y tabaco. - Consultar de inmediato si presenta síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Náuseas y vómitos. ✓ Sangramientos. ✓ Dolor. ✓ Pérdida de la conciencia. ✓ Taquicardia. ✓ Melena. ✓ Hematuria. ✓ Hipotensión. ✓ Cefalea. ✓ Distres respiratorio. ✓ Estreñimiento. ✓ Distensión abdominal. ✓ Equimosis ✓ Fiebre. ✓ Abscesos. ✓ Estafilodermia. • Fomentar la independencia o participación continua en los cuidados personales y toma de decisiones. • Evitar el hacinamiento.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematuria. ✓ Melenas. • Brindar atención en salud de acuerdo a grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir o realizar cuidados de higiene y comodidad. <ul style="list-style-type: none"> – Baño diario. – Aseo oral. – Lubricación de piel. – Colocar dispositivos mecánicos si fuera necesario. – Mantener ropa de cama sin pliegues y limpia. • Controlar y registrar peso. • Verificar cumplimiento de ínter consultas. • Toma de muestra y envío de muestra para trasfusión sanguínea. • Acompañar a paciente a ínter consultas. • Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> – Aspirado de medula ósea y toma de biopsia. – Catéter de vena central. – Sonda nasoyeyuno. – Sonda transuretral. – Exámenes de imagenología. – Transfusión sanguínea y hemoderivados. • Vigilar y reportar presencia de: <ul style="list-style-type: none"> – Náuseas y vómitos. – Sangramientos. – Dolor. – Pérdida de la conciencia. – Taquicardia. – Melena. – Hematuria. – Hipotensión. – Cefalea. – Distres respiratorio. – Estreñimiento. – Distensión abdominal. – Equimosis. – Fiebre. – Abscesos. – Estafilodermia. • Evitar venopunciones innecesarias. • Mantener un ambiente que le proteja de infecciones. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidados pre operatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestra de exámenes pre operatorio. • Verificar que consentimiento informado se encuentre en el expediente clínico llenado correctamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrarse a grupos de apoyo. • Practicar actividades recreativas y terapia ocupacional. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional. • En caso quirúrgico. orientar sobre signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salida de líquido purulento. ✓ Dolor. ✓ Fiebre. ✓ Presencia de abscesos. ✓ Calor y rubor. ✓ Edema. • En caso de quimioterapia o radioterapia orientar sobre efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatiga. ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. ✓ Caída del cabello. ✓ Infecciones bucales. ✓ Fiebre. ✓ Diarrea. • Brindar atención en salud según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre procedimiento a realizar. • Preparar región operatoria. • Cumplir pre anestésico. • Suministrar fármacos prescritos. • Colocar brazaletes de identificación. • Hacer que paciente miccione antes de pasarlo a sala de operaciones. • Llevar expediente completo y estudios radiológicos a sala de operaciones. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pos operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar, registrar y reportar signos vitales de acuerdo a condición de paciente. • Suministrar fármacos prescritos. • Vigilar herida operatoria. • Cuantificar el dolor según escala y reportar. • Control de balance hídrico. • Mantener reposo. • Vigilar funcionamiento de sondas y catéteres y reportar. • Cuantificar drenajes y reportar. • Mantener nada por boca. • Propiciar la deambulación temprana. • Mantener barandales funcionando. • Vigilar patrón respiratorio. • Verificar permeabilidad de vena y vigilar goteo. • Realizar cuidados de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> – Mantenerla sellada con apósitos limpios. – Auxiliar curación. – Protegerla antes del baño. – Vigilar y reportar signos de infección o dehiscencia. • Orientar sobre tratamiento y efectos secundarios en caso de quimioterapia y radioterapia. • Entregar referencia para radioterapia, si es necesario. • Proporcionar apoyo espiritual y psico emocional a paciente y familia. • Verificar que se le informe a familia sobre estado de paciente. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

27. Guía de atención de enfermería a pacientes con deshidratación por diarrea

27.1 Definición

De acuerdo a OPS/OMS se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en veinticuatro horas, pudiendo acompañarse de fiebre o vómitos y su duración debe ser menor a catorce días.

27.2 Etiología

Infección: la diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y *Escherichia coli*.

Dentro de las etiologías infecciosas de acuerdo a los datos aportados por OPS/ OMS entre el 85 y 90% de estas son de etiología viral.

Agentes etiológicos más frecuentes de diarrea infecciosa		
Bacteriana	Viral	Parasitaria
Escherichia coli Shigella Salmonellas Yersinia enterocolitica Campylobacter Vibrio cholerae Clostridium difficile	Rotavirus Adenovirus entérico (serotipo 40-41) Virus Norwalk Astrovirus Calicivirus Coronavirus Parvovirus Norovirus	Cryptosporidium sp Giardia intestinalis (lamblia) Entamoeba histolytica Blastocystis hominis Coccidios: Isospora belli, Sarcocystis hominis

18.3 Clasificación

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- Diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días y comprende el cólera;
- Diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- Diarrea persistente, que dura 14 días o más.

18.4 Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de las diarreas de origen viral suele estar precedido por el apareamiento de vómitos, una vez instalado el cuadro diarreico, este se caracteriza por evacuaciones líquidas abundantes, sin moco ni sangre, suele también encontrarse eritema en el área perianal. En el cuadro clínico de las diarreas de etiología bacteriana se encuentran en pocas ocasiones vómitos, las evacuaciones no suelen ser tan voluminosas como las provocadas por virus y suelen acompañarse de moco y/o sangre. Puede existir también dolor abdominal intermitente. En casos severos hay deshidratación.

18.5 Deshidratación

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- **Deshidratación incipiente:** sin signos ni síntomas.
- **Deshidratación moderada:** sed; comportamiento inquieto o irritable; reducción de la elasticidad de la piel; ojos hundidos.
- **Deshidratación grave:** los síntomas se agravan; choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez. La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la población sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos, recorte de uñas y aseo oral. - Mantener saneamiento básico adecuado en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso correcto de letrinas. ✓ Disposición correcta de la basura. ✓ Purificación del agua en el hogar (hervirla). - Conservación, manipulación, preparación y consumo de alimentos en forma adecuada. - Evitar el consumo de alimentos de dudosa procedencia. - No automedicarse. - Acudir a centro asistencial si presenta signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarrea acuosa profusa ✓ Dolor abdominal. ✓ Náusea y vómitos. ✓ Signo del pliegue presente. ✓ Fiebre. ✓ Intolerancia a vía oral. ✓ Mucosa reseca. ✓ Llanto sin lágrimas. ✓ Irritabilidad. ✓ Debilidad general. ✓ Pérdida de la conciencia - En caso de deshidratación: 	<p style="text-align: center;">Plan A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales. - Toma de medidas antropométricas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso. ✓ Talla. - Evaluar presencia de signos y síntomas de deshidratación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ojos hundidos. ✓ Piel seca. ✓ Mucosas orales secas. ✓ Síndrome del pliegue. ✓ Irritabilidad o letargia. • Dar alimentos y líquidos en casa. • Proporcionar sales de rehidratación oral previa demostración sobre la preparación. • Orientar a paciente y familia a consultar de inmediato en caso de no observar mejoría y la importancia de los controles subsecuentes. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Plan B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales. - Tomar medidas antropométricas (peso, talla). - Evaluar signos síntomas de deshidratación (ojos hundidos, piel seca, mucosas orales secas, síndrome del pliegue, irritabilidad o letargia). • Cumplir hidratación al paciente vía oral según prescripción médica. • Tomar y reportar exámenes de laboratorio indicados. • Evaluar cada hora signos vitales y de 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse - Asistir al control médico. - Importancia de cumplir el tratamiento médico. - Mantener la rehidratación oral. - Medidas preventivas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavado de manos. ✓ Saneamiento del hogar. ✓ Lavado de frutas y verduras. ✓ Preparación de alimentos. ✓ Hervir o clorar el agua. ✓ Proteger alimentos. ✓ No consumo de alimentos crudos o dudosa procedencia. - Mejorar y recuperar el estado nutricional con ingesta de dieta adecuada. - Reforzar técnica de preparación del suero oral. - Consultar en caso de presentar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarrea acuosa profusa ✓ Dolor abdominal

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir sobre la preparación de suero oral y rehidratación oral. ✓ Promover la ingesta de suero oral. • Brindar controles según grupo dispensarial. • Visita domiciliar a pacientes con episodios a repetición. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>deshidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si presenta signos de deshidratación grave reportar de inmediato. • Canalizar acceso venoso y cumplir soluciones y medicamentos según prescripción. • Orientar y preparar al paciente para referirlo al centro hospitalario. • Si el paciente mejora, orientarlo junto a su familia a consultar de inmediato en caso de complicaciones y la importancia de los controles subsecuentes. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Plan C</p> <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla o cama con barandales funcionando. • Controlar, reportar y registrar signos vitales y de deshidratación. • Canalizar vena periférica y cumplir prescripciones médicas. • Tomar muestra para exámenes de laboratorio. • Vigilar y reportar número y características de: <ul style="list-style-type: none"> – Vómitos. – Evacuaciones. – Diuresis. • Llevar balance hídrico y diuresis estricta. • Al mejorar estado: <ul style="list-style-type: none"> – Reiniciar la vía oral. – Al tener buena tolerancia orientar a paciente y familia sobre el alta y entregar referencia a UCSF. • Si no mejora estado: <ul style="list-style-type: none"> – Orientar y preparar paciente para ingreso a hospitalización. – Cumplir indicaciones de ingreso. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Controlar, registrar y reportar signos vitales y de deshidratación. • Control de balance hídrico. • Mantener acceso venoso permeable. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Náusea y vómitos ✓ Signo del pliegue presente ✓ Fiebre ✓ Intolerancia a vía oral ✓ Mucosa reseca ✓ Llanto sin lagrimas ✓ Irritabilidad ✓ Debilidad general ✓ Pérdida de la conciencia • Efectuar visita domiciliar de seguimiento. • Coordinar con el promotor de salud o inspector de saneamiento para el control de medidas de saneamiento. • Brindar control según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir prescripciones médicas. • Solicitar resultados de exámenes, reportarlos y pegarlos. • Vigilar y reportar estado general. • Brindar atención en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de sonda nasogástrica. – Osteoclisis. – Sonda transuretral. – Catéter de vena central. – Intubación oro traqueal. • Orientar a familia y paciente sobre tratamiento. • Realizar o asistirlo cuidados de higiene y comodidad. • Evaluar tolerancia a vía oral. • Proporcionar o asistir alimentación. • Brindar apoyo emocional y espiritual a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

28. Guía de atención de enfermería a pacientes con sepsis y choque séptico

28.1 Definición

Es un estado anormal grave del organismo en el cual existe hipotensión prolongada por cierto período, generalmente dos horas o más, causada por una disminución de la perfusión tisular y el suministro de oxígeno como consecuencia de una infección y la sepsis que de ella resulta. Por lo general, requiere el uso de drogas vasoactivas para incrementar la presión arterial a pesar de haberse realizado una restauración adecuada de volumen corporal. Puede causar el síndrome de disfunción multiorgánica, conocido anteriormente como fallo multiorgánico, y la muerte.

El fundamento de la sepsis es la presencia de infección y la posterior respuesta inflamatoria sistémica a esa infección, que resulta en alteraciones fisiológicas que ocurren a nivel del endotelio capilar. Este síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) es una expresión que se ha desarrollado en un intento de describir las manifestaciones clínicas que se derivan de la cascada inflamatoria sistémica, o la respuesta sistémica a la infección. Se considera que para existir un SIRS, se tenga al menos 2 de los 4 siguientes parámetros clínicos anormales:

1. Temperatura corporal >38 o <36
2. Frecuencia cardíaca >90
3. Frecuencia respiratoria, >20 respiraciones por minuto o una $PCO_2 <32$ mmHg
4. Conteo de leucocitos en sangre venosa o arterial $>12.000/cc$ o $<4.000/cc$ de sangre con un recuento de neutrófilos inmaduros >10

28.2 Etiología

El choque séptico es un estado causado por una infección fuera de control. Las fuentes más frecuentes de infección son los pulmones (**neumonía**), y el aparato urinario (**infección urinaria**). En otras ocasiones el origen puede ser una enfermedad como una pancreatitis aguda que desencadena el síndrome de sepsis. Se da más en pacientes con **inmunodepresión**, debido a que sus **sistemas inmunitarios** son más débiles que en los adultos sanos.

28.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la sepsis por lo general son inespecíficos e incluyen: **Fiebre**, escalofríos, rigidez, **fatiga**, malestar, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, ansiedad, o confusión. Estos síntomas no son patognomónicos de la sepsis sino que pueden estar presentes en una amplia variedad de otras enfermedades. Alternativamente, los síntomas clásicos de la inflamación sistémica pueden estar ausentes en la sepsis grave, especialmente en ancianos.

La ubicación de los síntomas suele dar indicaciones útiles para determinar la etiología de la sepsis:

- Infecciones de cabeza y cuello: dolor de cabeza, rigidez del cuello, estado mental alterado, dolor de oídos, dolor de garganta, dolor o sensibilidad del seno paranasal, linfadenopatía
- Tórax e infecciones pulmonares: tos, especialmente las productivas, dolor en el pecho, disnea
- Abdominal e infecciones gastrointestinales: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea
- Genitourinario e infecciones pélvicas: dolor pélvico o en flanco, flujo vaginal o uretral, disuria, frecuencia o urgencia urinaria.
- Hueso y tejidos blandos: infecciones, puntos de dolor o sensibilidad, eritema local.
- Fiebre o hipotermia, aumento o disminución del leucograma, petequias o púrpura, acidosis metabólica o alcalosis respiratoria.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria a paciente, familia y comunidad sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar buenas prácticas de higiene personal y del entorno. - Evitar ingesta de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas. - No auto medicarse. - Fomentar ingesta de abundantes líquidos y alimentación balanceada. - Consultar ante presencia de proceso febril, aparición de úlceras, tos con expectoración, diarrea, dolor abdominal de fuerte intensidad. - Cumplir tratamiento y controles en caso de enfermedad crónica (diabetes, insuficiencia renal, VIH, EPOC, lupus, leucemia). - Cumplir tratamiento y asistir a curaciones y citas en pacientes post quirúrgicos. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Valorar estado de conciencia, inquietud, letargo o confusión y reportarlo. • Control y registro de signos vitales y oximetría de pulso. • Canalizar acceso venoso, toma de exámenes de laboratorio. • Administrar oxígeno de acuerdo a necesidad. • Asistir a paciente en procedimientos especiales (vena central, colocación de tubo oro traqueal, sonda transuretral, sonda naso gástrica). • Tomar gases arteriales. • Control de balance hídrico. • Asistir al paciente en la toma de exámenes de gabinete. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener paciente en cama con barandales funcionando y respaldo a tolerancia. • Monitoreo y registro de signos vitales. • Cumplir y registrar prescripciones médicas. • Aspirar secreciones las veces necesarias. • Reportar características y cantidad de las secreciones. • Valorar y reportar cambios en el estado neurológico. • Asistir procedimientos (vena central, línea arterial, Intubación oro traqueal, colocación de sondas, ventilación mecánica). • Vigilar y registrar parámetros ventilatorios y presión del balón del tubo oro traqueal. • Cuidados de piel y mucosas. • Proporcionar medidas de higiene y comodidad (limpiar cavidad oral las veces necesarias). • Dar cambios de posición cada dos horas, utilizando dispositivos mecánicos. • Control y registro de balance hídrico. • Tomar muestras para exámenes y policultivos. • Reportar y pegar exámenes. • Vigilar llenado capilar en los miembros superiores e inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir tratamiento. - Asistir a sus controles con reporte de exámenes. - Mantener higiene personal y del entorno. - Evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas. - Asistir a un establecimiento de salud cercano si presenta signos de alarma (fiebre, vómito, diarrea, cambios en el estado de conciencia). - Apoyarlo en los cuidados de higiene y comodidad. - Importancia del consumo de líquidos orales abundantes y dieta balanceada. - Apoyarlo para que se incorpore a sus actividades diarias. • Brindar atención de acuerdo al grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar cuidadosamente estado de la piel frialdad, cianosis, principalmente en las partes distales. • Asistir y acompañar al paciente en la toma de electroencefalograma u otros estudios neurológicos. • Cumplir soporte nutricional de acuerdo a estado de paciente. • Proporcionar información y apoyo a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

29. Guía de atención de enfermería a pacientes con choque (causas no sépticas)

29.1 Definición

El choque es una condición crítica que resulta del aporte inadecuado de oxígeno y nutrientes a los tejidos para su demanda metabólica, generalmente con perfusión inadecuada.

29.2 Clasificación

Se divide en cuatro tipos básicos: hipovolémico, distributivo, cardiogénico y obstructivo.

29.3 Etiología

La etiología depende de los tipos de choque:

Tipo de choque	Causas
Hipovolémico	Diarrea, hemorragia (interna o externa), vómitos, ingesta inadecuada de líquidos, diuresis osmótica (cetoacidosis diabética), pérdidas al tercer espacio, quemaduras.
Distributivo:	
✓ Choque séptico	Organismos infecciosos y sus bioproductos (endotoxinas).
✓ Choque Anafiláctico	Reacción alérgica severa a: fármacos, vacunas, alimentos, toxinas, plantas, venenos.
✓ Choque Neurogénico	Daño en la cabeza o médula que corta la inervación simpática de los vasos sanguíneos y el corazón.
✓ Cardiogénico	Cardiopatía congénita, miocardiopatía, cardiomiopatía, arritmias, sepsis ,toxicidad por drogas o envenenamiento, trauma al miocardio,

29.4 Manifestaciones clínicas

También se presentan de acuerdo al tipo de choque:

Tipo de choque	Manifestaciones clínicas
Hipovolémico	Taquipnea sin aumento del esfuerzo respiratorio, taquicardia, TA normal o baja con acortamiento de la presión de pulso, pulsos periféricos débiles o ausentes, llenado capilar prolongado, piel fría, pálida, diaforética, alteración del estado de conciencia, oliguria.
Choque séptico	Fiebre o hipotermia, aumento o disminución del leucograma, petequias o púrpura, acidosis metabólica o alcalosis respiratoria, bandemia.
Choque anafiláctico	Aumento de la frecuencia cardíaca (FC), disminución de la tensión arterial (TA), angioedema, dificultad respiratoria con sibilancias o estridor, ansiedad, agitación, náuseas, vómitos, urticaria.
Choque neurogénico	Hipotensión con presión de pulso baja, FC normal o baja. Aumento de la frecuencia respiratoria.
Cardiogénico	Taquipnea, esfuerzo respiratorio aumentado, aumento de la FC, TA normal o baja, pulsos periféricos débiles o ausentes, pulsos centrales normales que progresan a débiles, llenado capilar prolongado con extremidades frías, signos de ICC edema pulmonar, hepatomegalia, yugulares llenas, cianosis, piel fría, pálida, diaforética, alteración del estado de conciencia, oliguria.
Obstructivo	Lesiones dependientes del ductus, deterioro en la perfusión; ICC, acortamiento en la diferencial de TA, cianosis pre y pos ductal; ausencia de los pulsos femorales; Insuficiencia respiratoria con signos de edema pulmonar, hipoxemia; embolismo pulmonar masivo, deterioro del estado de conciencia.

Fuente: PALS. AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a las familias sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir procesos diarreicos - Ingerir abundantes líquidos - Consumo de dieta balanceada - Evitar ejercicios excesivos - Evitar exponerse a quemaduras <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pólvara ✓ Líquidos calientes ✓ Radiación - Evitar consumo de diuréticos sin prescripción medica - No automedicarse - Consultar ante presencia de signos de alarma <ul style="list-style-type: none"> ✓ Palpitaciones ✓ Dolor torácico ✓ Quemaduras ✓ Sangramientos ✓ Fiebre • Brindar atención de acuerdo a grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en carro camilla con barandales funcionando y con respaldo. • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar acceso venoso y toma de exámenes de laboratorio. • Cumplir prescripciones médicas. • Llevar control de balance hídrico y diuresis. • Evaluar estado general y reportar. • En caso de heridas: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer presión en sitio de la lesión. - Cubrir con apósitos estériles. - Preparar para sutura. • En caso de quemadura: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar limpieza de la zona quemada. - Cubrir con gasas envaselinada o furacinada. - Proteger con campos estériles. • Vigilar y reportar escala del dolor. • Orientar a paciente y familia sobre procedimientos. • Preparar a paciente para procedimiento quirúrgico. • Brindar apoyo emocional y espiritual a paciente y familia. • Vigilar y reportar signos de choque. <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensión. - Agitación. - Oliguria. - Palidez. - Frialdad. - Taquicardia. - Desorientación. - Pérdida de conciencia. - Hipotermia. • Solicitar resultado de exámenes, reportarlos y pegarlos. • Atender a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de catéter en vena central. - Colocación de sonda nasogastrica. - Colocación de tubo oro traqueal. - Tubo de tórax. - Sonda transuretral. • Colocar sistema de presión venosa central PVC y medirla según frecuencia indicada. • Mantener monitoreo de signos vitales y oximetría de pulso. • Solicitar hemoderivados si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir tratamiento médico completo. - Asistir a controles con resultados de exámenes. - Evitar ejercicios excesivos. - Consumo de dieta balanceada y líquidos orales abundantes (no irritantes). - No automedicarse. - Evitar consumo de alcohol, drogas y tabaco. - Consultar de inmediato en centro asistencial al presentar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipotensión. ✓ Agitación. ✓ Oliguria. ✓ Palidez. ✓ Frialdad. ✓ Taquicardia. ✓ Desorientación. ✓ Pérdida de conciencia. ✓ Hipotermia. • Brindar apoyo emocional y espiritual. • En caso de déficit neurológico motivarlo a asistir a fisioterapia y terapia ocupacional. • Brindar controles según grupo dispensarial. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener goteo de medicamentos de uso delicado por bomba perfusora y de infusión. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con respaldo y con barandales funcionando. • Monitoreo de signos vitales. • Vigilar permeabilidad de líquidos endovenosos y hemoderivados. • Cumplir prescripciones médicas. • Vigilar estado general. • Control de balance hídrico y diuresis. • Vigilar estado abdominal. • Realizar cuidados de higiene y comodidad. • Colocar dispositivos mecánicos en zonas de compresión. • Aspirar secreciones bronquiales si es necesario. • Vigilar y reportar signos de choque: <ul style="list-style-type: none"> – Hipotensión. – Agitación. – Oliguria. – Palidez. – Frialdad. – Taquicardia. – Desorientación. – Pérdida de conciencia. – Hipotermia. • Vigilar y reportar escala del dolor. • Orientar a paciente y familia sobre procedimientos. • Mantener en reposo absoluto si es necesario. • Auxiliar procedimientos de: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de catéter en vena central. – Colocación de sonda nasogastrica. – Colocación de tubo oro traqueal. – Tubo de tórax. – Sonda transuretral. – Curaciones. • Asistir colocación de sistema de presión venosa central PVC. • Medición de PVC, según frecuencia indicada. • Proporcionar o asistir dieta si está indicada. • Brindar apoyo emocional y psicológico a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

30. Guía de atención de enfermería a pacientes con intoxicaciones

a) Pacientes con intoxicación por plaguicidas

a.1 Definición

Intoxicación causada por sustancias químicas utilizadas para controlar, prevenir o destruir las plagas que afectan a las plantaciones agrícolas.

a.2 Etiología

Fabricación, preparación, envasado, almacenamiento y aplicación de plaguicidas, insecticidas, fungicidas, herbicidas y rodenticidas.

Puede deberse principalmente a:

- **Exposición laboral:** el paciente se intoxica con su trabajo aplicando plaguicidas, fumigando, envasando, distribuyendo, manipulando las sustancias.
- **Accidental:** cuando el paciente fue intoxicado al consumir o exponerse a un plaguicida del cual no tenía conocimientos.
- **Intento de suicidio:** la persona conoce el efecto mortal del plaguicida y lo ingiere o se expone con la intención de quitarse la vida.
- **Homicidio:** el paciente recibe el tóxico con engaños de otra persona con intención de quitarle la vida.

a.3 Manifestaciones clínicas

Las vías de entrada son respiratorias, cutáneas y digestivas. Los signos y síntomas dependerán, en gran medida, de las características y de la naturaleza del producto, su grado de concentración, tiempo de exposición, medios de protección usados, características individuales del trabajador expuesto y otros; y pueden ser:

- **Leve:** debilidad, cefalea, visión borrosa u oscura, salivación,
- **Moderada:** súbita debilidad generalizada, cefalea,
- **Grave:** temblores súbitos, convulsiones generalizadas, trastornos psíquicos, cianosis intensa, edema pulmonar, muerte por fallo cardiorespiratorio.

a.4 Clasificación de los plaguicidas

CARBAMATOS	ÓRGANO FOSFORADOS	HERBICIDAS	FUMIGANTES
Propoxu (baygón)	Metil paratión (folidol)	Paraquat	Fosfaminas
Benimil (benlate)	Metamidofos (tamarón)	Paraquet-Diquiat	Detia
Carbofurano (furater)	clorpirifos (losaban)	Diquat	Gas, phostoxinagasthion
Metomil (lannate)	fenamifos (malation)		Gramoxone
Sevin (sevin)	malation (malation)		angloxone-gramoxil
Temir (temir)	Diaziron (basudin)		Ramuron-x-irbarom
	Foxin (volaton)		Renglone

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la persona y a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Manejo y manipulación de plaguicidas. - Utilizar medidas de protección al preparar y aplicar los plaguicidas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de lentes. ✓ Uso de mascarillas. ✓ Uso de guantes. - Prevención de accidentes en el lugar de trabajo. - Leer cuidadosamente la etiqueta del plaguicida antes de usarlo. - No aceptar plaguicidas reembolsados en envase de consumo popular. - Guardar los plaguicidas en un lugar seguro. - No permitir que los niños, embarazadas, personas afectadas con trastornos psiquiátricos o emocionales manipulen plaguicidas. - No aplicar en la piel o cabeza para erradicar parásitos o evitar picaduras de insectos. - No ingerir para evitar parásitos intestinales. - No almacenar transportar los plaguicidas junto con medicamentos, alimentos y ropa. - No transportar los plaguicidas en la cabina del automóvil. - No utilizar recipientes vacíos que han tenido sustancias tóxicas. - Lavar los alimentos con agua y jabón antes de consumirlos. - No consumir alimentos con olor a plaguicida. - Lavarse las manos con abundante agua y jabón después de utilizar 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general del paciente. • Tomar signos vitales. • Identificar el tipo de plaguicida. • Retirar ropa contaminada y guardarla en bolsa plástica. • Bañar al paciente con abundante agua y jabón (si la intoxicación es por contacto). • Canalizar acceso venoso periférico. • Mantener vías aéreas permeables. • Inducir al vómito excepto cuando se trate de hidrocarburos o sustancias alcalinas y ácidas. • En caso de ingesta del plaguicida colocar sonda nasogástrica y efectuar lavado gástrico con solución salina, hasta que el líquido salga claro. • En caso de ingesta de productos cáusticos, ácidos o bases fuertes e hidrocarburos derivados del petróleo no realizar lavado gástrico. • En caso de contacto ocular, lavar con abundante agua o solución salina durante 15 minutos o más. • Administrar líquidos, aminas y cristaloides indicados. • Asistir al paciente en la colocación de sonda transuretral. • Colocar oxígeno si fuese necesario. • Monitoreo cardiaco. • En caso de presentar paro cardiorespiratorio, asistir en maniobras de resucitación. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales según indicación médica. • Vigilar estado de hidratación. • Llevar balance hídrico y diuresis estricta. • Cumplir medicamentos según indicación médica. • Vigilar estado de conciencia y patrón respiratorio. • Mantener acceso venoso permeable. • Mantener respaldo a 30°. • Mantener oxígeno si fuera necesario. • Gestionar interconsulta con psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación al usuario y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar intoxicaciones subsecuentes. - Manifestaciones tardías de acuerdo al tipo de intoxicación por plaguicida. - Asistencia puntual al control médico subsecuente. - Referencia al psicólogo en caso necesario. - No utilizar los recipientes vacíos de los tóxicos para almacenar alimentos. - Importancia del apoyo al paciente por el grupo familiar. - Buscar ayuda espiritual (en caso de intento suicida). - Asistir a reuniones de grupos de apoyo (en caso de intento suicida).

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
plaguicidas y antes de ir al baño, comer o realizar cualquier otra actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se sospeche intoxicación por intento suicida, informar a médico(a) tratante. • Aplicación de medidas de bioseguridad por el personal de salud que atiende a pacientes con intoxicación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de ingesta de plaguicida realizar colutorios con agua bicarbonatada. • Tomar exámenes indicados. • Cuidados de paciente con sonda vesical. • Brindar apoyo emocional al paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Asistir al paciente en su alimentación, cuidados de higiene y necesidad de eliminación. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

b) Pacientes con intoxicación medicamentosa

b.1 Definición

Un medicamento es un agente químico que utilizado en dosis adecuadas puede ser benéfico ayudando al enfermo a sanar, pero al ingerirse en una dosis mayor a la indicada por el médico ya sea de manera accidental o con otros fines produce una intoxicación.

b.2 Etiología

- Antidepresivos tricíclicos
- Fenitoina
- Carbamacepina
- Fenobarbital
- Digoxina
- Opiáceos
- Ácido acetil salicílico
- Acetaminofen entre otros.

b.3 Manifestaciones clínicas

- Pupilas muy grandes o muy pequeñas
- Latidos cardíacos rápidos o muy lentos
- Respiración rápida o muy lenta
- Boca muy seca o babeo
- Dolor de estómago, náuseas, vómitos o diarrea
- Somnolencia o hiperactividad
- Confusión
- Mala articulación del lenguaje
- Movimientos descoordinados o dificultad para caminar
- Dificultad para orinar
- Pérdida del control de esfínteres
- Quemaduras o enrojecimiento de los labios y la boca, causados por tomar veneno (tóxico)
- Aliento con olor a químicos
- Quemaduras o manchas por químicos en la persona, la ropa o un área alrededor de la persona
- Dolor en el pecho
- Dolor de cabeza
- Pérdida de la visión
- Sangrado espontáneo
- Frascos de pastillas vacíos o pastillas regadas por todas partes

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener medicamento fuera del alcance de niños y personas con alguna discapacidad. - Mantener rotulados sus medicamentos. - Leer cuidadosamente el nombre del medicamento antes de ingerirlo. - Revisar fecha de caducidad. - No tomar mayor dosis que la recetada. - No tomar medicamentos de un amigo. - Informa a su médico que otros medicamentos toma, para evitar intoxicaciones medicamentosas. - Nunca mezclar los medicamentos con alcohol. - Mantener medicamentos en lugar fresco y fuera de la luz solar. - Evitar la automedicación. - En caso de presentar algún síntoma de intoxicación presentarse al establecimiento de salud más cercano y llevar las muestras, cajas o sobres de lo que la persona ingirió. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante la sospecha de ingestión de un medicamento en cantidades tóxicas, se debe: <ul style="list-style-type: none"> - Tomar signos vitales. - Mantener monitoreo cardiaco. - Vigilar estado de conciencia. - Vigilar estado neurológico. - Mantener vía aérea permeable. - Administración de oxigenoterapia según indicación médica. - Vigilar y reportar si presenta convulsiones. - Si presenta convulsión, colocar bajalenguas. • Mantener acceso venoso permeable. • Mantener hidratado a paciente. • Llevar balance hídrico y diuresis según indicación médica. • Vigilar y reportar diuresis. • Cumplir medicamentos en forma oportuna. • Vigilar y reportar estado abdominal. • Asistir al paciente durante el lavado gástrico. • Vigilar y reportar sangramiento. • Toma de exámenes indicados. • Sujetar al paciente si fuera necesario. • Asistencia o colocación de sonda vesical. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y reportar anormalidades de signos vitales. • Disminuir temperatura mediante medios físicos o administración de medicamentos (antipiréticos) según indicación médica. • Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia. • Vigilar y reportar signos y síntomas de alarma. • Mantener monitoreo cardiaco. • Vigilar estado neurológico. • Mantener vía aérea permeable. • Cumplir oxigenoterapia según indicación médica. • Mantener acceso venoso permeable. • Llevar balance hídrico y diuresis según indicación médica, reportar anormalidades. • Cumplir indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus controles médicos y psicológicos. - Mantener medicamento fuera del alcance de niños y personas con alguna discapacidad. - Mantener vigilancia en la ingestión de medicamentos en dosis indicadas. - Importancia del apoyo al paciente por el grupo familiar. - Buscar ayuda espiritual. - Asistir a reuniones de grupos de apoyo.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar estado abdominal. • Vigilar y reportar sangramiento. • Tomar exámenes indicados. • Cuidados de paciente con sonda vesical. • Brindar apoyo emocional al paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Asistir al paciente en su alimentación, cuidados de higiene y necesidad de eliminación. • Gestionar interconsulta con psicólogo para paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

c) Pacientes con intoxicación por organofosforados

c.1 Definición

Son ésteres del ácido fosfórico y una variedad de alcoholes. Producen fosforilación de la enzima acetilcolinesterasa en las terminaciones nerviosas, provocando inhibición de misma, por lo que produce su acumulación en las uniones colinérgicas neuroefectoras, (efectos muscarínicos); en las uniones mioneurales del esqueleto y los ganglios autónomos (efectos nicotínicos) y en el sistema nervioso central.

c.2 Etiología

Categoría I: (dosis letal 50: 0 a 50 mg/ kg); Dicrotofós, DDVP (vapon), parathion etílico, metamidofós, monocrotofós, fenamifós.

Categoría II: (dosis letal 50: de 50 a 500 mg/kg): diazinón, dimetoato, parathión metílico,

Categoría III: (dosis letal 50: más de 500 mg/kg): mercapthotión y malathión.

c.3 Clasificación

Clasificación según la severidad:

- **Leves:** debilidad, intranquilidad, mareo, cefalea, visión borrosa, epífora, miosis, sialorrea, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, dolor abdominal, espasmo bronquial moderado.
- **Moderadas:** debilidad generalizada de aparición brusca, sudoración, cefalea, miosis, nistagmo, visión borrosa, contracturas de músculos faciales, temblor de manos y otras partes del cuerpo, fasciculaciones, excitación, trastornos en la marcha y sensación de dificultad respiratoria, broncorrea, bronco constricción, estertores crepitantes, cianosis de mucosas, bradicardia, sialorrea, dolor abdominal y diarrea.
- **Severas:** temblor súbito, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, trastornos psíquicos, intensa cianosis de las mucosas, hipersecreción bronquial, incontinencia de esfínteres, midriasis, edema pulmonar tóxico, coma y muerte por falla cardíaca o respiratoria.

c. 4 Manifestaciones clínicas

Se pueden presentar tres formas clínicas: intoxicación aguda, síndrome intermedio y neurotoxicidad tardía.

Intoxicaciones agudas:

- Ojos: dificultad de acomodación, epífora, miosis, hiperemia conjuntival y visión borrosa.
- Membranas mucosas: hiperemia y rinorrea.
- Pulmón y bronquios: broncorrea, cianosis, disnea, dolor torácico, bronco constricción y tos.
- Sistema digestivo: anorexia, cólico, incontinencia fecal, diarrea, náuseas, sialorrea, tenesmo y vómitos.
- Cardiovascular: bloqueo cardíaco, bradicardia, arritmias e hipotensión.
- Vejiga: micción involuntaria y disuria.
- Piel y glándulas exócrinas: diaforesis, hipersecreción y sudoración.

Síndrome nicotínico:

- Sinapsis ganglionares: cefalea, hipertensión pasajera, mareo, palidez y taquicardia.
- Placa motora: calambres y debilidad generalizada (músculos respiratorios)
- Fasciculaciones, mialgias y parálisis flácida.
- Sistema nervioso central: ansiedad, ataxia, cefalea, coma, confusión, convulsiones, depresión de centro respiratorio y circulatorio, perturbación mental, irritabilidad y somnolencia.

Síndrome intermedio: se observa de veinticuatro a noventa y seis horas de una intoxicación aguda aparentemente bien tratada. Clínicamente se manifiesta por insuficiencia respiratoria de aparición brusca, como consecuencia de debilidad y parálisis de los músculos respiratorios. Además se afectan algunos pares craneales y los músculos flexores proximales de la nuca y de las extremidades. La recuperación se da de cinco a veinte días y con manejo adecuado no deja secuelas.

Síndrome tardío: se inicia de una a tres semanas después de la exposición.

Se presentan calambres, sensación de quemadura y dolor sordo o punzante simétrico en pantorrillas y menos frecuentes en tobillos y pies, parestesias en pies y piernas. Debilidad de varios músculos, pérdida de reflejo aquiliano acompañado de contractura del tobillo. Finalmente se presenta parálisis que afecta a miembros inferiores y superiores.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la persona y a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Manejo y almacenamiento de plaguicidas. - Prevención de accidentes en el lugar de trabajo. - Leer cuidadosamente la etiqueta del plaguicida antes de usarlo. - No aceptar plaguicidas reembolsados en envase de consumo popular. - Guardar los plaguicidas 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general del paciente. • Control y registro de signos vitales. • Interrogar al paciente • y/o acompañante para identificar el tipo de plaguicida. • Si el tóxico ha sido inhalado: <ul style="list-style-type: none"> – Administrar oxígeno según indicación. – Aspirar secreciones bronquiales y bucales. – Asistir a paciente durante la ventilación mecánica, si hay deterioro respiratorio. • En caso de contaminación cutánea: <ul style="list-style-type: none"> – Retirar ropa contaminada. – Lavar cabello y piel contaminada con abundante agua y jabón haciendo énfasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar intoxicaciones subsecuentes. - Manifestaciones tardías de acuerdo al tipo de intoxicación por plaguicida. - Asistencia puntual al control médico subsecuente. - Referencia al psicólogo en casos necesarios. - Alimentación del paciente. - Continuar aseo oral con

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>en un lugar seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No permitir que los niños, embarazadas, personas afectadas con trastornos psiquiátricos o emocionales manipulen plaguicidas - Identificar claramente el recipiente que contiene el tóxico y mantenerlo fuera del alcance de niños, personas con capacidades especiales y adultos mayores. - No utilizar recipientes vacíos que han tenido sustancias tóxicas. - Utilizar equipo de protección al aplicar cualquier plaguicida. - No lavar en ríos, lagos y lagunas el equipo o ropa que se ha utilizado en la aplicación de plaguicida. - Bañarse con abundante agua y jabón y cambiarse ropa después de aplicar y/o manipular plaguicidas. - Aplicación de medidas de bioseguridad por el personal de salud que atiende a pacientes con intoxicación. • Las personas que desarrollan actividades laborales o domésticas con estas sustancias, debe utilizar las barreras protectoras contra la inhalación o exposición al tóxico. • Cuando se sospeche intoxicación por intento suicida informar a médico tratante. • Elaborar registros de enfermería. 	<p>en los espacios interdigitales y debajo de las uñas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de contacto ocular: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con abundante agua o solución salina durante 15 minutos o más. • En caso de ingestión por vía oral. <ul style="list-style-type: none"> - Inducir al vómito excepto <ul style="list-style-type: none"> - Cuando se trate de hidrocarburos o sustancias alcalinas y ácidas. - Preparar equipo para lavado gástrico (en los primeros 60 minutos después de la ingestión) y asistir al paciente durante el procedimiento. - Proteger vía aérea durante lavado gástrico. - Administrar carbón activado (reduce la absorción gastrointestinal de los tóxicos) en dosis única y repetida según prescripción médica. • Canalizar vena con catéter de grueso calibre. • Extraer muestras para exámenes de laboratorio. • Administrar medicamentos (antídoto atropina endovenosa) y líquidos endovenosos según indicación médica. • Observe signos de reacción a la atropina (desaparición de hipersecreción pulmonar, midriasis, taquicardia, piel seca y rojiza). <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar estado de conciencia y estado de pupilas. - Vigilar y reportar si presenta convulsiones. - Si presenta convulsión colocar bajalenguas. • Asistir al paciente en colocación de catéteres y sondas. • Controlar balance hídrico y diuresis. • Brindar medidas de seguridad, protección y apoyo. • Apoyo emocional a usuario(a) y familia. • Realizar proceso de ingreso. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales según condición de paciente y reportar alteraciones. • Colocar monitor cardiaco continuo según condición. • Mantener en reposo y colocar respaldo a 45°. • Mantener nada por boca según condición del paciente. • Mantener vías aéreas permeables: 	<p>bicarbonato de sodio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a grupos de apoyo. - No utilizar los recipientes vacíos de los tóxicos para almacenar alimentos. - Evitar la exposición al tóxico durante al menos seis meses posteriores al alta. - Incorporación gradual a sus actividades. - Guardar bajo llave los tóxicos. - No almacenar ni transportar estos productos junto con ropa y alimentos.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreciones las veces que sea necesario. - Administración de oxígeno, si está indicado. - Asistir al paciente en caso de soporte ventilatorio y realizar cuidados. • Vigilar estado neurológico (evaluar reflejos y estado de conciencia) y reportar. • Vigilar estado de hidratación y diuresis. • En caso de intoxicación oral efectuar colutorios con agua bicarbonatada. • Mantener medidas de bioseguridad, protección y apoyo para el paciente. • Cumplir tratamiento médico indicado según el caso. • Observar y reportar estado pupilar y control de esfínteres. • Controlar balance hídrico. • Realizar cuidados de sondas y catéteres. • Realizar cuidados de higiene y medidas de comodidad. • Satisfacer necesidades fisiológicas. • Dar apoyo emocional a pacientes que han sufrido intoxicación como consecuencia de intento de suicidio y tramitar interconsultas con psiquiatría posterior a la resolución del cuadro agudo. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

d) Pacientes con intoxicación por biperidilos

d.1 Definición

Es el daño causado por la peroxidación lipídica de la membrana y a la depleción de NADP y la consecuente falta de síntesis de ATP. La ruta de absorción más importante es la digestiva; a través de la piel intacta y por la vía respiratoria es menor.

d.2 Etiología

El paraquat es formulado como una solución acuosa con agentes activos de superficie. Se utiliza para plantas terrestres.

El diquat es un derivado que se utiliza para plantas acuáticas.

d.3 Clasificación

- Primera fase: inmediata o en las primeras horas. Fase gástrica.
- Segunda fase: veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Fase hepática, cardiovascular, renal.
- Tercera fase: dos a catorce días posterior a la intoxicación. Fase pulmonar.

d.4 Manifestaciones clínicas

- **Primera fase:** inflamación, edema y ulceración de la mucosa de la boca, faringe, estómago, esófago e intestino, vómitos reiterados, ardor y dolor orofaríngeo, retroesternal, epigástrico y abdominal. Puede haber disfagia, sialorrea, diarrea y hemorragia digestiva. En ocasiones enfisema subcutáneo.
- **Segunda fase:** aumento de bilirrubinas y transaminasas, creatinina y nitrógeno uréico, también se puede encontrar ictericia, proteinuria, oliguria o anuria que indica necrosis tubular aguda
- **Tercera fase:** lesión pulmonar con tos, disnea, cianosis progresiva, taquipnea, espacios alveolares infiltrados por líquido, hemorragia y leucocitosis, posteriormente hay una rápida proliferación de fibroblastos. La muerte sobreviene como consecuencia de un severo deterioro del intercambio gaseoso que produce hipoxemia y anoxia tisular.

Cuando hay ingesta de grandes dosis de paraquat hay intoxicación aguda fulminante, con manifestaciones gastrointestinales severas, tales como ulceraciones bucofaríngeas, perforación esofágica con mediastinitis, vómito y diarrea. Se presenta fallo multiorgánico, coma y convulsiones, produciéndose la muerte en un lapso de uno a siete días.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educar en forma general a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Manejo y almacenamiento de plaguicidas. - Prevención de accidentes en el lugar de trabajo. - Identificar claramente el recipiente que contiene el tóxico y mantenerlo fuera del alcance de niños, personas con discapacidad y adultos mayores. - Leer cuidadosamente la etiqueta del plaguicida antes de usarlo. - No comprar o aceptar plaguicidas o trasegados en envase de consumo comercial popular. - Guardar plaguicidas en lugar seguro y fuera del alcance de los niños(as). - No utilizar recipientes vacíos que han tenido sustancias de plaguicidas. - Utilizar equipo de protección al aplicar cualquier plaguicida. - Bañarse con abundante 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general de paciente, si puede hablar identifique el tipo de plaguicida. • Mantener vías aéreas permeables. • Colocar monitor de signos vitales o tomar signos vitales según estado de paciente e indicación médica. • Mantener en reposo y colocar respaldo a 45°. • Canalizar acceso venoso con catéter de grueso calibre. • Cumplir líquidos endovenosos y medicamentos según indicación médica. • En caso de contaminación por Inhalación: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a paciente durante el sangrado nasal. - No administrar oxígeno terapia, a menos que la lesión pulmonar sea irreversible según criterio médico. • Contacto ocular: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con abundante agua o solución salina durante quince minutos o más. • Por vía cutánea: <ul style="list-style-type: none"> - Retirar la ropa. - Lavar cabello y piel contaminada con abundante agua y jabón haciendo énfasis en los espacios interdigitales y debajo de las uñas. • Por vía digestiva: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a paciente durante la colocación de sonda nasogástrica y lavado gástrico. - Administrar absorbentes como tierra de fuller al 30% o carbón activo, en adultos se calcula 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar intoxicaciones subsecuentes. - Manifestaciones tardías de acuerdo al tipo de intoxicación por plaguicida. - Asistencia puntual al control médico subsecuente. - Referencia al psicólogo(a) en casos necesarios. - No utilizar los recipientes vacíos de los tóxicos para almacenar alimentos.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>agua y jabón después de aplicar cualquier plaguicida y cambiarse ropa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del chequeo médico. • Explicar a usuario y familia signos y síntomas de la enfermedad. 	<p>1g/kg de peso corporal diluido en 300 ml de agua, cada cuatro horas, según indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente esta inconsciente, acostarlo en decúbito lateral izquierdo, sin inducir el vómito. - Extraer muestras de laboratorio clínico. • Vigilar a paciente y reportar al médico(a) cambios en el patrón respiratorio, agitación y desorientación. • Utilizar medios de sujeción si es necesario. • Coordinar y realizar tramite de ingreso al servicio correspondiente. • Dar apoyo emocional a paciente y familia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar alteraciones. • Realizar procedimiento de ingreso. • Colocar monitor cardiaco continuo si hubiera o tomar signos vitales según indicación médica. • Mantener en reposo y colocar respaldo a 45° • Vigilar estado neurológico, (evaluar reflejos y estado de conciencia) y reportar • Vigilar estado de hidratación y diuresis, para verificar función renal y reportar. • Revisar mucosas nasales y orofaringe para identificar presencia de inflamación o ulceraciones y reportar al médico. • Mantener medidas de bioseguridad, protección y apoyo para el paciente. • Cumplir tratamiento médico indicado según el caso. • Observar y reportar estado pupilar, control de esfínteres. • Controlar balance hídrico. • Realizar cuidados de sondas y catéteres. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	

31. Guía de atención de enfermería a pacientes con mordedura por ofidio

31.1 Definición

Es la mordedura por serpientes venenosas, en cualquier parte del cuerpo.

31.2 Etiología

Según datos proporcionados por herpetología del Parque Zoológico Nacional en El Salvador existen ocho familias de serpientes y cincuenta y ocho especies, estas son: Familia: Boidae, Loxocemidae, Colubridae, Leptotyphlopidae, Typhlopidae, Elapidae, Viperidae e Hidrophidae

31.3 Manifestaciones clínicas

La sintomatología depende de la cantidad, potencia y naturaleza del veneno, que a su vez depende de la especie de serpiente.

Manifestaciones clínicas por familia de serpientes

Manifestaciones clínicas	Familia Viperidae	Familia Elapidae	
	Cascabel, cantil, tamagás	Coral	Serpiente marina
Locales	Dolor severo, edema, sangrado local, equimosis, bulas, necrosis.	Dolor leve, parestesias locales.	
Sistémicas	Nauseas, vómitos, hipotensión, sudoración, fiebre, oliguria, sangrado sistémico	Salivación	
Neuromusculares	No tienen, excepto cuando se complican con síndrome compartimental.	Disartria, diplopía, oftalmoplejía, ptosis palpebral, parálisis respiratoria, fasciculaciones, disnea, dificultad de deglución	

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar alrededor de su comunidad y comunicar a salud ambiental, para buscar alternativas de solución. - Mantener limpio alrededor de sus viviendas y si hay maleza mantenerla cortada, teniendo cuidado al recogerla. - Tener precaución en áreas de mucha maleza, utilizando calzado adecuado. - No aglomerar piedras o utensilios que no se 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre su estado de salud para disminuir su ansiedad. • Evaluar estado general del paciente. • Tomar y reportar signos vitales. • Controlar y reportar balance hídrico y diuresis. • Tomar examen de laboratorio según indicación médica. • Presionar suavemente con los dedos el sitio de mordedura para facilitar la salida del veneno. • Mantener a paciente en reposo absoluto. • Mantener miembro afectado en elevación. • Cumplir suero antiofídico, según indicación médica, previa prueba antialérgica de suero antiofídico. • Vigilar sitio de prueba de suero en busca de: <ul style="list-style-type: none"> - Eritema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener miembro afectado en elevación durante la presencia de edema. - Mantener reposo relativo. - No colocarse en área afectada medicamentos no indicados. - Cumplir tratamiento médico. - No auto medicarse. - Asistir a controles médicos indicados. - Consultar de inmediato ante la presencia de:

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>utilicen fuera o dentro de la casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No dejar solos a sus hijos(as) en áreas agrícolas. - Verificar el área al momento de orinar o defecar en campo abierto. - Precaución al levantar y remover troncos caídos y piedras con las manos. - No introducir manos y pies en orificios profundos de terrenos desconocidos. - Utilizar perros de compañía y palos cuando se sale al campo. - Tratar de traer el ofidio en caso de una picadura para evaluar su tratamiento. - Evitar cazar o tomar serpientes con las manos aunque aparenten estar muertas. - Evitar segundas mordeduras al intentar cazar al animal que causo la mordedura. - No molestar al animal y alejarse del lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calor - Prurito • Administrar suero antiofídico en bomba de infusión a pasar en cuatro horas o según criterio médico. • Observar en paciente cualquier reacción secundaria al cumplimiento del suero antiofídico. • No puncionar miembro afectado. • Tomar y mandar exámenes indicados. • Administrar líquidos endovenosos indicados y verificar que se mantengan permeables. • Mantener hidratación adecuada. • Vigilar y reportar si presenta signos y síntomas de choque anafiláctico como: ansiedad intensa, debilidad, sudoración, disnea, hipotensión, disrritmias cardiacas, cianosis, inconsciencia, congestión respiratoria, edema laríngeo, náuseas y diarrea. • Vigilar y reportar si presenta signos de edema laríngeo como estridor, ronquera y disnea. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general del paciente. • Tomar y reportar signos vitales. • Vigilar estado neurológico. • Mantener a usuario(a) con reposo absoluto manteniendo el área afectada en elevación. • Controlar balance hídrico y diuresis por turno o de acuerdo al estado del paciente. • Realizar cuidados de acceso venosos. • Vigilar y reportar sitio de mordedura: <ul style="list-style-type: none"> - Coloración. - Edema. - Rubor. - Calor. - Sangramiento. • Cumplir antibiótico, analgésico y antiinflamatorios de acuerdo a indicación médica. • Verificar cada hora perímetro y coloración del área afectada. • Tramitar interconsulta con medico hematólogo. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Elaborar registros de las intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema. ✓ Sangramiento. ✓ Fiebre. ✓ Fetidez y secreción en sitio de mordedura.

V. Disposiciones finales

a. Obligatoriedad

Es responsabilidad de todo el personal de enfermería a cual está dirigido el presente documento, darle cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicaran las sanciones establecidas en la Legislación administrativa correspondiente.

b. De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en las presentes Guías de atención, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

d. Terminología

Angioedema: edema localizado en las capas más profundas del pie.

Angor: se refiere a la angina de pecho, es un dolor y enfermedad de las arterias coronarias.

Bandemia: exceso de glóbulos blancos inmaduros en la médula ósea.

Biomasa: cantidad de productos obtenidos por fotosíntesis, susceptibles de ser transformados en combustible útil para el hombre y expresada en unidades de superficie y de volumen.

Bradiarritmias: ritmo cardíaco lento y anormal.

Broncorrea: secreción excesiva de moco por los bronquios.

Cetonuria: presencia de cetona en la orina.

Criptogénico: afección que se deriva de la anemia.

Dispensarización: proceso en que la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social.

Egofonía: alteración en la auscultación pulmonar, en la que la voz del paciente se escucha temblorosa, con timbre nasal y aguda.

Estafilodermia: infección de la piel por estafilococo. Dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social.

Estupor: estado de letargo y falta de respuesta en el cual una persona parece no darse cuenta de lo que le rodea.

Exacerbar: aumento de la gravedad de una enfermedad o trastorno señalado por una mayor intensidad de los signos y síntomas del paciente que está en tratamiento.

Hiperreflexia: trastorno neurológico caracterizado por un aumento de las reacciones reflejas.

Infarto cerebral lacunar, enfermedad de pequeños vasos: son infartos cerebrales de pequeño tamaño (<1,5 cm.) localizados en territorio de las arterias perforantes que cursa con un síndrome lacunar (síndrome motor puro, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo-motor, hemiparesia atáxica y disartria mano torpe) en pacientes con HTA y/u otros factores de riesgo vascular y en ausencia de otras etiologías.

Mioglobinuria: presencia de mioglobina, el pigmento respiratorio del tejido muscular en la orina.

Nicturia: emisión de orina más abundante o frecuente por la noche que durante el día.

Obnubilación: estado de la persona que sufre una pérdida pasajera del entendimiento y de la capacidad de razonar o de darse cuenta con claridad de las cosas.

Ortopnea: trastorno en que la persona tiene que mantener la cabeza elevada para poder respirar profunda y cómodamente.

Parestesia: sensación o conjunto de sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel ciertos enfermos del sistema nervioso o circulatorio.

Poliaquiuria: se dice que hay poliaquiuria cuando los deseos de orinar son más frecuentes que normalmente.

Rabdomiólisis: es la descomposición de las fibras musculares que ocasiona la liberación de los contenidos de dichas fibras (mioglobina) en el torrente sanguíneo. Algunas de éstas son tóxicas para el riñón y con frecuencia causan daño renal.

Recidivantes: relativo al retorno de una enfermedad después de un período de curación aparente.

Rodenticida: es una sustancia química cuya función es eliminar, controlar, prevenir, repeler o atenuar la presencia o acción de los roedores en cualquier medio.

Taninos: son compuestos fenólicos que poseen propiedades astringentes y antiinflamatorias, por lo tanto, son muy útiles en diarreas o gastroenteritis.

Tinnitus: el tinnitus y las alucinaciones auditivas son sensaciones de percepción de sonido en ausencia de sonido externo.

VI. Vigencia

Las presentes Guías de atención entrarán en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, a los veintidós días del mes de octubre del año dos mil dieciocho.



Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

EA

Bibliografía

1. Archivos de Medicina de Urgencia de México. Neumonía adquirida en la comunidad. Vol. 2, Núm. 1 - Enero-Abril 2010. pp 35-39
2. Brunner y Sudart, tratado de Enfermería Médico Quirúrgico, Vol II 8° Edición.
3. Brunner y Sudart, tratado de Enfermería Médico Quirúrgico, Vol II 7° Edición.
4. Brunner y Sudart, tratado de Enfermería Médico Quirúrgico, Vol II 9° Edición.
5. Diccionario de la Lengua Española 21° Edición 1992
6. Diccionario Mosby, Medicina Enfermería y ciencias de la Salud año 2000 5° Edición.
7. E. Adrover, JL. Alonso. Oncología Médica. Guía de prescripción páginas 145 y 177.
8. European Respiratory Society. Directrices para el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias inferiores de adulto. Eur Resp J 2005, 6: 1138 -1180.
9. García S., José L. NEUMONIAS. Monografía. Madrid-España. NEUMOMADRID. 2005.
10. Guías Clínicas de Insuficiencia Cardíaca. Manejo en Atención Primaria. Hospital Universitario De A CORUÑA- SERGAS- ESPAÑA. 2010
11. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST./ Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST)
12. Guías para el manejo de la NAC del adulto que precisa ingreso en el hospital. Medicina intensiva 2005; 29(1):21-62.
13. López Aráoz, Alberto. Broncoscopía para clínicos y neumólogos. Publicaciones Latinoamericanas SRL. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primera Edición. 2008
14. Medicina Interna de Farreras Rozman 16º edición.
15. Nuevas guías en Insuficiencia Cardíaca, European Society of Cardiology. 2009
16. SEPAR. Normativa para el diagnóstico y el tratamiento de la NAC. Arch Bronconeumología. 2005; 41 (5):272-89.
17. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Consenso nacional de uso de antimicrobianos en la NAC. Neumología y Cirugía de tórax Vol. 63, No.2, 2004.
18. Torres y R. Méndez. NEUMONIA QUE NO RESPONDE Y NEUMONIA PROGRESIVA. Arch Bronconeumología 2004; 40 (Supl 3): 36 a 42.
19. Tratado de Medicina Interna de Harrison 17 edición.