

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL  
DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE  
LOPEZ"**



**DEPARTAMENTO  
DE ENFERMERIA**

**GUÍA DE PRÁCTICAS  
CLÍNICAS DE CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA EN  
HOSPITALIZACIÓN DE  
MEDICINA**

**Jefa de Serv. Enf. Especialista América Visitación Zorozabal de la Cruz**

**2023**



Jefe del Departamento de Enfermería:

**Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas**

Jefe de Servicio de Enfermería en Hospitalización de Pediatría

**Enf. Especialista América Visitación Zorozábal de la Cruz**

**Documento elaborado por:**

**Lic. América Visitación Zorozábal de la Cruz**

*Enf. Especialista en Geriatría y Gerontología*

*Enf. Especialista en Gestión de Servicios de Salud*

**Lic. Mirtha Roció Delgado Cencia**

*Enf. Especialista en Geriatría y Gerontología*

*Enf. Especialista en Gestión de Servicios de Salud y Enfermería*

**Comité Revisor:**

**Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas**

*Mg. En Gerencia en Servicios de salud*

*Enf. Especialista en Emergencias y Desastres*

*Auditora en Servicios de Salud.*

**Mg. Dina Teresa Ayala Crisóstomo**

*Mg. Salud pública con Mención en Gestión Hospitalaria.*

*Enf. Especialista en Gastroenterología*

*Enf. Especialista en Gestión de Servicios de Salud y Enfermería.*

Marzo del 2023





Chancay 29 MAR 2023

Sr. Héctor F. Sajelo Roca  
FEDATARIO SUPLENTE  
A.S.P.C.H  
N° 124-2023-LIMA/H-CH-SBS-DE

### Resolución Directoral

Chancay, 22 de marzo del 2023

**VISTO:**

MEMORANDON N° 077 GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/DPTO.ENFER/2023, suscrito la Jefa del Departamento de Enfermería, el cual contiene la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA;

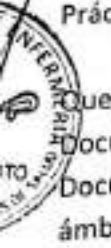
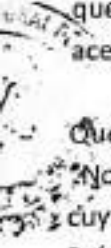
**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de segunda oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos, con el objetivo de establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de las Guías de Práctica Clínicas" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, con la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" en el que se ha definido a la Guía Técnica: "Es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud, para regular los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud entre otros aspectos sanitarios, en el



marco de las funciones y competencias rectoras de la ANS. También puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal o reglamentaria de carácter general." Señalando, además que, están basados en la revisión de la mejor evidencia científica existente y disponible, y busca resultados óptimos de beneficio para la comunidad. Su aplicación es de carácter permanente, su cumplimiento es obligatorio, y comprende los aspectos de prestación, organización, financiamiento y de gestión de los servicios de salud, entre otros aspectos regulatorios sanitarios;

Que, en el literal f), del artículo 37°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chancay y SBS", aprobado con Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL, se establece como una de las funciones del Departamento de Enfermería, proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, asimismo, el antes previsto Reglamento, en el literal f), del artículo 13°, establece como una de las funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad, asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, el proyecto de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA, propuesto por la Jefa del Departamento de Enfermería tiene como finalidad de contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homologación del trabajo enfermero en el servicio de Enfermería en Hospitalización de Pediatría, lo que repercutirá en la del cuidado que se brinda;

Que, acorde al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atenderlo solicitado por la Jefa del Departamento de Enfermería, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutorio de aprobación de la GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA;

Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Calidad, Departamento de Enfermería y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Roche López";



De conformidad con lo dispuesto en los artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Chancay y SBS, aprobada con Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-LR y Resolución Directoral N° 008-2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG



SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.** - Aprobar a partir de la fecha de expedición de la presente resolución el GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA; el cual forma parte de la presente Resolución.

**ARTICULO SEGUNDO.**- Disponer, que la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Chancay y SBS realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución.



**ARTICULO TERCERO.-** Encargar al responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transferencia, publicará la presente resolución en el Portal de Transparencia del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud.

**ARTICULO CUARTO.-** Dejar sin efecto, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE TRANSFERENCIA Y ASISTENCIA  
Df. MIRIAM PRASMO MOLINA MOROTE  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE CHANCAY Y S.B.S.  
C.M.P. 11431 P.N.E. 43662

Transcribe:

- ( ) Dirección Administrativa
- ( ) Oficina de Planeamiento Estratégico
- ( ) Unidad de Gestión de la Calidad
- ( ) Dpto. Enfermería
- ( ) Asesoría Legal
- ( ) Oficina de Comunicaciones
- ( ) Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S.  
CERTIFICADO que la presente copia corresponde exactamente  
con el original que se archiva en la UTA y UTA 9.560.610

Chancay, 29 MAR 2023



Sr. Héctor F. Satelo Roca  
FEDATARIO SUPLENTE  
A.T.S.-B-CH



## ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN.....	4
II.	FINALIDAD .....	4
III.	OBJETIVOS .....	4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	4
V.	BASE LEGAL .....	5
VI.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS.....	6
VII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PANCREATITIS .....	25
VIII.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HIPERTENSION ARTERIAL .....	39
IX.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INFECCION DELTRACTO URINARIO .....	53
X.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEUMONIA.....	69



	<b>GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION DE MEDICINA</b>	<b>Edición N°001 Página 6 de 24</b>

## I. FINALIDAD

- Fortalecer el grado de confianza del profesional de enfermería en su trabajo diario, lo que revertiría en una atención más eficiente para los pacientes con esta afección crónica.

## II. OBJETIVO

- Establecer criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes mellitus tipo 2 en el segundo nivel de atención.

## III. AMBITO DE APLICACIÓN

- La presente Guía de práctica clínica de Enfermería con Diabetes Mellitus tiene como ámbito de aplicación en el servicio de Medicina del Hospital de Chancay.

## IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

- Diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 años a más en el segundo nivel de atención. Asimismo, búsqueda de complicaciones derivadas de esta patología.

### 4.1 NOMBRE Y CODIGO

#### NOMBRE

- Diabetes mellitus tipo 2.

#### CODIGO

- CIE-10: E 11.

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICION

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastorno del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencias de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

## 5.2 ETIOLOGIA

La causa de la Diabetes mellitus es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes.

- Diabetes Mellitus tipo 1: Se presenta por la destrucción de las células betas del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de la insulina.
- Diabetes Mellitus tipo 2: Caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente suele aparecer de forma solapada e insidiosa.
- Diabetes Mellitus Gestacional: Se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes, corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.
- Otros tipos específicos de diabetes: Defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing).

## 5.3 FISIPATOLOGIA.

Diabetes mellitus tipo 2

Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la diabetes mellitus tipo 2. El





aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación. Por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM 2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro.

#### **5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

En el Perú se registran 3.9 casos de diabetes mellitus por cada 100 Peruanos Mayores de 15, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2019. El Año anterior, la cifra fue 0.3% menor en el mismo Segmento Población, informó el Ministerio de Salud. En el marco del Día Mundial de la Diabetes que se celebra hoy 14 de noviembre, La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Minsa alertó que la diabetes es una enfermedad crónica que se presenta con tendencia epidémica en todas las regiones del país, siendo Lima la que más casos registra. La población femenina es la más afectada (4.3%) en comparación con la población masculina (3.4%). Y en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus, la diabetes se ha convertido en una de las comorbilidades más frecuentes en las personas fallecidas por la COVID -19, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Al mismo tiempo, la prevalencia de la diabetes (proporción de personas que sufren una Enfermedad con respecto al total de la población en estudio) se ha duplicado, A pesar de 4.7% a 8.5% de adultos en el mundo.

#### **5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

##### **5.5.1 Medio Ambiente**



- **Urbanización:** Migración de área rural a urbana.
- **Riesgo Ocupacional:** No existe relación directa entre una condición laboral y el desarrollo de DM-2, sino a través del sedentarismo, alimentación.
- **Malsana o al estrés** que esta pudiera condicionar.

#### 5.5.2 Estilos de Vida

- **Sedentarismo:** Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física con el riesgo a desarrollar DM-2.
- **Malos Hábitos Alimentarios:** El consumo de alimentos con alto índice Glucémico y alto valor calórico aumenta el riesgo de DM2.
- **Tabaquismo:** La exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebe al llegar a la adultez.
- **Alcohol:** Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de Alcohol, aunque se producen daños bioquímicos en célula pancreática.

#### 5.5.3 Factores Hereditarios

- **Antecedente familiar de diabetes mellitus:** Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares con diabetes, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad.
- **Hiper glucemia intermedia:** Las personas con hiper glucemia intermedia incluye la presencia de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Estas condiciones tienen riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares.
- **Síndrome metabólico (SM)** Está asociado a un incremento de riesgo de padecer DM-2 de 3 a 5 veces.



- **Sobrepeso y obesidad:** El riesgo de desarrollar DM-2 es directamente proporcional al exceso de peso, siendo el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup> en adultos el factor de riesgo más importante para la DM-2.
- **Obesidad abdominal:** El valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre, según los criterios del III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa.
- **Etnia:** El riesgo de desarrollar diabetes es mayor en nativos y población mestiza latinoamericana, raza negra, asiáticos y menor en caucásicos que en el resto de etnias.
- **Edad:** Se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de DM-2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica.
- **Dislipidemia:** Hipertrigliceridemia (> 250 mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL (< 35 mg/dl) están asociados a insulano resistencia.
- **Historia de enfermedad cardiovascular:** DM-2 asociado a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, aterosclerosis entre otras enfermedades.
- **Hipertensión arterial (HTA):** Presión arterial  $\geq$  140/90 mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM-2.
- **Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional:** El riesgo de desarrollar DM-2 es mayor en mujeres con antecedentes de DMG.
- **Antecedente de hijos macrosómicos:** Recién nacido con peso > 4,000gr.



- **Antecedente de bajo peso al nacimiento:** Nacer con peso < 2,500gr y/o prematuridad.
- **Acantosis nigricans y acrocordones:** Son lesiones dérmicas secundarias a la resistencia a la insulina.
- **Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ):** El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta tres veces en mujeres con SOPQ. La aparición de trastornos glucémicos en mujeres con SOPQ puede ocurrir a una edad temprana (los 30 a los 40 años)
- **Condiciones clínicas como:** Esteatosis hepática, síndrome de apnea-sueño, hiperuricemia.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLINICO

#### 6.1.1 Signos y síntomas a observar por enfermería

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

- **Asintomáticos:** Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).
- **Sintomáticos:** Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito.

Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en



pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica.

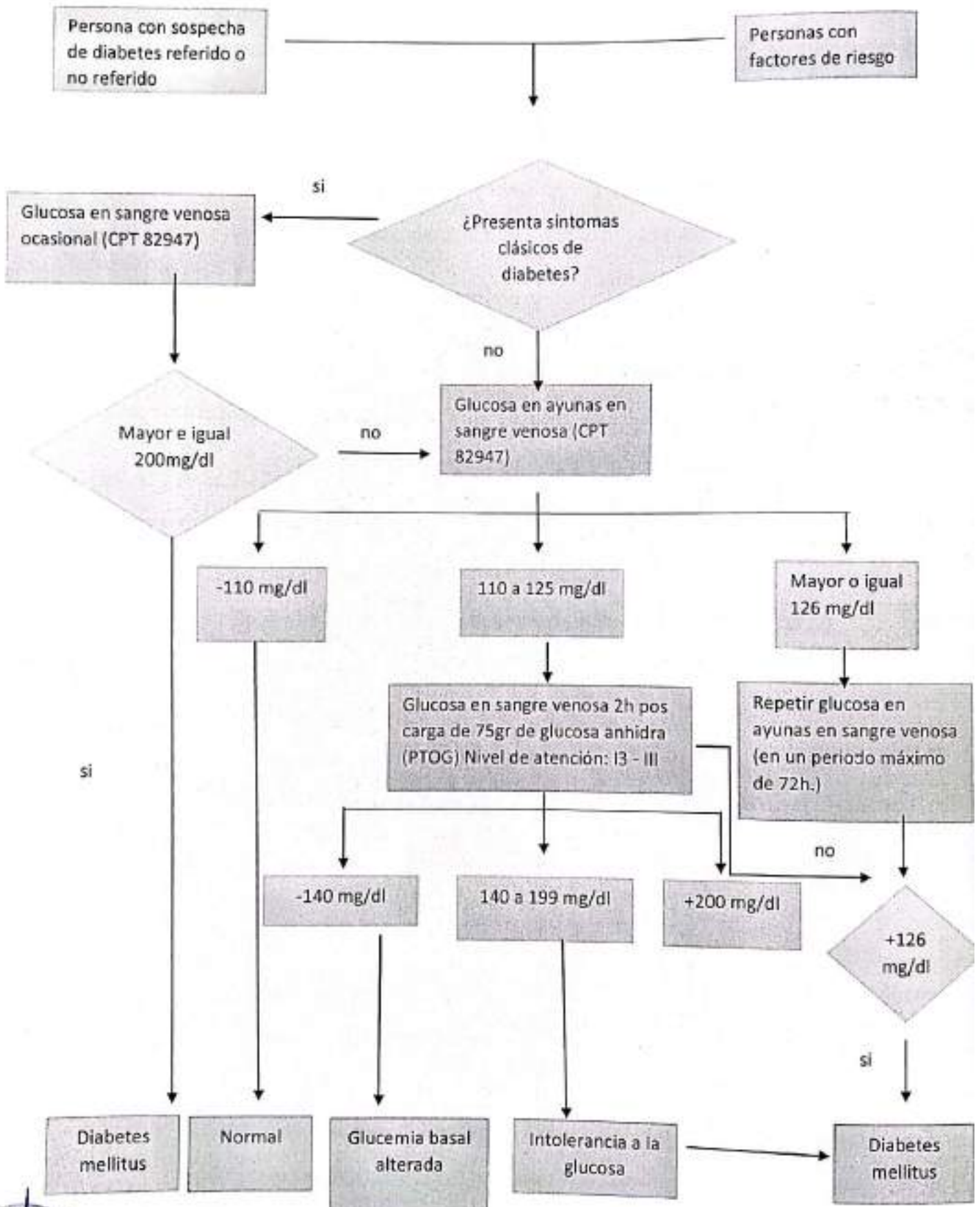
- **Comorbilidades asociadas:** infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul.

### 6.1.2 Interacción Cronológica

Es una entidad crónica, que dependiendo del control puede ir presentando complicaciones micro y macrovasculares



6.1.3. Gráficos.



## 6.2 DIAGNOSTICO

### 6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

### 6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica.

**6.2.3 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:** Los diagnósticos enfermeros están enfocados a las respuestas humanas identificados en el paciente. Según taxonomía NANDA.

#### 1. DOMINIO 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación

- 00027. Déficit de volumen de líquidos r/c con diuresis osmótica vómito. Déficit de ingesta de líquidos.

#### 2. DOMINIO 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

- 00002. Desequilibrio nutricional por defecto r/c trastorno metabólico

#### 3. DOMINIO 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

- 00179. Riesgo de glicemia inestables r/c manejo de la medicación, estado de la salud física y control inadecuado de la glucemia

## 6.3 EXÁMENES AUXILIARES .Actividades interdisciplinarias

### 6.3.1 De Patología Clínica

Se consideran los siguientes exámenes de laboratorios:

- Glucosa en ayunas en plasma venoso
- Glucosa postprandial en plasma /suero venoso: Se define como glucosa postprandial a los niveles de glucosa en sangre a las dos horas de la ingesta de un alimento.



- Hemoglobina glucosilada: Es una prueba para el control y seguimiento del tratamiento de la diabetes en personas diagnosticadas. Se debe tener en cuenta que la prueba se altera en aquellas condiciones que disminuya la vida media del eritrocito.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa: Consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75gr de glucosa anhidra en adultos.
- Glucosa capilar: Puede ser utilizada para fines de seguimiento y automonitoreo, pero no con fines de diagnóstico.

#### 6.3.2 De Imágenes:

- Radiografía de Tórax.
- Radiografía de extremidades inferiores pie.
- Ecografía Abdominal.

#### 6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios:

- Los exámenes auxiliares de mayor complejidad podrán ser realizados en el nivel II y III de atención. Asimismo, cabe señalar que los exámenes a ser realizados dependerán de las características clínicas que presente la persona con diabetes con el objetivo de la búsqueda de complicaciones o comorbilidades.

### 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica para enfermería

#### 6.4.1 Medidas Generales y Preventivas: Como intervenciones interdisciplinarias

Se sugiere que las personas con diabetes mellitus 2 entren en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que la persona conozca su enfermedad para lograr el autocontrol





y adherencia al tratamiento. Como esta depende en un gran porcentaje de la atención, deben ser atendidos por especial.

#### **6.4.2 Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias**

##### **a. Objetivos terapéuticos: Como intervenciones interdisciplinarias**

- Lograr el control de los síntomas.
- Lograr el control glucémico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus.
- Reducir la morbilidad y mortalidad.

##### **b. Metas de control cardio metabólico: Como intervenciones interdisciplinarias**

- Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl.
- Glucemia post prandial menor de 180 mg/dl.
- Hemoglobina glucosilada menor de 7%.
- Colesterol total menor de 200 mg/dl
- Colesterol HDL mayor de 50 mg/dl
- Colesterol LDL menor de 100 mg/dl.
- Triglicéridos menor de 150 mg/dl
- Presión arterial menor de 140/80 mm Hg

#### **6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento. Como intervenciones interdisciplinarias.**

**a. Metformina:** Náuseas, diarreas y dolor abdominal son los efectos adversos más frecuentes. Acidosis láctica, que se puede presentar si se usa en infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal o hepática. La hipoglucemia es muy rara.



**b. Glibenclamida:** Hipoglucemia. Reacciones de hipersensibilidad cutánea (esporádicas).

Posible alergia cruzada con sulfonamidas. Raramente puede ocasionar trombocitopenia, agranulocitosis, pancitopenia y anemia hemolítica, estasis biliar y hepatitis, hipoglucemia con déficit neurológico que se puede revertir con tratamiento oportuno.

Se debe notificar todas las sospechas de reacciones adversas e incidentes adversos a productos farmacéuticos y dispositivos médicos usados en el tratamiento de DM-2 dentro de su ámbito asistencial.

#### **6.4.4 Signos de Alarma.**

Los signos de descompensación aguda tales como: deshidratación, trastorno del sensorio, intolerancia oral (nausea/vomito), dolor abdominal, polipnea, cuerpos cetónicos en orina (con tiras reactivas), glucosa capilar (glucómetro), glucosa venosa >600 mg/dl. En el caso de la persona diabética con sospecha clínica o bioquímica de descompensación aguda, se debe iniciar el manejo inicial en el establecimiento de salud de origen. Manejo de la Crisis Hiperglucémica debe ser referido a un hospital de nivel II para manejo especializado.

#### **6.4.5 Criterios de Alta.**

No aplica

#### **6.4.6 Pronostico**

No aplica

### **6.5 COMPLICACIONES**

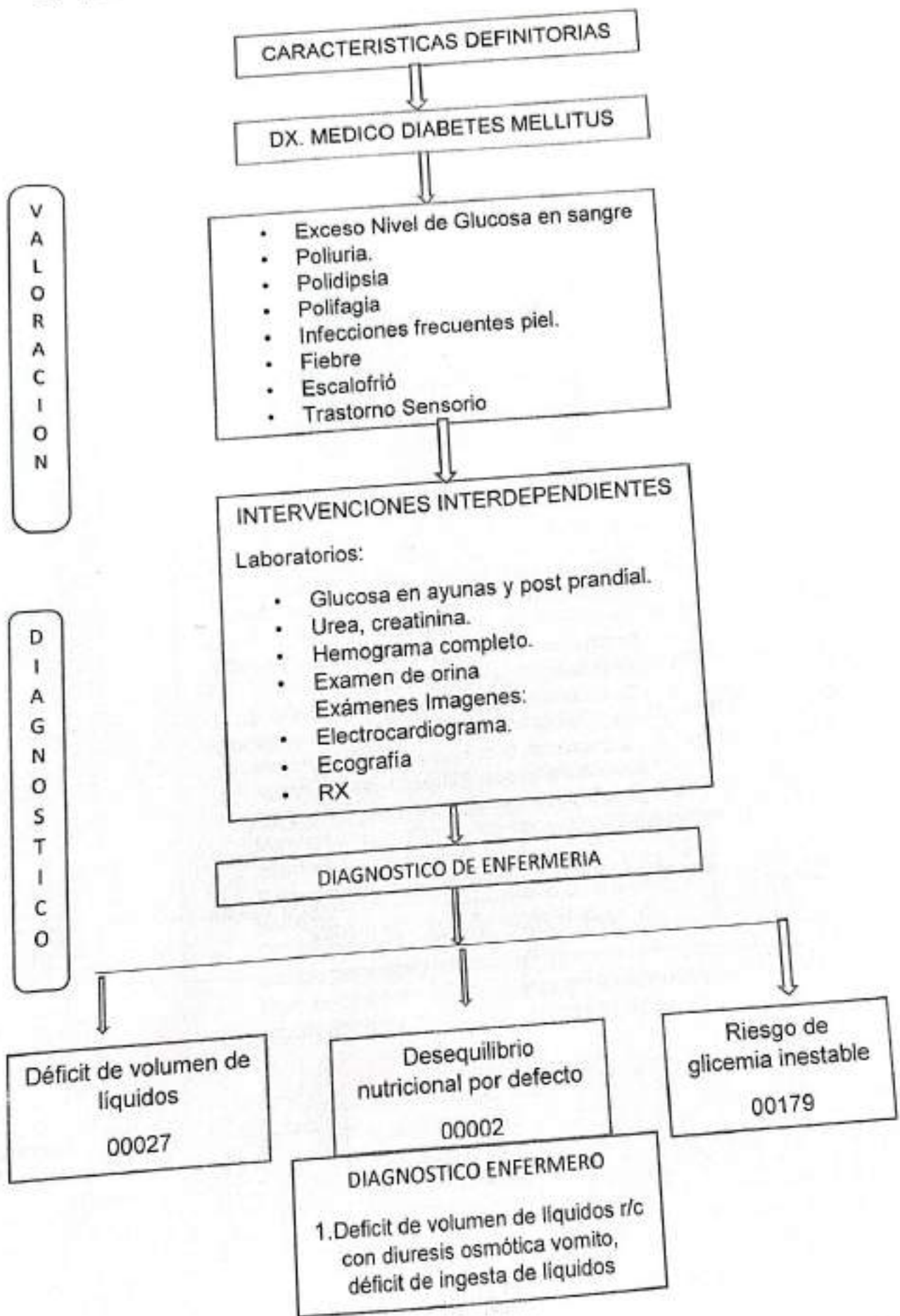
No aplica

### **6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

No aplica



# 6.7 FLUXOGRAMA 1



PLANIFICACION

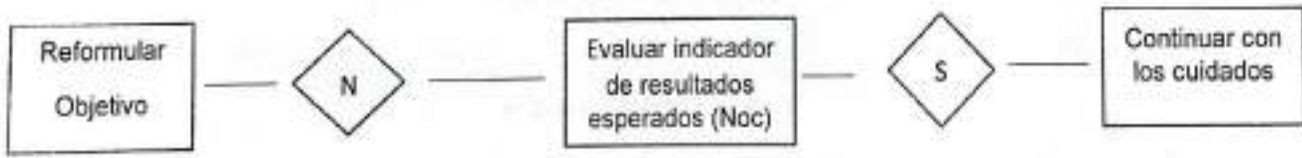
2. Resultados Esperados (Noc)  
2.1. Equilibrio Hidrico(0601)  
2.2. Hidratación (0602)

3. Intervenciones (Nic)  
- Manejo de liquidos (4120)  
- Manejo de eliminación urinaria (0590)  
- Manejo de hipovolemia (4180)

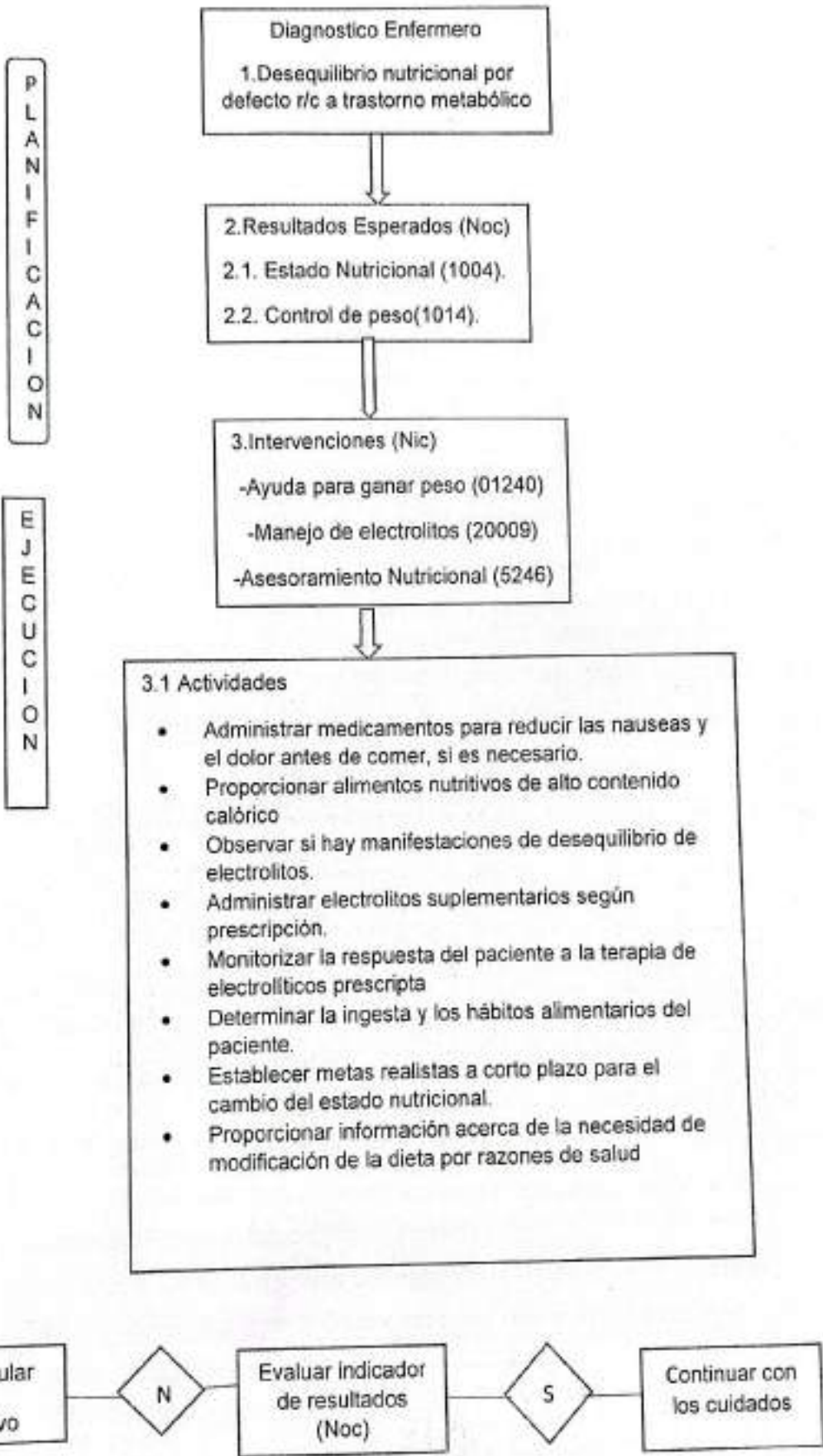
EJECUCION

3.1. Actividades:

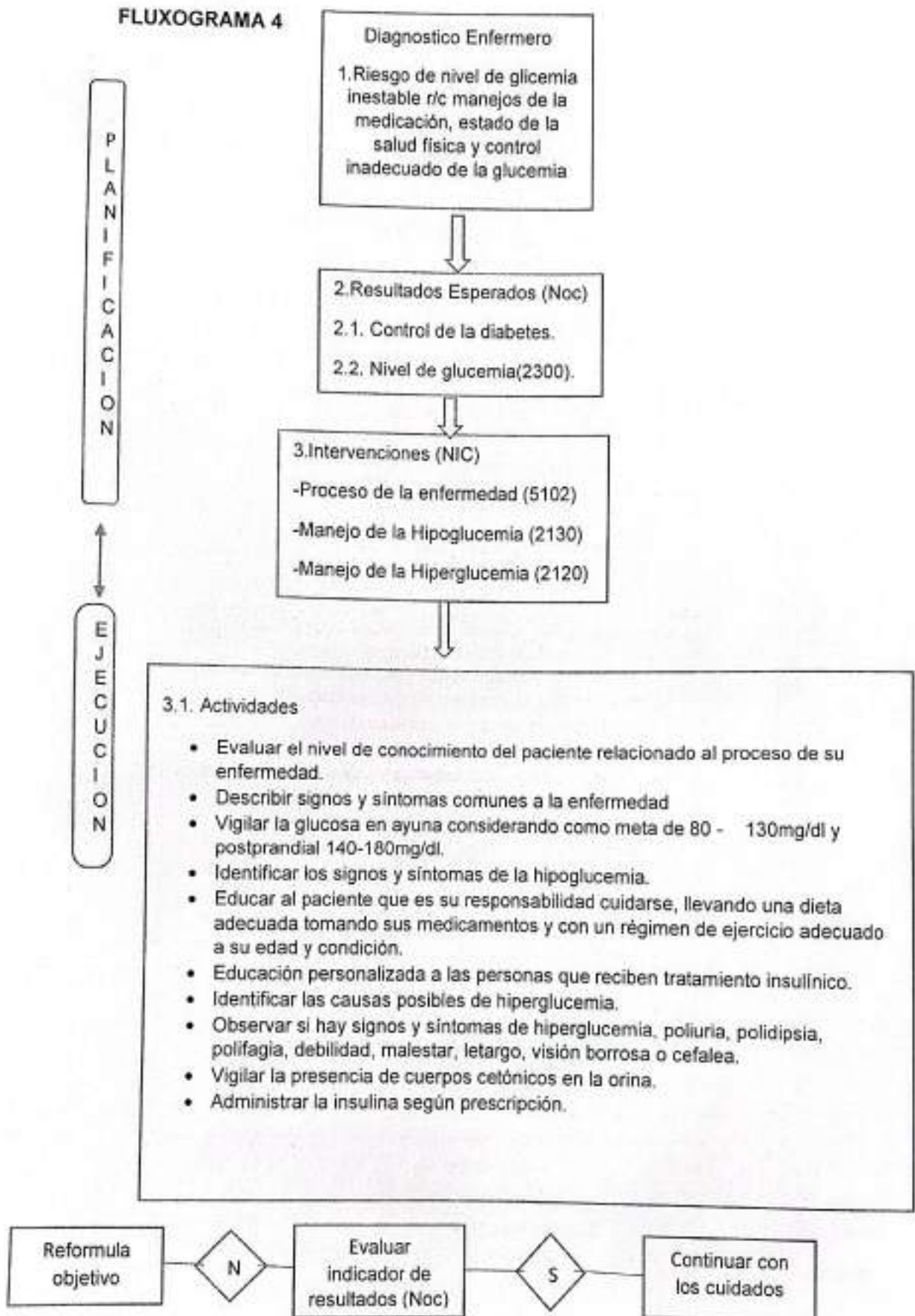
- Vigilar el estado de hidratación (membranas, mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea) según sea el caso.
- Realizar un registro preciso de entrada y salidas.
- Realizar sondaje, si es preciso.
- Controlar los resultados de laboratorios en la retención de líquidos disminución de hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria
- Administrar terapia EV según prescripción.
- Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
- control de peso del paciente.
- Prevenir la deshidratación aumentando la ingesta de líquidos según prescripción médica



**FLUXOGRAMA 3**



FLUXOGRAMA 4



**ANEXO N°1**  
**Técnicas de planificación de comidas para personas diabéticas:**  
**Método del plato**

Es una manera fácil de planificación de menús saludables para la persona diabética y para toda su familia, teniendo en cuenta que corresponde a una dieta de 1200-1500 kcal en el almuerzo o cena. No es necesario pesar ni medir las porciones de los alimentos.

El método del plato ayudará a:

- Comer una variedad de alimentos
- Controlar cuánto come (el tamaño de sus porciones)
- Controlar su azúcar en sangre.

Todo lo que se necesita es un plato de aproximadamente 23 cm centímetros de diámetro (tamaño normal), en 3 partes y ubicar sus alimentos según se detalla a continuación:

- a. En la primera mitad (1/2) del plato, introducir los vegetales (crudos o cocidos), estos tienen pocas calorías, por lo que hay que ingerirlos en mayor cantidad (o ½ plato vacío para el desayuno).
- b. En la segunda mitad del plato, hay que dividirla en dos cuartos:
  - El primero (¼) va a contener los alimentos que destacan por su elevado aporte de proteínas, como son la carne, el pescado y los huevos. La porción de filete de carne o pescado no debe ser más grande que la palma de la mano.
  - El segundo (¼) estará compuesto por los carbohidratos: como son los cereales, tubérculos y leguminosas. La cantidad recomendada de este tipo de nutrientes, es de una taza o el equivalente de un puño cerrado.

Desayuno: ¼ de su plato corresponde al Grupo: Carnes, pescado y huevos. ¼ de su plato corresponde al Grupo: Cereales, tubérculos y menestras. Deje vacío la otra mitad del plato.

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados.

Almuerzo y Cena: ¼ del plato corresponde al Grupo: carnes, pescado y huevos. ¼ del plato corresponde al Grupo: cereales, tubérculos y menestras. ½ del plato corresponde al Grupo: verduras

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados.

## ANEXO N°1

### Técnicas de planificación de comidas para personas diabéticas:

#### Método del plato

Es una manera fácil de planificación de menús saludables para la persona diabética y para toda su familia, teniendo en cuenta que corresponde a una dieta de 1200-1500 kcal en el almuerzo o cena. No es necesario pesar ni medir las porciones de los alimentos.

El método del plato ayudará a:

- Comer una variedad de alimentos
- Controlar cuánto come (el tamaño de sus porciones)
- Controlar su azúcar en sangre.

Todo lo que se necesita es un plato de aproximadamente 23 cm centímetros de diámetro (tamaño normal), en 3 partes y ubicar sus alimentos según se detalla a continuación:

a. En la primera mitad (1/2) del plato, introducir los vegetales (crudos o cocidos), estos tienen pocas calorías, por lo que hay que ingerirlos en mayor cantidad (o ½ plato vacío para el desayuno).

b. En la segunda mitad del plato, hay que dividirla en dos cuartos:

- El primero (¼) va a contener los alimentos que destacan por su elevado aporte de proteínas, como son la carne, el pescado y los huevos. La porción de filete de carne o pescado no debe ser más grande que la palma de la mano.
- El segundo (¼) estará compuesto por los carbohidratos: como son los cereales, tubérculos y leguminosas. La cantidad recomendada de este tipo de nutrientes, es de una taza o el equivalente de un puño cerrado.

Desayuno: ¼ de su plato corresponde al Grupo: Carnes, pescado y huevos. ¼ de su plato corresponde al Grupo: Cereales, tubérculos y menestras. Deje vacío la otra mitad del plato.

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados.

Almuerzo y Cena: ¼ del plato corresponde al Grupo: carnes, pescado y huevos.

¼ del plato corresponde al Grupo: cereales, tubérculos y menestras. ½ del plato corresponde al Grupo: verduras

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados.





## ANEXO N°2

### Prueba de Tolerancia oral a la glucosa

La prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) consiste en la medición de la glucemia dos horas después de dar una carga oral de 75 gramos de glucosa anhidra. Las mediciones intermedias durante la PTOG no se recomiendan en forma rutinaria.



Para la realización de la PTOG la persona debe ingerir 75 gramos de glucosa anhidra diluidos en 300 ml de agua con o sin sabor, a temperatura ambiente, en un periodo no mayor de cinco minutos. Además, debe reunir las siguientes condiciones:

- Ayuno de ocho a 14 horas (se puede tomar agua).
- Evitar restricciones en la dieta durante los tres días previos (seguir dieta habitual, la noche anterior se debe consumir 30-50 gramos de hidratos de carbono).
- Evitar cambios en la actividad física habitual durante los tres días previos.
- Durante la prueba debe mantenerse en reposo y sin fumar.
- Es preferible que no tenga una infección u otra enfermedad intercurrente. De lo contrario, debe quedar consignada en el informe de la prueba.
- Debe interrumpir el consumo de medicamentos que pudieran alterar los valores de la glucemia mínimo 12 horas previas a la realización de la prueba. De lo contrario, deben quedar consignados en el informe de la prueba.
- La PTOG no se debe practicar en personas con VIH positivo que estén recibiendo inhibidores de proteasas por el alto número de resultados de glucemia falsamente positivos

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erika F. Brutsaet,(2020),DM, New York Medical Collage, última revisión completa. Set.
2. Diabetes: Medline Plus Enciclopedia Médicas.Mediplus.gov. Consultado el 20 de abril de 2020.
3. Galiano M, Calvo M, Feito M Aliaga M,Leiva S,Mujica B.CONDICION DE SALUD DE PACIENTES DIABETICOS Y SU SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD 1.Ciencia y Enfermería.2020;19(2).
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2019. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plataforma de Información en Salud de las Américas. [Online]; 2020. Available from: <http://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/principales-causas-de-muerte.htm>
6. González P. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.2018; 10(2):63-95.
7. González V, Salas P, Mena D, Gimeno A. Autocuidados y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. Revista Científica de Enfermería. 2018;5:1-18.
8. Salcedo RA, González BC, Jiménez A, Nava V, Cortés D, Eugenio M. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2019;9(3);25-43.



	<b>GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PANCREATITIS</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA</b>	<b>Edición N°002 Página 25 de 38</b>

## I. FINALIDAD

Unificar y estandarizar conceptos actuales de diagnóstico, manejo y tratamiento en la toma de decisiones sobre la atención más adecuada.

## II. OBJETIVO

Disminuir la morbimortalidad por pancreatitis aguda de los pacientes que se atienden en el servicio de medicina del Hospital de Chancay.

## III. AMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de práctica clínica de Enfermería es de aplicación en el servicio de medicina Hospital de Chancay, en personas, adultas jóvenes o mayores que hayan sido detectados con pancreatitis.

## IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

**Guía de práctica clínica de enfermería en pacientes pancreatitis**

**4.1. Código CIE-10: K85**

## V. CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERIA

### 5.1 DEFINICION

Es un proceso inflamatorio agudo severo, del páncreas; que afecta tanto a zonas vecinas, como órganos más alejados, asociándose a insuficiencia orgánica y/o complicaciones locales.



## 5.2 ETIOLOGIA

Las causas de pancreatitis aguda son diversas, la litiasis que representa en un 40% -70% de los casos de pancreatitis, y entre un 25%-30% está relacionada al consumo de alcohol, pero existe un grupo donde no se encuentra ninguna causa y se denomina idiopática.

Por la frecuencia se le podría dividir en dos grandes grupos:

**Colelitiasis y otras obstrucciones del conducto pancreático y de la vía biliar.** - el mecanismo sería obstructivo total o transitorio.

Litiasis biliar y caledoniana, obstrucción del conducto de wirsung, tumores Pancreáticos, cálculos intraductales. Alteraciones duodenales y de la vía Biliar, reacción fibrosa del esfínter de oddi

**Causas No Biliares.** - están relacionados:

- Abuso de alcohol (ingestión aguda y crónica)
- Procedimientos médicos: Colangiopancreatografía (CPRE), Endoscópica (EE), Biopsia pancreática.
- Causas metabólicas: Hiperlipidemia, hipercalcemia – hiperparatiroidismo primario.
- Infecciones: Virus (parotiditis, hepatitis B, citomegalovirus); Bacterias (micoplasma, legionella, leptospira), Hongos (aspergillus)
- Fármacos: Antimicrobianos (tetraciclinas, metronidazol, sulfonamidas); Diuréticos (tiazidas, furosemida); Antiinflamatorios (sulindac, salicilatos).
- Enfermedad Vascular: vasculitis y otras enfermedades sistémicas, hemólisis aguda.
- Tóxicos y drogas: metanol, organofosforados, heroína.
- Postoperatoria: cirugía abdominal y no abdominal.
- Post traumática: pancreática y no pancreática.

### 5.3 FISIOPATOLOGIA

#### **Obstrucción del ducto pancreático:**

- Causada por un cálculo migratorio, edema, espasmo o inflamación. Es la causa más probable de pancreatitis.
- Hipertensión ductal. - Secuencial a la secreción continua en el ducto obstruido.
- Activación de precursores enzimáticos

#### **Reflujo biliar:**

- Reflujo de la bilis dentro del páncreas.
- Las sales biliares no conjugadas son tóxicas.

#### **Obstrucción de la Ámpula de Váter:**

- El alcohol produce estimulación de secreción pancreática, entonces la obstrucción produce pancreatitis. Se va desencadenar la activación de distintas células como neutrófilos monocitos – macrófagos, linfocitos y plaquetas, además de la célula endotelial que juega un papel importante en la fisiopatología de la necrosis pancreática.
- En la forma grave; la lesión pancreática local, es la necrosis establecida inicialmente aséptica, con grandes posibilidades de infectarse en corto tiempo; en vista que la cascada inflamatoria degenerada, incrementa la tasa de receptores de CD16, inhibiendo la capacidad de opsonización de los neutrófilos y favoreciendo el desarrollo de infecciones.

### 5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La pancreatitis aguda es una enfermedad de distribución mundial, pero presenta diferentes cifras de incidencia según las áreas geográficas. Estas diferencias son en parte explicables por la también diferente distribución mundial de los factores etiológicos que son capaces de desencadenar la enfermedad. La pancreatitis aguda grave representa el 20% de la pancreatitis



aguda y tiene una mortalidad cercana al 30%. La incidencia a nivel mundial es muy variable oscilan entre 50 por millón de habitantes/año y cifras cercanas a los 800 casos por millón /años. Se reporta como la etiología más frecuente la biliar.

## **5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

### **5.5.1 Medio Ambiente**

Se considera aquellos factores como consecuencia de procesos infecciosos como:

- Paperas.
- Parásitos Áscaris.
- Cáncer de páncreas.
- Virus coxsackie

### **5.5.2 Estilos de Vida**

Se considera el alcoholismo crónico, obesidad i síndrome metabólico se debe tomar en cuenta además el uso de fármacos utilizados por el paciente.

### **5.5.3 Factores Hereditarios**

Entre estos se incluye anomalías congénitas

- Páncreas divisum
- Páncreas anular
- Disfunción del esfínter de Oddi.

## **VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

### **6.1 CUADRO CLINICO**

#### **6.6.1 Signos y Síntomas a observar por enfermería.**

- Náuseas y vómitos.
- Dolor Abdominal.
- Distensión abdominal.
- Fiebre.

- Ictericia.
- Signo de Cullen.
- Signo de Grey Turner.

### 6.1.2 Interacción Cronológica

En su mayoría los pacientes presentan una sintomatología aguda (menor de 24 hrs), intensa y persistente a pesar de terapia Analgésica, el cual va en aumento con el pasar de las horas.

### 6.1.3 Gráficos, Diagrama

No aplica.

## 6.2 DIAGNOSTICO

### 6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

### 6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

### 6.2.3 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

DOMINIO 12: CONFORT.

Clase 1: Confort Físico.

- 00132. Dolor agudo r/c a agente lesivos biológicos e/p facies álgicas, informe verbal de dolor.

Dominio 2 : Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

- 00002. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c factores biológicos m/p diarrea, dolor abdominal y tono muscular insuficiente.



### **6.3 EXAMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias**

#### **6.3.1 De Patología Clínica.**

Se considera aquellos exámenes que permiten definir el diagnóstico.

Etiología, severidad sospecha de patologías asociadas como:

Colangitis, coledocolitiasis entre lo que tenemos: Amilasa, lipasa,

Hemograma, urea, creatinina, transaminasa, bilirrubinas, fosfatasa

Alcalina, proteínas C reactiva, calcio sérico y nivel triglicéridos

#### **6.3.2 De Imágenes**

Son solicitados para definir etiología o severidad del cuadro:

- Ecografía abdominal.
- Radiografía de tórax.
- Tomografía abdominal con contraste.
- Colongiorresonancia magnética.

#### **6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios.**

Para determinar etiología o terapia en caso de colangitis aguda:

- Ultrasonografía Endoscópica
- Manometría del esfínter de oddi
- Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)

### **6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

**No aplica para Enfermería.**

#### **6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.**

##### **PANCREATITIS AGUDA LEVE**

- Manejo en sala general.
- Administración de líquidos EV
- Analgésicos.





- No antibióticos.

### **PANCREATITIS AGUDA SEVERA**

- Manejo multidisciplinario en la UCI.
- Administración de líquidos EV
- Analgésico
- Antibióticos.
- Soporte renal
- Soporte nutricional
- Oxígeno y soporte ventilatorio.

#### **6.4.2 Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias**

Pancreatitis aguda biliar y tratamiento de la litiasis.

Colangiopancreatografía endoscópica (CPRE).

Está indicada en pacientes con pancreatitis aguda biliar y signos y signos de colangitis, la cual debería ser realizada en las primeras 24 horas de ingreso.

**Cirugía.** El médico puede recomendar una cirugía para aliviar la presión o la obstrucción del conducto pancreático, o para extirpar la parte dañada o infectada del páncreas.

#### **6.4.3 Efectos Adversos o Colaterales con el Tratamiento : Como intervenciones interdisciplinarias.**

En la pancreatitis aguda se considera la congestión pulmonar en pacientes con patología cardíaca o renal asociada o en el grupo de los Adultos Mayores debido a la hidratación agresiva que reciben sin tomar en cuenta estos factores llevando al deterioro del paciente.

#### **6.4.4 Signos de Alarma.**

En la actualidad se considera que el punto principal para establecer severidad en pacientes con pancreatitis aguda es la presencia de falla orgánica persistente es decir mas de 48 horas y que tiene un buen



pronóstico, además otro grupo que presenta complicaciones locales como colecciones agudas, necrosis y que si bien tienen una recuperación lenta y prolongada, no hacen falla de órganos.

**6.4.5 Criterios de Alta.**

No aplica

**6.4.6 Pronostico.**

No aplica.

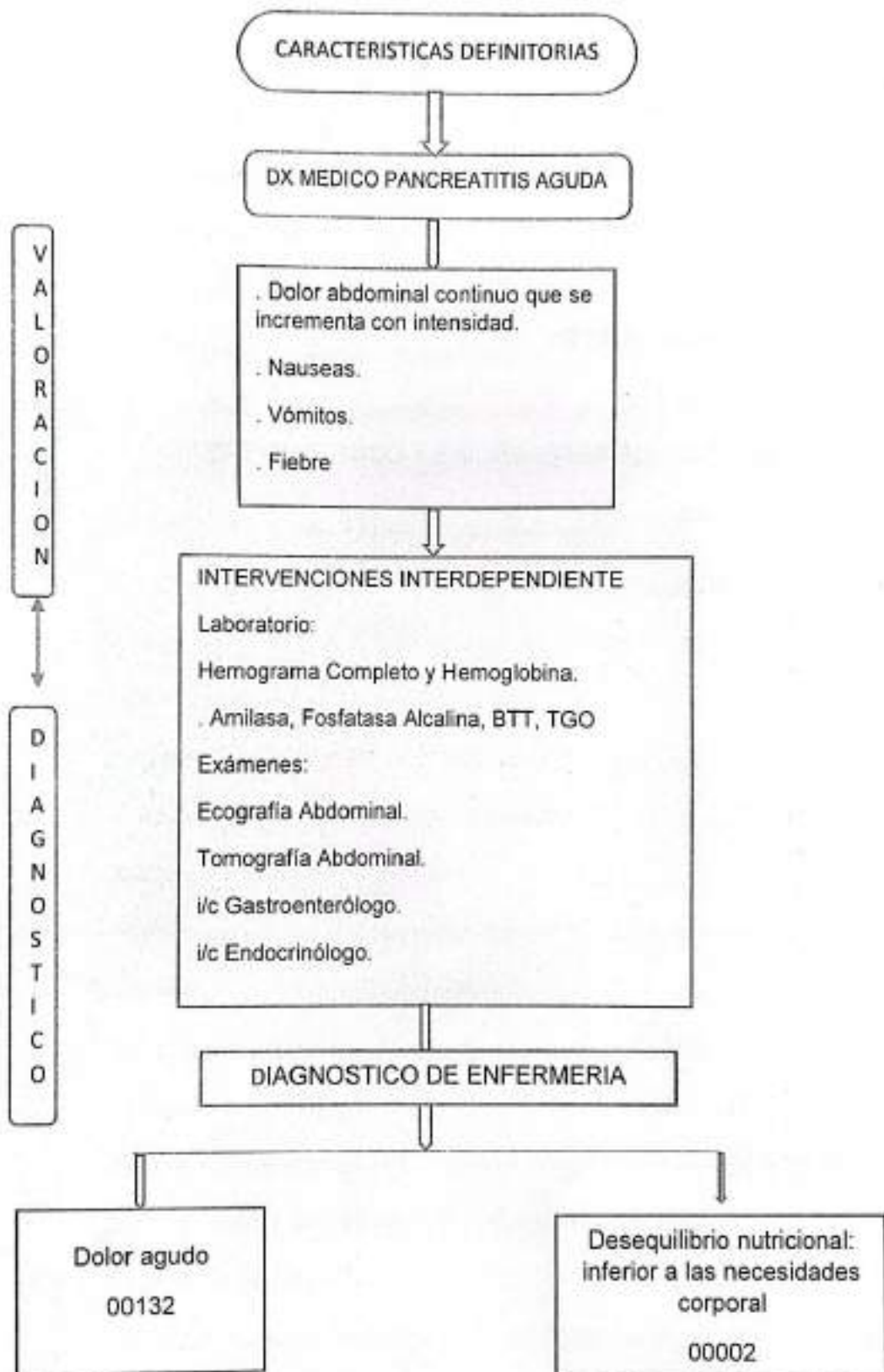
**6.5 COMPLICACIONES**

No aplica

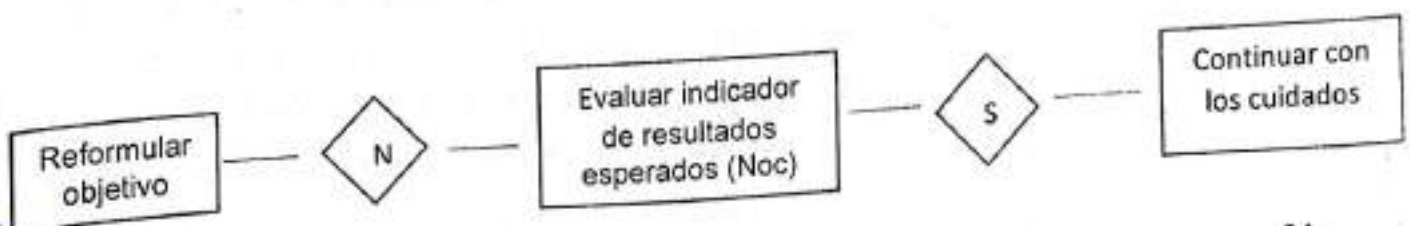
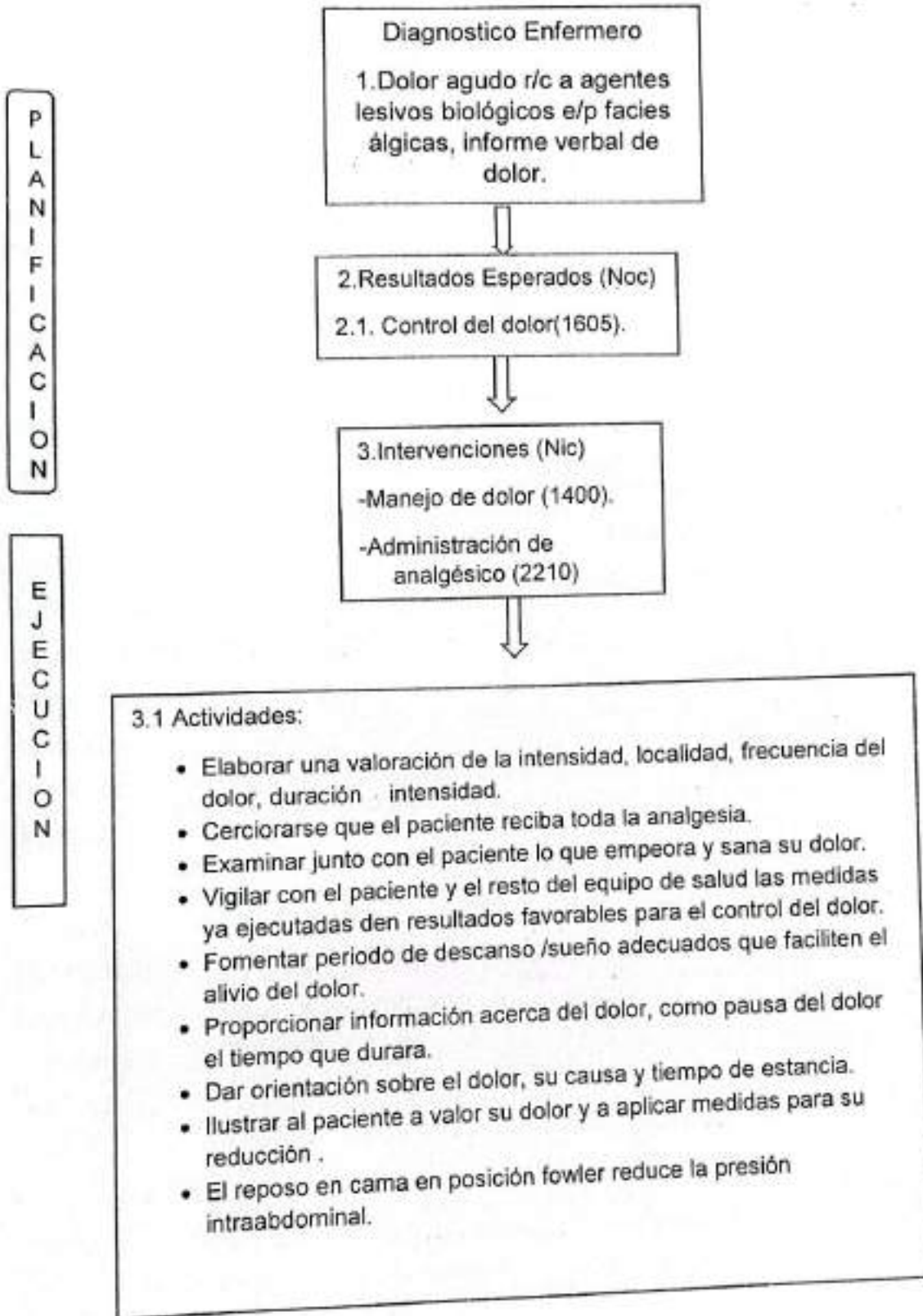
**6.6 CRITERIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIA**

No aplica.

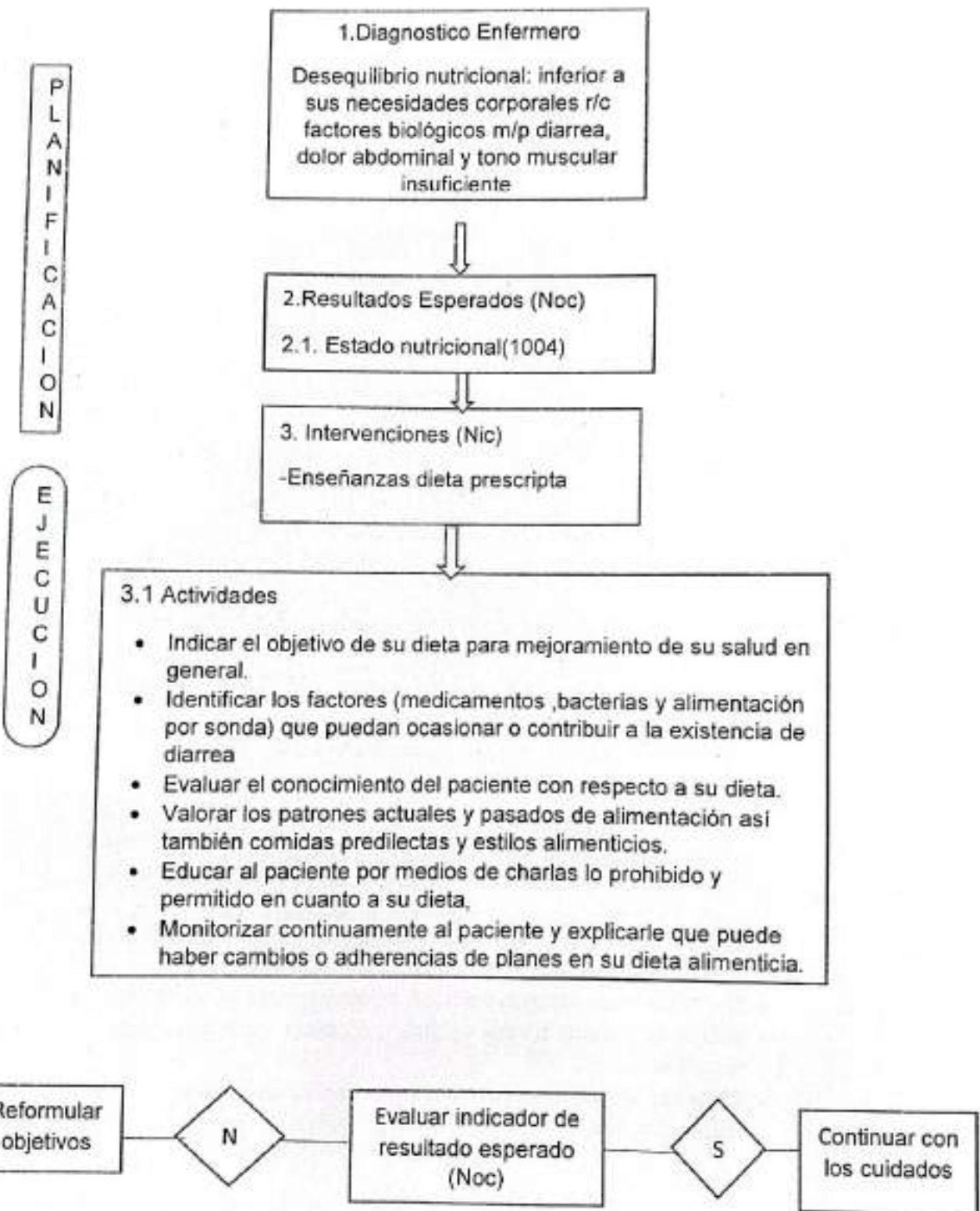
6.7 FLUXOGRAMA 1



## FLUXOGRAMA 2



FLUXOGRAMA 3



## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### 10 consejos ante la pancreatitis

##### 1. Infórmate a fondo.

Debes hacer todo lo posible por conocer bien la enfermedad y sus síntomas, especialmente si perteneces a un grupo de población que presenta factores de riesgo (alcoholismo, piedras biliares, obesidad, sobrepeso...) para poder actuar en consecuencia.

##### 2. Limita la ingesta de grasas.

Una alimentación sana, equilibrada y baja en grasas puede disminuir el aumento de colesterol y la hipertrigliceridemia, que son causas de pancreatitis aguda.

##### 3. No descuides tu dieta.

Es importante que respetes y sigas al pie de la letra las indicaciones dadas por los profesionales en cuanto al tipo de comida y la hidratación que debes seguir. Hazlo especialmente ante dolores abdominales inexplicados o que hayan sido catalogados de tipo cólico, con el fin de intentar evitar la formación de litiasis y los problemas de digestión de grasas,

##### 4. Presta atención a tu peso.

Por un lado, la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo de la pancreatitis, pero también debes vigilar si se produce una pérdida rápida de peso, por el aumento de colesterol que puede conllevar y la formación consiguiente de litiasis (piedras o cálculos biliares).

##### 5. Evita los hábitos tóxicos.

Evita el consumo de alcohol habitual por encima de las recomendaciones establecidas, así como las ingestas altas en momentos concretos. El tabaco es otro tóxico que aumenta el riesgo de pancreatitis.

##### 6. Si tienes antecedentes, abandona completamente el consumo de alcohol.

Si has padecido una pancreatitis aguda o ya tienes un diagnóstico de pancreatitis crónica, es fundamental que recurras a la ayuda profesional para conseguir dejar el alcohol con abstinencia completa lo antes posible.

**7. Presta atención a los golpes en el abdomen.**

Procura evitarlos y permanece atento en caso de que se produzcan traumatismos abdominales, ya que el páncreas puede desarrollar un proceso inflamatorio tras un golpe fuerte, por ejemplo, en prácticas deportivas o de riesgo.

**8. No te automediques.**

Limita la toma de fármacos sin supervisión por parte de un profesional farmacéutico o sanitario. Algunos medicamentos muy útiles y habituales en patologías comunes pueden llegar a influir en la aparición de pancreatitis aguda en ciertos casos.

**9. Vigila ciertos síntomas si eres paciente de riesgo.**

Si has sido sometido a cirugía abdominal o a técnicas endoscópicas por problemas biliares o pancreáticos, extrema la cautela y consulta a tu médico ante la aparición de síntomas compatibles con la pancreatitis como el dolor, la fiebre o las náuseas.

**10. Sigue el consejo de tu médico.**

Tu médico especialista es el que realizará un seguimiento de tu caso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad. Ten en cuenta sus indicaciones en términos de necesidad de cirugía endoscópica o de otro tipo en caso de patología de la vía biliar.

El bronceado artificial no protege frente al foto envejecimiento y conlleva un riesgo de cáncer de piel, según la OMS.





## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Eliana Barrientos Jaramillo (autora principal) (2021) Proceso Enfermero desde el Modelo de Virginia Henderson en Pancreatitis Aguda por Alcohol Caso Clínico Enfermera Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza. Máster en Salud Pública por la Universidad de Zaragoza
2. Michael Bartel (2021), MD, PhD, Fox Chase Cancer Temple University  
Pancreatitis aguda. Última revisión completa.
3. V.F. Moreiray A. López San Román (2020) Pancreatitis Aguda  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid  
Doctor Julio Maset. (2019) Pancreatitis, Médico de Laboratorios Cinfa.
4. Carmen Collado Martínez, Isabel Gualda Atienzar (2018) Plan de Cuidados en la Pancreatitis Aguda Leve de Origen Biliar. Enfermera de la Unidad de Enfermería Digestivo -E1





	<b>GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA</b>	<b>Edición N°003 Página 39 de 52</b>

## I. FINALIDAD

Brindar las recomendaciones necesarias y oportunas, en base a la evidencia científica disponible para la atención sanitaria aplicando los cuidados de enfermería en pacientes con dicho diagnóstico.

## II. OBJETIVO

- Recomendar de manera clara y oportuna sobre el manejo de cuidados, prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial, como estrategia para mejorar la calidad de atención del paciente.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el servicio de Medicina del Hospital de Chancay.

## IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Guía de práctica clínica de enfermería en pacientes con Hipertensión Arterial.

### 4.1 CIE-10: I10 Hipertensión Arterial (HTA)

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1. DEFINICION

Es una enfermedad vascular, arterial sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en las mayorías de los casos; y cuya manifestación clínica



Indispensable es la elevación y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

## 5.2. ETIOLOGIA

### **La Hipertensión Primaria.**

Es la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados, pero no con categoría de causa efecto; esta descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos hipertensión arterial.

### **La Hipertensión Secundaria.**

Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial.

Entre ellas destacan por su prevalencia:

- Enfermedades renales.
- Enfermedades endocrinas.
- Miscelania: tumores, enfermedad de Paget.
- Medicamentos: Anticonceptivos hormonales, corticosteroides entre otros.

## 5.3. FISIOPATOLOGIA

Depende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección dentro de esa estructura esta el endotelio ya que de su normal funcionamiento depende del equilibrio y, por ende, la salud integral vascular.

Factores como herencia y estilos de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, lo que da inicio a la enfermedad.

## 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

### 5.4.1 A nivel Mundial

En el 2020, la hipertensión arterial afecta más del 30% de la población adulta mundial y es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, pero también para la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca y la demencia.

### 5.4.2 A nivel Nacional

En el Perú, en el 2021, el 17,2% de personas de 15 años a más de edad presentó hipertensión arterial.

Los hombres fueron más afectados con un (21,8%) a diferencia de las mujeres con (12,8%).

En el área urbana se presentó un total de casos de 18,3% y en el área rural 12,5%.

## 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 5.5.1 Medio Ambiente

La polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular.

### 5.5.2 Estilos de Vida

Tabaquismo, sedentarismo, edad, sexo masculino obesidad, café, alcohol ,dieta malsana.

### 5.5.3 Factores hereditarios.

Historia familiar o enfermedades cardiovasculares, renales.

#### **Riesgo cardiovascular.**

Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardío vascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años lo cual va a depender del número de factores de riesgo que estén



presente simultáneamente en el individuo. Para estratificar al paciente hipertenso y adjudicarle el riesgo cardiovascular

## **VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

### **6.1. CUADRO CLÍNICO**

#### **6.1.1 Signos y Síntomas a observar por enfermería.**

Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatías o problemas neurológicos por enfermedades cerebrovasculares

Pueden existir síntomas en caso de crisis hipertensivas como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

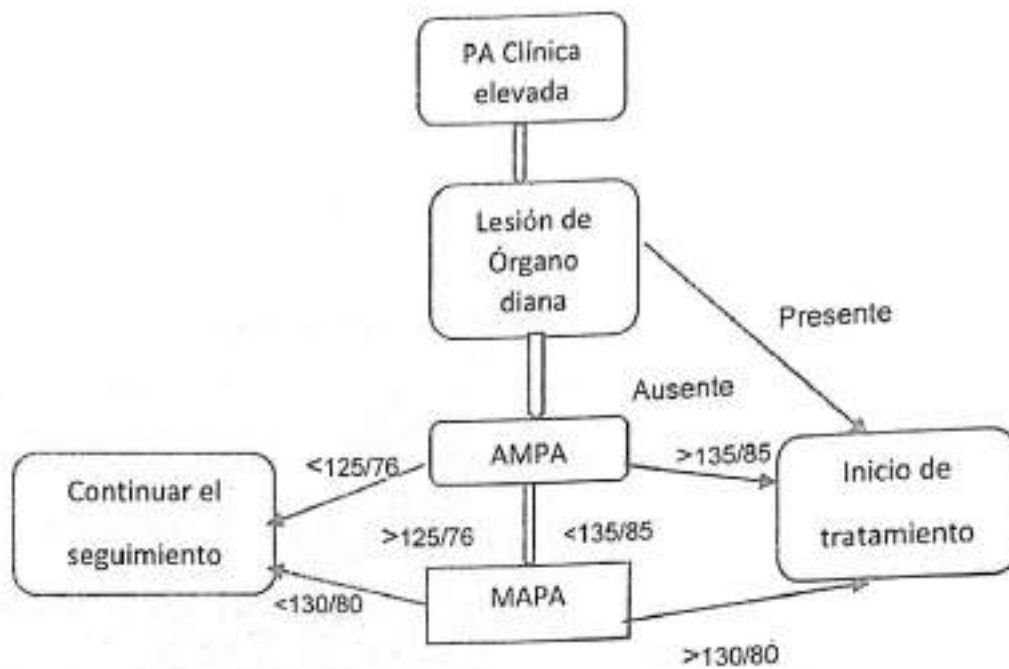
#### **6.1.2 Interacción Cronológica**

Se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la hipertensión arterial sub clínica y la aparición de las manifestaciones clínicas ya que cuando mas precoz sea hecho el diagnostico, menor probabilidad de encontrar complicaciones.

#### **6.1.3 Gráficos**

Para evaluar las necesidades de tratamiento antihipertensivo basado en la presión arterial (PA) la automedica de la presión arterial (AMPA) y la medición de la presión arterial (MAPA)





## 6.2 DIAGNOSTICO

### 6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

### 6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

No aplica

### 6.2.3 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

**Dominio 4: Actividad y Reposo.**

Clase 4: Respuestas Cardiovasculares /Pulmonares

- 00240. Riesgo de disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la frecuencia cardiaca e/p pulso 130 X' presión arterial 170/90

**Dominio 4: Actividad (Reposo)**

Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares.

- 00204. Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión e/p edema de miembros inferiores +++.

## **Dominio 12: Confort**

### **Clase 1: Confort Físico.**

- 00132. Dolor agudo r/c perfusión tisular cerebral ineficaz e/p cefalea refiere dolor.

## **6.3 EXAMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias**

### **6.3.1 De Patología Clínica**

La búsqueda de factores de riesgo adicionales, causas de hipertensión, secundaria y descartar algún daño de órgano blanco. Para ello se recomienda: hemoglobina, glucosa en ayunas, examen de orina, creatinina, colesterol y triglicéridos.

### **6.3.2 De Imágenes:**

La ecocardiografía permite obtener datos de la dimensiones ventriculares y auriculares y evalúa la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo. Será realizada en todo paciente hipertenso con riesgo cardiovascular alto a más.

### **6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios.**

El electrocardiograma (ECG) se debe efectuar a todo paciente diagnosticado de hipertensión arterial con el objeto de detectar hipertrofia ventricular izquierda (HVC), Enfermedad coronaria o arritmias

## **6.4 MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

**No aplica para Enfermería.**

### **6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.**

Los cambios en los estilos de vida puedan retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y

contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivo, por lo que es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva.

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial: evitar el consumo de alcohol, restricción de la ingesta de sal, reducción y control de peso, actividad física y consumo de frutas y verduras.

#### **6.4.2 Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias.**

- Inicio de terapia farmacológica son:
  - Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizados cambios en el estilo de vida por lo menos de 3 a 6 meses y quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.
  - Hipertensos con nivel de presión arterial sistólica  $> 160$  mm Hg o presión arterial diastólica  $> 100$  mm Hg independiente de otros parámetros.
  - Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas inhibidores de enzimas convertidoras de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, beta bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos.

#### **6.4.3 Efectos Adversos o Colaterales con el Tratamiento: Como intervenciones interdisciplinarias**

Las más comunes: Hiponatremia, hipotasemia reacciones alérgicas cutáneas (cruzadas a las sulfamidas).

Hipovolemia e hipotensión (menor riesgo que con las tiazidas).



Edema periférico, cefalea bochorno con particular frecuencia en los dihipropiridínicos las reacciones pueden ser estreñimiento, bradicardia y trastorno de la conducción Hipotensión arterial (ancianos) principalmente en pacientes con depleción de sal y volumen.

#### **6.4.4 Signos de Alarma.**

El principal signo de alarma es que el paciente presente niveles de presión arterial sistólica  $\rightarrow$ 180 mm Hg o presión arterial diastólica  $\rightarrow$ 110 mm Hg y además la evidencia de complicaciones agudas de daño de órgano blanco como el síndrome coronario agudo, falla cardíaca, encefalopatía hipertensiva disección de aorta. Estos pacientes deberán ser referidos al segundo nivel de atención para evaluación del médico especialista.

#### **6.4.5 Criterios de Alta.**

No aplica.

#### **6.4.6 Pronóstico.**

No aplica.

### **6.5 COMPLICACIONES**

No aplica.

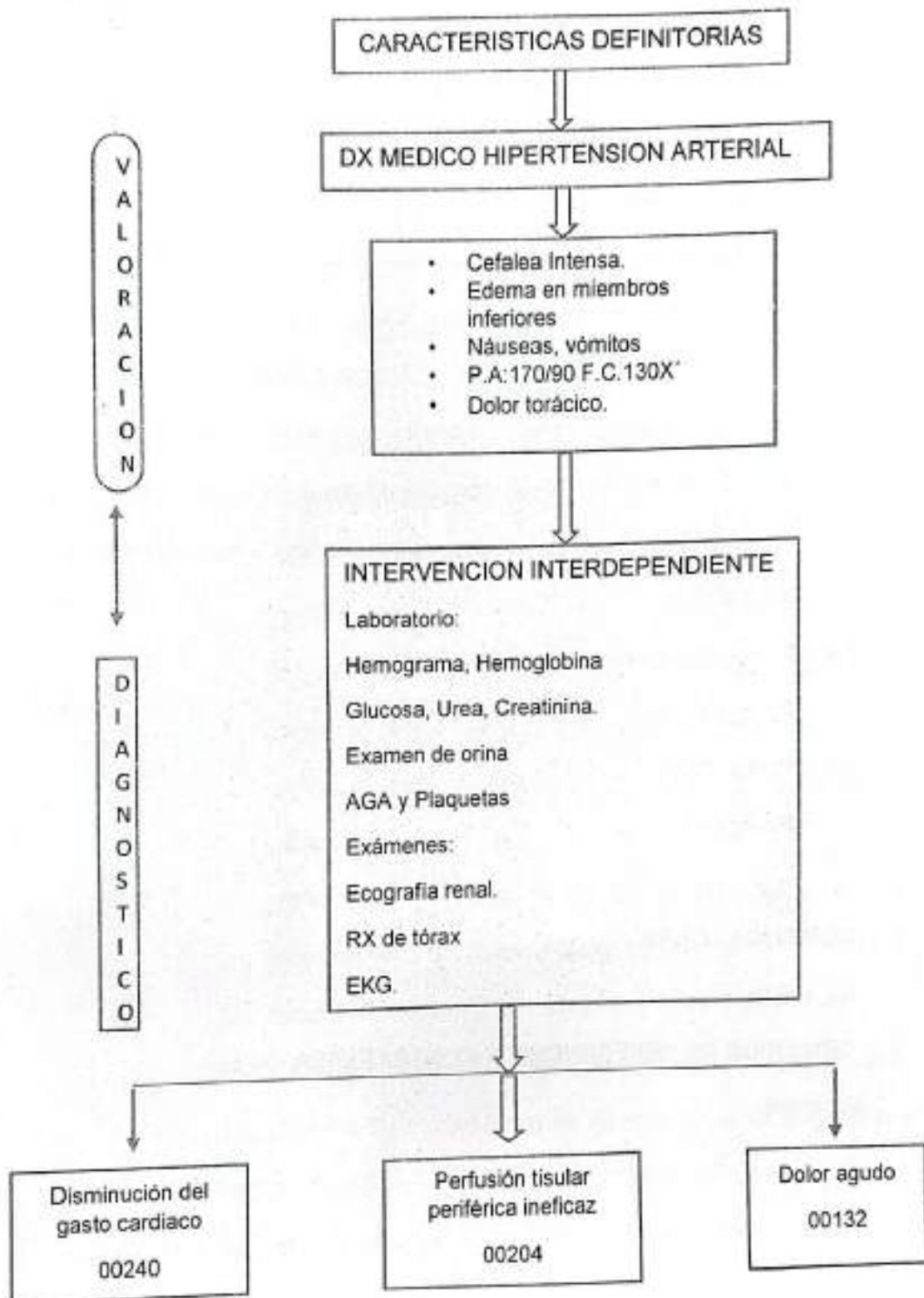
### **6.6 CRITERIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIA**

No aplica.

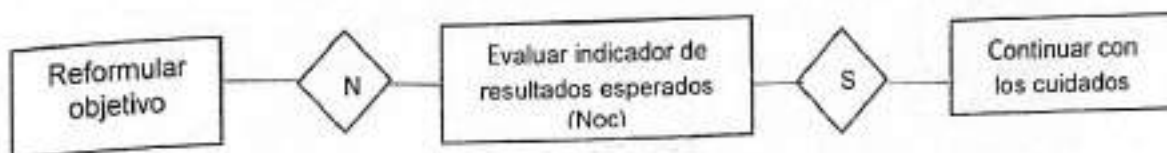
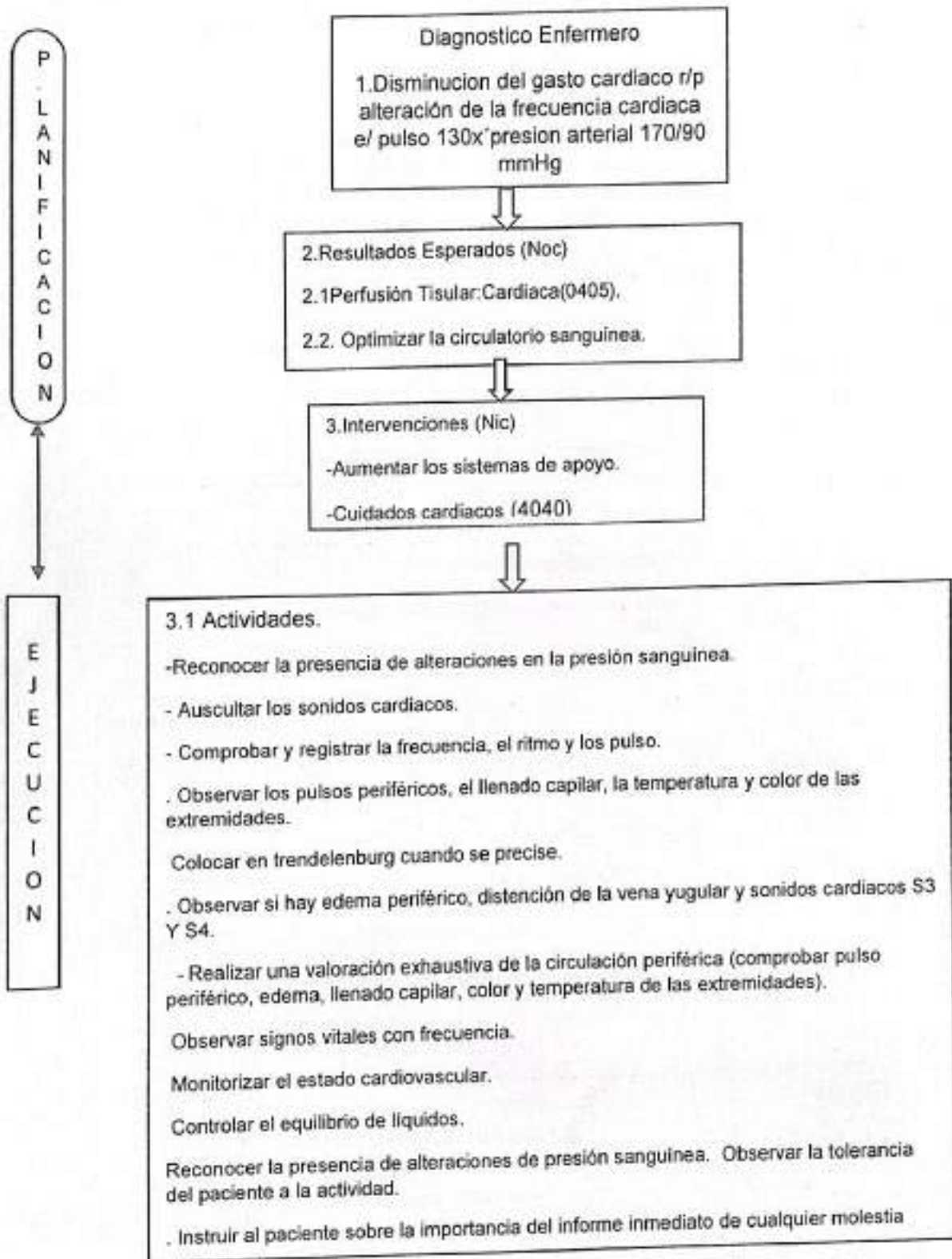




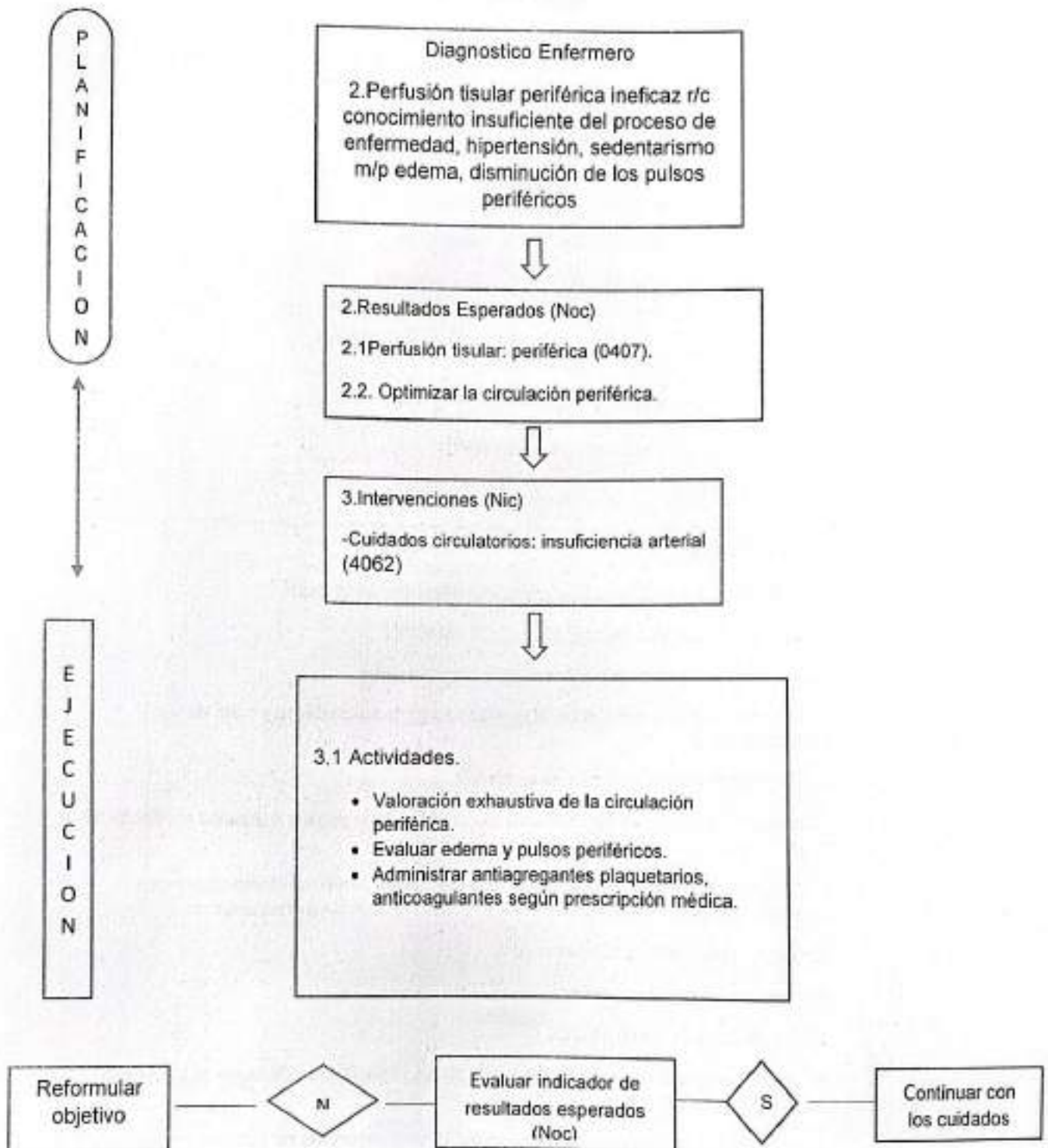
### 6.7 FLUXOGRAMA 1



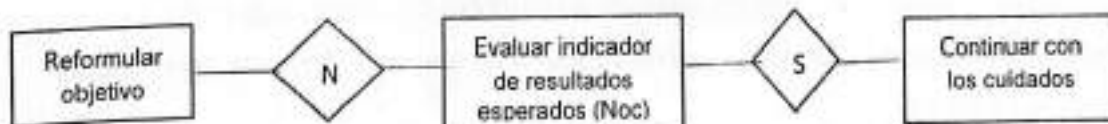
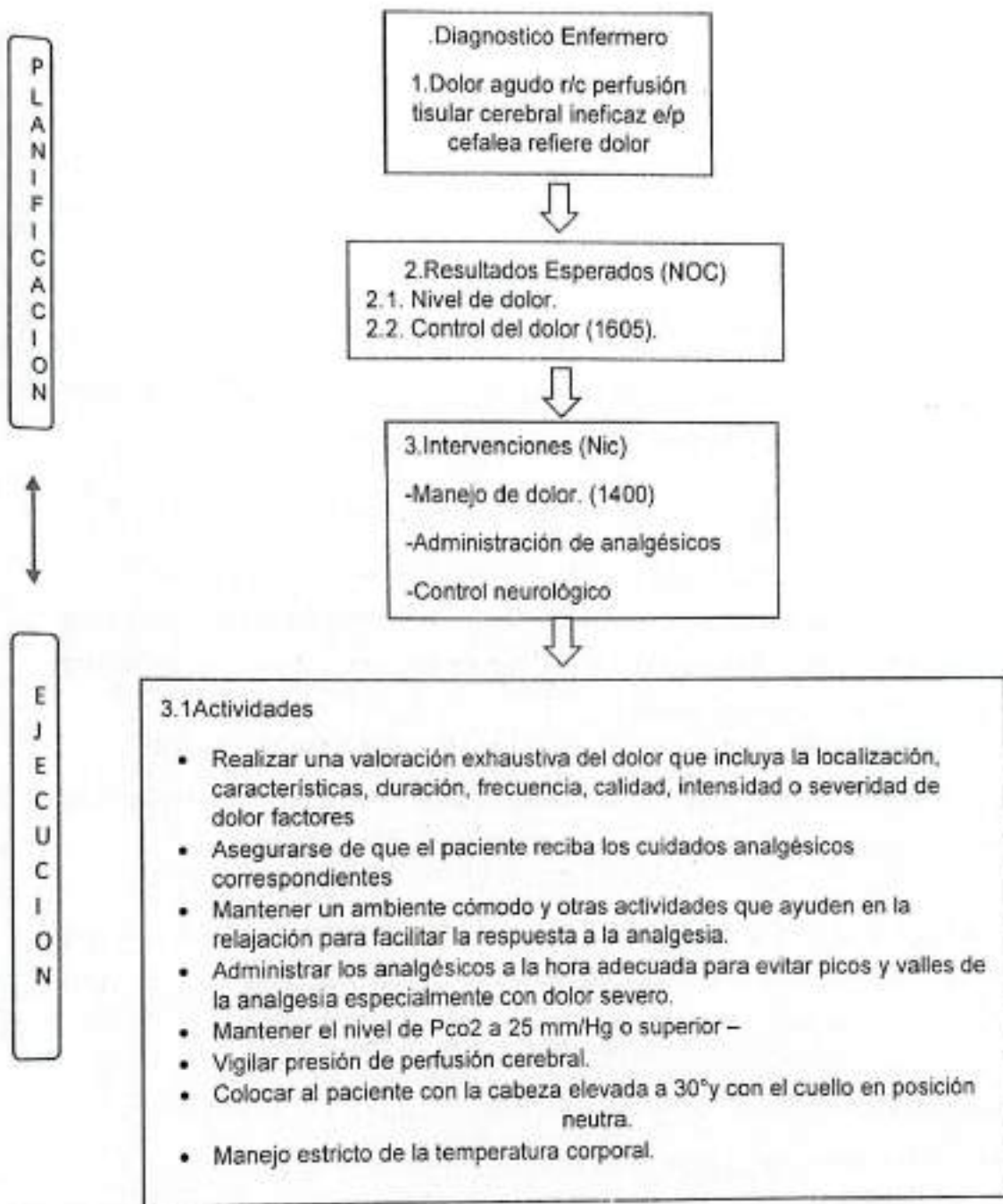
## FLUXOGRAMA 2



### FLUXOGRAMA 3



FLUXOGRAMA 4



## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### ¿Cuáles son las principales causas de la presión arterial alta?

En la mayoría de los casos, los médicos no pueden señalar la causa exacta de la presión arterial alta. Sin embargo, se sabe que hay varias cosas que pueden elevar la presión arterial, entre ellas:

**Edad:** El riesgo de tener presión arterial alta aumenta con la edad. Hasta principios de la mediana edad, la presión arterial alta es más común en los hombres. En las mujeres, es más probable que se desarrolle después de la menopausia.

#### **Antecedentes familiares**

**Tener sobrepeso u obesidad:** Cuantas más pesas, más sangre necesitas para llevar nutrientes a tus tejidos. A medida que el volumen de sangre aumenta, también lo hace la presión contra las paredes arteriales.

**Falta de actividad física:** Las personas inactivas tienden a tener un ritmo cardíaco más rápido. Eso aumenta la fuerza de la sangre contra las paredes arteriales.

**Consumo de tabaco:** El consumo de tabaco aumenta inmediatamente la presión de la sangre de manera temporal. Además, las sustancias químicas del tabaco pueden dañar el revestimiento de las paredes arteriales.

**Demasiada sal**

**Falta de potasio**

**Falta de vitamina D**

**Beber demasiado alcohol**

**Estrés:** Los altos niveles de estrés pueden generar un aumento temporal, pero notable, de la presión arterial.



**Ciertas condiciones crónicas:** Entre ellas, el colesterol alto, la diabetes, la enfermedad renal y la apnea del sueño.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. (2019). Recuperado el 07 de agosto de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Abad, T. (2016). Recuperado el 1 de Agosto de 2020, de Hospital general Universitario de Ciudad Real: <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/#:~:text=Un%20plan%20de%20cuidados%20estandarizado,de%20mejora%20de%20las%20intervenciones.>
3. Aguilar, J. L., & Vega, S. M. (2020). Recuperado el 1 de Agosto de 2020, de Universidad técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7965>
4. Cabrera Perez, R. A. (2017). Recuperado el 07 de agosto de 2020, de Reositorio Digital: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9893>
5. Cisne, G. J. (2020). Recuperado el 20 de Agosto de 2020, de Revista médica : <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/>
6. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT). (2019). Recuperado el 13 de Agosto de 2020, de CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT): <https://www.conacyt.gov.py/estudio-indica-3-10-estudiantes-salud-hipertensos-culminar-carrera>
7. Deborah, S., Pereyra, I. C., Cófreses, P., & Dorina, S. (Junio de 2015). Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. *Scielo*, 21(1).



	<b>GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA</b>	Edición N°004 Página 53 de 68

#### I. FINALIDAD

Esta presente Guía práctica clínica de enfermería en pacientes con infección de tracto urinario se ha elaborado con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, ofreciendo a los usuarios del establecimiento un óptimo beneficio.

#### II. OBJETIVO

- Establecer recomendaciones para el diagnóstico de pacientes con Infección del tracto urinario.
- Difundir la Guía de Técnica de cuidados de enfermería en pacientes con infección del tracto urinario en el servicio de medicina.

#### III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de intervenciones de enfermería en las que se presente el diagnóstico de infección del tracto urinario de aplicación en el servicio de medicina del Hospital de Chancay.

#### IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO (CIE-10; N 39.)



## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICION

Grupo heterogéneo de condiciones con etiologías diferentes que tienen por denominador común la presencia de gérmenes en el tracto urinario (orina) habitualmente estéril, asociada clínica variable.

- **Infección Urinaria Baja**

Infección limitada a la vejiga y a la uretra. Los síntomas son los miccionales, como disuria, polaquiuria, tenesmo, incontinencia urinaria.

- **Infección Urinaria Alta.**

El tracto urinario superior (uréter, sistema colector, parénquima renal), produciendo fiebre. Desde el punto de vista patológico, macroscópicamente el riñón muestra segmentos de tejido inflamado a nivel del parénquima con la presencia de edema, conocido como pielonefritis aguda.

- **Infección Urinario Recurrente:** >3 ITU bajas, >2 ITU altas en un año.

- **Infección Urinaria Atípica:** ITU alta que evoluciona en forma tórpida se puede observar elementos que sugieren alteraciones anatómicas o funcionales de las vías urinarias como: flujo urinario escaso, masa abdominal o vesical, aumento de la creatinina, sepsis, falta de respuesta al tratamiento antibiótico a las 48 horas, infección por germen no E. coli.

- **Bacteriuria Asintomática:** Presencia de bacterias en orina, urocultivo positivo en pacientes sin sintomatología clínica.

### 5.2 ETIOLOGIA

La *Escherichia coli* es el microorganismo que se aísla con mayor frecuencia de todas las infecciones urinarias el resto de las infecciones las origina otras enterobacterias como *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*. Un pequeño número de infecciones son producidas por cocos gran positivo. En los pacientes hospitalizados con antecedentes de instrumentalización del tracto





urinario, las infecciones urinarias suelen ser originadas por gérmenes típicamente hospitalarios como las pseudomonas aeruginosa. La candida albicans suele aparecer en los pacientes con uso prolongado de antibióticos o las que se le han colocado sondas vesicales durante periodos prolongados de tiempo.

### 5.3 FISIPATOLOGIA

En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente a partir de gérmenes gram negativo presentes en el intestino (enterobacterias) que contaminan la zona perineal, colonizando la zona periuretral, donde los gérmenes alcanzan la vejiga y desde aquí llegan a los riñones a través de los uréteres. La patogenia de la infección urinaria es compleja y existen múltiples factores que pueden influir en la localización curso y pronóstico de la misma. Actualmente se acepta la existencia de una predisposición individual y genética a padecer una infección urinaria, Escherichia coli, que es el germen que produce la mayoría de las infecciones urinarias y el que está mejor caracterizado. Según la capacidad defensiva del huésped y la virulencia bacteriana, la infección urinaria se manifiesta de forma más o menos graves: ITU alta aguda, cistitis o bacteriana asintomática. La capacidad de los microorganismos de adherirse a las células uro epiteliales es el principal factor condicionante de la colonización inicial de la mucosa vesical y del ascenso posterior de los gérmenes hasta el tracto urinario superior.

### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las ITU son una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial, afectando hombres y mujeres de cualquier edad, siendo las mujeres y los extremos de la vida las poblaciones con mayor riesgo de presentar estos episodios, incluso a repetición. Las ITU pueden presentarse con cuadros leves y moderados a



severos que pueden llevar a sepsis y potencialmente a la muerte en personas con factores asociados a complicación (pacientes diabéticos, pacientes con inmunodeficiencias, enfermedad renal). Los agentes etiológicos son generalmente bacterias (Gram negativos y Gram positivos) pero también puede producirse por hongos. La bacteria más común para los episodios de ITU no complicada es la *Escherichia coli*, seguido por *Klebsiella pneumoniae*, en el caso de los hongos la especie más común es la *Candida spp.*

La ITU es la infección bacteriana más común reportada de forma ambulatoria en los Estados Unidos de América con incidencias anuales del 12%. Además, se estima que al menos 1 de 3 mujeres tendrán más de un diagnóstico de ITU que requerirá tratamiento antes de los 24 años. Cerca del 50% de mujeres habrá tenido un episodio de ITU a la edad de 32 años. La incidencia por año de ITU en mujeres aumenta con la edad siendo mayor (15.2%) en mujeres entre los 17 y 39 años. Es más común en mujeres que en hombres a causa de sus características anatómicas y fisiológicas. Sin embargo, a partir de los 65 años en ambos sexos se observa similar número de afectados. Estas ocurren frecuentemente en pacientes que tienen diagnóstico de Diabetes mellitus, aunque el grado de afectación renal a causa de la ITU no pueda ser cuantificado a causa de la patología previa subyacente

No hay muchos datos sobre vigilancia epidemiológica de ITU en la comunidad en el Perú, sin embargo, en infecciones asociadas a la atención de salud, se ha reportado que el 19% corresponden a ITU, donde las ITU están asociadas más al uso de catéter. En cambio, sí existen reportes sobre el incremento de resistencia antibiótica en los casos de ITU; se encontró que había una alta resistencia en cepas aisladas por ITU adquirida en la comunidad a quinolonas, así como también se encontró que había resistencia por encima del 60% a trimetropim-sulfametoxazol a nivel local



## 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 5.5.1 Medio Ambiente-atención clínica

- La transmisión de microorganismo de un paciente a otro por las manos del personal, los familiares también pueden ser portadores de gérmenes.
- Uso de catéteres urinarios (instalación, cuidados y tiempo de permanencia).
- Contaminación de soluciones para instalaciones, irrigaciones vesicales o para lubricar el catéter.
- La falta de higiene como factor de riesgo de infección urinaria: uso de pañal y presencia de oxiuriasis. La zona periuretral esta colonizada por bacterias anaeróbicas y aeróbicas procedentes del tracto gastrointestinal que forman parte de la barrera

Defensiva frente a los microorganismos patógenos. En algunas circunstancias, como el uso de pañal en el adulto pueden romper el equilibrio de dicha barrera y constituir factores de riesgo de infección urinaria.

### 5.5.2 Estilo de Vida

Uno de los mecanismos de defensa para evitar el crecimiento bacteriano en el tracto urinario se fundamente en la propia micción, hay una correlación entre el estreñimiento e infección urinaria recurrente la mejora de los hábitos de la defecación por lo general disminuye la incidencia de la infección urinaria recurrente sobre todo si va asociada a un patrón miccional normal.

La actividad sexual es uno de los factores de riesgo de desarrollar una cistitis aguda sobre todo en las adolescentes sexualmente activas; en los varones son mucho menos frecuente.



### 5.5.3 Factores Hereditarios -huésped

- Edad avanzada.
- Las mujeres en general y las embarazadas
- Pacientes con obstrucciones urinarias.
- Anomalías congénitas

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLINICO

#### 6.1.1 Signos y Síntomas a observar por Enfermería

Los síntomas son inespecíficos, siendo la fiebre sin foco, cuya magnitud y duración de fiebre ( $t^{\circ} > 39^{\circ}C$ ) durante más de 48 horas, el más utilizado en la clínica habitual, aunque una probabilidad tan solo del 5%-7% que tras ella aparezca una infección urinaria. Síntomas urinarios como dolor abdominal, lumbar, disuria, polaquiuria o ambos y la aparición de incontinencia orientan hacia un proceso de inflamación de las vías urinarias inferior. La presencia de fiebre o dolor lumbar orientan a un compromiso del parénquima renal la probabilidad de tener una infección urinaria a partir de las manifestaciones clínicas iniciales no superan 30% incluso tras la combinación de varios signos y síntomas.

Los signos y síntomas (fiebre y duración de las mismas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, rechazo alimentos, irritabilidad) presenten en adultos con sospecha de infección urinaria independientemente de la edad, de forma aislada son pocos precisos para confirmar o descartar una infección urinaria alta o pielonefritis.

#### 6.1.2 Interacción Cronología

Es una entidad crónica que depende del control puede ir presentando complicaciones micro y macro renales.



### 6.1.3 Gráficos

Tabla 1: Síntomas signos y hallazgos de laboratorios en la infección urinaria.

Síndrome	Hallazgo de laboratorio		Signos y Síntomas
	Cultivo	Análisis de Orina	
Bacteriuria asintomática.	+	+	Ninguno
Cistitis	+	+	Disuria, polaquiuria, tenesmo, menos común: presión suprapúbica, malestar, nocturia, incontinencia (más común en niños y ancianos)
Pielonefritis	+	+	Disuria Polaquiuria, tenesmo vesical, dolor lumbar, dolor en flanco, fiebre, escalofríos, malestar, náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal.
			57
ITU asociado a catéter.	-	+	Fiebre, escalofríos, alteración del sensorio, malestar o letargia son otra causa que lo explique, dolor en flanco, dolor en ángulo, costovertebral hematuria, dolor pélvico.

## 6.2 DIAGNOSTICO

### 6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica.

### 6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica.

### 6.2.3 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

**Dominio 11: Seguridad/Protección**

**Clase 6 : Termorregulación**



- 00007. Hipertermia relacionada con proceso infeccioso secundario a invasión microbiana manifestado por alza térmica corporal por encima del límite normal.

#### **Dominio 12: Confort.**

##### Clase 1: Confort Físico

- 00132 Dolor agudo r/c con agente lesivo (biológico) e/p por gestos y verbalización de la paciente.

#### **Dominio 3: Eliminación e Intercambio**

##### Clase 1 : Función urinaria

- 00016 Alteración de la eliminación urinaria r/c presencia de micro organismo en el tracto urinario manifestado por micción frecuente.

### **6.3 EXAMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias**

#### **6.3.1 De Patología Clínica**

El examen microscópico de orina se requiere una muestra de orina espontánea tomada de la mitad de la micción previo aseo genital, la cual debe ser procesada.

En el uro análisis deben evaluarse las siguientes características:

- Piurea indica inflamación del aparato urinario pudiéndose observar en orinas contaminada o en nefritis intersticial la población anciana puede tener piurea sin bacteriuria ni para diferenciar entre ITU sintomática asintomática, así en pacientes con síntomas de cistitis o pielonefritis se considera bacteriuria significativa una cifra mayor o igual de 10 ufc/ml.

#### **6.3.2 De Imágenes:**

Ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética están indicado en varones para descartar una uropatía obstructiva, y cuando no

Haya respuesta terapéutica bacteriemia de brecha para descartar la existencia de obstrucción de las vías urinarias o absceso intrarrenal / periférico. No están indicados en mujeres con pielonefritis aguda no complicada.

### 6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios:

La mayoría de parámetros analizados en orina, proteínas de bajo peso molecular, presente en pacientes adultos con sospecha de ITU, independientemente de la edad, son poco precisos para confirmar o descartar una ITU alta.

Los hemocultivos no necesitan ser realizados cuando el diagnóstico de infección urinaria es claro, excepto el paciente este hemo dinámicamente inestable.

## 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica para Enfermería.

### 6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.

La ITU nosocomial se previene:

- Solo instale sonda vesical cuando sea indispensable.
- El sondeo intermitente infecta menos que la sonda a permanencia
- Retire la sonda lo antes posible.
- Mantenga el equipo de drenaje cerrado y permeable y no separe la sonda del equipo de drenaje.
- Mantenga la sonda firme.
- Ubique la sonda de drenaje por debajo del nivel de la vejiga.
- Utilizar sistema colector cerrado.
- Cuidados básicos del catéter (lavados de manos del personal que realice la manipulación y uso de guantes estériles)
- Limpieza de la zona próxima al meato uretral.
- Adecuada colocación de la bolsa para evitar el reflujo de orina desde la bolsa y las acodaduras.

Medidas Generales.

- Reposo relativo.
- Ingesta adecuada de líquidos.
- Manejo de factores predisponentes.
- Evitar retención urinaria.
- Alimentación de acuerdo a tolerancia.



- Fluidoterapia e.v.

#### **6.4.2 Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias**

El tratamiento empírico antimicrobiano según edad y condición clínica del paciente a la espera del urocultivo.

El tratamiento monoterapico duración del tratamiento: ITU alta de 10 a 14 días ITU baja de 5 a 7 días si al finalizar el tratamiento hay sospecha de posible uropatía o reflujo vesicouretral, iniciar profilaxis con antisépticos urinarios hasta completar estudios de imagen, ecografía renal y cistografía miccional y tener un diagnóstico definitivo.

#### **6.4.3 Efectos Adversos o Colaterales con el Tratamiento: Como intervenciones interdisciplinarias**

- Gastroenteritis.
- Hipersensibilidad.
- Falla renal aguda.

#### **6.4.4 Signos de Alarma**

- Vigilar flujo urinario.
- Pruebas de función renal.

#### **6.4.5 Criterios de Alta**

No aplica

#### **6.4.6 Pronostico.**

No aplica.

### **6.5 COMPLICACIONES**

No aplica.

### **6.6 CRITERIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIA**

No aplica

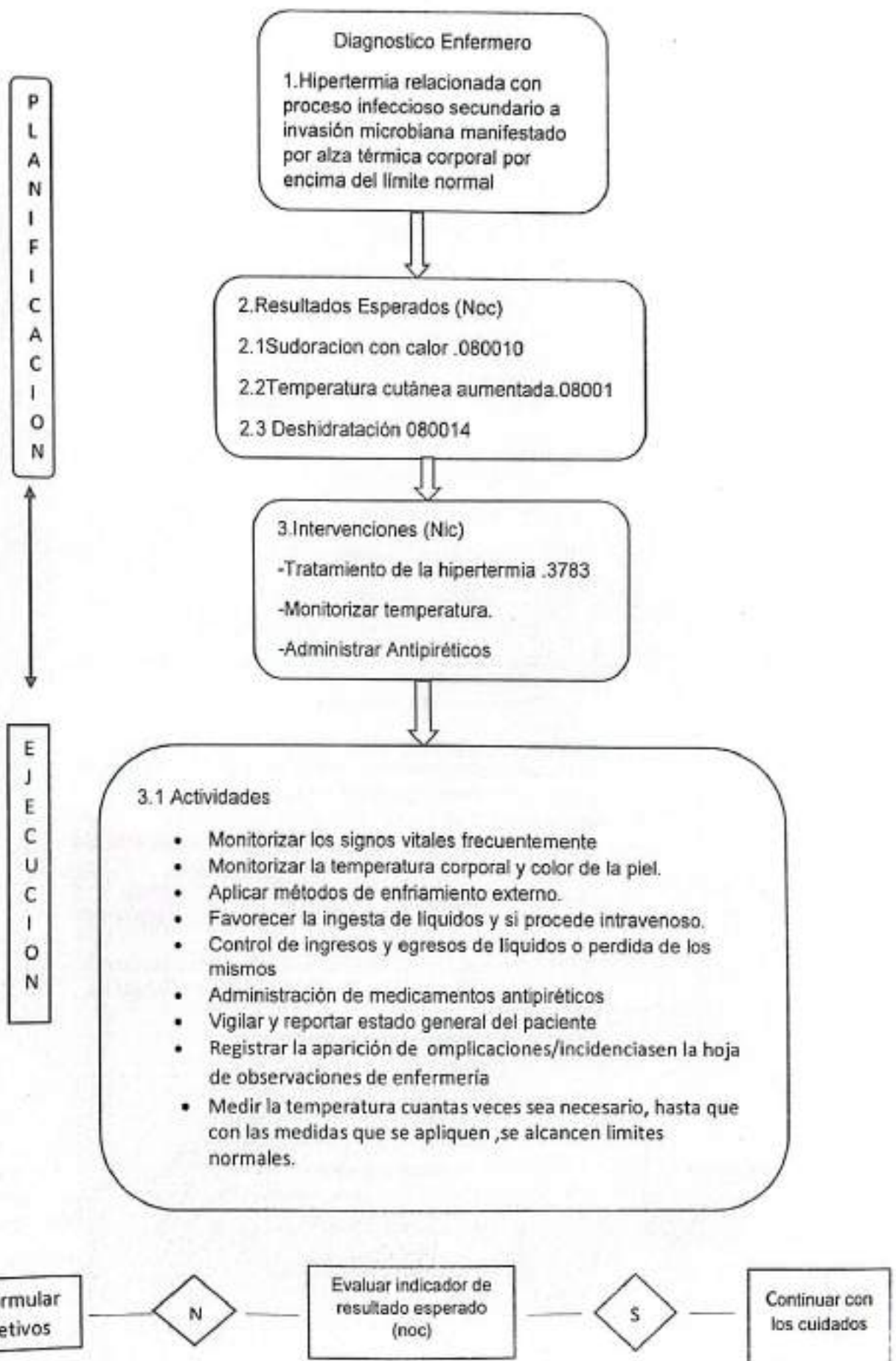




## 6.7 FLUXOGRAMA 1



## FLUXOGRAMA 2



**FLUXOGRAMA 3**

P  
L  
A  
N  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
O  
N

Diagnostico Enfermero  
1. Dolor agudo r/c con agente lesivo (biológico e/p por gestos y verbalización de la paciente)

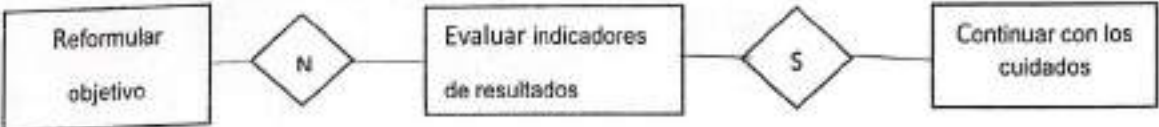
Resultados Esperados (Noc)  
2. Manejo del dolor.(1843)  
2.1 Estrategias para controlar del dolor  
2.2 Control del dolor(1605)  
2.3 Beneficios del auto control continuo del dolor

3. Intervenciones (NIC)  
-Manejo del dolor .(14008)  
-Enseñar el manejo del dolor  
-Realizar valoración del dolor

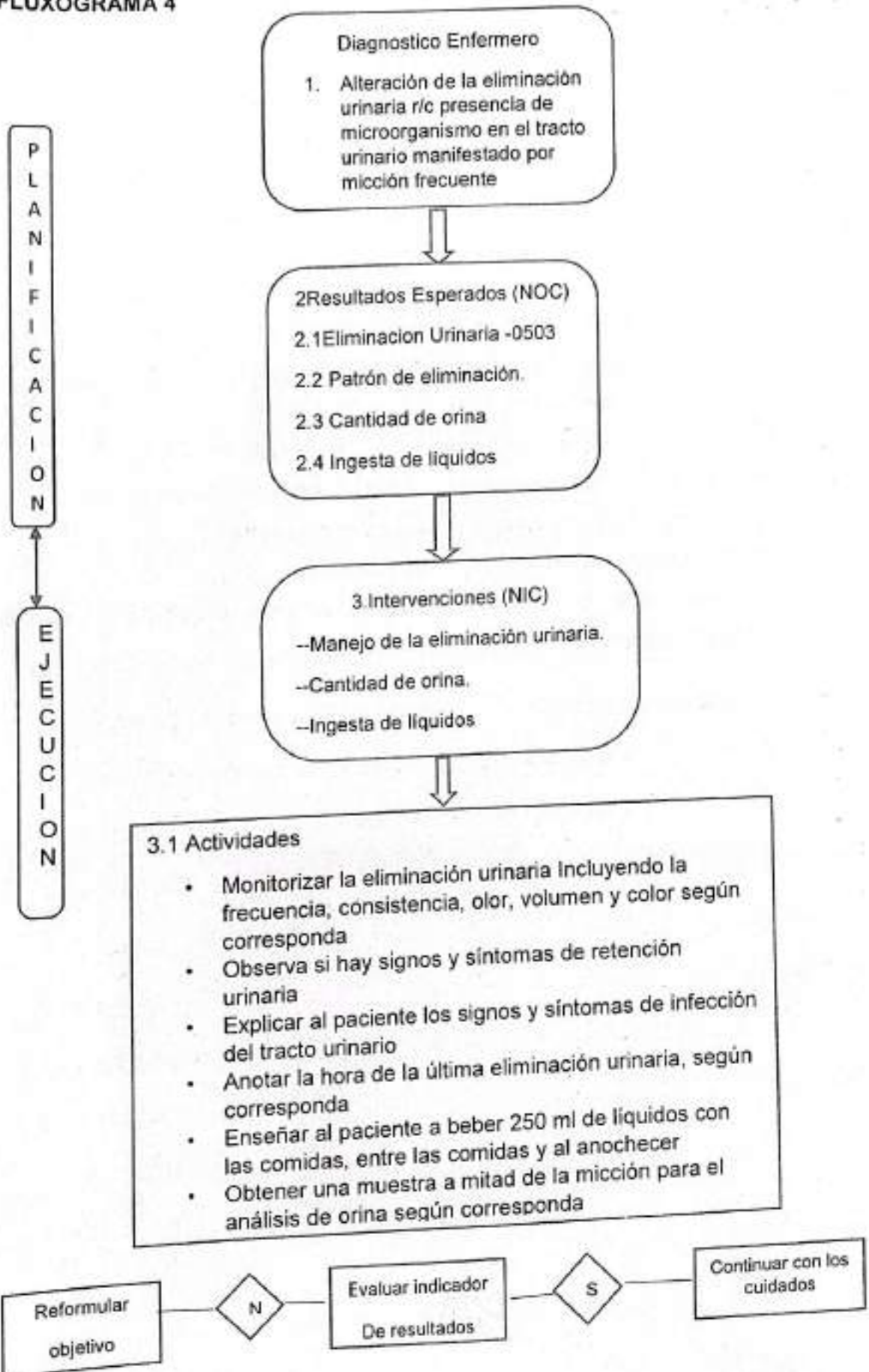
E  
J  
E  
C  
U  
C  
I  
O  
N

3.1 Actividades

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor y incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes
- Observar signos no verbales de molestias especialmente que no pueden comunicarse eficazmente
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente con dolor
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento.
- Enseñar los principios del manejo del dolor.



**FLUXOGRAMA 4**



## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Prevención

Existen varias medidas que se pueden tomar para reducir el riesgo de desarrollar una Infección Tracto Urinario.

- Beber mucha agua y orinar con frecuencia.
- Evitar líquidos como el alcohol y la cafeína que pueden irritar la vejiga.
- Orinar inmediatamente después de tener sexo.
- Limpiarse de adelante hacia atrás después de orinar y defecar.
- Mantener limpia el área genital.
- Es preferible tomar duchas que baños de tina y evitar utilizar aceites.
- Es preferible utilizar toallas sanitarias o copas menstruales que tampones.
- Evitar utilizar un diafragma o espermicida para el control natal.
- Evitar utilizar productos perfumados en el área genital.
- Utilizar ropa interior de algodón y ropa holgada para mantener seca el área alrededor de la uretra.





## VIII.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez, J. Osoriob, J. Delgadoc, G.E. Esparzad, G. Motoae, V.M. Blancoe, C.A. Hernandezze, A. Agudelof, L.J. Alumag, C.A. Betancurth, W. Ospinai, J.C. Camargoj, H. Canavalc,g, C. Castañedak, A. Corraeae, E. De La Cadenae, A. Gomezl, J. Gomezm, C.L. Ricon, L. Mattao, Y.A. Medinap, H. Mendozaq, L.A. Mendozag, C. Pallaresb, H. Perezr, S. Val derramas, M. Villabont y M.V. Vi llegase Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico. *Infectio*. 2019; 17(3):122–135.
2. Andrés Wurgaft Infecciones del tracto urinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 21, Issue 4, July 2019, Pages 629-633
3. Pemberthy-López C, Gutiérrez-Restrepo J, Arango-Salazar N, Monsalve M, Giraldo-Alzate N, GutiérrezHenao F, Amariles P. Aspectos clínicos y farmacoterapéuticos de la infección del tracto urinario. Revisión estructurada. *Rev CES Med* 2020; 25(2):135-152
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Ed. Elsevier Mosby, Barcelona, 2020.
5. Bulechek GM, Butcher HK, J McCloskey. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. Elsevier Mosby, Barcelona, 2019.
6. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2015-2017



	<b>GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEUMONÍA</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA</b>	Edición N°005 Página 69 de 81

### I. FINALIDAD

Contribuir a la protección del estado de salud y el desarrollo integral, mediante medidas de prevención, atención y control de la Neumonía, mejorando así la calidad de vida.

### II. OBJETIVOS

Establecer y estandarizar los criterios para el diagnóstico y tratamiento de la Neumonía contribuyendo así a la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía está dirigida a los profesionales de enfermería tiene como ámbito de aplicación en el servicio de medicina del Hospital de Chancay.

### IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Nombre Guía de práctica clínica de enfermería en paciente con Neumonía.

Código CIE - 10 con su diagnóstico

1. J12.9: Neumonía viral, no especificada
2. J15.9: Neumonía bacteriana, no especificada
3. J18.9: Neumonía no especificada



## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICION

Es un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura de enfermería con el objetivo de guiar al profesional de enfermería en la atención que se brinde a este tipo de paciente contribuyendo a una atención segura y de calidad.

### 5.2 ETIOLOGIA

La neumonía se define como la infección aguda del parénquima pulmonar producida por un agente infeccioso. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo a los Alveolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía hace que el tejido que forma los pulmones, se vea enrojecido, hinchado y se torne doloroso.

La neumonía que se desarrolla fuera del ambiente hospitalario o se manifiesta en las primeras 48 horas del ingreso del hospital se define como neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o después de 7 días de ser egresado de un hospital; por el contrario, aquella que se adquiere en el ambiente hospitalario, o en los primeros 7 días luego de una hospitalización, se conoce como neumonía nosocomial y cambia su etiología y por ende, su manejo médico.

### 5.3 FISIPATOLOGIA

El sistema de defensa de la vía aérea es muy efectivo ya que existen barreras mecánicas y anatómicas, así como inmunidad celular y humoral, que la mantiene estéril. El mecanismo fisiopatológico de la neumonía comienza cuando el sistema de defensa pulmonar es sobrepasado por microorganismos patógenos, los cuales se depositan en la superficie alveolar. Factores





genéticos, como deficiencias particulares del sistema de defensa o medio ambientales, como tabaquismo y el alcoholismo, que pueden deteriorar la funcionalidad del sistema y facilitar la aparición de una neumonía.

#### **5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

La OMS reporta 156 millones de casos de neumonía al año, más del 95% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. En el estudio de análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015; realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, en el 2015, la primera causa de mortalidad en el Perú fue la infección respiratoria aguda baja con 18,900 muertes y una tasa de 60.7 por 100 mil habitantes; durante los últimos 30 años, las muertes por la infección respiratoria aguda baja se han mantenido en el primer lugar.

#### **5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

##### **5.5.1 Medio Ambiente**

- Contaminación por humos de tabaco.
- Hacinamiento

##### **5.5.2 Estilos de vida**

- No practica de lavados de manos
- Contacto con personas enfermas.

##### **5.5.3 Factores Hereditarios**

- Enfermedades genéticas que predisponen a neumonía:  
Inmunodeficiencias, fibrosis quística discinesia ciliar primaria entre otras.



## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLÍNICO

#### 6.1.1 Signos y Síntomas a observar por Enfermería.

La presencia de fiebre, taquipnea y tos con sugerentes de neumonía. La taquipnea es el signo con mayor sensibilidad, la frecuencia respiratoria sin fiebre y en reposo la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio son signos para neumonía en el examen físico auscultación pulmonar se puede evidenciar disminución del pasaje del murmullo vesicular, crépitos.

Se debe sospechar en neumonía viral ante un cuadro clínico que inicia como una infección de vías respiratorias altas con un cuadro catarral puede estar acompañado de conjuntivitis diarreas entre otros y que progresa a dificultad respiratoria.

Neumonía atípica presentan cefalea, mialgia y característicamente de la tos irritativa y en ocasiones de broncoespasmo

Neumonía grave signos y síntomas

- Dificultad respiratoria: poli tirajes, aleteo nasal, quejido
- Cianosis central y/o apnea
- Dificultad para beber o vómitos frecuentes
- Alteración del sensorio
- Convulsiones
- Saturación de oxígeno <92 %

#### 6.1.2 Interacción Cronológica

NO APLICA

#### 6.1.3 GRAFICOS

NO APLICA



## 6.2 DIAGNOSTICO

### 6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

### 6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

### 6.2.3 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

#### Dominio 4: Actividad /Reposo

Clase 4: Cardiovascular/Pulmonar

- 00032. Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios e/p taquipnea, tiraje intercostal

#### Dominio11: Seguridad /Protección

Clase 2: Seguridad /Protección

- 00031. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones e/p presencia de roncales y crepitantes

#### Dominio11: Seguridad/Protección

Clase 6: Termorregulación

- 00007. Hipertermia r/c enfermedad e/p taquicardia taquipnea aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.

## 6.3. EXAMENES AUXILIARES. Actividades interdisciplinarias.

### 6.3.1 De Patología Clínica

Con sospecha de neumonía no se sugiere el uso rutinario de exámenes auxiliares de laboratorios como: Hemocultivo, muestra de secreción nasofaríngea y despistaje de tuberculosis, análisis de gases arteriales, cultivo de secreciones bronquiales, cultivo de líquido pleural y el pulsometría.

### 6.3.2 De Imágenes:

- R X de tórax
- Tomografía de tórax



### 6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios:

Broncofibroscopia

## 6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

No aplica para Enfermería.

### 6.4.1 Medidas Generales y Preventivas

#### Medidas Generales

- Aplicar medidas posturales (posición sentada)
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Canalizar una vía endovenosa e hidratar.

#### Medidas Preventivas.

- Adecuada practica de lavados de mano.
- Alimentación balanceada y nutritiva.
- Evitar la anemia.
- Evitar la exposición a los contaminantes del aire ambiental

### 6.4.2 Terapéutica :Como intervenciones interdisciplinarias

#### Segundo Nivel De Atención

- Soporte Hidroelectrolítico mantener una adecuada hidratación si no puede mantener una ingesta adecuada de líquidos orales por taquipnea, fatiga o riesgo de aspiración puede requerir hidratación EV con fluidos.
- Balance Hídrico.
- Oxigenoterapia el soporte respiratorio se da mediante diferentes dispositivos, aportando oxígeno suplementario para mantener saturación de oxígeno adecuado.

Los pacientes, con neumonía con criterios de internamiento, se deben iniciar el tratamiento de acuerdo al grupo etario, patrón de resistencia antibiótico local y/o nacional y capacidad resolutive del Hospital de Chancay



#### **6.4.3 Efectos adversos o Colaterales con el Tratamiento: Como intervenciones interdisciplinarias**

El oxígeno suplementario puede producir cambios inflamatorios pulmonares sobre todo, si la exposición es a oxígeno puro, además la hiperoxia puede producir disminución del gasto cardiaco al disminuir la frecuencia cardiaca y producir vasonstriccion sistémica por lo que debe utilizarse con precaución.

Los antibióticos pueden tener efectos adversos pueden producir nefrotoxicidad y neurotoxicidad el personal de salud debe reportarlo en el formato de notificaciones deberá ser remitida al órgano competente en materia de fármaco vigilancia.

#### **6.4.4 Signos de Alarma**

- Dificultad para respirar
- Persistencia de fiebre
- Dificultad para beber o vómitos frecuentes
- Compromiso del sensorio

#### **6.4.5 Criterios de Alta**

No aplica

#### **6.4.6 Pronostico**

No aplica

### **6.5 COMPLICACIONES**

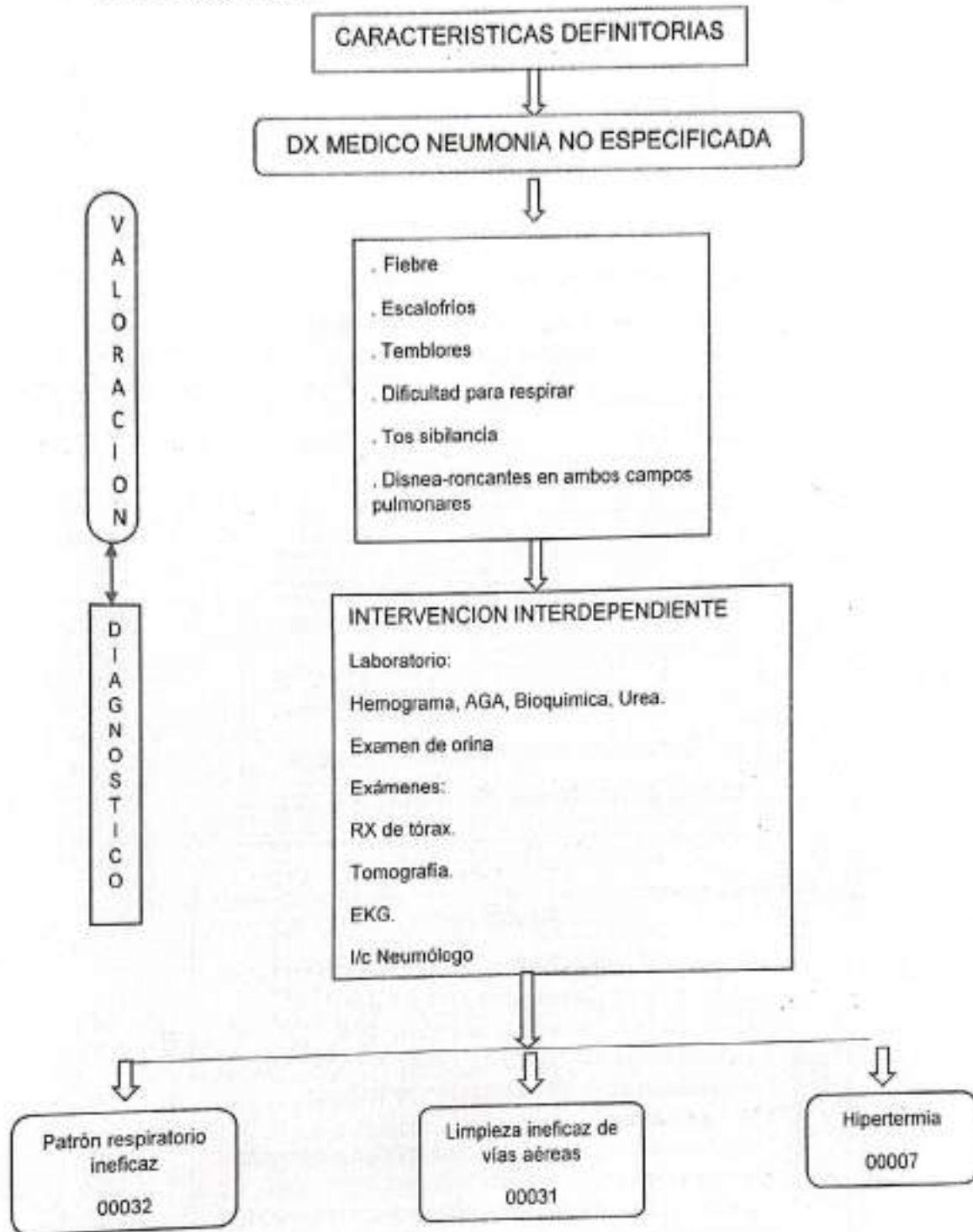
No aplica

### **6.6 CRITERIOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIA**

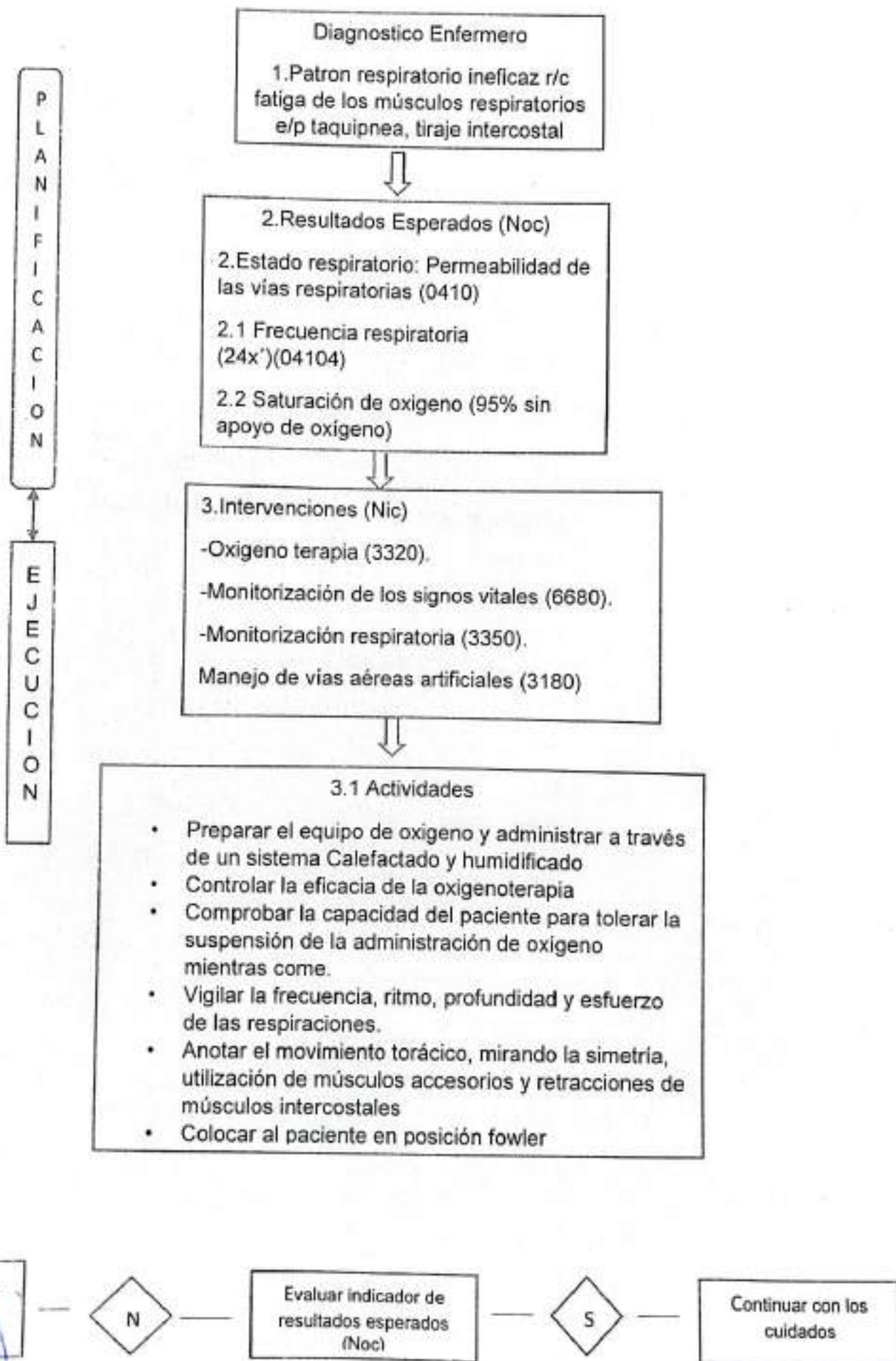
No aplica



### 6.7. FLUXOGRAMA 1



## FLUXOGRAMA 2



FLUXOGRAMA 3

PLANIFICACION

Diagnostico Enfermero  
1.Limpieza ineficaz de vias aéreas r/c retención de secreciones o/p por presencia de roncales y crepitantes



2.Resultados Esperados (Noc)  
2.1 Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vias respiratoria (0410)  
2.2 Capacidad de eliminar secreciones  
2.3 Ruidos respiratorios patológicos  
2.4. Frecuencia respiratoria



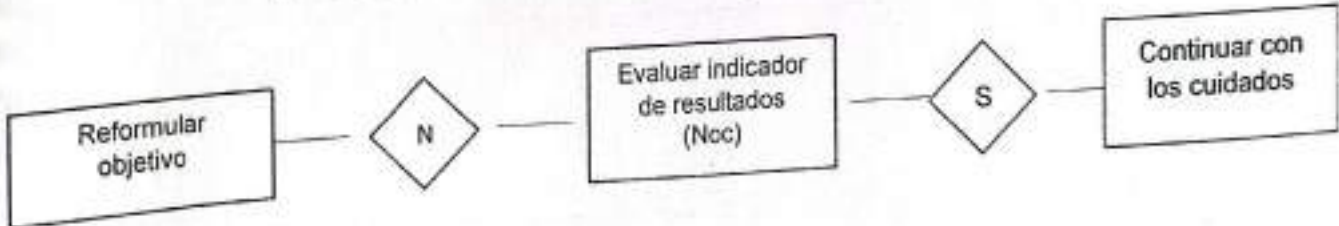
EJECUCION

3.Intervenciones (NIC)  
- Aspiración de las vias aéreas (3160)  
- Monitorización de los signos vitales (668)  
- Monitorización respiratoria (3350)  
- Mejora de la tos (3250).  
-Fisioterapia respiratoria (3230)



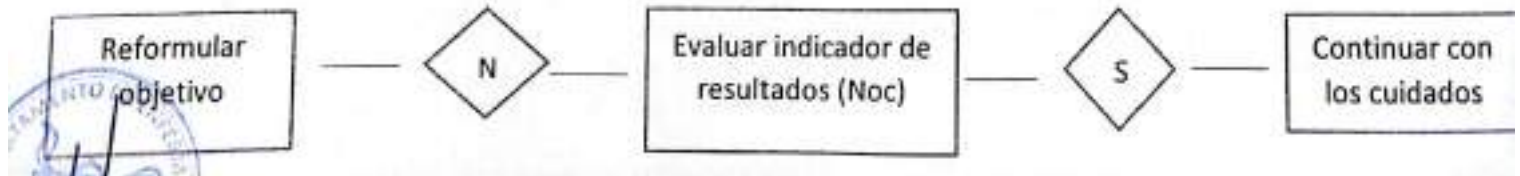
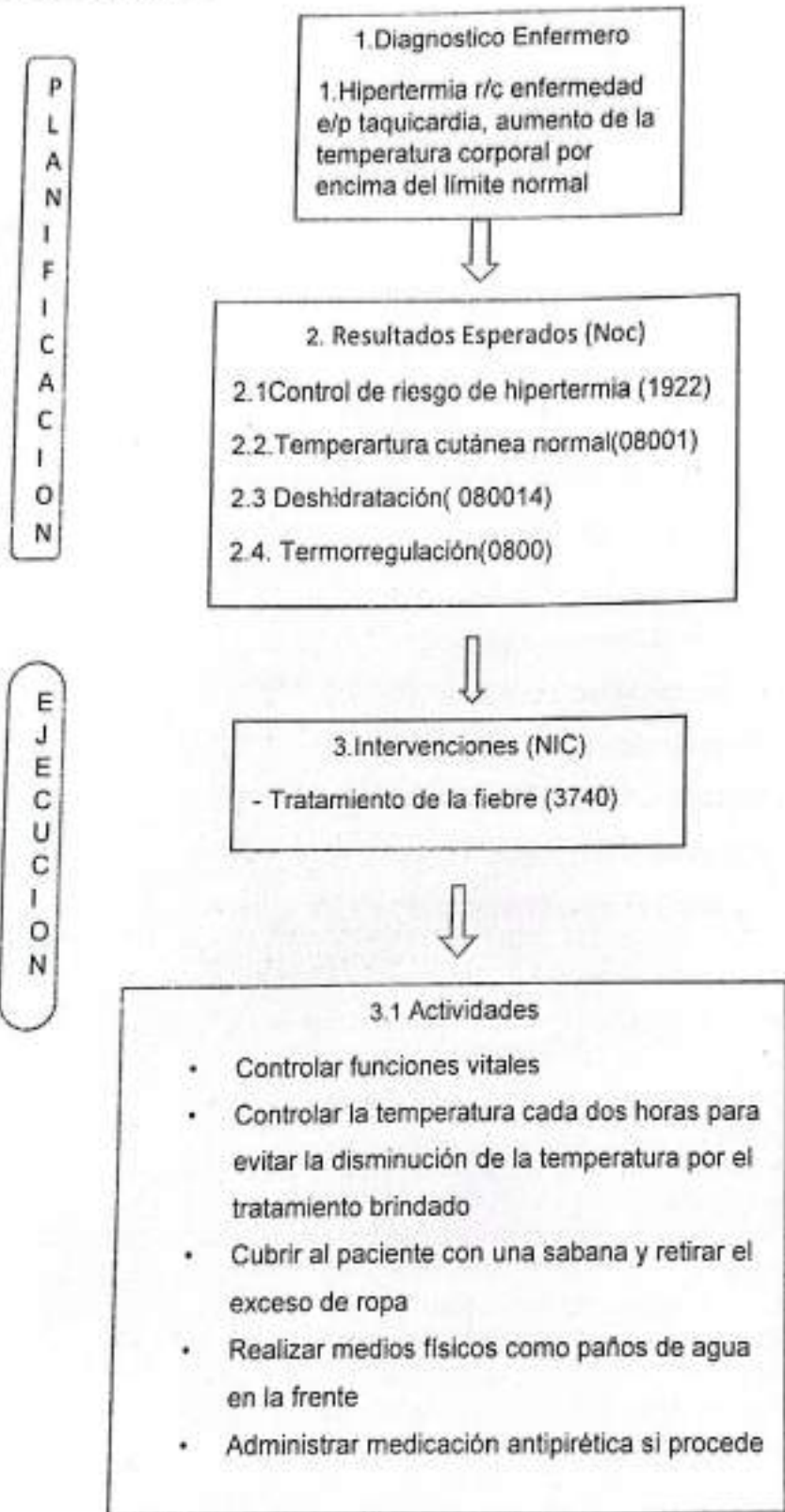
3.1 Actividades

- Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.
- Ausculte los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Controlar la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno
- Enseñar al paciente a que tosa
- Nebulizar al paciente según prescripción medica
- Realizar fisioterapias respiratorias
- Realizar cambios posturales al paciente.
- Mantener una buena hidratación al paciente





## FLUXOGRAMA 4



## VII. ANEXOS

### ANEXO 1

#### **Medidas de Prevención**

Tomar una serie de medidas preventivas y comenzar el tratamiento en sus primeros momentos nos ayudará a evitar las complicaciones derivadas de esta enfermedad que afectan gravemente a la salud de las personas mayores

**Vacunarse contra el neumococo.** La importancia de la prevención a través de las campañas de vacunación. De la misma forma que se realiza una campaña contra el virus de la gripe, también está recomendada la del neumococo para todas las personas mayores de 60 años, sobre todo si no cuentan con un buen estado de salud o se vacunaron hace más de cinco años.

**Separar a las personas enfermas de las sanas.** La neumonía se transmite rápidamente por contagio directo entre personas por lo que, una de las principales medidas de prevención es separar a las personas mayores sanas para frenar la posibilidad de contagio.

**Llevar una dieta adecuada y mantenerse hidratado.** La mala nutrición y la deshidratación favorecen la presencia de esta enfermedad. Seguir una dieta rica en nutrientes y asegurar que la persona beba al menos dos litros de agua al día son buenas medidas para mantener el organismo fuerte frente al ataque de virus y bacterias.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez CJ. Neumonías: concepto, clasificación y diagnóstico diferencial [Internet]p. 9-27. Disponible en:[https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix\\_1.\\_neumonias-concepto.pdf](https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_1._neumonias-concepto.pdf)
2. Maydana Chambi Fabiola, Arcani Alanoca David. Neumonía. Rev. Act. Clin. Med [revista en Internet]. [citado 1 de Noviembre 2021]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682011000900003&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011000900003&lng=es).
3. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019
5. Heather Herdman, T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2019.