



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA  
DUODENAL MÁS ASCARIDIASIS”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Criollo Casa, Jessica Lisbeth

**Tutora:** Lic. Mg Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

**Ambato-Ecuador**

**Abril- 2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora de Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA DUODENAL MÁS ASCARIDIASIS”**, de Criollo Casa, Jessica Lisbeth, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre del 2017

## **LA TUTORA**

.....

**Lic. Mg Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA DUODENAL MÁS ASCARIDIASIS”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre del 2017

### **LA AUTORA**

.....  
**Criollo Casa, Jessica Lisbeth**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión; además apruebo la reproducción de este Análisis de caso, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autora.

Ambato, Diciembre del 2017

## **LA AUTORA**

.....

**Criollo Casa, Jessica Lisbeth**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA DUODENAL MÁS ASCARIDIASIS”**, de Criollo Casa, Jessica Lisbeth, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Abril del 2018

Para constancia firman

.....  
**PRESIDENTE/A**

.....  
**1 er VOCAL**

.....  
**2 do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Durante estos años de vida universitaria, viví momentos gratos en los cuales hubo momentos alegres y tristes cada uno él me sirvió como superación y a la vez disfrutarlo con amor, esfuerzo y sacrificio.

Este proyecto de investigación dedico a aquellas personas que fueron el pilar fundamental en mi vida. Mis padres Arquímedes Criollo y Fanny Casa que siempre me apoyaron con su amor esfuerzo y sacrificio desde la niñez hasta mi vida universitaria para que mis sueños se hagan realidad

**Criollo Casa, Jessica Lisbeth**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer infinitamente a Dios por no abandonarme en este recorrido de mis estudios y en mi diario vivir, porque siempre estuvo en aquellos momentos de alegría, tristeza, soledad por haberme dado sabiduría, fortaleza, fuerza y encaminarme a elegir esta linda profesión de servir a los demás en la cual me siento muy feliz.

A mi Tutora Lic. Mg Eulalia Analuisa por haberme encaminado con sus conocimientos en este estudio de caso con mucha paciencia, por ser una amiga más la cual me brindo toda su confianza para culminar este trabajo exitosamente

**Criollo Casa, Jessica Lisbeth**

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN .....	x
SUMMARY .....	xi
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS.....	3
Objetivo General: .....	3
Objetivos específicos:.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	4
3.1 Historia Clínica.....	4
3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles.....	28
IV DESARROLLO .....	32
4.1 Descripción cronológica detallada del caso .....	32
4.2 Descripción de los factores de riesgo .....	33
4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	35
4.4. Identificación de puntos críticos.....	36
4.5 Caracterización de oportunidades de mejora .....	38
4.6 Propuesta de tratamiento.....	40

ÍNDICE DE LA GUÍA .....	41
1. Introducción.....	43
2. Objetivos:.....	43
3. Desarrollo: .....	44
GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS .....	44
V. CONCLUSIONES.....	80
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
VII. ANEXOS .....	91
Anexo 1: Familiograma .....	91
Anexo 2: Ecomapa .....	92
Anexo 4: Formulario sobre patrones funcionales de marjory gordon.....	95
Anexo 5: Consentimiento informado .....	97
Anexo 6: Permiso hospital.....	98
Anexo 7: Escala de Braden.....	99
Anexo 8. Evidencia de entrega de guía de cuidados de enfermería en artritis séptica más ascaridiasis al Servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Latacunga .....	100
Anexo 9. Guía de Cuidados de Enfermería en Artritis Séptica más Ascaridiasis .....	1
1. Introducción.....	2
2. Objetivos:.....	2
3. Desarrollo: .....	3
GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS.....	3

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Puntos críticos en Artritis séptica.....	37
Tabla 2 Oportunidades de mejora en artritis séptica.....	38

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA  
DUODENAL MÁS ASCARIDIASIS”**

**Autora:** Criollo Casa, Jessica Lisbeth

**Tutora:** Lic. Mg Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

**Fecha:** Diciembre del 2017

**RESUMEN**

El análisis de caso tiene como objetivo analizar el cuadro clínico de artritis séptica y los cuidados de enfermería requeridos, tomando en cuenta que dicha patología es un proceso inflamatorio agudo provocado por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos, el agente causal más frecuente es el estafilococo y en recién nacidos y lactantes existe una mayor incidencia de escherichia coli, este tipo de patología ha mostrado un incremento significativo en los últimos años.

De esta manera se muestra el caso de un paciente de tres años, con diagnóstico de artritis séptica de muslo izquierdo y cadera izquierda más ascaridiasis, teniendo como factores de riesgo la edad, osteomielitis, sepsis por staphylococos, factores sociofamiliares y estilos de vida, mismos que complicaron el caso clínico e hicieron evidentes alteraciones en el estado de salud.

Para ello se hizo necesario aplicar una metodología observacional y de campo, con la que se procedió a revisar el caso a través de la Historia clínica, evidencia científica e información disponible y no disponible. Se propone la elaboración de una guía dirigida al personal de enfermería proporcionando directrices mediante el cual agilizar y mejorar el accionar sanitario en pacientes con artritis séptica más ascaridiasis y de este modo elevar la calidad de atención.

**PALABRAS CLAVES:** ENFERMERÍA, TRAUMA\_DUODENAL, ASCARIDIASIS.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCE**  
**NURSERY CARRER**

**NURSING CARE IN SEPTIC ARTHRITIS MORE DUODENAL TRAUMA  
MORE ASCARIDIASIS**

**Author:** Criollo Casa, Jessica Lisbeth

**Tutor:** Lic. Mg. Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel

**Data:** December 2017

**SUMMARY**

The objective of the case analysis is to analyze the clinical picture of septic arthritis and the nursing care required, taking into account that this pathology is an acute inflammatory process caused by the invasion and multiplication of pyogenic microorganisms, the most frequent causative agent is staphylococcus. And in newborns and infants there is a higher incidence of Escherichia coli, this type of pathology has shown a significant increase in recent years.

This is the case of a three-year-old patient with a diagnosis of septic arthritis of the left thigh and left hip plus ascariasis, with risk factors such as age, osteomyelitis, and sepsis due to staphylococcus, socio-family factors and lifestyles. That complicated the clinical case and made evident alterations in the state of health.

For this, it was necessary to apply an observational and field methodology, with which the case was reviewed through the clinical history, scientific evidence and information available and not available. It is proposed the development of a guide aimed at nursing staff, which can be done through which to expedite and improve access to health health in patients with septic arthritis plus ascariasis and thus improve the quality of care.

**KEY WORDS:** NURSING, ABDOMINAL\_TRAUMA, ASCARIDIASIS

## I. INTRODUCCIÓN

Una articulación sinovial puede inflamarse por diferentes causas, una de ellas es la artritis séptica o también denominada piógena que es definida como “un proceso inflamatorio agudo articular producido por la invasión y multiplicación de microorganismos patógenos que puede originarse por la diseminación hematológica, inoculación directa por traumatismo, intervención quirúrgica o extensión contigua de una osteomielitis” (Xicará, 2013). (Xicará, 2013)

La artritis séptica puede aparecer a cualquier edad, pero los niños de entre 2 a 6 años y los ancianos son los más susceptibles, de manera especial si las articulaciones son anormales por traumatismos previos o enfermedades, afección del sistema inmunitario, enfermedades como el cáncer, alcoholismo, diabetes mellitus, cirrosis y uremia que incrementan el riesgo de infección. Esta patología es más frecuente en varones que mujeres en una proporción de 2 a 1 en el adulto joven, la mayor incidencia es por gonococo y en Estados Unidos alcanza incidencias similares a las provocadas por el estafilococo.

En los últimos 15-20 años del siglo XXI la incidencia de la artritis séptica se incrementó, debido al aumento de procedimientos de cirugía ortopédica, el incremento en el número de personas con infección de VIH o terapias antirretrovirales, casos de artritis reumatoidea, receptores de trasplantes. Se asume que, las bacterias más frecuentes responsables de artritis piógenas son los cocos Gram positivos (60-80% de todos los casos), el staphylococcus aureus también es el agente causal más habitual al igual que el staphylococcus epidermidis (germen común en infecciones sobre prótesis articulares), pero cualquier bacteria patógena puede producir una artritis séptica. (González, Noguera, Tovar, & Navarro, 2014). (González, Noguera, Tovar, & Navarro, 2014)

Los casos de artritis séptica en personas adultas alrededor del mundo es de poca frecuencia pero de alta morbilidad, con hospitalizaciones prolongadas y procedimientos invasores, “se estima una incidencia de 10 casos por 100.000 habitantes y cerca de 70 por 100.000 entre personas con artritis reumatoide o prótesis articular”, la mayor parte se adquiere por vía hematógena, favorecida por el hecho anatómico que el tejido

sinovial carece de membrana basal, dichas eventualidades se asocian a etiologías bacterianas e incluso fúngicas (Florestano, Fica, Gaete, Porte, & Braun, 2014).

La incidencia anual de “artritis séptica en países europeos es entre 4-10 por 100.000 personas por año y hasta 30-100 casos por 100.000 habitantes en individuos con enfermedades crónicas” (Espinoza & García, 2012), esta incidencia está aumentando en los últimos años debido a factores como resistencias antimicrobianas, envejecimiento de la población, incremento del uso de procedimientos invasivos y pacientes inmunodeprimidos. (Espinoza & García, 2012)

La artritis séptica es un proceso inflamatorio agudo provocado por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos, el agente causal más frecuente es el estafilococo y en recién nacidos y lactantes existe una mayor incidencia de escherichia coli, pseudomona, proteus y serratia, llegando a la articulación por diferentes vías como la hematógica, por vía directa y por contigüidad debido a la extensión de un foco hacia la cavidad articular (García, Sánchez, & Correa, 2012).

Se asume que la infección más común del sistema músculo esquelético en nuestro medio es la artritis séptica, misma que se presenta generalmente en niños en edades tempranas y con mayor incidencia en el género femenino y en el Ecuador es considerada como urgencias médico-quirúrgicas pues de no ser diagnosticadas rápidamente evidencian complicaciones que pueden dejar secuelas permanentes con deformidades y consecuentemente incapacidad (Samaniego, 2015).

En un estudio desarrollado por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Hospital Francisco Icaza Bustamante en 2016 reportó que la artritis séptica resultó más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción de 2 o 3 a 1, en edades de 6 a 14 años (edad preescolar) y entre los factores de riesgo más importantes destacan la demora en la atención, la manipulación empírica y trauma moderado o severo (Rodríguez, 2016).

En el presente estudio de caso se muestra a un paciente pediátrico, mestizo, masculino, de tres años, residente en la Maná ingresa al Hospital General Latacunga como

referencia de la clínica San Agustín, por dolor y edema ++/+++ en muslo izquierdo producto de contusión con diagnóstico presuntivo de osteomielitis séptica, en el Hospital de Latacunga se confirma diagnóstico de artritis séptica en cadera y muslo izquierdo como reacción alérgica por estafilococos en rodilla y cadera, con la posterior exploración se suma al diagnóstico síndrome perforativo de víscera hueca intraabdominal que, tras intervención se refiere trauma a nivel duodenal cerrado (ruptura de duodeno) y ascaridiasis. +

Las implicaciones de la artritis séptica hacen necesario desarrollar un plan de intervención sobre cuidados de enfermería que contribuyan a mejorar la condición de salud de este tipo de pacientes y más aún en etapas tempranas donde dicha asistencia no solo es beneficiosa sino sumamente importante para evitar el apareamiento de complicaciones, secuelas e inclusive el compromiso vital.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Analizar los cuidados de enfermería que se ejecutaron en el paciente con artritis séptica más trauma duodenal más ascaridiasis

### **Objetivos específicos:**

- Determinar los principales cuidados de enfermería del paciente con artritis séptica
- Identificar las principales causas, factores de riesgo y puntos críticos del paciente con artritis séptica
- Elaborar una guía de cuidados de enfermería dirigida al personal de enfermería sobre el manejo del paciente con artritis séptica

### III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

#### 3.1 Historia Clínica

##### EMERGENCIA

**13/03/2017**

Paciente de tres años nacido y residente en la Maná mestizo. Antecedentes patológicos personales no refiere, antecedente familiar no refiere, antecedentes quirúrgicos no refiere, alergias no refiere.

**Motivo de consulta:** Dolor de muslo izquierdo. Motivo Enfermedad actual. Padre refiere que hace 3 días que mientras se encontraba jugando se golpea sobre una superficie dura lo cual afecta el muslo izquierdo es llevado al (fregador) por dos ocasiones, administran medicación que no recuerdan. Al examen físico consciente, orientado, hidratado, dolor a la palpación superficial y profunda en muslo izquierdo edema ++/+++ pulsos distales presentes con; **Impresión Diagnóstica** Artritis séptica muslo izquierdo; Reacción alérgica.

**Indicaciones médicas-** Dextrosa al 5% en agua más 48 miligramos de electrosol de sodio más 32 mili equivalentes de electrosol de Potasio intravenoso cada 24 horas- Pendiente examen de laboratorio- Valoración por Traumatología- Valoración por Pediatría- es valorado en el servicio de emergencia de esta casa de salud se da analgesia, se solicitan exámenes complementarios y se decide su ingreso.

##### INGRESOAL SERVICIO A PEDIATRIA

**Ingreso al servicio de Pediatría:** Indicaciones-Dieta para la edad- Control de signos vitales- Posición semifowler- Solución salina 0,9% 1000 mililitros intravenoso cada 24 horas- Oxacilina 800 miligramos intravenoso cada 6 horas- Metamizol 160 miligramos intravenoso cada 8 horas- Biometría hemática: química sanguínea, tiempo de coagulación, elemental microscópico de orina- Novedades.

**Informe de Enfermería** Paciente egresa del servicio de emergencia a pediatría consiente, orientado, mucosas orales húmedas álgico, irritable al manejo con presencia

de rash cutáneo generalizado. Abdomen suave depresible a la palpación, miembro inferior izquierdo con presencia de edema ++/+++. Vía periférica permeable, manilla de identificación en miembro inferior izquierdo. Paciente sube con descarga exámenes de laboratorio y placa de Rx.

#### **Análisis:**

Al ingreso del paciente a esta casa de salud, el servicio de emergencia mediante la valoración física se obtiene como impresión diagnóstica: artritis séptica, misma que fue ocasionada por una lesión del muslo izquierdo sobre una superficie y que por no haber acudido a la unidad de salud a tiempo presento complicaciones mayores por haber acudido en primera instancia a un fregador.

*Según la bibliografía analizada la artritis séptica es llamada también artritis bacteriana y es una inflamación de una articulación a causa de una lesión o infección bacteriana.* (Fernandez, 2008). A pesar de la patología principal, el personal de enfermería mediante la valoración evidencia la presencia de rash cutáneo generalizado, *el rash cutáneo es una lesión de la piel, causadas por erupciones cutáneas que implican cambios de color y textura que puede ser ocasionado por alergia, o por causas desconocidas, dentro de los cuidados esenciales que el personal de enfermería debe brindar al paciente es higiene de la piel, hidratación, cambios de posición cada dos horas* (Nuñez, Téllez, Gamindo, & Vera, 2014). Se presume que el rash cutáneo fue ocasionado por administración de medicación que se desconoce el nombre el mismo que fue prescrito cuando el niño fue llevado al fregador, pero es de considerar además que no se evidencia un cuidado exhaustivo de la piel por parte del personal de enfermería con lo que no se cumple con el protocolo de mantener un cuidado de la piel con una higiene meticulosa, hidratación con crema, y los cambios de posición y con ello evitar una lesión grave como el desarrollo de úlceras por presión.

**14/03/2017**

Paciente se encuentra irritable, somnoliento, no responde lo que se pregunta sin embargo habla claro, se mueve por toda la cama; Persiste con exantema macular y en talones, edema palpebral; Abdomen suave depresible aparentemente no hay dolor; miembro inferior izquierdo, edema, calor, rubor y leve limitación funcional, Glasgow

13/15 leve, paciente presenta vomito por 3 ocasiones Exámenes complementarios: Glucosa 145, BH 28, Hb 10.31, PCR 72; ECO edema de partes blandas de muslo.

**Indicaciones Médicas:** Dieta para la edad, control de signos vitales, saturación de oxígeno cada 6 horas, semifowler, solución salina 0.9% 1000 mililitros intravenoso cada 24 horas. Por el estado del niño se inicia antibioterapia con Ceftriaxona previa toma de hemocultivo ya que su estado y los exámenes de laboratorio, con los antecedentes de ser sometidos a fricciones se pueden pensar en una sepsis por Estafilococos.

**Plan de atención de enfermería:** Recepción del paciente, tomar y registrar signos vitales y saturación de oxígeno, administrar medicación prescrita, mantener vía periférica permeable, vigilar signos de flebitis, mantener con familiar permanente, mantener barandillas elevadas, brindar mediadas de confort e higiene.

**Informe de enfermería:** Paciente permanece en regulares condiciones, somnoliento, desorientado, decaído, buena autonomía respiratoria, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, presenta vómito por 3 ocasiones, presencia de edema generalizado, vía periférica recanalizado, por difícil acceso se punciona por 2 ocasiones. Signos vitales: FC: 120, FR: 30x', SO<sub>2</sub>; 92%, T°37. Tiene varios intentos de retiro de vía periférica.

### **Análisis**

En este día de evolución el médico indica control de escala de Glasgow el mismo que presenta un valor leve de 13/15, es importante mantener una valoración exhaustiva de la escala de Glasgow ya que es un indicador del nivel de conciencia por el cual se puede valorar respuesta verbal, ocular y motora. El paciente, además, presenta edema generalizado y vómito por tres ocasiones por lo que se coloca en posición semifowler como establece la bibliografía que mencionaré a continuación: *Es importante considerar que dentro de los signos y síntomas de la artritis séptica se encuentra la inflamación de la membrana sinovial, edema, enrojecimiento, dolor en el sitio de la lesión.* (Ramiro, 2015) Se puede manifestar que el edema generalizado que presenta el menor es una complicación de la patología y se presume que no existió un manejo estricto de hidratación por parte del personal de enfermería por el cual se genera esta complicación. Por esto resulta esencial que el personal de enfermería tenga un estricto

manejo de líquidos intravenosos en el paciente, verificando peso, talla, y valorando de forma cefalocaudal de esta forma se observará si existe alteración y las causas del mismo para poder llevar acabo medidas generales, pues según la bibliografía en el *plan de atención de Enfermería se debe verificar el control de ingesta y excreta de líquidos por diferentes vías, para establecer el balance del equilibrio de los mismos en un periodo determinado* (Manual de enfermería , 2016) Por tanto, el personal de enfermería es el encargado del control de balance hídrico y sobretodo en pacientes que se encuentra edematizado se debe vigilar líquidos intravenosos a pasar y el cuidado de la vía periférica debe ser esencial.

**15/03/2017**

Paciente se mantiene irritable, con prurito intenso y desorientado, despierto, edematizado, febril, irritable, signos vitales; FC: 115, FR: 25x', SO2; 92%, T°38 Glasgow 12/15. Cabeza normo cefálica; Mucosas orales húmedas, pupilas isocóricas; Cuello no adenopatías; Tórax con expansibilidad conservada; Pulmones murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos; Corazón rítmico, normo fonético, no soplos; Abdomen suave depresible, no dolorosos ruidos hidroaereos presentes; Extremidad inferior izquierdo, edema, rubor, calor y leve limitación funcional, edema ++. Paciente en malas condiciones.

**Indicación Médica:** Radiografía abdominal en 2 posiciones y tórax- Ecografía abdominal- Oxígeno a 2 litro por bigotera nasal- Control de ingesta y excreta- Diuresis horaria-Densidad urinaria dos veces al día. Sonda nasogástrica abierta- Reponer mililitro por mililitro lo eliminado por cada 3 horas- Solución salina 0.9% 100 mililitros en bolo- Novedades.

**Cirugía;** Paciente de 3 años álgico con dificultad para respirar, abdomen globoso timpánico en los cuatro cuadrantes dolorosos intenso. IDG Síndrome perforativo de víscera hueca intraabdominal: **Indicaciones:** nada por vía oral, parte operatoria, consentimiento informado. **Cirugía:** pendiente cirugía (LAPARATOMIA EXPLORATIVA) que durante la evaluación pre quirúrgico por anestesia se decide diferir la cirugía para realizarle en un hospital de tercer nivel que tenga cuidados intensivos pediátricos, debido al estado clínico del paciente, por lo que por anestesia se sugiere transferencia a tercer nivel de atención, se informa a pediatría.

**Plan de atención de enfermería:** Recepción del turno- Controlar y registrar signos vitales y saturación de oxígeno- Mantener en posición semifowler- Mantener vía periférica permeable- Control de ingesta y excreta, Administrar y registrar medicación prescrita- Brindar medidas de higiene y confort- Pendiente resultado hemocultivo 1- Pendiente pedido hemocultivo 2- Medir perímetro abdominal 2 veces al día- Reportar novedades.

**Informe de Enfermería:** Paciente irritable febril 38.4° se baja temperatura por medios físicos presenta alucinaciones, taquipneico 50x', autonomía respiratoria conservada con apoyo de oxígeno a 2 litros saturando 93%, con edema generalizado, refiere querer tomar agua, se educa a padre que el niño debe permanecer en nada por vía oral sin embargo, el papá le da de tomar avena, abdomen doloroso distendido duro a la palpación, se mantiene vía periférica permeable, miembros inferiores presenta edema que no deja fóvea recibe hidratación por bomba y medicación prescrita, se brinda cuidados de enfermería, se recolecta muestra de orina y sangre para hemocultivo y se administra antibiótico, edema generalizado.

### **Análisis**

En este día el paciente se complica a nivel clínico pues se muestra taquipneico, febril con presencia de sonda nasogástrica, según la bibliografía *la fiebre es causada generalmente por una infección, sino es tratada puede desencadenar convulsiones, alucinaciones, delirio, por lo que es importante tratar con antipiréticos y medios físicos como descubrir al paciente, colocar paños de agua tibia en zonas poplíteas (axilas, ingles) mantener en un lugar fresco libre de calor* (Hoyos, 2013). Por lo expuesto se puede determinar que lo realizado por el personal de enfermería tiene sustento científico ya que se aplicó medios físicos para disminuir la fiebre en el paciente siendo uno de los procedimientos antitérmicos más efectivos, además que se cumple con la prescripción médica de administrar paracetamol, que de acuerdo con la bibliografía, **es un medicamento que actúa de manera central y periférica como analgésico y antipirético** (VIDAL VADEMECUM, 2017) mismos que servirán para disminuir la fiebre y mantener al paciente con una temperatura dentro del rango normal evitando alucinaciones y complicaciones como convulsión.

Al paciente se le colocó una sonda nasogástrica, de acuerdo a la literatura este tipo de sonda *es utilizada para administración nutrición, hidratación, medicación, aspiración o drenaje de contenido gástrico o lavado gástrico, debido a su importancia es esencial que dicha sonda no se obstruya por lo esta debe ser limpiada/irrigada con solución estéril o fisiológica antes y después de la administración de un medicamento o los alimentos* (Sánchez, 2012). Se puede manifestar que lo indicado tiene sustento científico ya que se colocó la sonda nasogástrica adecuadamente para ayudar al paciente respecto a la alimentación, medicación y eliminación del aire del estómago (estómago globoso y distendido) y de esta forma ayudar a mantener una estabilidad en el paciente. Sin embargo el cuidado de enfermería es esencial en pacientes con procesos infecciosos y se puede evidenciar por medio de la historia clínica que el personal de enfermería no aplica los cuidados necesarios en la sonda nasogástrica, como realizar el lavado de manos, mantener una higiene corporal y un lavado de la sonda después de la alimentación para evitar una obstrucción.

## **CENTRO QUIRÚRGICO:**

**16-/03/2017**

Paciente de 3 años de edad de sexo masculino baja a quirófano en malas condiciones generales, afebril desorientado con sonda nasogástrica productiva con líquido hemático, paciente hipoxémico se coloca oxígeno por mascarilla a 5 litros por minuto, edema generalizado, abdomen irritable distendido, doloroso a la palpación.

**Nota postquirúrgica:** Diagnóstico Preoperatorio: Abdomen Agudo inflamado. Diagnóstico postoperatorio: Trauma duodenal; Hallazgos: Líquido gástrico biliar más o menos 100 mililitros - Glenes fibronasal en toda la cavidad peritoneal - Sección traumática de la primera porción del duodeno, Procedimiento incisión media, aspiración de líquido peritoneal, sutura de orificio gástrico de la perforación, Enterotoma de extracción de Áscaris - Gastroyeyuno Anastomosis latero lateral - Colocación de dren tubular adyacente o sección duodenal - Lavado de intestino, ordenamiento intestinal.

**Indicación médica-** Nada por vía oral- Mantener sonda nasogástrica- Sonda Nelaton para medir diuresis- Dextrosa en solución salina 1200 mililitros en 24 horas- Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 24 horas- Tramadol 15 miligramos endovenoso cada 8 horas- Indicaciones Pediatría.

**Plan de atención de enfermería:** Recepción del turno- Controlar y registrar signos vitales y saturación de oxígeno- Mantener en posición semifowler- Mantener vía periferia permeable- Administrar y registrar medicación prescrita- Reponer líquidos drenados por sonda nasogástrica- Realizar densidad urinaria cada 12 horas- Mantener monitoreo continuo- Mantener con familiar- Mantener barandales elevadas- Brindar medidas de higiene y confort- Pendiente Referencia tercer nivel- Por rutina Biometría proteinuria eritrosedimentación.

**Informe de enfermería:** Ingreso paciente de quirófano a sala pediatría en regulares condiciones, con oxígeno a 2 litros por minuto saturando 95% sonda nasogástrica productiva de líquido seroso en moderada cantidad, abdomen con presencia de herida quirúrgica cubierta con apósitos limpios y secos, con drenaje productivo con líquido cero hemático, eliminando diuresis de características normales, vías periféricas permeables, miembros inferiores presenta edema con fóvea, más signos vitales estables.

Análisis:

Se analiza que el menor baja a quirófano hipoxémico por el cual médico indica oxígeno por mascarilla a 5 litros por minuto, *la hipoxia circulatoria se genera por el edema ya que una inflamación en los tejidos que puede disminuir la capacidad de oxígeno en la sangre, el personal de enfermería debe valorar signos vitales especialmente saturación de oxígeno* (Caramelo, 2017). Se puede manifestar que la colocación de mascarilla tiene sustento teórico ya que un paciente hipoxémico pierde oxígeno en la sangre, por lo que es primordial que el personal de enfermería ponga especial atención en la saturación de oxígeno de esta manera se puede verificar alteraciones en el paciente.

Al realizar cirugía durante el trans operatorio médico diagnostica trauma duodenal más ascaridiasis, *el trauma duodenal es causado por una lesión o golpe a nivel del estómago, y de no es tratada a tiempo puede causar peritonitis se realiza una intervención quirúrgica para evitar la hemorragia que pueden desarrollarse en el bazo o hígado durante la cirugía debe realizar una revisión cautelosa de las vísceras, el personal de enfermería durante el procedimiento quirúrgico debe utilizar protocolo de asepsia y antisepsia* (Kimbrelly, 2013). Se puede manifestar que lo realizado tiene sustento científico ya que se realiza una intervención quirúrgica en el paciente para

evitar una hemorragia y por ende una complicación mayor, el personal de enfermería cumple un rol importante dentro de la cirugía ya que es el encargado de mantener un protocolo de asepsia y antisepsia como el lavado de manos quirúrgico, manteniendo la esterilidad quirúrgica de esta forma se evitara una infección.

### **17- 19/03/2017**

Diagnóstico; Trauma duodenal, Ascariasis. Paciente somnoliento, irritable al manejo, orientado, FC; 98x, FR; 35x', T°; 36, SO<sub>2</sub>; 95%; Mucosas orales húmedas, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz, cuello móvil sin adenopatías; Tórax expansible, cardiopulmonar normal; Abdomen suave depresible doloroso a la palpación; Miembro inferior izquierdo edematoso, caliente, con limitación funcional y en abducción en cara antero externa se palpa más dura e impresiona más dolor en una zona de 10 centímetros aproximadamente, densidad urinaria 1010, estable diuresis horaria 5.1 ml/kg/h, balance hídrico +1537ml.

**Indicación médica;** Nada por vía oral- Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas- Monitoreo continuo- Semifowler- Control de ingesta y excreta estricta- Densidad urinaria cada 12 horas- Diuresis horaria- Sonda nasogástrica a caída libre- Sonda vesical- Peso diario- Oxígeno por cánula nasal a 1 litros por minuto- Destrostix cada 12 horas- Reponer lo drenado por sonda nasogástrica centímetro por centímetro cada 6 horas- Dextrosa al 5% en agua 1250 mililitros más 45 mili equivalentes de sodio más 30 mili equivalentes de potasio en 24 horas- Omeprazol 25 miligramos cada 12 horas- Metamizol 150 miligramos endovenoso cada 8 horas- Aminoplasmal 7.5 gramos endovenoso cada 2 horas- Pendiente Ecografía.

**Plan de atención de enfermería:** Recepción del paciente- Tomar y registrar signos vitales y saturación de oxígeno- Mantener en posición semifowler- Medir y registrar ingesta y excreta- Medir densidad urinaria- Mantener con oxígeno a 1 litro por minuto- Administrar medicación prescrita- Vigilar signos de Flebitis- Mantener vía periférica permeable- Mantener con familiar permanente- Brindar medidas de confort e higiene- Reportar novedades.

**Informe de Enfermería;** Paciente permanece en mejores condiciones generales, consciente, orientado, fascias normales, mucosas orales semihúmedas, se presencia lesiones en mucosas, lengua, con apoyo de oxígeno por bigotera a 1 litros, colocado sonda nasogástrica a caída libre eliminando líquido amarillento de mal olor en moderada cantidad, abdomen suave depresible doloroso a la palpación, con herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización, más dren eliminando líquido verdoso en poca cantidad, vía periférica permeable, sonda vesical permeable, diuresis de características normales.

### **Análisis**

Se analiza que a los 4 días de hospitalización donde el paciente se encuentra estable pero debe permanecer con sonda nasogástrica por indicación médica , el menor presenta lesiones en mucosas, lengua, como menciona cita bibliográfica *es de gran importancia un buen manejo de la sonda nasogástrica por el personal de enfermería para así evitar erosiones nasales de ala de la nariz, hematomas, ulceraciones, abscesos y necrosis del tabique nasal y otitis media, en pacientes postoperatorios se utiliza un drenaje continuo donde se agrega una bolsa colectora ubicada por debajo del nivel del estómago del paciente la gravedad varia el contenido gástrico del estómago.* (Baskin, 2013) Se puede evidenciar que el personal de enfermería no realiza un cuidado cauteloso de la sonda nasogástrica como por ejemplo una buena fijación, movilización, limpieza y desinfección evitando así lesiones en mucosa y lengua, es de suma importancia que el personal de enfermería cuantifique lo drenado valorando color y olor del dren de esta manera se puede comprobar si existe una infección.

**20/03/ 2017**

Paciente postquirúrgico 4 días; Diagnostico: Trauma abdominal, Ascaridiasis. Paciente a la madrugada presenta dos episodios de dolor que cede espontáneamente, paciente vigil, signos vitales: FC; 103, FR; 31x', T°; 36.1 , SO2; 93%. Cabeza normo cefálica, presencia de sonda nasogástrica, dren productivo, abdomen ruidos hidroaéreos regulares ligeramente doloroso a la palpación; Extremidades tono y fuerza conservado y edema en musculo izquierdo, destrotix 120mg/dl.

**Indicaciones Médica:** Nada por vía oral, control de signos vitales más saturación cada 6 horas, monitoreo cardiaco continuo, semifowler, Control de ingesta y excreta cada

hora, Sonda nasogástrica a caída libre, reeducación vesical proceso de retiro de sonda, peso diario, oxígeno a 2 litros por cánula nasal, destructix cada 12 horas, reponer drenado mililitro por mililitro con Solución 100 mililitros a 0.9% por sonda nasogástrica cada 6 horas, Dextrosa al 5% en 1250 mililitros más 45 mili equivalentes de sodio más 30 mili equivalentes de Potasio en 24 horas, Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 12 horas, Metronidazol 125 miligramos endovenoso cada 6 horas, Omeprazol 25 miligramos endovenoso cada 12 horas, Metamizol 150 miligramos endovenoso cada 8 horas, Aminoplasmal 7,5 gramos endovenoso en 24 horas, Ordenes Cirugía, Ecografía; cadera, muslo y rodilla.

**Plan de atención de Enfermería:** Recibir y valorar al paciente, Monitorización continua, Control y registro de signos vitales, Control de ingesta y excreta, Vigilar sonda nasogástrica a caída libre, Mantener permeable vía periférica, Administración de medicación prescrita, Mantener posición semifowler, Vigilar signos de alarma, Medir densidad urinaria, Vigilar sonda Foley, Brindar medidas de seguridad.

**Informe de enfermería:** Paciente de 3 años de edad descansa en compañía de su padre intranquilo con apoyo de oxígeno a 2 litros por cánula nasal saturando 98%, sonda nasogástrica a caída libre eliminando líquido bilioso en moderada cantidad, fascies pálidas, vía periférica permeable recibiendo hidratación y medicación prescrita, abdomen suave depresible con presencia de sonda kehr drenaje eliminando líquido de característica amarillenta en escasa cantidad, presencia de sonda vesical la misma que elimina diuresis de características normales, se hace reeducación vesical, pendiente muestra de coprológico y Ecografía de cadera y muslo. Se baja a Rayos X.

### **Análisis**

Una de las complicaciones dentro del caso fue la ascariasis que fue causada por contaminación domiciliar y del entorno, en la bibliografía se reporta que: *la ascariasis es una infección intestinal provocada por el helminto o lombriz, causada por alimentos o bebidas contaminados con huevos de áscaris, esta infección está relacionada con la higiene personal y condiciones sanitarias precisas como por ejemplo: lavado de manos antes y después de realizar actividades ya que las manos son la principal fuente de contraer microorganismos que causan infección intestinal* (Mendez, 2015). El personal de enfermería debe educar a los padres sobre la higiene y

lavado de manos, evitar que el niño se ponga las manos sucias a la boca, lavado de manos antes y después de cada comida, al utilizar el baño, lavar bien las frutas, hervir bien los alimentos, evitar consumir alimentos de la calle ya que esto evitará una infección intestinal causada por huevos de áscaris.

A más de ello se recomienda la realización de **reeducación vesical**, que de acuerdo con la documentación se refiere a la *aplicación de estrategias para controlar la vejiga y por ende el acto de la micción-vaciamiento o llenado urinario post eliminación de sonda vesical* (Potenziani, 2013), En este punto es importante que el personal de enfermería realice reeducación vesical a los pacientes para controlar la sensación de urgencia y retraso de la misión, vaciamiento de la vejiga como por ejemplo de técnica de doble evacuación. Tras la revisión de la historia clínica no se especifica que técnica se utilizó para la reeducación vesical en el paciente, el proceso ni la eficacia del mismo.

**21-22/03/2017**

Paciente irritable, consiente, orientado, vègil, FC; 130x', FR; 30x', T°; 36, SO2 97%. Mucosas orales húmedas, Corazón rítmico normo cefálico, no soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, no ruidos, Abdomen suave depresible levemente doloroso, herida quirúrgica con salida de líquido del tercio inferior, extremidad inferior izquierda edema con dolor a la palpación. Diuresis horaria 0.5 ml/kg/h, balance hídrico 650 ml.

**Indicaciones** Dieta líquida más pinzamiento de sonda nasogástrica cada 6 horas, control de signos vitales más saturación, Semifowler, Control de ingesta y excreta, Densidad urinaria cada 24 horas, , Peso diario, Destrostix cada 24 horas, Reponer lo drenado milímetro por milímetro con Solución Salina al 0.9% eliminando por sonda nasogástrica, Dextrosa al 5% en agua 1250 mililitros más 45 mili equivalentes de sodio más 30 mili equivalentes de potasio en 24 hora, Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 12 horas , Metronidazol 125 miligramos endovenoso cada 6 horas, Omeprazol 25 miligramos endovenoso cada 12 horas, Ketorolaco 15 miligramos cada 8 horas endovenoso, Aminoplasma 7,5 gramos endovenoso en 24 horas, Aciclovir 250 miligramos endovenoso cada 6 horas. Se suspende Metamizol al paciente porque no dispone el hospital por lo cual se aplica Ketorolaco, mantener en nada por vía oral a partir desde las 22 horas, Ordenes Cirugía, ordenes de traumatología.

**Plan de atención de Enfermería.** Recibir y valorar al paciente, monitorizar los signos vitales, mantener vía periférica permeable, administrar medicación prescrita, vigilar drenaje y signos de alarma, medir densidad urinaria, brindar medidas de higiene y confort, brindar medidas de bioseguridad.

**Informe de Enfermería;** Paciente tranquilo, despierto, impaciente. FC; 130x', FR;30x', T°;36.5, SO2 90%, con edema palpebral lado izquierdo, cardiopulmonar normal, sonda nasogástrica liquido verdoso abundante 200ml en 4 horas, abdomen doloroso a la palpación, con herida quirúrgica eliminando liquido amarillento, más dren eliminando liquido verdoso, vía periférica permeable, miembro izquierdo muslo edematoso con diuresis espontánea se realiza baño de esponja, mantener en nada por vía oral a partir de las 22 horas, Se suspende Metamizol al paciente porque no dispone el hospital por lo cual se aplica Ketorolaco, no se administra Aciclovir intravenoso ya que el hospital no dispone de este medicamento.

### **Análisis**

En el transcurso de la hospitalización, en la herida quirúrgica se evidencia la salida de líquido de tercio inferior de color verdoso abundante, en la revisión teórica se menciona que: *esta secreción es una complicación quirúrgica que retarda la cicatrización ya que suele ser signo de infección* (Águila, Vargas, & Héctor, 2013), *por este motivo medico indica Aciclovir ya que es un agente antiviral altamente efectivo en infecciones, en este punto es primordial el cuidado de enfermería en la herida quirúrgica con medidas asépticas* Se puede evidenciar que el personal de enfermería no tomó las medidas higiénicas adecuadas en el paciente y por ello se presume la infección a nivel de la herida quirúrgica. Es de tener en cuenta que el personal de enfermería debe realizar un baño diario y valorar las características de la herida como color, olor, y si existe salida de líquido purulento, es importante mantener una limpieza diaria con suero fisiológico manteniendo las medidas asépticas necesarias como un lavado de manos cauteloso, utilizar gasas estériles durante la limpieza.

En la evolución del paciente se indica administrar Aminoplasmal que *es un suplemento alimenticio que ayuda a mantener una nutrición adecuada aportando nutrientes en el organismo* (VIDAL VADEMECUM, 2017) para ello se debe mantener medidas asépticas. Lo indicado tiene sustento científico ya que por el estado del paciente se

indica la administración de aminosplasmal para mejorar el estado nutricional, el personal de enfermería debe preparar este vitamínico alimenticio de manera estéril, como lavado de manos quirúrgico, se debe utilizar campos quirúrgicos, guantes estériles de esta manera se evitará complicaciones en el paciente como el desarrollo de una infección.

**23/03/2017**

Paciente descansa tranquilo padre no refiere molestias, despierto, consciente, afebril, hidratado FC; 125x', FR; 32x', T°; 36.5, SO2; 92%; Glasgow 14/15. Cabeza normo cefálica, mucosas orales húmedas, pupilas isocóricas normo reactivos; Cuello, móvil, no edema; Pulmones murmullo vesicular conservados no ruidos sobreañadidos; Corazón rítmicos, no soplos, abdomen apóstitos quirúrgicos limpios, dren con liquido serohemático, Extremidades musculo izquierdo edematizado, con calor, rubor, dolor, impotencia funcional moderada. Paciente estable.

**Evolución de Cirugía:** Nada por vía oral- Retiro de sonda nasogástrica- Control de ingesta y eliminación- Ordenes de Pediatría y Traumatología.

**NOTA POSTQUIRÚRGICA** Bajo anestesia general se realiza limpieza quirúrgica de muslo izquierdo, hallazgos absceso de aproximadamente 200 centímetros cúbicos, presencia de bolsa purulenta exceso de acumulamiento en la diáfisis de fémur. Se realiza perforación en diáfisis femoral no se encuentra lesiones.

**Indicaciones médicas-** Nada por vía oral por 4 horas luego dieta líquida amplia- Control de signos vitales- Control de sangrado- Ordenes de Pediatría- Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 8 horas- Cultivo y antibiograma de secreción de muslo. Paciente sube de quirófano somnoliento bajo anestesia general.

**Plan de Atención de Enfermería-** Toma y registro de signos vitales- Hidratación permanente- Administrar medicación- Semifowler- Control de ingesta y excreta- Densidad urinaria cada 24 horas- Destructix cada 24 horas- Control de drenaje- Pendientes resultados de cultivo y antibiograma de secreción de muslo- Medidas de bioseguridad- Novedades.

**Informe de Enfermería** Niño permanece en compañía de familiar, afebril, irritable al manejo, mucosas orales semihúmedas, por indicación médica se retira oxígeno

presencia de sonda nasogástrica por la cual elimina líquido verdoso en poca cantidad 100 mililitros, buena autonomía respiratoria, saturando al ambiente 91% , abdomen suave depresible a la palpación, presencia de herida quirúrgica limpia y seca refiere dolor a la palpación, presencia de drenaje por el cual elimina líquido bilioso en poca cantidad 25 mililitros, miembro inferior izquierdo presenta edema, acompañada de dolor , Balance hídrico 445ml, Diuresis horaria 291 ml/kg/h, destrostix 108mg/dl. no se administra Aciclovir intravenoso no existe en hospital.

### **Análisis**

Paciente permanece tranquilo con buena autonomía respiratoria, saturando 92% al ambiente, ingresa a quirófano por segunda ocasión para realización de limpieza quirúrgica de muslo izquierdo como menciona: *la limpieza quirúrgica es el conjunto de técnicas que se realizan en una herida para su exploración, limpieza esto ayudara a favorecer la cicatrización, eliminar y controlar infecciones y se proteger la piel el personal de enfermería debe mantener una higiene diaria valorando características de la herida* (San Martín, 2014). Por lo expuesto se puede aludir que lo indicado tiene sustento científico ya que se realiza este procedimiento quirúrgico porque el menor presento infección a nivel de muslo izquierdo, durante el postoperatorio es de suma importancia que el personal de enfermería valore la herida quirúrgica color, olor, rubor, y realice limpieza diaria antiséptica de la herida con suero fisiológico y gasas estériles, pues durante la revisión de la historia clínica no se evidencia cuidados exhaustivos que el personal de enfermería realice en el postoperatorio.

El personal de enfermería coloca al paciente en posición semifowler durante las primeras horas del postoperatorio como menciona en la literatura: *durante el post operatorio, si se utilizó anestesia general, es probable la presencia de nauseas o vomito por lo que es importante mantener al paciente en posición dorsal para evitar esta complicación* (Conaway, 2017). Se puede manifestar que lo indicado no tiene sustento científico ya que el personal de enfermería coloca al paciente en posición semifowler y ello pudo desprender complicaciones como nausea y vomito sin tomar en cuenta que es de su importancia mantener al paciente en una posición dorsal durante 4 o 5 horas hasta que la anestesia ceda.

**24/03 /2017.**

Paciente al momento álgico refiere dolor a nivel quirúrgico, consciente, orientado, afebril, hidratado. abdomen suave depresible doloroso a nivel de herida quirúrgica, extremidades dolorosas, paciente que presenta desequilibrio operatorio. Paciente al momento descansa se retira gasas, y se observa salida del intestino delgado por sutura leve a media zona umbilical se coloca gasas húmedas y se cubre intestino. Indicaciones- Comunicar al médico tratante sobre evolución del paciente- Comunicar indicaciones a pediatría- Nada por vía oral. Balance hídrico 570.6ml, densidad urinaria 1010, diuresis horaria 2,2ml/kg/hora.

**Indicaciones médica:** Dieta líquida estricta- Control de signo vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas, Semifowler, Control de ingesta y excreta, Densidad urinaria cada 24 horas, Peso diario, Destrostix cada 24 horas, Oxígeno a 1 litro por razones necesarias, Dextrosa al 5% en agua 1250 mililitros más 45 mili equivalentes de sodio más 30 mili equivalentes de potasio en 24 horas, Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 12 horas , Metronidazol 125 miligramos endovenoso cada 8 horas, Omeprazol 25 miligramos endovenoso cada 12 horas, Metamizol 130 miligramos endovenoso cada 8 horas, Aciclovir 150 miligramos endovenoso cada 8 horas Aminoplasmal 7,5 gramos endovenoso en 24 horas suspender , Ordenes Cirugía, Ordenes de traumatología, Reclamar resultados de ecografía, Sonda nasogástrica pinzar y abrir cada 6 horas- Control de sangrado- Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 8 horas- Pendiente respuesta de cultivo.

**Evolución de Pediatría.** Paciente al momento descansa tranquilo, fascies no demuestra dolor; en la tarde paciente se retira accidentalmente el dren, el cual es recolocado por parte del servicio de Cirugía, pero no drena líquido; FC 90x', FR 40x', T° 36, SO2 95%.

**Indicación-** Control y cuantificación de drenaje- Valorar tratamiento quirúrgico. Paciente presenta edema ++/++ generalizada, parpados, extremidades superiores e inferiores se decide disminuir líquidos. Indicación: Dextrosa en agua 5% 1000 con 45 mili equivalentes de Sodio con 30 mili equivalentes de Potasio en 24 horas. **NOTA DE PEDIATRÍA:** autorización de compra de Metamizol por familiares: Plan Dieta líquida desde mañana. Indicaciones médica Nebulizaciones con Solución Salina 0.9% 2.5mililitros cada 8 horas- Vitamina C 500 miligramos intravenoso diario. Paciente masculino de 4 años permanece álgico, irritable al manejo, con buena autonomía

respiratoria, presenta lesiones a nivel bucal, abdomen suave depresible doloroso a la palpación, con herida quirúrgica con apósitos limpios y secos más dren eliminando líquido oscuro de mal olor en poca cantidad, con muslo de miembro inferior izquierdo con apósito manchado de líquido amarillento, vía periférica recanalizada.

**Plan de Atención de Enfermería.** Recibir y valorar al paciente- Control y registro de signos vitales- Control de ingesta y excreta- Mantener posición Semifowler- Mantener vía permeable- Administrar medicación prescrita- Cuidados de higiene y confort- Brindar medidas de seguridad- Reducir densidad urinaria- Cumplir normas de bioseguridad- Reportar novedades.

**Informe de Enfermería.** Niño al momento en compañía de su familiar, afebril, irritable al manejo, mucosas orales semihúmedas, presenta edema ++/++ generalizada, parpados, extremidades superiores e inferiores, mucosas orales buena autonomía respiratoria, abdomen suave depresible a la palpación presencia de herida quirúrgica descubierta en proceso de cicatrización, presencia de drenaje por el cual no se observa eliminación, miembro inferior presencia de edema que deja fóvea +++, diuresis espontánea, recibe medicación indicada, no se administra Aciclovir porque no existe en farmacia.

### **Análisis**

Paciente estable, abdomen doloroso a la palpación, a la valoración de herida quirúrgica personal de enfermería evidencia salida de intestino, complicación denominada evisceración, que de acuerdo al reporte bibliográfico se expresa que esta complicación es *la salida hacia el exterior de las vísceras abdominales causadas por traumatismos o heridas quirúrgicas que no han cerrado adecuadamente* (Diccionario Médico de la Clínica de Navarra, 2015). Con lo expuesto, se puede identificar que no hubo un exhaustivo cuidado de a herida durante el postoperatorio por parte del personal de enfermería, ya que no existió una vigilancia suficiente, ni educación al familiar para evitar la movilización brusca, que el niño toque la herida.

Pero es de considerar que *cuando existe apertura de la herida quirúrgica el personal de enfermería debe manejar protocolos estrictos de asepsia y comunicar a médico tratante de manera inmediata* (Marti & Estrada, 2012). Se puede identificar que lo realizado tiene sustento científico ya que el personal de enfermería realizó un adecuado

cuidado en la apertura de la herida quirúrgica como el lavado de manos, limpieza con solución salina alrededor de herida quirúrgica, se colocó un apósito estéril húmedo en la herida para evitar que se adhiera a la piel hasta la inspección y tratamiento médico.

#### **25- 28/03/2017**

Paciente permanece tranquilo, signos vitales FC; 107x', FR; 33x', T°; 35.6, SO2; 96%. Paciente activo reactivo al manejo irritable, fascies álgicas; Cabeza mucosas orales hidratadas lesiones en labios y lengua sin signos de deshidratación; Cuello no edema; Tórax pulmones murmullo vesicular conservado corazón rítmico normo fonético no soplos; Abdomen herida quirúrgica en línea media en buenas condiciones, abdomen ligeramente distendido, herida quirúrgica sin apósito y en buen proceso de cicatrización, a nivel de drenaje cubierto con apósito ligeramente manchado de líquido ceroso, a nivel de miembro inferior izquierdo presencia de vendaje compresivo limpio y seco, vía periférica permeable, se administra mediación prescrita y se brinda cuidados de Enfermería. Pendiente Solución Salina 1000 mililitros para quirófano, resto de insumos listos Baja a quirófano mañana, timpanismos aumentado, ruidos hidroaereos disminuido; Extremidades muslo izquierdo con movilidad conservado, presencia de vendaje, edema bilateral +++/+++. Paciente estable; Glicemia capilar 88mg/dl, balance hídrico 583ml, diuresis horaria 5.43 ml/kg/h.

**Indicaciones médicas-** Dieta blanda intestinal - Control de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas- Control de ingesta y excreta, Densidad urinaria cada 24 horas- Peso diario- Suspender destrostix cada 24 horas- Suspender oxígeno- Dextrosa en agua al 5% 1200 más 45 mili equivalentes de sodio más 30 mili equivalentes de Potasio en 24 horas, Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 12 horas , Metronidazol suspender, Omeprazol 25 miligramos endovenoso cada 12 horas , Aciclovir 150 miligramos endovenoso cada 6 horas, Aminoplasmal 7,5 gramos endovenoso en 2 horas, Vitamina C 500 miligramos endovenoso cada día-Pendiente resultados de exámenes de laboratorio- Ordenes de traumatología, Ordenes de cirugía.

#### **Plan de atención de Enfermería:**

Recepción del paciente- Control de signos vitales más saturación cada 6 horas- Se alimenta con dieta blanda- Realizar control de ingesta y excreta- Realizar peso diario- Realizar densidad urinaria cada 24 horas- Mantener vía periférica permeable-

Administra mediación prescrita- Control de sangrado- Mantener acompañado de familiar- Brindar medidas de confort e higiene- Reportar novedades.

### **Análisis**

Paciente en mejores condiciones de salud, herida quirúrgica abdominal en buen estado, a la exploración el abdomen se torna ligeramente distendido -timpánico, como menciona este tipo de abdomen *es aquel que se encuentra con volumen aumentado por la presencia de sustancias en su interior sea gas, líquido o sólido que obedece a causas tanto médicas como quirúrgicas, y el timpanismo es un timbre agudo que se percibe durante la dilatación del intestino o del estómago por gases, es esencial mantener una valoración de enfermería como auscultación abdominal para identificar ruidos hidroaéreos, además de valorar el dolor* (Pinheiro, 2017). Se puede manifestar que lo indicado tiene sustento científico ya que el personal de enfermería valora si existe presencia de ruidos hidroaéreos, como menciona

En este punto, es importante iniciar con dieta blanda, *ya que es un plan de alimentación prescrito para preparar o recuperar al paciente tras una intervención quirúrgica, la dieta líquida se administrará ya que es una fuente de nutrientes y proteínas para ayudar a la estimulación gastrointestinal* (Martín, Plasencia, & González, 2013). El personal de enfermería debe vigilar la alimentación del paciente para que éste vuelva a la normalidad del tracto digestivo evitando complicaciones.

### **29- 31/03/2017 - 31/03/2017**

Paciente permanece irritable durante la noche, consciente, orientado, afebril, FC; 113x', FR; 33x', T°; 36.5, SO<sub>2</sub>; 90%. Cabeza normo cefálica; Mucosas orales húmedas; Cuello móvil; Tórax simétrico; Pulmones murmullo vesicular conservado; Corazón rítmico; Abdomen suave depresible levemente doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes; Extremidades presencia de vendaje limpio y seco en muslo izquierdo; Balance hídrico 140ml, diuresis horaria 3.5ml/kg/h.

**Indicaciones médicas-** Dieta hiperproteica- Control de signos vitales más saturación cada 6 horas- Suspender control de ingesta y excreta- Suspender densidad urinaria cada 24 horas- Peso diario- Dispositivo intravenoso sin heparina- Suspender solución Salina - Aminoplasmal 7,5 gramos endovenoso pasar en 2 horas- Ceftriaxona 750

miligramos endovenoso cada 12 horas, Omeprazol 20 miligramos vía oral en la mañana cada- Aciclovir 200 miligramos vía oral cada 6 horas, Vitamina C 500 miligramos endovenoso cada día - Ordenes de traumatología Paracetamol 200 miligramos vía oral cada 6 horas-, Ordenes de cirugía- Novedades.

**Plan de atención de Enfermería.** Recepción del paciente- Control y registro de signos vitales- Retiro de líquidos intravenosos- Mantener dispositivo intravenoso permeable- - Administrar y registrar medicación prescrita- Mantener acompañado de familiar- Brindar medidas de confort e higiene- Mantener barandales elevadas- Pendiente muestra de copro.

**Informe de Enfermería:** Paciente permanece en el servicio en mejor estado general junto a su padre está consciente orientado, afebril hidratado, se suspende líquidos intravenosos, dispositivo intravenoso permeable, se administra medicación prescrita, se suspende control de ingesta y excreta, pendiente muestra de copro.

**Análisis:**

Paciente permanece estable con buena evolución tras limpieza quirúrgica, paciente tolera dieta blanda y se inicia con dieta hiperproteica como menciona (Rivera, Morán, Triviño, & Rabat, 2016). *dieta hiperproteica, dicha dieta se basa en una ingesta de proteínas más elevada en comparación con el resto de nutrientes cuyo objetivo es prevenir o corregir el catabolismo tisular y la pérdida de peso en pacientes que tienen incrementadas sus necesidades.* El personal de enfermería debe mantener un control diario de peso en el paciente de esta manera se puede valorar el estado nutricional del ya que la dieta proteica ayudará en la aportación de nutrientes necesarios para evitar complicaciones como anemia y desnutrición.

**01/04/2017 hasta 05/04/2017**

Paciente permanece tranquilo FC; 96x', FR;32x', SO2; 89%; Mucosas orales hidratadas; Cardiopulmonar normal; Abdomen suave depresible doloroso ligeramente a la palpación, se auscultan ruidos hidroaéreos presentes; Extremidades dolor a la movilidad de miembro izquierdo.

**Indicaciones médicas** Dieta blanda intestinal- Control de signos vitales más saturación cada 6 horas- Levantar a silla -Dispositivo intravenoso sin heparina- Ceftriaxona 750

miligramos endovenoso cada 12 horas-Ácido ascórbico 500 miligramos intravenoso cada día- - Aciclovir suspender - Solución salina 0.9% suspender- Suero oral rehidratación oral 200 mililitros cada vómito. Paciente ingresa a quirófano consciente, orientado con signos estables no trae mediación para cirugía. Paciente bajo anestesia general corta se realiza retiro de puntos de sutura abdominal y de muslo izquierdo. Indicación- Dieta para la edad en 1 hora- Indicaciones de pediatría.

**Informe de Enfermería:** Niño al momento permanece en compañía de su familiar, afebril, fascies ligeramente pálidas, mucosas orales húmedas, buena autonomía respiratoria, presenta vómito en 1 ocasión de contenido alimentario, aproximadamente 250 miligramos, abdomen suave depresible a la palpación, presencia de herida quirúrgica cubierta con apósito limpio y seco recibe medicación indicada.

**Plan de atención de Enfermería:** Recepción del paciente-Toma y registro de signos vitales más saturación- Mantener dispositivo intravenoso permeable y sin heparina- Administrar y registrar medicación prescrita- Mantener familiar permanente- Mantener comunicación permanente con el familiar- Brindar medidas de confort e higiene- Reportar novedades- Realizar curación.

### **Análisis**

Paciente en mejores condiciones, por lo que se indica levantar a silla en la bibliografía se menciona que, *el personal de enfermería debe realizar cambios de posición en el paciente esto ayudara a mantener una mejor circulación sanguínea, y a evitar complicaciones como úlceras por presión, el paciente puede pasar de la camilla a una silla tras hospitalización prolongada a manera de descanso de la posición de cama siempre y cuando su condición de salud lo permita.* (Manual de procedimientos de enfermería, 2017). Se puede manifestar que lo indicado tiene sustento científico ya que el personal de enfermería realiza cambios de posición al paciente de la cama a la silla para evitar laceraciones en la piel y mejorar la circulación sanguínea y por ende se logrará mantener un bienestar emocional siempre y cuando se brinde medidas de bioseguridad.

**06-09/03/2017**

Diagnóstico Trauma abdominal cerrado, Ruptura de Duodeno, Hernia incisional, Absceso de muslo izquierdo. Paciente permanece tranquilo durante la noche, FC; 101x', FR;28x', SO2; 90%. Cabeza normo cefálica; Mucosas orales semihúmedas, Tórax simétrico; Corazón ruidos cardiacos rítmicos normo fonéticos, no soplos; Pulmones murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; Abdomen suave depresible ligeramente doloroso ala palpación, ruidos hidroaéreos presentes; Extremidades dolor a la movilidad en miembro izquierdo. Paciente en mejores condiciones.

**Indicaciones médicas;** Dieta blanda intestinal- Control de signos vitales cada 6 horas- Levantar a silla -Dispositivo intravenoso sin heparina- Ceftriaxona 750 miligramos endovenoso cada 12 horas-Ácido ascórbico 500 miligramos intravenoso cada día- Suero oral 200 mililitros cada vómito. Albendazol 400 miligramos vía oral en 8 días- Eritromicina 90 miligramos vía oral 30 minutos antes café, almuerzo, merienda.

**Plan de atención de Enfermería;** Recepción del paciente-Toma y registro de signos vitales cada 6 horas- Control de saturación- Levantar a silla- Mantener dispositivo intravenoso permeable y sin heparina- Administrar y registrar medicación prescrita- Mantener acompañado de familiar- Brindar medidas de confort e higiene- Comunicar novedades.

**Informe de Enfermería:** Paciente permanece junto a su abuelita está consciente, afebril, con dispositivo intravenoso permeable, se administra mediación prescrita, presenta vómito luego del almuerzo.

**Evolución de tarde Pediatría;** Paciente irritable al manejo, buena tolerancia oral. Se revisa serie, tránsito intestinal se aprueba que existe retorno del vaciamiento gástrico, llama la atención que a las 8 horas posteriores al estudio existe retorno de contraste a nivel gástrico posiblemente por hipotoma gástrica refiere estenosis gastro yeyunal por lo que se recomienda estudio bajo fluoroscopio.

**Indicaciones médicas:** Eritromicina 90 miligramos vía oral 30 minutos antes de café, almuerzo y merienda- Continuar indicaciones.

### **Análisis**

Paciente irritable al manejo presencia de vómito, tras revisión de tránsito intestinal se aprueba que existe retorno del vaciamiento gástrico, como menciona en la literatura, *el*

*retorno gástrico es una alteración de la fisiología de la función motora del estómago por diferentes estados patológicos, pero generalmente suele presentarse cuando existe retardo del vaciamiento de origen motor, o a su vez en casos de alteración anatómica postquirúrgica* (González & Gisbert, 2014). En este punto es esencial que el personal de enfermería debe mantener una valoración cautelosa de signos vitales, disfagia, pérdida de peso, trastornos de sueño, vigilar regurgitaciones que produzcan náusea y vómito, si esto ocurre se debe mantener hidratación, por lo tanto, es primordial la aplicación de cuidados adecuados en el paciente vigilando signos vitales y en caso de vomito se debe mantener una hidratación para evitar deshidratación.

**10 y 11 /04/2017**

**Pediatría;** Hospitalización 29 días, Diagnóstico Trauma abdominal cerrado, Ruptura de Duodeno, Hernia incisional, Absceso de muslo izquierdo. Descansa tranquilo durante la noche, FC; 108x', FR;30x', T°36.2, SO<sub>2</sub>; 93%; Cabeza normo cefálica; Mucosas orales húmedas, Tórax expansibilidad conservada; Corazón ruidos cardiacos rítmicos normo fonéticos, no soplos; Abdomen suave depresible no doloroso, herida quirúrgica en buen estado en proceso de cicatrización no signos de infección o inflamación; Extremidades simétricas, herida quirúrgica de muslo izquierdo sin signos de infección o inflamación, fuerza, tono y movilidad conservado.

**Indicaciones-** Alta **Plan de alta:** Dieta hiperproteica licuada fraccionada 5 veces al día desde las 6 de la mañana hasta las 10 de la noche- Eritromicina 90 miligramos vía oral 30 minutos antes de café, almuerzo y merienda por 8 días. Omeprazol 10 miligramos vía oral a las 6 de mañana- Albendazol 400 miligramos vía oral el viernes 14 de abril del 2017- Vitamina C 500 miligramos vía oral cada día por 8 días- Complejo B 10 mililitros vía oral por 8 días- Sulfato de Zinc 20 miligramos vía oral cada noche por 8 noches- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día por 8 días. Paciente estable.

**Nutrición y Dietética;** Paciente, masculino de 3 años de edad que presenta una anastomosis con un peso de 13.5 kilos, talla 104 centímetros IMC= 12.5kg/m<sup>2</sup> (-2 DE) bajo peso para la edad.

**Indicaciones;** Dieta blanda intestinal para la edad-Dieta fraccionada en cada 2 horas- Dieta en forma de papillas en forma de papillas, purés, coladas- Restricción de grasas y fritos- Consumo de frutas y verduras- Control del consumo de líquidos.

**Cirugía:** Paciente tolera dieta líquida eliminación de deposición normal. **Indicación;** Acudir a cita de Pediatría el Martes 18/04/2017- Signos de alarma- Alta por cirugía.

**Informe de Enfermería;** Paciente egresa en mejores condiciones, consciente, afebril, mucosas orales hidratadas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, herida quirúrgica limpia y seca, se entrega formulario de plan de alta y contrarreferencia se educa al padre sobre alimentación, cuidados que debe tener con el niño.

Análisis:

Se analiza que a los 29 días de hospitalización se decide el plan de alta tomando en cuenta que en la revisión bibliográfica se reporta que: *El alta hospitalaria se considerará cuando se haya producido una mejora clínica que permita alcanzar una situación próxima a la basal del paciente, cuando exista estabilidad clínica y que el paciente sea capaz de poder controlar su enfermedad en el domicilio o que a su vez el entorno familiar este lo suficientemente capacitado para dicho cuidado* (López, Leonel, Córdoba, & Campos, 2014). Se puede mencionar que lo realizado tiene sustento científico ya que el paciente se encontró en buena condición; mantuvo buena autonomía respiratoria, herida quirúrgica en buen estado en proceso de cicatrización, no presenta signos de infección, herida quirúrgica de muslo izquierdo sin presencia de infección, fuerza, tono y movilidad conservado.

En el plan de alta el personal de enfermería debe educar en el paciente para su cuidado domiciliario, *dentro del plan de egresamiento se debe informar el alta al paciente y a la familia, realizar una valoración sobre el estado del paciente, educar a los familiares del paciente sobre la limpieza de la herida quirúrgica, la alimentación, medicación y cuidados generales* (Sánchez M. , 2014). Se puede manifestar que lo indicado no tiene sustento científico ya que en la revisión de la historia clínica no se puede identificar la educación que el personal de enfermería debió haber dado a los familiares del paciente sobre higiene diaria , para evitar una infección de la herida quirúrgica, dentro de la administración de los alimentos no se evidencia que el personal de enfermería indique la alimentación que el paciente debe ingerir; como una alimentación líquida rica en proteínas, como verduras y frutas esto ayudara en el estado nutricional del paciente.

Como parte de la medicación del plan de alta medico indica eritromicina que será administrada para evitar infecciones causadas por bacterias y Ácido fólico que servirá como vitamínico para mejorar la condición del paciente. Es esencial mantener un cuidado exhaustivo de anastomosis, la anastomosis *es unión de segmentos del tubo digestivo tiene como objetivo restituir el tránsito digestivo para lo cual esta unión debe permanecer estanca y dejar paso adecuado, caso contrario se presentan complicaciones como salida del contenido intestinal o la obstrucción* (Carbón & Fernández, 2014), se puede manifestar que el personal de enfermería no realiza indicaciones sobre el cuidado del dispositivo como mantener una buena higiene, realizar drenaje de contenido gástrico, identificar signos de infección como olor, color, rubor, edema en el sitio donde se encuentra el dispositivo.

Un punto importante es que el paciente está por debajo del peso para su edad mediante el IMC con 13.5, por cuanto se indica la administración de Complejo B; *el complejo B es un vitamínico que ayudara a mantener energía en el metabolismo* (VIDAL VADEMECUM, 2017). Se puede afirmar que se administra complejo para evitar que se desarrolle anemia en el menor, pero a más de ello es de suma importancia educar a los familiares sobre alimentación y eliminación con sus respectivos signos de alarma.

Se analiza que es primordial la valoración de la escala de Braden debido a que el paciente por su estado clínico permanece encamado por varios días como menciona la siguiente cita bibliográfica; *las úlceras por presión es una secuela del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciendo al paciente y el otro externo a él, las zonas más afectadas son los talones, el sacro y los trocánteres, dentro de los factores que ocasionan úlceras por presión son edad, enfermedades crónicas, los fármacos, humedad, presión e higiene.* (González M. d., 2015) la escala de Branden valora percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y rose. En la información adquirida no se evidencia valoración de escala de úlceras por presión, ya que el personal de enfermería debe realizar una valoración cautelosa de la piel debido a que el paciente permaneció encamado y no podía movilizarse por su estado clínico. Se debe realizar las siguientes actividades , cambios de posición cada 3 horas, mantener sin humedad, mantener limpio y seco las sábanas sin arrugas, mantener una buena higiene de la piel, la misma que no se evidencia en las actividades realizadas por enfermería.

### **3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles**

La valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon pueden ser utilizados independientemente del enfermo para analizar el ámbito de atención primaria de salud, además de permitir estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital, en situaciones de salud o enfermedad y problemas reales o potenciales que pueden ser tratados u orientados por el personal de enfermería.

En virtud de la condición del paciente se hace necesario realizar una valoración de acuerdo con los patrones funcionales de Marjory Gordon afines al cuadro clínico del paciente donde se involucre reacciones fisiológicas, percepciones, conductas y la interacción con el entorno.

#### **PATRÓN I: PERCEPCIÓN DE SALUD**

- *Patrón correspondiente a la percepción y manejo de la salud que hace referencia a cómo percibe la persona su salud y bienestar, incluyendo las prácticas preventivas.* (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Los familiares del paciente refieren que el menor creció sano, cumplió adecuadamente con el control y vacunas respecto a su edad a pesar de las dificultades geográficas, sin embargo, se recalca que la localidad donde el paciente reside no dispone de todos los servicios básicos y ello pone en situación de vulnerabilidad (infecciones) al niño.

No obstante, este patrón se encuentra gravemente comprometido antes y durante la hospitalización considerando la condición crítica con la que paciente ingresa a la entidad de salud y el progreso del cuadro clínico que se vio agravado por múltiples complicaciones propios de la patología y de los medios utilizados.

#### **PATRÓN II: NUTRICIONAL-METABÓLICO**

- *Patrón que valora la parte nutricional y metabólica del paciente, evalúa costumbres en cuanto a ingesta de alimentos y líquidos respecto a las*

*necesidades metabólicas.* (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Los padres del menor expresan que antes de la patología el paciente tenía 3 comidas (mismos alimentos que consumía toda la familia) al día y tan sólo en ciertas ocasiones el menor recibía 5 comidas (fruta, papilla) además que la dieta no era equilibrada pues la familia no dispone de medios económicos para ello.

Durante la hospitalización el paciente ingresa con peso de 15 kilos y una talla de 104cm, la dieta los primeros 10 días nada por oral, posteriormente se indica sonda nasogástrica, 5 días de dieta líquida estricta, 7 días de dieta hiperproteica, 3 días de dieta blanda intestinal, al egreso del hospital egresa con peso de 13.1 kilos. IMC=12.5kg/m<sup>2</sup> que resulta insuficiente para su edad.

Dentro de este punto, es de considerar que el paciente ingresa con abdomen globoso producto de la ascariasis, por lo que se asume que a nivel alimenticio no se tomaron las medidas de higiene necesarias para evitar dicha complicación, pues es de tomar en cuenta además que, el lugar de residencia del menor carece de servicios básicos que imposibilitan llevar a cabo medidas sanitarias adecuadas. Debido a ello tanto, el paciente como sus familiares fueron desparasitados.

### PATRÓN III: ELIMINACIÓN

- *Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel al igual que los demás aspectos como rutinas personales y características de las excreciones.* (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Paciente durante hospitalización presenta sonda vesical para diuresis donde se evidencia presencia de líquido purulento, hemático. Además, por proceso infeccioso se presentaron vómitos, sudoración excesiva, salida de líquidos de herida

Resulta importante destacar que por la gravedad de la patología del paciente se tomaron medidas (sonda) que conllevaron a que el paciente no pudiese controlar adecuadamente esfínteres lo que posteriormente requirió de reeducación vesical.

### PATRÓN IV: ACTIVIDAD-EJERCICIO

- ***Patrón que se refiere a las habilidades y capacidades de movilidad autónoma y capacidad para realizar actividad física*** (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

El paciente antes de la hospitalización ejecutaba todas las actividades de vida diaria, física y de recreación adecuadamente. Sin embargo, durante la hospitalización realizaba actividades como caminar, bañarse, cambiarse de ropa, ingesta de alimentos y entre otras funciones con asistencia de familiares, además que la edematización, infección, herida, sonda y demás situaciones impidieron que el paciente pueda valerse por sí sólo.

#### PATRÓN V: SUEÑO -DESCANSO

- ***Patrón que describe la costumbre de sueño, reposo y relajación a lo largo del día, además de los hábitos físicos o medicamentosos para conciliar el sueño y alcanzar el descanso.*** (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Antes de la hospitalización el paciente dormía aproximadamente 10 horas durante la noche pues en el día permanecía muy activo, lo hacía de manera independiente y sin necesidad del uso de recursos físicos.

Durante la hospitalización el menor no descansa, permanece somnoliento, delira, muestra ansiedad, miedo a permanecer solo debido a las complicaciones e intervenciones a las que fue sometido por lo que siempre se muestra irritable al manejo y con llanto intenso.

#### PATRÓN IV: COGNITIVO-PERCEPTIVO

- ***Paciente que se refiere a las capacidades sensorio-perceptuales y cognitivas del paciente (funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas), evalúa la sensibilidad al frío, al color, a los olores y determina la existencia del dolor al igual que capacidades relativas a memoria y lenguaje*** (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

El paciente antes de la hospitalización poseía sus sentidos bien desarrollados, permanecía siempre alerta, consciente, orientado, aunque poseía dificultades respecto al lenguaje (propio de la edad y la región que habita).

Durante la hospitalización el paciente permanecía consciente, aunque en ciertas ocasiones se mostraba desorientado, presentaba alucinaciones, se observaron alteradas las funciones gustativas debido a que se mantuvo mucho tiempo con dieta nada por vía oral y sonda.

#### PATRÓN VIII: ROL-RELACIONES

- *Patrón que valora las relaciones de la persona con el núcleo familiar y el entorno* (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Los progenitores del paciente refieren que el niño poseía buena relación entre familia y con el resto de personas, pero sentía mayor apego con la madre.

Sin embargo, durante la hospitalización el paciente se mostraba irritable, agresivo y no mantenía relación alguna con ninguna persona ajena a su núcleo familiar, ello causó graves inconvenientes en el proceso de valoración y tratamiento.

#### PATRÓN XI: VALORES-CRENCIAS

- *Patrón que evalúa los valores o creencias más importantes que rigen la vida de la persona como el sentido de la responsabilidad, respeto, etc. aparte evalúa las expectativas que estas generan con relación a la salud* (Federación Mexicana de colegios de enfermería, 2013)

Este patrón se vio alterado tomando en cuenta que las creencias del vínculo familiar no se relacionan de manera directa con el servicio sanitario, sino que incluye otros medios empíricos (fregadores, curanderas, recursos naturales) y ello comprometió el estado de salud del menor.

#### **Análisis de familiograma y ecomapa**

Respecto al entorno familiar del paciente, se puede afirmar que existe buena relación entre ambos progenitores mismos que conviven juntos, pero no están casados, el padre

tiene 30 años de edad y madre 27, el paciente posee una hermana menor (1 año). Respecto al resto de integrantes de la familia no se reportan datos, pero se puede manifestar que existe una relación muy estrecha y amorosa entre los cuatro miembros de la familia. (Ver anexo 1)

Con relación al ecomapa se puede aludir que la familia del paciente mantiene una relación estrecha con la religión y el entorno familiar, una relación estable en cuanto a vivienda y trabajo (sólo el padre trabaja y es quien mantiene el hogar) y existe una relación de quiebre en cuanto a educación (ambos progenitores no culminaron la secundaria), servicios básicos (no existe servicio de agua potable, alcantarillado, telefonía) y salud pues no existe relación directa sanitaria sino empírica como curanderos, fregadores. (Ver anexo 2)

## **IV DESARROLLO**

### **4.1 Descripción cronológica detallada del caso**

**13/03/2017** Paciente de tres años nacido y residente en la Mana mestizo estudiante, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, refiere que mientras se encontraba jugando se golpea sobre una superficie dura lo cual afecta el muslo izquierdo es llevado al (fregador) por dos ocasiones, administran medicación que no recuerdan. El paciente es referido de la Clínica San Agustín con diagnóstico de osteomielitis séptica de cadera y rodilla izquierda, es valorado en el servicio de emergencia de esta casa de salud y se decide su ingreso. **14/03/2017** Tras exploración y pruebas complementarias se diagnóstica: Artritis séptica de muslo izquierdo y cadera izquierda. El paciente con exantema macular y en talones, edema palpebral, Glasgow 13/15, vómito y por el estado del niño se inicia antibioterapia por sepsis por Estafilococos. **15/03/2017** Paciente en malas condiciones se mantiene irritable, con prurito intenso, edematizado, signos vitales; FC: 115, FR: 25x', SO<sub>2</sub>:92%, T°36, Glasgow 12/15, extremidad inferior izquierdo, edema, rubor, calor, de dificultad respiratoria, quejambroso, taquipnéico, corazón taquicárdico, pulmones con murmullo vesicular diseminado. IDG Síndrome perforativo de víscera hueca intraabdominal, es intervenida por LAPARTOMIA EXPLORATIVA. **16-17-18-19/03/2017** Diagnóstico postoperatorio: Líquido gástrico biliar más o menos 100 mililitros- Sección traumática de la primera porción del duodeno- Procedimiento incisión media, aspiración de líquido peritoneal, sutura de

orificio gástrico de la perforación- Enterotomía de extracción de Áscaris- Gastroyeyuno Anastomosis latero lateral- Colocación de dren tubular adyacente o sección duodenal- Lavado de intestino. Por lo que se recomienda sonda nasogástrica y medicación. **22/03/2017** Paciente con sonda nasogástrica a caída libre eliminando líquido verdoso, abdomen doloroso a la palpación, con herida quirúrgica, eliminando líquido amarillento, por cuanto se recomienda vía periférica permeable, administrar medicación, baño de esponja y NPO. **23/03/2017** Bajo anestesia general se realiza limpieza quirúrgica de muslo izquierdo, hallazgos absceso, con recomendación de Nada por vía oral, dieta líquida amplia, control de signos vitales y de sangrado. **25-26/03/2017** Paciente irritable, consciente, hidratado, afebril, muslo izquierdo, presencia de drenaje limpio buena movilidad. **28/03/2017** Procedimiento Limpieza quirúrgica. **29/03/2017** herida quirúrgica en proceso de cicatrización, a nivel del dren apósito ligeramente manchado, vendaje en miembro inferior izquierdo limpio y seco con buena circulación distal con órdenes de traumatología para cirugía. **30-31/03/2017** Paciente permanece estable, con ligero dolor a nivel de herida quirúrgica. **01-02-03-04 /04/2017** herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización, vendaje y apósito limpio y seco, vía periférica permeable, se administra mediación prescrita, paciente sin molestias. **05/04/2017** Hospitalización 23 días, Diagnóstico Trauma abdominal cerrado, Ruptura de Duodeno, Evisceración Hernia incisional. Paciente bajo anestesia general corta se realiza retiro de puntos de sutura abdominal y de muslo izquierdo. **06-07-08-09/04/2017** Paciente permanece estable al momento consciente, orientado, autonomía respiratoria., abdomen suave depresible no doloroso, con presencia de herida quirúrgica en buen estado. **10/04/2017** Paciente permanece consciente, afebril, irritable al manejo, buena tolerancia oral, por lo que se recomienda dieta hiperproteica, control de signos vitales, levantar a caminar- Retirar dispositivo intravenoso. **11/04/2017** Plan de alta, paciente tolera dieta líquida eliminación de deposición normal. **18/04/2017** Alta por cirugía, paciente egresa en mejores condiciones, consciente, afebril, mucosas orales suave depresible no doloroso a la palpación, herida quirúrgica limpia y seca, se entrega formulario de plan de alta y contrarreferencia se educa al padre sobre alimentación, cuidados que debe tener con el niño.

#### **4.2 Descripción de los factores de riesgo**

Estratificar los factores de riesgo, aumenta la probabilidad de diagnóstico; pues la combinación de dos o más factores incrementa sensiblemente la posibilidad de que la artritis séptica se presente, entre los principales factores de riesgo están:

## **BIOLÓGICOS**

### **Edad**

- *Dentro de los factores de riesgo, los que predisponen a un peor pronóstico es la edad, la artritis séptica es más común en niños suele presentarse con mayor frecuencia en lactantes hasta los 3 o 5 años (Hernández, et al., 2017). (Hernández, y otros, 2017)*

De acuerdo con los datos de la Historia clínica, el paciente tiene tres años de nacido, por lo que se asume que su corta edad fue un factor de riesgo importante para que contrajera artritis séptica.

### **Osteomielitis**

- *La artritis séptica puede ser secundaria a osteomielitis aguda, por extensión de la infección desde la metáfisis ósea a la articulación (Hernández, et al., 2017).*

El paciente es referido de la Clínica San Agustín con diagnóstico de osteomielitis séptica de cadera y rodilla izquierda, por lo que se puede manifestar que dicha afección fue uno de los factores que incidieron para el apareamiento de artritis séptica/infecciosa.

## **AMBIENTALES**

### **Infección bacteriana**

- *La artritis séptica se presenta por infección bacteriana que pueden generar infección en las articulaciones, entre las más comunes están: staphylococos, estreptococos, gonococos, bacilo hemófilos (Calvo & Cruz, 2013). Las personas pueden contraer una infección por staphylococos a partir de objetos contaminados, aunque generalmente estos se propagan a través del contacto de la piel (compartir objetos), aunque los ambientes calurosos y húmedos favorecen este tipo de infecciones pues la sudoración excesiva*

*incrementa las probabilidades de contraer infección por staphylococos* (Bush & Schmidt, 2017)

El paciente tras valoración y exámenes complementarios fue diagnosticado con Sepsis por estafilococos y se asume que dicha infección alteró el estado de las articulaciones (cadera y rodilla lesionadas por caída) del infante desencadenando el cuadro de artritis séptica. Y a pesar de que no se encontró la causa por la que se contrajo dicha infección, por la revisión de la literatura se puede asumir que la misma se pudo contraer en el ambiente socio familiar debido a que el paciente reside en la Maná (localidad de clima cálido-húmedo) en la que no se cuenta con todos los servicios básicos.

## **ESTILOS DE VIDA**

### **Atención empírica**

- *Atención brindada antes de disponer de información completa sobre un proceso patológico a tratar y es, por tanto, un tratamiento de probabilidad que en muchas ocasiones puede agravar el cuadro clínico e incluso desencadenar en la muerte. Todos los años mueren millones de menores de 5 años debido a enfermedades que pudieron ser evitadas o controladas mediante atención de salud oportuna* (Chirán & Latacumba, 2013).

De acuerdo con lo manifestado por los padres del paciente, tras la caída del menor este fue llevado en primera instancia a un fregador (la familia acude al fregador con frecuencia) quien lo revisó y ejecutó masajes, movilidad articular, tratamiento y prescripción de medicación. Este un factor importante dentro del proceso de enfermedad del paciente, pues dicho tratamiento complicó su estado e impidió que sea trasladado a un hospital oportunamente.

### **4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud**

#### **Oportunidad en la solicitud de consulta**

El paciente fue referido de casa asistencial privado con diagnóstico de osteomielitis séptica de cadera y rodilla izquierda, sin embargo, no es recibido de manera inmediata

en el Hospital por falta de camas, es así como tras tres días el paciente puede ingresar y ser valorado en el servicio de emergencia, se decide su ingreso y tratamiento.

### **Acceso y dificultades geográficas o de orden público**

La localización geográfica fue un gran problema para el desarrollo del cuadro clínico del paciente, considerando que el mismo reside en la Maná (cantón de Cotopaxi) y recibir atención de salud dentro del sistema público y privado resulta dificultoso por la lejanía entre el domicilio y dichas entidades de salud.

Este problema también se hizo evidente cuando el paciente fue trasladado a casa asistencial en la provincia de Latacunga, pues los familiares debían viajar por aproximadamente una hora y media para estar pendientes de la salud del menor.

### **Características de la atención**

La atención en el primer nivel fue regular, en virtud de que el paciente no fue atendido y tratado completamente al no contarse con los recursos suficientes para tratar osteomielitis y artritis séptica, por cuanto se requirió de otra entidad de salud.

La atención de salud a segundo nivel resultó buena, tomando en cuenta que el paciente fue valorado, diagnosticado y tratado hasta mejorar su estado de salud, pero dentro del curso de la patología se presentaron ciertas complicaciones como: rash cutáneo, exantema, infección a nivel de la herida, hernia incisional, evisceración y carencia de medicamentos principalmente, factores que desencadenaron complicaciones considerables en el cuadro clínico del menor.

### **Trámites administrativos**

Respecto a los trámites ejecutados dentro del proceso de enfermedad del paciente se presentaron algunas dificultades a nivel administrativo, en primera instancia la demora en cuanto a la referencia al hospital y posteriormente la escasez de medicamentos que el menor necesitaba para su recuperación, mismos que a pesar de que fueron solicitados a nivel interhospitalario no pudieron conseguirse.

### **4.4. Identificación de puntos críticos**

**Tabla 1** Puntos críticos en Artritis séptica

<b>PUNTOS CRÍTICOS EN ARTRITIS SÉPTICA</b>	
<b>Alteración de consciencia</b>	Desorientación Alucinaciones
<b>Piel</b>	Rash cutáneo Lesiones evanescentes en todo el cuerpo Prurito intenso Lesiones maculopapulares Exantema (sepsis estafilococos)
<b>Deshidratación</b>	Mucosas secas
<b>Alteración de movilidad</b>	Edema Dolor intenso Absceso
<b>Herida quirúrgica</b>	Inflamación Hernia incisional Evisceración
<b>Alteración nutricional</b>	IMC insuficiente para edad Falta de apetito Alteración gustativa
<b>Descanso</b>	Cambio de horario -sueño Dificultad para conciliar el sueño Somnolencia
<b>Irritabilidad</b>	Varios intentos de retiro de vía periférica Resistencia para valoración/exámenes Resistencia para curaciones
<b>Alteración en eliminación</b>	No control de esfínteres Vómito Sudoración excesiva (fiebre) Sonda/dren (líquido seroso amarillento, hemático, purulento)

**Elaborado por:** Investigadora

## 4.5 Caracterización de oportunidades de mejora

**Tabla 2** Oportunidades de mejora en artritis séptica

<b>Oportunidades de mejora</b>	<b>Acciones de mejora</b>
Conciencia	Monitorizar signos vitales Valoración de Glasgow Determinar precozmente signos y síntomas de afectación neurológica Realizar seguimiento
Cuidado de la piel	Examen diario de la piel Valoración de puntos de apoyo posicional Identificación de antecedentes alérgicos Medidas de higiene e hidratación Control de exceso de humedad Tratamiento de lesiones
Manejo de herida quirúrgica	Brindar información sobre el procedimiento Controlar la herida Mantener medidas de asepsia Prevenir contaminación de secreciones corporales Proteger piel circundante Limpieza quirúrgica Favorecer la cicatrización Educar al paciente y/o familiares sobre el manejo de herida quirúrgica Precauciones circulatorias
Nutrición	Control de IMC Cálculo de requerimientos energéticos según edad Control de asimilación de dieta Favorecer la alimentación
Descanso	Mantener horarios de actividad y descanso Evitar períodos de sueño durante el día

	<p>Favorecer un ambiente de descanso</p> <p>Proporcionar medidas de confort</p>
Irritabilidad	<p>Manejo de ansiedad</p> <p>Explicar procedimientos/complicaciones</p> <p>No llevar a cabo imposiciones</p> <p>Propiciar un ambiente lúdico para comunicación y confianza</p>
Fisiología de eliminación	<p>Reeducación vesical</p> <p>Control de ingesta-excreta</p> <p>Vigilar cantidad, características, volumen y frecuencia</p> <p>Vigilar signos de alarma</p>
Movilidad	<p>Realizar movilidad asistida</p> <p>Fomentar la movilidad activa y pasiva según la condición y limitaciones patológicas y procedimentales</p> <p>Cambios posturales</p>

**Elaborado por:** Investigadora

#### 4.6 Propuesta de tratamiento



## **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**



**Elaborado por:** Jessica Criollo

**Ambato-Ecuador  
2018**

## ÍNDICE DE LA GUÍA

Introducción .....	43
Objetivos.....	43
Desarrollo.....	44
1. Intervención de enfermería en el control de signos vitales.....	45
1.1 Tensión arterial .....	45
1.2. Temperatura.....	45
1.3. Respiración.....	45
1.4. Frecuencia cardíaca.....	45
1.5. Oximetría .....	45
2. Valoración de enfermería cefalocaudal.....	46
3 Cuidados de enfermería relacionados con la sintomatología de artritis séptica.....	47
3.1 Manejo del dolor .....	47
3.2 Cuidados de la piel .....	47
3.3 Manejo del edema.....	48
3.4 Cuadro febril .....	49
3.5 Sueño y descanso .....	50
4 Transcurso de hospitalización.....	50
4.1. Consideraciones en canalización .....	50
5 Consideraciones respecto a la administración de medicación.....	52
5.1 Recomendaciones generales.....	52
5.2 Guía de administración prescrita.....	54
6 Cuidados de enfermería en el quirófano .....	65
6.1 Cuidados de enfermería en el postoperatorio .....	65
6.2 Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato.....	65
7 Cuidados de enfermería relacionados con la cirugía.....	65
7.1 Colocación de sonda Foley .....	65
7.2 Colocación de sonda nasogástrica .....	66

8 Cuidados de enfermería en caso de patología añadida-ascaridiasis.....	67
9 Cuidados de enfermería en el postoperatorio.....	68
10 Cuidados de enfermería en vías y drenajes.....	70
10.1 Manejo de herida quirúrgica .....	71
10.2 Procedimiento de curación de heridas .....	71
10.3 Accionar en heridas con signos de infección.....	72
10.4 Accionar en evisceración .....	72
11 Manejo de alimentación por vía oral.....	73
12.Cuidados de enfermería en el proceso de alta .....	74
12.1 Medicación.....	74
12.2 Alimentación.....	74
12.3 Higiene.....	75
12.4 Actividad física .....	75
12.5 Signos de alarma.....	75
12.6 Cuidados en casa .....	75

## **1. Introducción**

Considerando que la artritis séptica es un proceso inflamatorio agudo provocado por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos, que llegan a la articulación por diferentes vías como la hematógena, por vía directa y por contigüidad debido a la extensión de un foco infeccioso hacia la cavidad articular, se hace necesario desarrollar un plan de intervención sobre cuidados de enfermería que contribuyan a mejorar la condición de salud de este tipo de pacientes y más aún en etapas tempranas donde dicha asistencia no solo es beneficiosa sino sumamente importante para evitar el apareamiento de complicaciones, secuelas e inclusive el compromiso vital (Xicará, 2013).

Por ello la presente guía engloba los puntos más importantes del accionar de enfermería durante la hospitalización del paciente como es el ingreso, transcurso de la hospitalización y el plan de alta.

## **2. Objetivos:**

### **Objetivo general:**

- Elaborar una guía de cuidados de enfermería dirigida al personal de enfermería sobre el manejo del paciente con artritis séptica

### **Objetivos específicos:**

- Proporcionar directrices para el personal de enfermería sobre la atención del paciente con artritis séptica
- Agilizar el accionar de enfermería en casos de artritis séptica
- Mejorar la atención del personal de enfermería en casos de artritis séptica

### **3. Desarrollo:**

La presente guía de enfermería para artritis séptica se realiza de manera cronológica de acuerdo con el caso presentado y a base de los puntos críticos en los que se hace necesario el accionar del personal de enfermería.

## **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**

**Concepto:** La artritis séptica es la inflamación de una articulación a causa de una infección por gérmenes que, puede afectar a cualquier articulación sobre todo a las más grandes como la cadera o aquellas expuestas a traumatismos como la rodilla.

### **AL INGRESO DEL PACIENTE**

Al ingreso del paciente se debe registrar y estabilizar la situación del paciente: ello permitirá la planificación y la emisión de cuidados generalizados, la identificación de problemas reales y potenciales además de facilitar la comunicación e intervención entre el equipo de salud.

#### **Consideraciones generales:**

- Verificar el estado del paciente
- Confirmar y registrar datos en la historia clínica
- Educar al paciente y familia sobre las actividades a desarrollarse
- Preservar la intimidad del paciente con el uso de recursos del medio
- Fomentar e identificar factores de riesgo y protección
- Verificar o colocar pulsera identificativa
- Colocar al paciente ropa adecuada para el medio hospitalario
- Acomodar al paciente el habitación o cama
- Control de signos vitales

## **1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE SIGNOS VITALES CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:**

La monitorización de signos vitales es un aspecto importante del personal de enfermería pues con ello se puede establecer las variaciones dentro de la normalidad para un accionar oportuno.

### **Tensión arterial: tensiómetro, brazalete**

- ✓ Verificar que el equipo esté calibrado
- ✓ Evitar insuflar demasiado aire
- ✓ En caso de no ser perceptible la tensión en un brazo, utilizar el otro o en miembros inferiores
- ✓ Desinfectar perfectamente el tambor del fonendoscopio
- ✓ Utilizar brazalete de 5-7 cm para niños

### **Temperatura: termómetro y sachet de algodón esterilizado**

- ✓ Tomar el termómetro y algodón seco
- ✓ Limpiar iniciando desde la ampolla de mercurio con movimiento circulatorio
- ✓ Verificar que el termómetro digital esté encendido
- ✓ Permanecer junto al paciente durante la toma de temperatura
- ✓ Utilizar termómetro personal
- ✓ Tomar la temperatura en axila
- ✓ Poner especial énfasis en la limpieza del termómetro
- ✓ Verificar que la temperatura sea la adecuada

### **Respiración: monitor con indicador de respiración/reloj segundero**

- ✓ Identificar alteraciones en el ritmo y profundidad de movimientos respiratorios
- ✓ Colocar suavemente la mano sobre el tórax del paciente

### **Frecuencia cardíaca: fonendoscopio, reloj con segundero**

- ✓ Lavarse las manos previas al protocolo
- ✓ Desinfección de fonendoscopio con alcohol previo a su uso
- ✓ Localizar previamente el pulso radial o femoral
- ✓ Contabilizar un minuto completo de conteo

### **Oximetría: torundas con alcohol, oxímetro calibrado**

- ✓ Realizar limpieza de la piel en la extremidad a colocar el sensor
- ✓ Colocar el sensor verificando contacto adecuado con la piel
- ✓ Fijar el sensor teniendo precaución de lesiones de piel
- ✓ Observar el monitor verificando que la FC este acorde al usuario para poder evaluar la oximetría

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (EducarChile)

## 2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA- CEFALOCAUDAL

La valoración cefalocaudal es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado general del paciente.

### Recomendaciones:

- ✓ Recolección de información e identificación del paciente
- ✓ Control hemodinámico (pulso, presión arterial, respiración, temperatura)
- ✓ Revisar condiciones generales de ingreso
- ✓ Examen físico:
  - Cabeza: valorar simetría, presencia de hematomas, laceraciones, cefalea, mareos
  - Cara: fascies
  - Cuello: presencia de rigidez, edema, dolor, heridas, presencia de collarín
  - Ojos: presencia de midriasis, secreciones
  - Nariz: heridas visibles o alteraciones por presencia de sonda nasogástrica
  - Labios: signos de deshidratación, pérdida de fluidos
  - Lengua: lesiones, ulceraciones, signos de deshidratación
  - Tórax: observar expansión torácica
  - Abdomen: dolor, presencia de incisión, apósitos, drenajes
  - Piel: presencia de edemas, cianosis, cambios de color, prurito, puntos de presión
  - Extremidades: presencia de edemas, fijación de sonda vesical, canalización de vía
  - Registrar y reportar novedades en las notas de enfermería en el SOAPIE
- ✓ Recopilar antecedentes personales de importancia
- ✓ Recopilar antecedentes familiares de importancia

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Trejo, Maldonado, & Camacho, 2016)

### **3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**

La artritis séptica implica una serie de síntomas propios como dolor, fiebre, edema y alteraciones en la piel que deben ser cuidados para evitar complicaciones en el cuadro clínico

#### **3.1 Manejo del dolor**

El dolor es un elemento importante por considerar sobretodo en pacientes pediátricos con cuadros clínicos severos como la artritis séptica, que implica dolor por la misma condición, exámenes, valoraciones, procedimientos y tratamiento, por cuanto es recomendable que el personal de enfermería:

- ✓ Determine la presencia o riesgo del dolor tras cambios clínicos, antes, durante y después de procedimientos, etc.
- ✓ Realizar valoraciones del dolor con escala de FLACC
- ✓ Registrar las características del dolor (intensidad, frecuencia, ubicación)
- ✓ Evaluar las intervenciones farmacológicas
- ✓ Incluir cuidados no farmacológicos como: ejercicios para facilitar el sueño, estado de ánimo y bienestar general, además de medidas de respiración-relajación, cambios posturales
- ✓ Valorar signos de alarma como dolor nuevo, repentino, incesante, fiebre, disnea

#### **3.2 Cuidado de la piel (rash, prurito, exantema)**

Los pacientes hospitalizados con cuadros clínicos críticos como la artritis séptica requieren la provisión de cuidados especiales respecto a la piel, pues la severidad de la condición, polifarmacia, realización de diferentes procedimientos y tratamientos invasivos o traslados son factores que afectan considerablemente su estado, por ello se requiere que el personal de enfermería aproveche las intervenciones higiénicas y procedimentales para valorar la textura, temperatura, hidratación en la piel y así prevenir cualquier tipo de lesión o identificar alergias, irritaciones o cualquier tipo de trastorno cutáneo que pueda agravar la situación del paciente.

El cuidado de la piel implica:

- ✓ Registrar el estado de la piel a diario

- ✓ Determinar trofismo: pilosidad, coloración, aspecto, humedad, disposición de pliegues, elasticidad, espesor
- ✓ Identificar antecedentes alérgicos y farmacológicos del paciente
- ✓ Realizar pruebas de sensibilidad
- ✓ Determinar las causas de la alteración cutánea (rash, prurito)
- ✓ Administrar adecuadamente la medicación prescrita (inmunomoduladores, antihistamínicos, analgésicos tópicos, opiáceos)
- ✓ Disminución y eliminación de presión a través de cambios posturales con una periodicidad de 2 horas
- ✓ Mantener la piel siempre limpia
- ✓ aconsejar al paciente el uso de ropa holgada
- ✓ Evitar contacto directo de la piel con la lana, plástico o sustancias alérgicas
- ✓ Eliminar la humedad excesiva de piel causada por transpiración
- ✓ Aplicar barreras de protección
- ✓ Colocar elementos para aliviar presión (colchón suave-inflable, cojines)
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas
- ✓ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión
- ✓ Brindar tratamiento de aquellos procesos que puedan incidir en la aparición de lesiones en la piel
- ✓ Mantener la higiene e hidratación de la piel lo que implica: no prolongar el baño por más de 10 minutos, usar jabón con PH neutro y agua tibia, secar sin efectuar presión poniendo especial atención en pliegues, no aplicar colonia ni alcohol, no ejecutar masajes en las prominencias óseas o zonas enrojecidas, aplicar crema excepto en pliegues asegurándose de su completa absorción
- ✓ Valoración de puntos de apoyo de elementos terapéuticos como sonda nasogástrica, mascarilla, tubo endotraqueal, drenajes, sujeción
- ✓ Tener precaución con drenajes: evitar fugas, utilizar colectores, apósitos y productos de barrera.
- ✓ Tener precaución al usar medios físicos antitérmicos o elementos para incrementar la temperatura del paciente como mantas eléctricas o líquidos calientes.
- ✓ Cambiar diariamente el sitio de fijación de sondas y drenajes
- ✓ Fomentar la movilidad y actividad del paciente en la medida de lo posible

### **3.3 Manejo del Edema**

El cuadro clínico del paciente implicó la presencia de edema en varias ocasiones, por tanto, en estos casos es necesario:

- ✓ Localizar las zonas edematizadas
- ✓ Signo de Godet/fóvea
- ✓ Determinar consistencia, color, temperatura, sensibilidad

- ✓ Promover el cuidado de la piel
- ✓ Disminución de ingesta de sal en la comida
- ✓ Manejo de líquidos/electrolitos
- ✓ Control de ingesta-excreta, llevar registro exhaustivo
- ✓ Manejo de hipervolemia
- ✓ Controlar parámetros hemodinámicos invasivos
- ✓ Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y respiración
- ✓ Elevación de extremidades
- ✓ Utilizar medidas de compresión
- ✓ Hielo de 20-30 minutos
- ✓ No utilizar ropa ajustada
- ✓ Tratar la causa específica del edema
- ✓ Administración de medicación/vigilancia en la administración

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Organización Panamericana de la Salud) (Flores, Flores, & Lazcano, 2014)

### 3.4. Cuadro febril

Es importante considerar que la fiebre es un signo propio de la artritis séptica que al ser un proceso infeccioso se presenta de manera reiterada por cuanto es indispensable:

- ✓ Determinar estado de conciencia -Glasgow
- ✓ Observar posibles alergias, interacción o contraindicación de ciertos medicamentos
- ✓ Verificar la orden de medicación de antipiréticos
- ✓ Vigilar signos vitales y valores de laboratorio antes de administrar el medicamento
- ✓ Observar el efecto terapéutico y adversos de la medicación
- ✓ Fomentar el consumo de líquidos
- ✓ Incrementar la circulación de aire y administrar oxígeno de ser necesario
- ✓ Aplicar medidas de enfriamiento con medios físicos
- ✓ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas
- ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Manejo de pacientes con síndrome febril en urgencias, 2017)

### **3.5. Sueño y descanso**

Debido a las condiciones del paciente es necesario diseñar un soporte para facilitar los ciclos del sueño y vigilia que se han modificado con el proceso patológico:

- ✓ Mantener al paciente lo más cómodo posible
- ✓ Reducir al máximo la estimulación ambiental nocturna: luz, ruido, temperatura, olores, etc.
- ✓ Realizar solo aquellos procedimientos considerados necesarios durante la noche
- ✓ Controlar el dolor, ansiedad y estrés
- ✓ Asegurar el número de horas de sueño suficientes
- ✓ Limitar el sueño durante el día
- ✓ Durante el día fomentar la práctica de actividades de reposo

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Gracida, 2014)

## **4. EN EL TRANCURSO DE LA HOSPITALIZACIÓN**

Durante la hospitalización el personal de enfermería se encarga primordialmente de:

### **4.1 Consideraciones en la canalización de vía**

La canalización intravenosa es una técnica realizada por el personal de enfermería para el acceso directo a la circulación venosa y con ello poder restituir el equilibrio del ácido base, administración de fármacos, hidratación, transfusión, nutrición y mantenimiento del acceso venoso, pero que de no ser colocado adecuadamente puede provocar complicaciones como hematomas o tromboflebitis.

#### **Recomendaciones para tener en cuenta:**

- Lavarse las manos utilizando de forma correcta la técnica
- Cuando las venas estén dilatadas escoger las más distales para la inserción en el momento de presión con torniquete o realizar ejercicios
- Utilizar cánulas del menor diámetro exterior posible
- Mantener niveles de flujo tan bajos como sea posible
- Respetar los tiempos de permanencia de punción realizando los cambios o por turnos
- Minimizar el dolor
- Evitar venas cercanas a arterias y vasos adyacentes profundos

- Reducir el riesgo de contaminación bacteriana por flora dérmica y procedente del contacto con el catéter
- Es preciso inspeccionar exhaustivamente enrojecimientos, tirantez o edema (reacción venosa que requiere retirada inmediata del catéter)
- Se debe fijar y evitar movilidad de la vía periférica
- Inspección diaria y cambio cada 72 horas
- Limpiar y comprobar el perfecto funcionamiento de la vía cada 48 horas; el proceso de limpieza se realizará en la zona de la punción con antiséptico y colocación de apósito limpio y para comprobar el funcionamiento de la vía poner un compresor al paciente unos centímetros por encima de donde se sitúa la vía, con una jeringa extraer sangre para comprobar la permeabilidad, retirar el compresor e introducir el suero para limpiar los restos de sangre
- Si al introducir el catéter por la vena se presenta obstrucción, se introducirá suero fisiológico a través de una jeringa lentamente mientras se empuja el catéter hasta su total introducción, con la entrada del suero se conseguirá una expansión de las paredes de la vena, facilitando que ingrese el catéter
- Una vez que la vía esté canalizada y permanece salinizada, a la hora de administrar medicación muestra obstrucción realizar un lavado con suero fisiológico, introduciendo lentamente de 2 a 4cc de suero mediante jeringa
- Es recomendable utilizar apósitos transparentes para valorar el estado del punto de punción sin tener que manipular la vía
- Los apósitos de los catéteres venosos periféricos deben cambiarse cada 2 horas o con mayor frecuencia cuando estos estén sucios, húmedos o despegados
- Mantener cuidados del catéter: valorar el sistema de fijación del catéter que este quede lo más fijo posible para evitar entradas o salidas
- Se deberá palpar el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura
- En caso de extravasación: considerar el tipo de solución que se está perfundiendo: en soluciones isotónicas o de ph normal se puede utilizar compresas calientes para aliviar las molestias e incrementar la circulación de la zona, si se extravasan soluciones o medicamentos irritantes (fármacos antineoplásicos-vesicantes) se debe interrumpir inmediatamente, aplicar hielo, mantener elevada la extremidad durante 48 horas y notificar al médico en caso de que las molestias persistan.
- En caso de flebitis se debe utilizar cánulas más pequeñas, considerar la posibilidad de reducir la dosis medicamentosa o diluir el fármaco en mayor cantidad de solución, se ser el caso retirar la vía, aplicar compresas templadas, pomada heparinizante y en caso de fiebre efectuar cultivo de punta de catéter
- Equimosis y hematomas: es recomendable retirar el catéter, compresión, hielo local

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (Centro de Desarrollo Profesional, 2015) (Enfermería Práctica, 2016) (Revista médica electrónica, 2017)

## 5. CONSIDERACIONES RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

La administración de medicación es uno de los roles más importante del personal de enfermería por ello se debe cumplir con recomendaciones respecto a su preparación y administración y vigilancia.

### 5.1 Recomendaciones generales:

- ✓ La administración debe llevarse a cabo bajo prescripción
- ✓ Aplicar los 10 pasos de administración medicamentosa:

1. Lavado de manos	
2. Administrar el medicamento al paciente correcto, verifica	Nombres y apellidos Verificar identificación con la pulsera Preguntar a la familia si no responde
3. Administra la dosis correcta	Comprueba 2 veces la dosis con la prescripción médica Confirma si hay duda
4. Administrar el medicamento correcto, realiza los tres pasos	Al sacado del recipiente Al preparado Antes de administrar
5. Administrar la medicación a la hora correcta	Cumple prescripción médica Cumple con la hora establecida
6. Administar la medicación a la hora correcta	Cumple prescripción médica Cumple con la hora establecida
7. Educar al usuario y la familia sobre el medicamento que se administra	Informe al paciente el procedimiento
8. Obtener una historia farmacológica completo del paciente	Alergias Infecciones farmacológicas
9. Llenado de registros	Kárdex Hoja de evolución si hay novedades
10. Registra iniciales de nombres y apellidos Kárdex	

- ✓ En caso de medicamentos de vía oral considerar:  
Agitar bien medicamentos líquidos

- No administrar medicamentos preparados por otras personas
- Medir el medicamento líquido teniendo el recipiente a la altura de los ojos
- Administrar el medicamento con pequeñas cantidades de agua
- ✓ En caso de medicamentos de vía intramuscular considerar:
  - El volumen administrado sea menor o igual a 3cc
  - El número de dosis del medicamento a inyectar no deben ser numerosas
- ✓ En caso de medicamentos de vía periférica considerar:
  - Seleccionar la vena tomando en cuenta: trayecto, movilidad, diámetro, fragilidad y resistencia
- ✓ Evitar la administración endovenosa de cualquier sustancia en venas situadas por debajo de una infiltración, zona de flebitis, heridas, hematomas o lesiones cutáneas, venas trombosas
- ✓ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad, interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
- ✓ Se debe administrar primeramente antibióticos y luego analgésicos
- ✓ Es importante registrar en el cárdex la administración de medicación con las iniciales y la función que cumple en la persona que se administra.

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (Educación en Salud, 2015) (Enfermería y medicina, 2013)

## 5.2 Guía de administración de medicación prescrita en Artritis séptica más ascaridiasis

Medicación	Efecto	Administración	Consideraciones- Precauciones
Dextrosa	<p>Glucosa, las soluciones isotónicas se emplean para suministrar líquido al organismo además de nutrición.</p> <p><b>Indicación:</b> Restitución y /o mantenimiento de volumen circulante, en pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico. Entre estas entidades se encuentran hemorragia quirúrgica o traumática, deshidratación, vómito, hiperhidrosis, insuficiente ingestión de líquidos.</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> Tromboflebitis causada por la acidez de la solución, una respuesta febril, una infección en el sitio de la inyección, hipovolemia, deshidratación celular, hiperglicemia, glucosurias y edemas</p>	La glucosa 5% es isotónica y se administra por vía intravenosa,	<p><b>Contraindicado:</b> intolerancia a los carbohidratos. Pacientes con diabetes mellitus o niveles excesivos de glucosa en sangre</p> <p><b>Administración:</b> hipertónica en las venas periféricas puede causar trombosis, por lo que se considera la posibilidad de que ocurra recanalización y embolismo pulmonar.</p> <p><b>Interacciones:</b> no se reportan</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Realizar frecuentes controles de balance hídrico e iónico y de la glucemia- Controlar la posible hipokalemia e hiponatremia- Con dosis elevadas de glucosa se recomienda añadir 40mmol/1000Kcal de potasio y fosfatos de forma eventual.</p>

<p>Solución salina</p>	<p>Incrementa la volemia, presión sanguínea y reduce hemoconcentración y viscosidad de sangre Tratamiento de la deshidratación <b>Efectos adversos:</b> Si se administra continuamente en el mismo lugar de perfusión puede producirse- Dolor- Fiebre- Infección- Flebitis</p>	<p>Intravenosa y se debe vigilar la función cardiovascular y respiratoria</p>	<p><b>Contraindicado:</b> antecedentes de reacción de hipersensibilidad a esta proteína <b>Administración:</b> En casos donde exista pérdida de sangre, la administración de grandes cantidades de albúmina se debe complementar con concentrados globulares, para combatir la anemia relativa que pudiera presentarse <b>Interacciones:</b> se recomienda no suministrar otras soluciones por la misma vía de administración <b>Cuidados de Enfermería:</b> Úsese bajo estricta vigilancia médica- No aplique esta solución si está turbia o con sedimento – Revise la permeabilidad de la vía periférica</p>
<p>Oxacilina</p>	<p>Utilizada para la infección por estafilococos</p>	<p>Intravenosa, tener precaución en hipersensibilidad a penicilinas <b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p>Los alimentos disminuyen su absorción. Debe administrarse con el estómago vacío, 1 h antes o 2 h después de los alimentos <b>Contraindicado:</b> antecedentes de hipersensibilidad a penicilinas y de reacción de hipersensibilidad inmediata a beta-lactámicos. <b>Interacciones:</b> doxiciclina, democlociclina, minociclina, oxitetraciclina, tetraciclina, vacunas vivas atenuadas: disminuye los efectos por antagonismo farmacodinámico <b>Cuidados de enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio- Vigilar el nivel de conciencia-</p>

			Administrar inmediatamente después de haberlo preparado
Metamizol	<p>Derivado pirazolonico muy soluble con efectos analgésicos, antipiréticos, antiespasmódico y antiinflamatorio débil</p> <p><b>Indicaciones:</b> Dolor agudo moderado, fiebre alta, en todo caso, es de segunda elección</p>	<p><b>Intravenoso:</b> Diluir en 50ml de suero. No se recomienda la administración directa.</p> <p><b>Intramuscular:</b> es dolorosa, inyección profunda.</p> <p><b>Tiempo de administración:</b> Intravenosa administrar diluido lentamente o en infusión en 20 a 30 minutos.</p> <p>Suero de elección: Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p><b>Contraindicado en:</b> hipersensibilidad a pirazolonas. Antecedentes de reacciones alérgicas (rinitis, urticaria o asma) inducidas por ácido acetilsalicílico u otros AINE. Antecedentes de agranulocitosis por medicamentos y anemia aplásica.</p> <p><b>Administración:</b> en niños debe utilizarse en casos severos y cuando otras medidas hayan resultado ineficaces o el paciente sea intolerante a otros agentes antipiréticos. Deberá administrarse durante períodos cortos</p> <p><b>Interacciones:</b> clorpromazina: puede producirse hipotermia severa si se administran de forma concomitante. Ciclosporina: disminuye su concentración.</p> <p><b>Cuidados de enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio. Vigilar el nivel d conciencia – Identificar factores que puedan contribuir el vómito- Vigilar la frecuencia, el ritmo la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.</p>
Metronidazol	Agente antiinfeccioso - antibacteriano	Intravenoso, se debe evitar dosis altas y prolongadas	<p><b>Contraindicado:</b> hipersensibilidad conocida a los nitroimidazoles. Daño hepático severo y porfiria</p> <p><b>Administración:</b> se prefieren esquemas de</p>

			<p>tratamiento cortos y evitar dosis altas</p> <p><b>Interacciones:</b> anticoagulantes orales: refuerza efecto anticoagulante. Fenobarbital: produce un aumento del metabolismo del metronidazol que reduce su vida media. Cimetidina: prolonga la vida media del metronidazol por reducción de su aclaramiento plasmático</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio- Usarse bajo prescripción- Vigilar si hay efectos adverso al haber administrado la medicación</p>
Ceftriaxona	<p>Acción efectiva frente a gérmenes gramnegativos</p> <p>Indicaciones tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes- Sepsis – Infecciones abdominales, articulares, de huesos, piel, tejidos blandos heridas- Profilaxis peri operatoria de infecciones</p>	<p>Intravenoso cada vial de 250mg 0 500mg se disolverá en 5ml de agua estéril para inyección.</p> <p>Intramuscular: el vial se disolverá en la solución de clorhidrato de lidocaína que lo acompaña ( 2ml de 500mg) dicha solución de lidocaína nunca se administra vía intravenosa.</p> <p><b>Tiempo de administración:</b>  <i>Inyección intravenosa</i> administrar en 2-4 minutos- <i>Infusión intravenosa</i> administrar en 20 minutos</p>	<p><b>Contraindicado:</b> antecedentes de hipersensibilidad a cefalosporinas y de reacción de hipersensibilidad inmediata a beta-lactámicos. En uso conjunto con calcio en recién nacidos y neonatos</p> <p><b>Administración:</b> reducir la dosis (máximo: 2 g/día). El tratamiento por más de 14 días, la presencia de deshidratación, insuficiencia renal o la nutrición parenteral absoluta</p> <p><b>Interacciones:</b> la asociación con un amino glucósido es a menudo sinérgica, pero son incompatibles en la misma solución. El probenecid reduce la aclaración renal de casi todas las cefalosporinas, excepto la ceftazidima que se elimina solo por filtración glomerular. Pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales y</p>

			<p>aumentar el efecto anticoagulante de los cumarínicos.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las deposiciones- Permanecer con el paciente durante el ataque- Identificar factores que puedan contribuir el vómito- Vigilar de cerca al paciente por si procede hemorragia.</p>
Tramadol	<p>Analgésico</p> <p><b>Indicaciones:</b> Dolor moderado o severo asociado con otros fármacos</p> <p>Efectos secundarios: mareo vértigo somnolencia, desorientación, síncope, náuseas, vómito, visión borrosa, depresión respiratoria</p>	<p>Intravenoso: no debe ser utilizado prolongadamente por lo que requiere reajuste de dosis</p> <p><b>Tiempo de administración:</b></p> <p>Intravenosa: infundir en 2-3 minutos. Perfusión y mantenimiento: infundir cada 8-6h</p> <p><b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad al tramadol o a cualquier componente del fármaco u opioides. Asma bronquial aguda grave, depresión respiratoria .</p> <p><b>Administración:</b> Los estudios disponibles avalan que la forma inyectable puede utilizarse en niños (dosis única); no obstante, este fármaco debe administrarse en niños en casos excepcionales y en dosis cuidadosamente calculadas según su masa corporal.</p> <p><b>Interacciones:</b> carbamazepina: disminución (50 %) de los niveles plasmáticos y la vida media de tramadol, con posible inhibición de su efecto debido a la inducción de su metabolismo. Quinidina, fluoxetina, paroxetina, amitriptilina: incrementan concentraciones de tramadol y reducen la de su metabolito, al ser inhibidores de su metabolismo.</p>

			<p><b>Cuidados de Enfermería :</b>Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, respiración- Identificar causas posibles de los cambios en .os signos c; vitales- Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia de analgésicos prescrito- comprobar el historial de alergias y medicamentos- Controlar el nivel de conciencia</p>
Omeprazol	<p>Inhibe la secreción ácida del estómago</p> <p>Indicaciones Tratamiento y prevención de recidivas de úlcera duodenal y gástrica-Prevención de lesiones gastroduodenales asociadas a antiinflamatorios no esteroides en pacientes de riesgo.</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> erupción de la piel, prurito, reacción alérgica, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas vómitos, cefalea</p>	<p>Oral: en caso de niños no se recomienda administración intravenosa Diluir la dosis en 100ml de suero</p> <p>Tiempo de administración Dosis intermitentes administrar en 20-30 min</p> <p><b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad a omeprazol, embarazo, lactancia, niños.</p> <p><b>Administración:</b> o usar más de 20 mg/día.</p> <p>Niños: no se recomienda la administración intravenosa</p> <p><b>Interacciones:</b> inhibidores selectivos de la COX-2, claritromicina: incrementan las concentraciones plasmáticas del fármaco. Digoxina, claritromicina: aumenta sus concentraciones plasmáticas. Anticoagulantes cumarínicos, fenitoína: aumenta su actividad. Itraconazol, ketoconazol: la absorción disminuye por el uso con omeprazol. Diazepam: inhibe su metabolismo e incrementa sus concentraciones sanguíneas. Metrotexato: reduce su excreción e incrementa el riesgo de toxicidad.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Verificar los efectos de las náuseas-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas- Observar si</p>

			hay temblores- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales derivadas de hipomagnesemia ( náuseas, vómito, anorexia, diarrea y distensión abdominal)
Aminoplasmal	Suplemento nutricional para suplir proteínas y líquido	Intravenoso: deberá combinarse con aporte adecuado de solución glucosa, tener precaución en casos de hipercalcemia, hiperhidratación, alteraciones en riñón	<p><b>Contraindicaciones:</b> alergias, hipercaliemia, hiperhidratación</p> <p><b>Administración:</b> La administración de esta solución deberá siempre combinarse con un aporte adecuado de calorías (soluciones de glucosa o emulsiones grasas)</p> <p><b>Interacciones:</b> Las soluciones de aminoácidos como Aminoplasmal el 10% no deben usarse como soluciones portadoras de otros medicamentos. Si se mezclan con otros medicamentos, pueden darse reacciones que podrían estropear la solución</p>
Ketorolaco	Antiinflamatorio no esteroideo de acción antipirética y antiinflamatoria <b>Indicaciones:</b> Tratamiento a corto plazo del dolor moderado o severo en el postoperatorio y el dolor causado por cólico nefrítico	<p><b>Intravenoso,</b> diluir el contenido de la ampolla en 10ml de suero, administrar bolo lento en no menos de 15s.</p> <p><b>Perfusión intermitente</b> diluir el contenido de la ampolla en 100ml, en bolsa de infusión estándar, administrar en 15-60min.</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> Hipersensibilidad al Ketorolaco, alergias, úlcera gastro-duodenal activa, hemorragia digestiva reciente o antece-den-tes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva</p> <p><b>Administración:</b> uso prolongado ocasiona irritación gastrointestinal, sangrado, ulceración y perforación, dispepsia, náusea, diarrea, somnolencia, cefalea, vértigos, sudoración, vértigo, retención hídrica y edema.</p> <p><b>Interacciones:</b> Disminuye acción de: furosemida</p>

			(formulación parenteral) <b>Cuidados de Enfermería:</b> Vigilar signos vitales- Observar si hay tendencias hemorrágicas en pacientes de alto riesgo- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso- Observar si aumenta la intranquilidad, la ansiedad o la falta de aire.
Aciclovir	Antiviral Indicaciones Virus herpes simple-Tratamiento de inmunodeprimidos con herpes zoster-Profilaxis de las infecciones por herpes simple en inmunodeprimidos Efectos secundarios erupción, prurito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, anemia, trombocitopenia, leucopenia	Intravenoso: el paciente debe estar adecuadamente hidratado o vigilar signos de intolerancia <b>Preparación:</b> Reconstituir el vial con 10ml de agua para inyección o suero, una vez diluido, agitar energéticamente para asegurar la mezcla homogénea. <b>Tiempo de Administración</b> Perfusión mediante bomba de infusión a ritmo controlado en un periodo no inferior a 1h. <b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%	<b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad conocida al aciclovir <b>Administración:</b> El paciente debe estar adecuadamente hidratado <b>Interacciones:</b> probenecid: aumenta la vida media plasmática del aciclovir, otros fármacos que afectan la fisiología renal podrían producir nefrotoxicidad <b>Cuidados de Enfermería:</b> Controlar la eliminación urinaria, incluyendo el color- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica ( comprobar los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades)
Vitamina C	Coenzima que participa en reacciones oxidativas	Intravenoso, oral: tener precaución en anemia y cuando existe restricción de sodio (1	<b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad al ácido ascórbico <b>Administración:</b> altas dosis pueden incrementar la

		gramo de vitamina C aporta 5mEq de sodio)	<p>absorción del hierro</p> <p><b>Interacciones:</b> desferoxamina: su uso conjunto puede incrementar la toxicidad hística del hierro (por aumento de la absorción gastrointestinal). Anticoagulantes orales: dosis alrededor de 10 g/día de ácido ascórbico puede disminuir la absorción oral del anticoagulante.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Determinar estado nutricional e ingestión de alimentos en vitamina C- Registrar estado deficiente antes y durante el tratamiento: escorbuto, desarrollo óseo insuficiente.</p>
Albendazol	<p>Helmíntico y anti protozario frente a parásitos intestinales</p> <p>Indicaciones: Ascariosis, tricurosis, teniosis intestinal</p> <p>Efectos adversos: Dolor epigástrico y abdominal, náusea vómito, diarrea, cefalea, vértigo, exantema, prurito</p>	Oral	<p><b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad a derivados benzimidazoles</p> <p><b>Interacciones:</b> praziquantel: incrementan la concentración sérica del metabolito activo albendazol sulfóxido (&gt;50 %). Cimetidina: incrementan concentración del sulfóxido a nivel biliar y dentro del contenido quístico en hidatidosis. Dexametasona: puede aumentar la concentración plasmática de albendazol. Alimento rico en grasa: incrementa su adsorción hasta 5 veces.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Las tabletas `pueden ser deglutidas, masticadas o trituradas y mezcladas con alimento- No es necesario ayuno ni laxantes.</p>
Eritromicina	Antibiótico de acción antibacteriana	Oral y en casos de administración parenteral debe ser diluida y	<b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad a los macrólidos.

	<p><b>Indicaciones:</b> Infecciones orales- Infecciones respiratorias- Infecciones de piel y partes blandas- infecciones por Chlamydia trachomatis y uretritis no gonocócica- Difteria, tos ferina</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> erupción cutánea, dolor torácico, arritmias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea convulsiones</p>	<p>administrada en un período no menor a 1 hora</p> <p><b>Forma de preparación:</b> Reconstituir el contenido del vial con 20ml de agua para inyección. Diluir 250-500ml de suero fisiológico.</p> <p>En caso de usarse suero glucosado al 0.5%, deben añadirse 0.5ml de bicarbonato sódico 1ml por cada 100ml de suero glucosado 0.5% e infundir lentamente para evitar dolor en el recorrido de la vena</p> <p>Tiempo de administración: administrar de 30 a 60 minutos</p> <p>Suero de elección suero salino fisiológico al 0.9% de primera elección</p>	<p><b>Administración:</b> Las soluciones para administración parenteral deben ser diluidas y administradas en un período no menos de 1 h</p> <p><b>Interacciones:</b> es un inhibidor del sistema enzimático del citocromo hepático P-450 (particularmente CYP1A2 y CYP3A4) e incrementa los niveles séricos y la probabilidad de reacciones adversas de teofilina, arfarina, carbamazepina, ácido valproico, triazolam, midazolam</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Observa si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje, en la piel y membranas mucosas- Registrar disritmias cardíacas- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca- Observar si hay tromboflebitis y trombosis de venas profundas</p>
Complejo B	<p>Requerimiento vitamínico fundamental para mantener funciones metabólicas</p>	<p>Oral</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> Hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes de la fórmula</p> <p><b>Administración:</b> revisar signos de alergia especialmente en problemas de hígado, diabetes o deficiencia de vitamina B12</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Determinar estado nutricional – Registrar estado deficiente antes y durante el tratamiento- Verificar si hay presencia de efectos adversos.</p>

--	--	--	--

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (VIDAL VADEMECUM, 2017) (INFOMED, 2017) (Alvarez, 2015) (Guia Farmacologica., 2015)

## **6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**

### **6.1 Cuidados de enfermería en el Preoperatorio:**

El objetivo principal del personal de enfermería antes de la intervención se basa en reducir la ansiedad que podría desencadenar complicaciones, durante el intraoperatorio las funciones de enfermería están relacionadas con la higiene y control de signos vitales y estado en general y en el postoperatorio en el manejo del dolor y cuidado de heridas.

- ✓ Asegurar indicaciones de nada por vía oral y verificar profilaxis antibiótica
- ✓ Tomar muestras de laboratorio, resultados y rellenar peticiones
- ✓ Informar a paciente y familiares sobre el procedimiento y corroborar la firma de consentimiento
- ✓ Asegurar la condición del paciente: higiene (baño), preparación cutánea, utilizar antisépticos
- ✓ Revisión de historia clínica: comprobar identidad, padecimiento, alergias

### **6.2 Cuidados de enfermería en el Preoperatorio inmediato:**

- ✓ Colocar al paciente elementos necesarios: gorra, bata
- ✓ Identificar al paciente colocando brazalete con nombre, cama, servicio
- ✓ Registro de signos vitales y saturación de oxígeno
- ✓ Si está indicado instalar: vía venosa, sonda nasogástrica, sonda Foley
- ✓ Informar al paciente y familia a qué hora ingresa, en qué lugar pueden esperar y la hora aproximada en la que recibirán información o la finalización de la intervención.
- ✓ Verificar si se realizó baño
- ✓ Verificar insumos
- ✓ Controlar medidas de asepsia en el campo quirúrgico
- ✓ Comprobar el funcionamiento de aparatos
- ✓ Registrar la actividad realizada al paciente tanto física como medicamentosa, Signos vitales, preparación de la zona y quien recibe en la sala

## **7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA**

### **7.1 Colocación de sonda vesical FOLEY**

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral con el objetivo de establecer una vía de drenaje temporal desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y terapéuticos.

#### **Consideraciones para tener en cuenta:**

- ✓ Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda para detectar signos de obstrucción de la sonda
- ✓ Cuando el paciente esté en decúbito supino la bolsa y tubo se colocarán por encima del muslo, si el paciente está en decúbito lateral tener precaución de que la sonda no quede debajo del paciente y se colocará a un lado del paciente, durante la deambulación el paciente mantendrá la sonda sujeta al muslo
- ✓ Fijar el tubo de drenaje a la pierna calculando movilidad para evitar tirones
- ✓ Educar al paciente para que mantenga la bolsa por debajo de la vejiga y con ello prevenir infecciones por reflujo
- ✓ Excepto a que exista contraindicación se debe estimular el aporte de líquidos (2-3 litros/día) para aumentar el flujo urinario y evitar infecciones
- ✓ Limpieza perineal exhaustiva cada 12 horas
- ✓ Limpieza e irrigación con povidona yodada diaria tanto de genitales como de punto de inserción de la sonda
- ✓ Valorar indicadores de infección urinaria (incremento en la temperatura, escalofríos, dolor suprapúbico, orina turbia o de mal olor, hematuria, infección uretral)
- ✓ En casos de que se tenga que pinzar la sonda hacerlo en el tubo de drenaje y nunca en el catéter
- ✓ La sonda podrá ser cambiada de acuerdo a su composición: látex cada 21 días, látex cada 2 meses, plástico cada 7 días como máximo.

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Servicio Andaluz de salud, 2017)

## **7.2 Colocación de sonda nasogástrica**

Su uso en intubación nasal se limita a intubaciones nasoesofágicas o nasogástricas en niños pequeños, empleada para descomprimir la vejiga cuando no es necesario dejar una sonda a permanencia.

### **Recomendaciones:**

- ✓ Si la sonda no atraviesa coanas usar otras de menor calibre y no insistir en el procedimiento para evitar laceración
- ✓ En caso de nauseas asistir con respiraciones
- ✓ Si a la introducción se presenta insuficiencia respiratoria o cianosis, retirar el tubo
- ✓ Procurar el buen mantenimiento de la sonda durante la prescripción, cambiar el apósito nasal cada 24-48 horas y mantener higiene de fosas nasales
- ✓ Una vez extraída desecharla en la basura y proceder a higiene de fosas nasales
- ✓ Mantener al paciente en fowler al menos 30 minutos para evitar aspiraciones
- ✓ La sonda deberá retirarse entre 4-6 semanas (sondas de larga duración de poliuretano o silicona)

### **Cuidados durante su utilización:**

- ✓ No mezclar medicación con alimentos
- ✓ Triturar los comprimidos hasta que se disuelvan por completo
- ✓ Infundir 50 ml de agua tras cada administración ya sea de medicación o alimento para evitar sedimentación
- ✓ Limpiar la boca y fosas nasales diariamente con solución aséptica, gasa, cotonetes
- ✓ Mover diariamente la sonda haciéndola rotar para reducir zonas de contacto y consecuentemente irritación o úlceras
- ✓ Vigilar y cambiar medios de sujeción de la sonda para evitar irritación
- ✓ Evitar el riesgo de aspiración con vigilancia de medios de sujeción
- ✓ Verificar antes de cada uso la correcta posición y funcionamiento

Acciones en casos de:

- ✓ Lesiones o irritación en nariz: cambiar la posición de la sonda, aplicar solución desinfectante
- ✓ Obstrucción de sonda: pasar agua tibia por la sonda con una jeringa
- ✓ En caso de náuseas o vómito vigilar la posición de paciente e incorporar la cama de 30-45°, reducir el ritmo de administración, reiniciar la nutrición al paso de 1 o 2 horas
- ✓ Diarrea: revisar la fórmula, nutrir cada 2 horas, pasar el alimento lentamente (2-3 min por jeringa). Para fórmulas poliméricas estándar (1kcal/ml) se inicia con 50ml/h y avanzar a la infusión meta (240-480ml) con incrementos de 25 ml cada 8 horas de acuerdo con la tolerancia, para fórmulas densamente calóricas (1kcal/ml) iniciar a 25 ml/h y progresar igual que la estándar. En caso de que presente intolerancia disminuir la infusión 10 a 25 ml/h o retornar a la tasa de infusión previa.
- ✓ Brindar el alimento a temperatura ambiente.

## **8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CASO DE PATOLOGÍA AÑADIDA-ASCARIDIASIS**

La ascaridiasis fue una de las alteraciones que se hizo evidente durante la hospitalización y ello agravó el cuadro clínico de artritis séptica.

La ascaridiasis es una infestación parasitaria provocada por helmito o lombriz intestinal *Áscaris lumbricoides*, esta condición implica pérdida del apetito, fiebre, respiración sibilante, vómitos, distensión abdominal, abdomen globoso, obstrucción intestinal

El manejo de enfermería respecto a ascaridiasis contempla:

- ✓ Extracción de áscaris durante laparotomía exploratoria

**En postquirúrgico:**

- ✓ Proporcionar medicamentos para paralizar o matar la lombriz intestinal

- ✓ Tratamiento simultáneo del infectado y el resto de la familia para evitar la reintroducción de microorganismos
- ✓ Educación familiar/entorno sobre medidas de higiene:

Importancia del lavado de manos antes de preparar los alimentos, comer y utilizar el servicio sanitario con agua y jabón

Lavar las frutas, vegetales y verduras que se consumen crudas

Quemar, enterrar o aislar la basura

En caso de no existir agua potable, es preferible hervirla por 10 minutos o ponerle cloro

Tener un sistema adecuado de disposición de excrementos

Utilizar zapatos para evitar contacto directo con lodo, tierra, desperdicios

Evitar consumir alimentos en la calle y lugares deficientes de condiciones higiénicas

Realizar exámenes regulares de control de parásitos

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Revista médica electrónica, 2014) (Centro de Salud Bollullos, 2012) (Romero & López, 2015)

## **9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POSTOPERATORIO**

El accionar del personal de enfermería en el posoperatorio es sustancial para garantizar el buen estado del paciente.

### **9.1 Consideraciones**

- ✓ Llevar al paciente a sala de hospitalización general
- ✓ Monitorizar signos vitales y saturación de oxígeno
- ✓ Canalizar vía
- ✓ Vigilar estado de conciencia Glasgow

Escala de coma de Glasgow		
Variable	Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	Espontanea	4
	Estimulo Verbal	3
	Al dolor	2
	Nula	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Palabras inapropiada	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Nula	1
Respuesta Motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Reflejo flexor	3
	Reflejo extensor	2
	Nulo	1

- ✓ Valorar respuesta a la anestesia con Escala de BROMAGE

CUIDADO POST-OPERATORIO DESPUES DE ANESTESIA REGIONAL: ESCALA DE BROMAGE

**Tabla 7. Evaluación del bloqueo motor (Escala de Bromage)**

1-Completo: incapaz de movilizar pies y rodillas

2-Casi completo: solo capaz de mover pies

3-Parcial: capaz de mover rodillas

4-Nulo: flexión completa de rodillas y pies

- ✓ Valorar dolor con escala de FLACC (Escala de evaluación del dolor en niños)

<b>Escala de FLACC. Indicada en la evaluación del dolor en niños &lt;4 años, y no colaboradores</b>			
<b>Puntuación</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Expresión facial	Expresión habitual; cara relajada	Arruga la nariz; frunce el entrecejo; muecas esporádicas	Temblor del mentón Mandíbula tensa
Posibilidad de consuelo	Está a gusto de modo espontáneo	Se le puede consolar	Es difícil consolarle
Llanto	No hay llanto	Gimotea, se queja	Llanto intenso
Actividad	Está acostado y tranquilo	Se dobla sobre su abdomen; encoge las piernas	Está rígido
Movimientos de piernas	Piernas relajadas	Piernas inquietas	Pataleo intenso
Nota: 0= no dolor; 1-2= dolor leve; 3-5= dolor moderado; 6-8: dolor intenso; 9-10= máximo dolor imaginable			

- ✓ Valorar sangrado
- ✓ Valorar o cambiar apósitos
- ✓ Verificar orden respecto a posición
- ✓ Verificar indicación sobre medicación
- ✓ Verificar dieta
- ✓ Realizar curaciones
- ✓ Notificar novedades o complicaciones

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Portal de enfermería Enferlic, 2008-2018), (AEEV, 2015)(Farreras, 2017) (Sociedad Andaluza de medicina Intensiva y Unidades coronarias, 2017)

## **10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN VÍAS Y DRENAJES**

Los drenajes son sistemas formados por tubos que son colocado con el objetivo de evacuar al exterior y recoger contenidos residuales del organismo para evitar la aparición de infecciones locales y generalizadas. Se debe tener en cuenta:

- Manipular el drenaje con manos limpias, desinfectadas y con guantes
- Comprobar si no se han producido desconexiones
- Realizar cura diaria de la zona de inserción con técnica aséptica
- Valorar signos de infección, filtración, exudado, hemorragias
- Cambiar gasas de los drenajes diariamente o siempre que esta se encuentre manchada
- Anotar y valorar la cantidad de exudado, apariencia, color, olor, sólidos encontrados, número de veces de vaciamiento, etc.
- Comprobar la permeabilidad del drenaje
- Administrar solución fisiológica antes y después de medicación
- Mantener higiene de las luces del drenaje/vías
- Aplicar vendaje compresivo siempre que se considere necesario
- Llevar registro y control estricto

### **10.1 Manejo de herida quirúrgica**

Uno de los cuidados primordiales que se deben brindar en el postoperatorio es el manejo de la herida quirúrgica donde se debe proteger la herida de infecciones y favorecer la cicatrización:

- ✓ Inspeccionar el sitio de incisión para determinar enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia
- ✓ Proteger la herida contra lesiones mecánicas
- ✓ Instruir al paciente acerca del cuidado de la incisión
- ✓ Absorber drenaje y prevenir contaminación proveniente de secreciones corporales
- ✓ Limpiar la zona circundante con solución antiséptica desde la zona más limpia hacia la menos limpia
- ✓ Inhibir microorganismos o destruirlos mediante el empleo de apósitos con propiedades antisépticas y antimicrobianas
- ✓ Aplicar bandas o tiras de sujeción, además de vendaje para proteger la incisión
- ✓ Favorecer la homeostasis y proporcionar un ambiente fisiológico que conduzca a la cicatrización
- ✓ Proporcionar comodidad física para el paciente

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (San Martín, 2014)

## **10.2 Procedimiento de curación en heridas**

Procedimiento que se lleva a efecto mediante el cambio de apósitos, tras examinar y limpiar la herida con principios de asepsia

- ✓ Colocar al paciente en posición cómoda en la cual quede expuesta la herida
- ✓ Despegar el apósito con una gasa humedecida con antiséptico, traccionar con cuidado
- ✓ Retirar los apósitos teniendo precaución de no desconectar drenajes
- ✓ Examinar la herida: color, consistencia, secreciones, olor
- ✓ Iniciar la limpieza empleando una pinza estéril, tomar la gasa estéril, doblarla y montarla en la pinza, impregnarla de solución salina
- ✓ Limpiar la herida siguiendo protocolo: del centro a la periferia, de arriba hacia abajo, de distal a proximal
- ✓ Repetir el procedimiento empleando otras gasas humedecidas con solución antiséptica
- ✓ Enjuagar la herida con solución estéril para irrigación utilizando el mismo método de limpieza
- ✓ Secar con gasa quirúrgica

- ✓ Colocar el apósito estéril adecuado teniendo en cuenta las condiciones de la herida
- ✓ En caso de colocarla sobre el tubo drenaje, se hace un corte en uno de los extremos de la gasa, hasta la parte media para poder deslizar la gasa y colocar la abertura a nivel del tubo de drenaje
- ✓ Cubrir bien la herida
- ✓ Colocar cinta adhesiva para fijar el apósito

### **10.3 Accionar en heridas con signos de infección**

- ✓ Remover tejido necrótico y cuerpos extraños
- ✓ Absorber el exceso de exudado
- ✓ Proteger el tejido de regeneración y la invasión bacteriana
- ✓ Utilizar coberturas de última generación para eliminar tejidos desvitalizados y favorecer granulación
- ✓ Propiciar un ambiente húmedo fisiológico: para reparación celular, impedir la formación de costra, proporcionar aislamiento térmico, incrementar la velocidad de cicatrización, permitir retirar apósito sin dañar nuevas células
- ✓ Manejo avanzado de heridas: técnica aséptica, arrastre mecánico, desbridamiento, apósitos o cobertura, cintas quirúrgicas, vendajes, entre otros.

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Andújar, 2012)

### **10.4 Accionar en caso de Evisceración**

La evisceración constituye una de las complicaciones postoperatorias que implica una alta morbilidad y mortalidad, por lo que debe ser manejada adecuadamente.

- ✓ El personal de enfermería deberá asegurarse de lo ocurrido
- ✓ Cubrir los órganos con gasas humedecidas en solución salina
- ✓ No procurar ingresar el órgano nuevamente en la cavidad abdominal
- ✓ Mantener acceso venoso

- ✓ Informar al personal médico de inmediato
- ✓ Previo a la reparación quirúrgica de la evisceración se debe administrar una adecuada profilaxis antibiótica (herida potencialmente contaminada)
- ✓ Se recomienda la colocación de una sonda nasogástrica como prevención de la distensión abdominal
- ✓ En el postoperatorio se recomienda vigilancia permanente de la herida

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Blog de enfermería, 2014) (Ruiz, 2014-2015)

### **10.5 Retiro de puntos**

El retiro de puntos se lleva a cabo previa limpieza de la zona con alcohol antiséptico cuando se haya comprobado un buen estado de cicatrización.

- ✓ Valorar el estado de la piel, cicatrización, edema
- ✓ Limpiar con suero fisiológico y gasa estéril
- ✓ Movilizar los puntos con pinza y cortarlos con la hoja de bisturí o tijera
- ✓ Al terminar el procedimiento, limpiar la zona con gasa estéril humedecida con solución salina
- ✓ Brindar educación al paciente o familia sobre los cuidados de la herida

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Intermountain Healthcare, 2009-2014)

## **11. MANEJO DE ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL**

Con la evolución del cuadro clínico es necesario proporcionar cuidados necesarios para suministrar al paciente la dieta adecuada por vía oral, según sus necesidades y situación de salud.

- ✓ Verificar dieta prescrita
- ✓ Tras anestesia local iniciar con alimentación oral 4-6 horas y la alimentación líquida puede ser administrada casi inmediatamente, en casos de anestesia general será tras 12 horas y será prácticamente líquida.
- ✓ Comprobar que no existan alergias alimentarias, intolerancia
- ✓ Registrar tolerancia, cantidad ingerida y problemas que hayan surgido
- ✓ Mantener al paciente semisentado durante un tiempo de 20-30 minutos para favorecer digestión
- ✓ La dieta blanda se brindará tras 2 o 3 días de la intervención
- ✓ Valorar las posibles limitaciones físicas del paciente respecto al procedimiento
- ✓ Colocar la paciente sentado
- ✓ Dar tiempo suficiente a la ingesta tomando en consideración las condiciones previas de alimentación
- ✓ Adecuar el ritmo de ingesta a la necesidad del paciente para evitar fatiga
- ✓ Tener precaución de atragantamiento, vómito o intolerancia
- ✓ Estimular para que se desarrolle grados de independencia cada vez mayores
- ✓ Llevar a cabo higiene bucal

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Morera, 2014)

## **12. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ALTA**

Procedimientos técnicos y administrativos que se realizan con motivo de la salida del paciente del hospital, donde el accionar del personal de enfermería es fundamental para asegurar la recuperación del paciente.

- ✓ Informar al paciente y familiares sobre el alta
- ✓ Realizar una valoración de enfermería sobre el estado del paciente hacia el alta
- ✓ Entregar el informe de alta revisándolo con el paciente, familia con cuidados que deberá realizar fuera del hospital
- ✓ Si el alta implica medicación se debe instruir sobre su administración
- ✓ Informar sobre la necesidad de acudir a citas médicas y de control
- ✓ Llenar historia clínica, archivar.
- ✓ Educar familiar:

### **12.1 Medicación**

Eritromicina 90 miligramos vía oral 30 minutos antes de café, almuerzo y merienda por 8 días.

- Omeprazol 10 miligramos vía oral a las 6 de mañana
- Albendazol 400 miligramos vía oral
- Vitamina C 500 miligramos vía oral cada día por 8 días
- Complejo B 10 mililitros vía oral por 8 días
- Sulfato de Zinc 20 miligramos vía oral cada noche por 8 noches
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día por 8 días

### **12.2 Alimentación:**

- Valorar la tolerancia de la dieta
- Conservar dieta blanda o semiblanda de asimilación los 10-12 primeros días
- Tras el paso de 15 días iniciar dieta de fácil digestión: pobre en grasa, baja en carbohidratos simples y rica en carbohidratos complejos y proteínas
- Utilizar suplementos en vitamina B12, hierro, calcio y vitamina D
- Realizar comidas frecuentes/fraccionadas y poco copiosas
- Masticar bien los alimentos
- Ingerir una dieta baja en grasa, poca fibra, sin lactosa

- Evitar alimentos que pueden ocasionar gases: pepinos, fréjol, rábano, espinaca
- Cocinar los alimentos al vapor, hervidos o al horno
- Beber abundantes líquidos
- La ingesta de dieta normal deberá ser progresiva, analizando asimilación
- Aadar la dieta acorde a las necesidades nutricionales del paciente peso/talla respecto a la edad

### **12.3 Higiene:**

- Baño frecuente con jabón neutro
- Evitar frotar la zona de la herida
- Secar herida/eliminar exceso de humedad
- Mantener hidratada la piel
- Limpiar la herida con suero fisiológico y gasa
- Proteger la zona de la herida para evitar infección

### **12.4 Actividad física**

- No realizar actividad física de alto impacto: correr, saltar, fútbol
- Se recomienda actividad física de bajo impacto como caminar, nadar
- Realizar actividad física con ayuda de la respiración

### **12.5 Signos de alarma**

- Fiebre
- Irritación
- Dolor excesivo
- Sangrado

### **12.6 Cuidados en casa:**

- Revisar estado de cicatrización de la herida
- No manipular la herida
- No utilizar ropa ajustada ni de lana
- Proteger la herida contra lesiones y traumas

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Prado, 2014) (Paloma, 2014)

## V. CONCLUSIONES

- Tras el análisis del cuadro clínico de artritis séptica del paciente se pudo identificar que esta es una patología inflamatoria provocada por invasión y multiplicación de microorganismos piógenos considerada como una infección común a nivel musculoesquelético en niños por lo que es asumida como emergencia médico-quirúrgica que de no ser tratada a tiempo puede comprometer de manera significativamente las funciones corporales.
- Se determinó que entre los principales cuidados de enfermería que requieren los pacientes con artritis séptica está la monitorización constante de signos vitales, canalización de vía, colocación y control de sondas, administración de medicación, asistencia quirúrgica, supervisión de heridas y proceso de cicatrización, manejo del dolor, irritabilidad, ansiedad, cuidado estricto de la piel y medidas de confort.
- Se pudo determinar que entre los principales factores de riesgo y causas de la artritis séptica se incluyen los biológicos como la edad y antecedentes de osteomielitis, ambientales pues el menor presentó sepsis por staphylococos y finalmente el estilo de vida donde se tiene como primera opción la atención empírica y no la hospitalaria, además que las complicaciones o puntos críticos en el caso fueron principalmente la inflamación de la herida quirúrgica, alteraciones cutáneas, ascaridiasis, inflamación de herida quirúrgica, evisceración, alteración en patrones alimenticios y de eliminación.
- Con la elaboración de una guía de cuidados hospitalarios dirigida al personal de enfermería sobre el manejo del paciente con artritis séptica se aspira contribuir a mejorar la condición de salud de este tipo de pacientes y más aún en etapas tempranas donde dicha

asistencia no solo es beneficiosa sino sumamente importante para evitar el apareamiento de complicaciones, secuelas e inclusive que se comprometa la vida del paciente.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, J., & García, J. (2011). Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. *Revista Scielo*.
- AEEV. (2015). *Cuidados de enfermería a pacientes vasculares en el área quirúrgica*. Asociación española de Enfermería vascular y heridas. Obtenido de <https://www.aeev.net/area-quirurgica.php>
- Alvarez, J. F. (2015). Guía farmacológica. *Elsiever España*, 7,9, 79,239,240.
- Calvo, J., & Cruz, L. (2013). Artritis séptica en el adulto, diagnóstico y tratamiento, un enfoque hacia el médico general. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 1-5.
- Centro de Desarrollo Profesional. (2015). *Canalización venosa periférica: fundamentos y técnica de colocación*. SOS Enfermero.
- Chávez, A., Guillermo, J., Gutiérrez, L., & Rodríguez, A. (2016). *Diagnóstico y tratamiento de la taquipnea transitoria del recién nacido*. México DF : CENETEC.
- Chirán, L., & Latacumba, S. (2013). *Manejo empírico de las enfermedades prevalentes de la infancia por parte de padres de los niños menores de 5 años de edad*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte.

Cuidados de enfermería de las lesiones de piel. (2017). *Revista Encolombia*.

Cuidados de enfermería en la dermatitis atópica . (2017). *Revista médica electrónica Portales médicos* .

Diccionario Médico de la Clínica de Navarra. (2015). *Evisceración*. Madrid.

Diccionario médico de la Universidad de Navarra. (2015). *Definiciones*. Barcelona: Clínica Universidad de Navarra.

Domínguez, E. (2013). *Floroscopía*. Slideshare.

Educación en Salud. (2015). *Recomendaciones básicas para la administración de medicamentos vía oral, sublingual*. InstitutoSalus.

EducarChile. (s.f.). *Conceptos sobre la valoración de signos vitales, procedimientos y glucotest*. Chile: Tecnicoprofesional.

Enfermería Práctica. (2016). *Canalización de vía venosa periférica*. Obtenido de <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/canalizacion-de-via-venosa-periferica>

Enfermería y medicina. (2013). *10 correctos para la administración de medicamentos*. Blogspot.

Espinoza, L., & García, I. (2012). Microbios y articulaciones: la relación entre infección y articulaciones. *Revista de Reumatología Clínica*, 2.

Estrada, E. (2017). *Síndrome edematoso*. Lima: UNJSC-HUACHO.

Farreras. (2017). Escala de coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación . *Elsevier* .

Federación Mexicana de colegios de enfermería. (2013). *Teorizantes de Marjory Gordon*. México: FEMCE.

Fernandez, C. (2008). Artritis séptica. Rentabilidad diagnóstica y nuevos tratamientos. *Science direct*, 5-7.

- Flores, B., Flores, I., & Lazcano, M. (2014). Edema. Enfoque clínico. *Revista Medigraphic*.
- Florestano, C., Fica, A., Gaete, N., Porte, L., & Braun, S. (2014). Artritis séptica en pacientes adultos en un hospital general de Chile. *Revista Scielo*, 6.
- Galarza, F. (2016). *Abdomen agudo quirúrgico inflamatorio y perforativo*. Salud u medicina .
- García, M., Martín, J., & Lirón, R. (2014). Estenosis de la anastomosis gastroyeyunal en el bypass gástrico laparoscópico. Experiencia en una serie de 280 casos en 8 años. *Revista Elsevier* .
- García, M., Sánchez, X., & Correa, C. (2012). *Artritis séptica: a propósito de un caso*. Guayaquil: Revista médica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- González, J., Noguera, P., Tovar, F., & Navarro, J. (2014). *Artritis infecciosas* . Alicante: Hospital eneral Universitario de Elche.
- González, Y., & Gisbert, J. (2014). *Trastornos del vaciamiento gástrico. Gastroparesia, atonía gástrica, estenosis pilórica*. Madrid: Hospital Universitario Puertas de Hierro.
- Gracida, R. (2014). *Cuidado de enfermería para proporcionar descanso y sueño*. Técnicas y procedimientos de Enfermería.
- Guía de práctica clínica . (2014). *Tratamiento de taquicardia supraventricular* . Mexico : Gobierno Federal Mexicano.
- Guia Farmacologica., A. (2015). Guia farmacologica en tratamiento parenteral y cuidados de enfermeria. *Elsevier*.
- Hernández, Zarzoso, Navarro, Santos, González, & Saavedra. (2017). *Osteomielitis y atritis septica*. Madrid: Hospital Materno-infantil Gregorio marañón.
- Hoyos, L. (2013). *Medios físicos para el control de temperatura en enfermería*. Colombia: Enfermería basada en la evidencia .

- INFOMED. (2017). *Formulario Nacional de medicamentos*. Obtenido de Fnmedicamentos :
- Intermountain Healthcare. (2009-2014). *Cuidado de heridas: Instrucciones para el hogar*. Folleto informativo para pacientes y sus familias.
- Junta editorial de Cáncer . (2016). *Retención de líquidos o edema* . American Society of clinical Oncology.
- Kimbrelly, B. (2013). Trauma duodenal tecnica y manejo. *Revista Colombiana de cirugía*, 8-9.
- López, E., Leonel, A., Córdoba, M., & Campos, E. (2014). El alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Medigraphic*.
- Magaña, I., & García, M. (2013). Alternativas de manejo del trauma duodenal. *Revista Medigraphic* , 1.
- Mandal, A. (2017). *Síntomas de hipotonía*. News Medical Life Sciences .
- (2017). *Manejo de pacientes con síndrome febril en urgencias*. UNINET.
- Manual de enfermería . (2016). *Control de ingesta y eliminación* . Enfermería 1014.
- Manual de enfermería. (2016). *Control de ingesta y eliminación*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Manual de procedimientos de enfermería . (2014). *Retirada de suturas y/agrafes*. España : Hospital Universitario Central de Asturias .
- Manual de procedimientos de enfermería. (2017). *Métodos de actuación independiente para ayudar al paciente a moverse*. La Habana: BVS Cuba.
- Marti, M., & Estrada, S. (2012). *Enfermería en curación de heridas*. Buenos Aires: Fundación Alberto Roemmers.
- Martín, I., Plasencia, D., & González, T. (2013). *Manual de dietoterapia*. La Habana: CIP Editorial.

- Martín, S. (2014). *Cura de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación*. España: UPNA
- Mendez, A. (2015). Enfermedades tropicales, Escuela para padres, Gastrointestinal, Salud y Alimentación. *Revista de Ciencias Medicas*, 4.
- Montoya, J. (2016). Shock Hemorragia interna Post-operatoria . *Revista médica hondureña* , 52.
- Morales, L. (2015). *Cirugía de intestino delgado* . Intermédica .
- Morera, M. (2014). *De la nutrición enteral a la alimentación oral*. Barcelona: Revista nutrición.
- Moscatelli, G., Orbe, G., Etchepareborda, N., & Altcheh, J. (2015). Ascariasis intestinal . *Revista Scielo*.
- Norton, J. (2017). *Náuseas y vómitos en los adultos*. Massachusetts: Harvard Medical School.
- Núñez, E., Téllez, C., Gamindo, R., & Vera, A. (2014). *Alteraciones cutáneas con significación reumatológica*. España: Hospital Materno infantil Regional Universitario de Málaga.
- Paloma, L. (2014). *Retiro de puntos*. ESEMETA.
- Perel, C. (2014). Cuidados de enfermería en pacientes con sonda nasogastrica. *Medica Electronica*, 16-18.
- Pinheiro, P. (2017). Distensión abdominal-vientre hinchado. *Revista Salud Femenina*.
- Pinheiro, P. (2017). Distensión abdominal-vientre hinchado. *Revista Salud Femenina*.
- Portal de enfermería Enferlic. (2008-2018). *Actividades de enfermería en el quirófano*. El Blog de la Enfermera.
- Potenziani, J. (2013). *Guía de cambios de comportamiento, reeducación vesical y rehabilitación de piso pelvico en pacientes con trastornos urinarios*. Researchgate.

- Potenziani, J. (2013). *Guía de cambios de comportamiento, reeducación vesical y rehabilitación de piso pélvico en pacientes con trastornos urinarios* . Researchgate.
- Prado, C. (2014). *Forma correcta de retirar las suturas*. GAPLLANO Enfermería.
- Ramiro, G. (2015). Documento de Consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *Science direct*, 22-23.
- Ramiro, G. (2015). Documento de Consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *Science direct* , 22-23.
- Revista médica electrónica. (2014). Cuidados de enfermería en pacientes con sonda nasogástrica en atención primaria . *Portales médicos* .
- Revista médica electrónica. (2017). Canalización de vía venosa periférica. Cuidados de enfermería. *Portales médicos*
- Rico, S., & Torres, H. (2014). Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatría Integral*.
- Rivera, A., Morán, L., Triviño, M., & Rabat, M. (2016). Menú y dieta hiperproteica. *Sancyd*.
- Rodríguez, Y. (2016). *Factores de riesgo de la artritis séptica en el Hospital Francisco Icaza Bustamante*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Romero, J., & López, M. (2015). *Parasitosis intestinal*. Granada: Hospital Universitario Materno Infantil Virgen de las Nieves.
- Rubín, A. (2017). *¿Qué es la posición semifowler?* Lifeder .
- Ruiz, S. (2014-2015). *Protocolo de enfermería en evisceración*. Universidad de Valladolid.
- Salazar, M., & Arias, S. (2014). Edema palpebral bilateral asociado a crisis hipotiroidea. *Revista Elsevier* .

- Samaniego, M. (2015). *Factores de riesgo de artritis séptica en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el Hospital Provincial General Latacunga*. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- San Martín, Á. (2014). *Cura de heridas quirúrgicas. protocolo de actuación*. España: Universidad Pública de Navarra.
- Sánchez, M. (2014). Plan de alta y cuidados de enfermería. *Manual de procedimientos*, 13-15.
- Sánchez, S. (2012). *SNG Guía de cuidados de enfermería-Enfermería de urgencias*. Enfermería práctica.
- Santonja, F., Rodríguez, N., Rizo, P., & De la Cuadra, P. (2014). *Vendaje compresivo y elásticos adhesivos*. SantojaTrauma.
- Servicio Andaluz de salud. (2017). *Protocolo cuidado y mantenimiento sonda vesical*. Área de Gestión sanitaria Norte de almería.
- Sociedad Andaluza de medicina Intensiva y Unidades coronarias. (2017). *FLACC Score (Evaluación dolor postoperatorio en niños)*. SAMIUC.
- Trejo, C., Maldonado, G., & Camacho, S. (2016). Prácticas de enfermería. *Revista y Boletines Científicos*.
- Trejo, C., Maldonado, G., & Camacho, S. (2016). Prácticas de enfermería. *Revista y Boletines Científicos*.
- Tubay, A., Pilaasig, A., & Pico, J. (2011). *Valoración neurológica*. Portoviejo : Universidad Técnica de Manabí .
- Xicará, J. (2013). *Caracterización epidemiológica de la artritis séptica en niños*. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala.
- Zea, A., Turin, C., & Ochoa, T. (2014). Unificar los criterios de sepsis neonatal tardía: propuesta de un algoritmo de vigilancia diagnóstica. *Revista Scielo*.

## **LINKOGRAFÍA:**

- Aguila, L., Vargas, E., & Héctor, A. (2013). *Complicaciones postoperatorias*. Lima: Sistema de bibliotecas SISBIB. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_26\\_Complicaciones%20Postoperatorias.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_26_Complicaciones%20Postoperatorias.htm)
- Andújar, I. (2012). *Curación de herida quirúrgica*. División Enfermería. Obtenido de <http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/053curacion-de-herida.pdf>
- Baskin, W. (2013). Sonda Nasogastrica y gasometría. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*, 1-2. Obtenido de [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos\\_compartidos/procedimientos\\_generales\\_enfermeria\\_HUVR.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf)
- Blog de enfermería. (2014). *Manejo de evisceración*. Obtenido de <http://enferlic.blogspot.com/2014/03/manejo-de-evisceracion.html>
- Bush, L., & Schmidt, C. (2017). *Infecciones por staphylococcus aureus*. Estados Unidos: Manual MSD. Obtenido de <http://www.msmanuals.com/es/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas/infecciones-por-staphylococcus-aureus>
- Caramelo, C. (2017). Hipoxia. *Scielo*, 156-157. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v66n2/v66n2a15.pdf>
- Carbón, M., & Fernández, G. (2014). *Suturas y anastomosis digestivas*. FMED. Obtenido de <http://www.fmed.edu.uy/sites/www.dbc.fmed.edu.uy/files/3.%20Suturas%20y%20anastomosis%20digestivas%20-%20M.Carb%C3%B3n.pdf>
- Centro de Salud Bollullos. (2012). *Cuidado y manejo de la sonda nasogástrica*. Obtenido de <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Ciudadano/Saber%20mas%20sobre/CUIDADOS%20Y%20MANEJO%20DE%20LA%20SONDA%20NASOGASTRICA.pdf>

Conaway, B. (2017). Anestesia General. *Medline Plus*, 12-13. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007410.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Edema de las piernas*. MINSA. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia14.pdf>

Portal Pisa. (s.f.). *Signos vitales*. Manual de enfermería. Obtenido de [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_1.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm)

VIDAL VADEMECUM. (2017). *Medicamentos*. México: eBook. Obtenido de [https://www.vademecum.es/productos-vademecum-vidal+vademecum+mexico+2017+\(ebook\)-65](https://www.vademecum.es/productos-vademecum-vidal+vademecum+mexico+2017+(ebook)-65)

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA**

**PROQUEST:** De la Calle J. Patologías Articulares Más Frecuentes Tratadas Por Artroscopia (2012). Recuperado el 01 de FEBRERO del 2018, disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1095604669/fulltextPDF/F4347CAEABDD457FP Q/23?accountid=36765>

**E-LIBRO:** Doenges, M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería: aplicaciones. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 02 Febrero de 2018. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10995231&p00=perfil+enfermera>

**E-LIBRO:** Echeverría, M., & Dávila, T. (2014). Enfermería. México: Editorial Alfil, S. A. de C. V. Recuperado el 02 Febrero de 2018. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10902791&p00=perfil+enfermera>

**EBRARY:** Gallo, R. (2006). Medicina Ambulatoria. Recuperado el 05 de Febrero de 2018, disponible en <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10803762&ppg=399&p00=creatinfosfoquinasa>

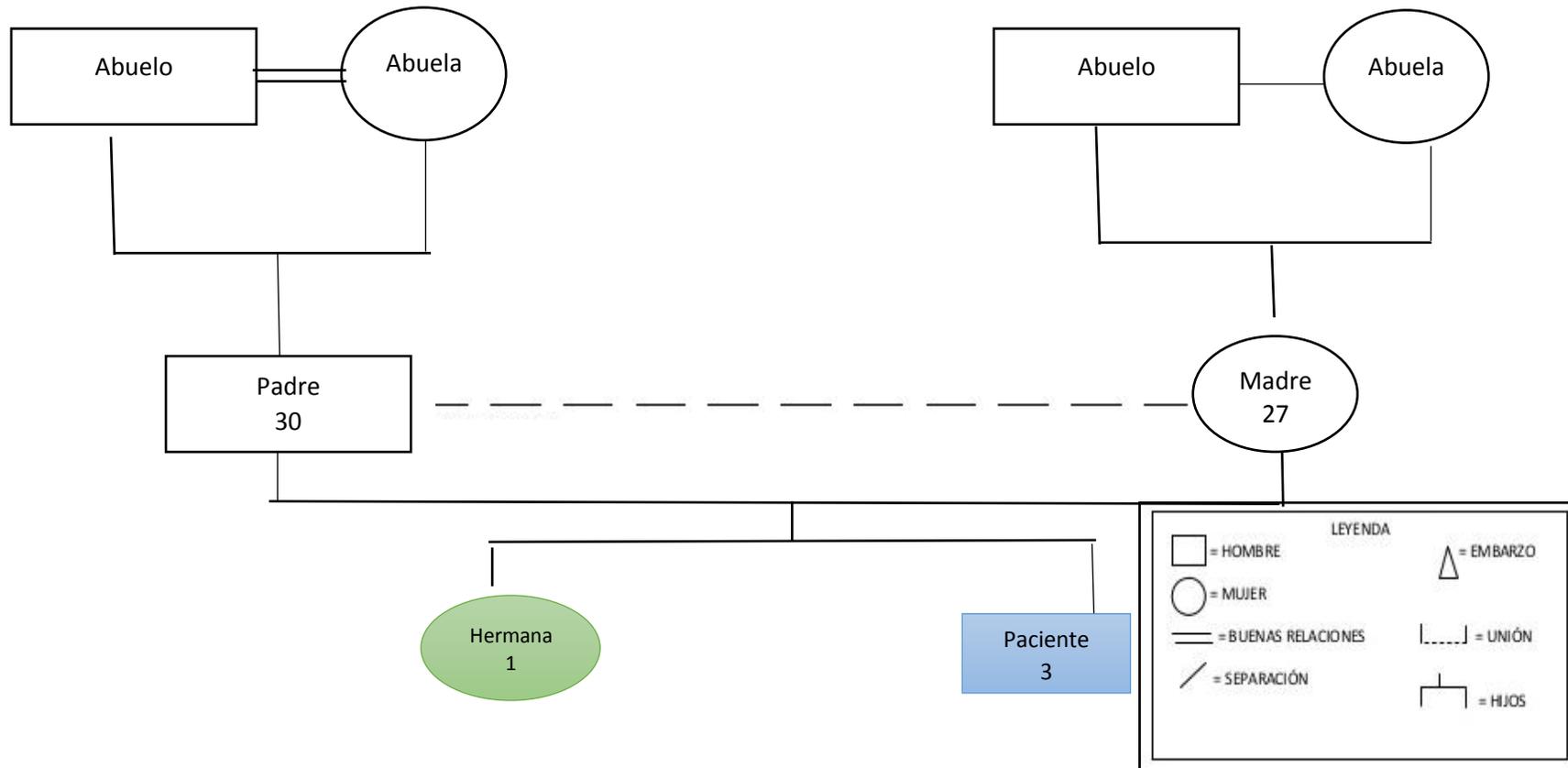
**SCOPUS** Gonzales A. (2012). Incidencia y Factores asociados a la infección de localización quirúrgica tras Artroplastia de caderas. Hospital Universitario 68 Ramón y Cajal, Madrid- España. 2-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-cirurgiaortopedicatraumatologia-129-articulo-incidenciafactoresasociadosinfeccionlocalizacion-90024017>

**PRO-QUEST:** Valle, A., Rodríguez, M., & Andrade, D. (2013). Nursing care at home: A critical look at the scientific/Assistência de enfermagem no domicílio: Um olhar crítico sobre a produção científica/Cuidados de enfermería en el hogar: Una mirada crítica a la comunidad científica. Recuperado el 02 Febrero de 2018. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1531045517/D75D5BE03C084B2APQ/21?accountid=36765>

**EBRARY:** Zavala, M. (2009). Avances sobre la Fisiopatogenia de la Artritis Reumatoidea. Recuperado el 02 de febrero del 2018, disponible en <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10450271&p00=artritis>

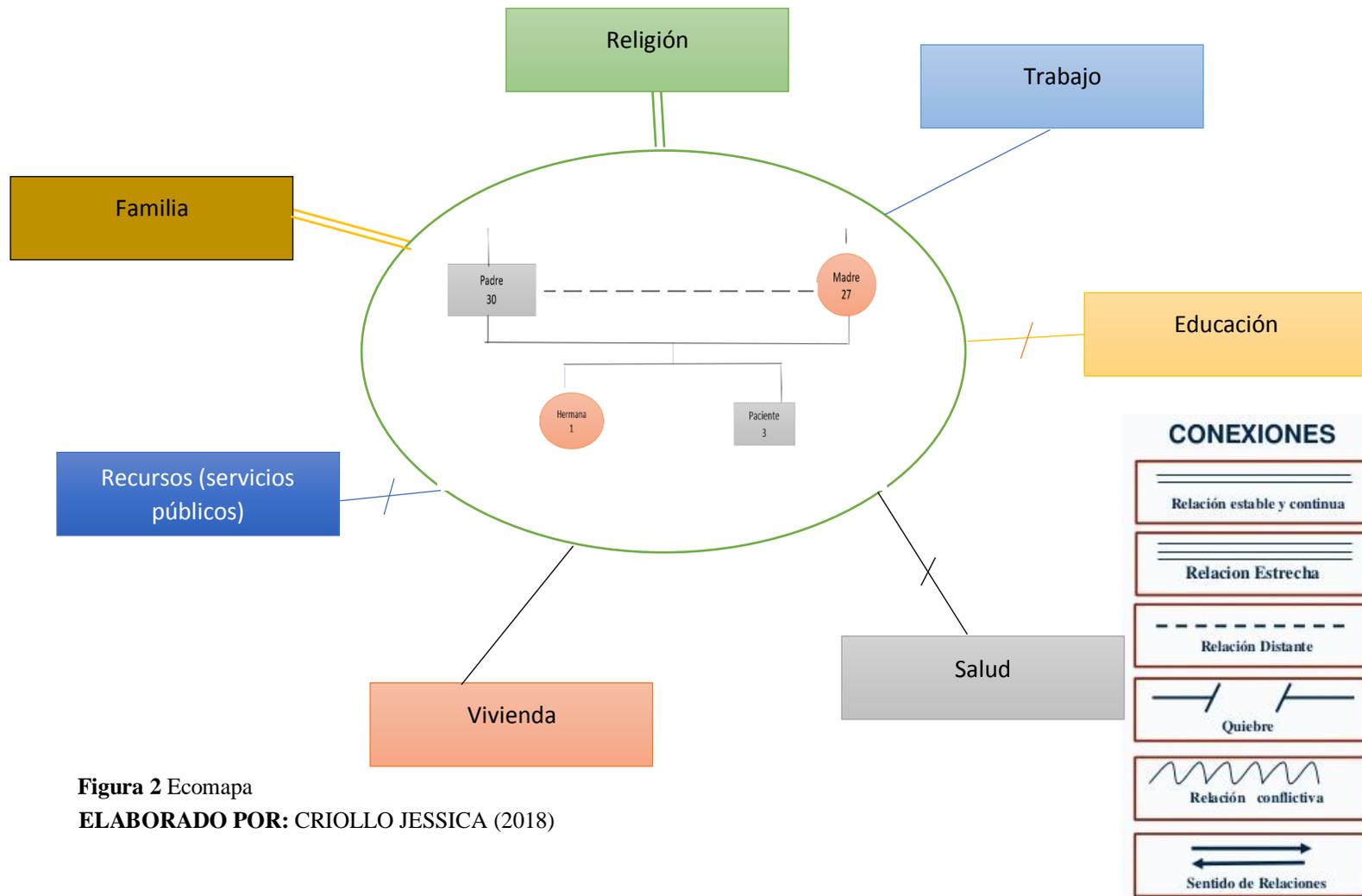
**EBSCO HOST** Zmistowski Benjamin (2013). Diagnóstico de infección articular periprotésica. Acta Ortopédica Mexicana. 99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2013/ors1311.pdf>

**VII. ANEXOS**  
**ANEXO 1: FAMILIOGRAMA**



**Figura 1:** Familiograma  
**ELABORADO POR:** CRIOLLO JESSICA (2018)

**ANEXO 2: ECOMAPA**



**Figura 2** Ecomapa  
**ELABORADO POR:** CRIOLLO JESSICA (2018)

**ANEXO 3: FORMULARIO DE ENTREVISTA ELABORADO POR LA AUTORA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** Cuidados de enfermería en artritis séptica más trauma duodenal más ascariasis

**OBJETIVO:** Obtener información no disponible en la Historia clínica sobre artritis séptica más trauma duodenal más ascariasis

**Dirigida a:** Familiares del paciente

**¿El menor ha crecido sano?**

.....  
.....

**¿Cuántas veces ha sido hospitalizado y por qué causa?**

.....  
.....

**¿El lugar de residencia cuenta con servicios básicos?**

.....  
.....

**¿Tiene fácil acceso a servicios de salud?**

.....  
.....

**¿El menor acude regularmente al control de salud?**

.....  
.....

**¿En caso de enfermedad prefiere la atención empírica o la sanitaria, por qué?**

.....  
.....

**¿El menor posee todas las vacunas respectivas?**

.....  
.....

**¿Cómo calificaría la alimentación que el menor recibe?**

.....  
.....

**¿Cuántas veces alimentan al menor?**

.....  
.....

**¿Qué tipo de alimentación le proporcionan?**

.....  
.....

**¿Qué precauciones toma en cuenta en la preparación e ingesta de alimentos?**

.....  
.....

**¿En casa se manejan adecuadamente medidas de higiene?**

.....  
.....  
**¿Al menor el menor controla esfínteres?**

.....  
.....  
**¿El menor es capaz de valerse por sí mismo para AVD?**

.....  
.....  
**¿Cuántas horas duerme el menor durante el día y la noche?**

.....  
.....  
**¿El niño es sociable y afectivo socialmente?**

**ANEXO 4: FORMULARIO SOBRE PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** Cuidados de enfermería en artritis séptica más trauma duodenal más ascariidiasis

**OBJETIVO:** Obtener información no disponible en la Historia clínica sobre artritis séptica más trauma duodenal más ascariidiasis

**Dirigida a:** Familiares del paciente

<b>PERCEPCIÓN DE SALUD</b>	¿Cómo percibe el estado de salud del menor?	
<b>NUTRICIONAL - METABÓLICO</b>	¿Qué tipo de alimentación recibe el menor? ¿Cuántas comidas realiza al día? ¿El menor tiene dificultades para la ingesta de alimentos?	
<b>ELIMINACIÓN</b>	¿El menor controla esfínteres? ¿Cuál es la frecuencia de la micción? ¿Cuál es la frecuencia de deposición?	
<b>ACTIVIDAD - EJERCICIO</b>	¿Qué tipo de actividades físicas realiza el menor? ¿El menor muestra energía para realizar actividad física y recreativa?	
<b>SUEÑO-DESCANSO</b>	¿El niño muestra dificultades para conciliar el sueño? ¿El menor requiere ayuda/compañía para dormir?	
<b>COGNITIVO-PERCEPTIVO</b>	¿El menor se muestra orientado? ¿El menor permanece consciente? ¿Cómo calificaría la integridad de los órganos de los sentidos del niño?	

<b>ROL RELACIONES</b>	<b>¿El menor puede relacionarse fácilmente con los demás?</b>	
<b>VALORES- CREENCIAS</b>	<b>¿Ante un problema de salud a donde acude en busca de atención? ¿Le resulta fácil acceder a servicios de salud?</b>	

CRIOLLO JESSICA (2018)

## ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DECLARACION DE CONSENTIMINETO INFORMADO

Yo, Escobar Espinoza Franklin Geovanny con C.I 1721005112 nacido en Cayambe y residente en la Maná

#### DECLARO

En la ciudad de Latacunga el 24 de Julio la Srta. Jessica Lisbeth Criollo Casa estudiante de la Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica DE Ambato, me ha informado de la manera más comprensible sobre el Análisis de Caso Clínico que va a realizar con el tema “ **CUIADOS DE ENFERMERIA EN ARTRITIS SEPTICA MAS TRAUMA DUODENAL MAS ASCARIDIASIS** “, una vez que me ha brindado toda la información requerida y contestando a toda mis dudas, he decidido otorgar mi consentimiento para que haga uso de la información brindada de mi apoderad y si llegase hacer mal uso de esta lo retiraría en ese momento para lo que deja una copia de este documento ,

Yo, Stra. Jessica Lisbeth Criollo Casa con C.I 1805020615 estudiante de la Facultad Ciencias de la Salud Carrera de la Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato acogíendome al principio de confidencialidad asumo no divulgar la información personal que he recibido del paciente

Escobar Espinoza Franklin Geovanny

REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Jessica Lisbeth Criollo Casa

ESTUDIANTE

## ANEXO 6: PERMISO HOSPITAL

**Ministerio  
de Salud Pública**  
Coordinación Zonal 3 - Salud  
Hospital Provincial General de Latacunga



Latacunga, 23 de noviembre del 2017

**Señor  
Marcelo Ochoa  
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
AMBATO**

**Asunto:** Carta de interés institucional con protocolo de investigación: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA DUODENAL MÁS ASCARIDASIS."

De mi consideración:

Yo Priscila Triviño, en calidad de **GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS TRAUMA DUODENAL MÁS ASCARIDASIS., cuyo investigador principal es la señorita JESSICA LISBETH CRIOLLO CASA.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,


Econ. Priscila Triviño Potes  
**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**  
[priscilla.trivino@gmail.com](mailto:priscilla.trivino@gmail.com)

## ANEXO 7: ESCALA DE BRADEN

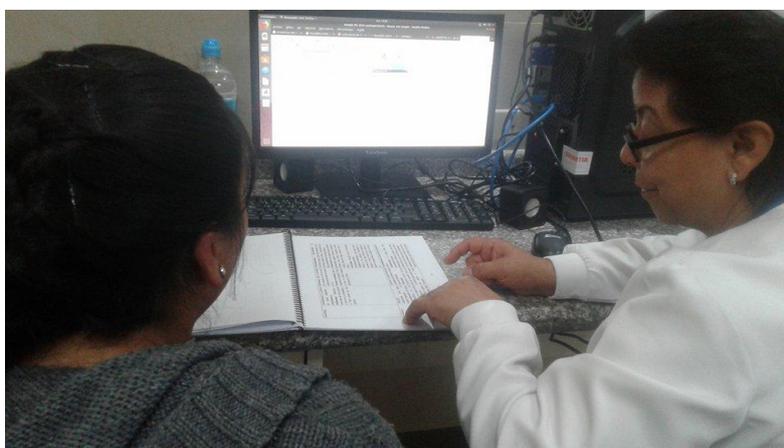
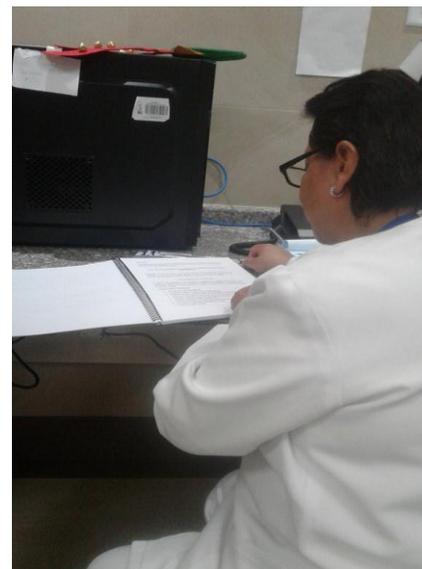
### Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL.</b>	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.</b>	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
<b>ACTIVIDAD.</b>	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
<b>MOVILIDAD.</b>	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>NUTRICIÓN.</b>	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.</b>	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

#### Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.  
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

**ANEXO 8. EVIDENCIA DE ENTREGA DE GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA**





**ANEXO 9. GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA  
MÁS ASCARIDIASIS**



**GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN  
ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**



**Elaborado por:** Jessica Criollo

**Ambato-Ecuador**

**2018**

## **1. Introducción**

Considerando que la artritis séptica es un proceso inflamatorio agudo provocado por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos, que llegan a la articulación por diferentes vías como la hematógena, por vía directa y por contigüidad debido a la extensión de un foco infeccioso hacia la cavidad articular, se hace necesario desarrollar un plan de intervención sobre cuidados de enfermería que contribuyan a mejorar la condición de salud de este tipo de pacientes y más aún en etapas tempranas donde dicha asistencia no solo es beneficiosa sino sumamente importante para evitar el apareamiento de complicaciones, secuelas e inclusive el compromiso vital (Xicará, 2013).

Por ello la presente guía engloba los puntos más importantes del accionar de enfermería durante la hospitalización del paciente como es el ingreso, transcurso de la hospitalización y el plan de alta.

## **2. Objetivos:**

### **Objetivo general:**

- Elaborar una guía de cuidados de enfermería dirigida al personal de enfermería sobre el manejo del paciente con artritis séptica

### **Objetivos específicos:**

- Proporcionar directrices para el personal de enfermería sobre la atención del paciente con artritis séptica
- Agilizar el accionar de enfermería en casos de artritis séptica
- Mejorar la atención del personal de enfermería en casos de artritis séptica

### **3. Desarrollo:**

La presente guía de enfermería para artritis séptica se realiza de manera cronológica de acuerdo con el caso presentado y a base de los puntos críticos en los que se hace necesario el accionar del personal de enfermería.

## **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**

**Concepto:** La artritis séptica es la inflamación de una articulación a causa de una infección por gérmenes que, puede afectar a cualquier articulación sobre todo a las más grandes como la cadera o aquellas expuestas a traumatismos como la rodilla.

### **AL INGRESO DEL PACIENTE**

Al ingreso del paciente se debe registrar y estabilizar la situación del paciente: ello permitirá la planificación y la emisión de cuidados generalizados, la identificación de problemas reales y potenciales además de facilitar la comunicación e intervención entre el equipo de salud.

#### **Consideraciones generales:**

- Verificar el estado del paciente
- Confirmar y registrar datos en la historia clínica
- Educar al paciente y familia sobre las actividades a desarrollarse
- Preservar la intimidad del paciente con el uso de recursos del medio
- Fomentar e identificar factores de riesgo y protección
- Verificar o colocar pulsera identificativa
- Colocar al paciente ropa adecuada para el medio hospitalario
- Acomodar al paciente el habitación o cama
- Control de signos vitales

## **1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE SIGNOS VITALES CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:**

La monitorización de signos vitales es un aspecto importante del personal de enfermería pues con ello se puede establecer las variaciones dentro de la normalidad para un accionar oportuno.

### **Tensión arterial: tensiómetro, brazalete**

- ✓ Verificar que el equipo esté calibrado
- ✓ Evitar insuflar demasiado aire
- ✓ En caso de no ser perceptible la tensión en un brazo, utilizar el otro o en miembros inferiores
- ✓ Desinfectar perfectamente el tambor del fonendoscopio
- ✓ Utilizar brazalete de 5-7 cm para niños

### **Temperatura: termómetro y sachet de algodón esterilizado**

- ✓ Tomar el termómetro y algodón seco
- ✓ Limpiar iniciando desde la ampolla de mercurio con movimiento circulatorio
- ✓ Verificar que el termómetro digital esté encendido
- ✓ Permanecer junto al paciente durante la toma de temperatura
- ✓ Utilizar termómetro personal
- ✓ Tomar la temperatura en axila
- ✓ Poner especial énfasis en la limpieza del termómetro
- ✓ Verificar que la temperatura sea la adecuada

### **Respiración: monitor con indicador de respiración/reloj segundero**

- ✓ Identificar alteraciones en el ritmo y profundidad de movimientos respiratorios
- ✓ Colocar suavemente la mano sobre el tórax del paciente

### **Frecuencia cardíaca: fonendoscopio, reloj con segundero**

- ✓ Lavarse las manos previas al protocolo
- ✓ Desinfección de fonendoscopio con alcohol previo a su uso
- ✓ Localizar previamente el pulso radial o femoral
- ✓ Contabilizar un minuto completo de conteo

### **Oximetría: torundas con alcohol, oxímetro calibrado**

- ✓ Realizar limpieza de la piel en la extremidad a colocar el sensor
- ✓ Colocar el sensor verificando contacto adecuado con la piel
- ✓ Fijar el sensor teniendo precaución de lesiones de piel
- ✓ Observar el monitor verificando que la FC este acorde al usuario para poder evaluar la oximetría

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (EducarChile)

## 2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA- CEFALOCAUDAL

La valoración cefalocaudal es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado general del paciente.

### Recomendaciones:

- ✓ Recolección de información e identificación del paciente
- ✓ Control hemodinámico (pulso, presión arterial, respiración, temperatura)
- ✓ Revisar condiciones generales de ingreso
- ✓ Examen físico:
  - Cabeza: valorar simetría, presencia de hematomas, laceraciones, cefalea, mareos
  - Cara: fascies
  - Cuello: presencia de rigidez, edema, dolor, heridas, presencia de collarín
  - Ojos: presencia de midriasis, secreciones
  - Nariz: heridas visibles o alteraciones por presencia de sonda nasogástrica
  - Labios: signos de deshidratación, pérdida de fluidos
  - Lengua: lesiones, ulceraciones, signos de deshidratación
  - Tórax: observar expansión torácica
  - Abdomen: dolor, presencia de incisión, apósitos, drenajes
  - Piel: presencia de edemas, cianosis, cambios de color, prurito, puntos de presión
  - Extremidades: presencia de edemas, fijación de sonda vesical, canalización de vía
  - Registrar y reportar novedades en las notas de enfermería en el SOAPIE
- ✓ Recopilar antecedentes personales de importancia
- ✓ Recopilar antecedentes familiares de importancia

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Trejo, Maldonado, & Camacho, 2016)

### **3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTRITIS SÉPTICA MÁS ASCARIDIASIS**

La artritis séptica implica una serie de síntomas propios como dolor, fiebre, edema y alteraciones en la piel que deben ser cuidados para evitar complicaciones en el cuadro clínico

#### **3.1 Manejo del dolor**

El dolor es un elemento importante por considerar sobretodo en pacientes pediátricos con cuadros clínicos severos como la artritis séptica, que implica dolor por la misma condición, exámenes, valoraciones, procedimientos y tratamiento, por cuanto es recomendable que el personal de enfermería:

- ✓ Determine la presencia o riesgo del dolor tras cambios clínicos, antes, durante y después de procedimientos, etc.
- ✓ Realizar valoraciones del dolor con escala de FLACC
- ✓ Registrar las características del dolor (intensidad, frecuencia, ubicación)
- ✓ Evaluar las intervenciones farmacológicas
- ✓ Incluir cuidados no farmacológicos como: ejercicios para facilitar el sueño, estado de ánimo y bienestar general, además de medidas de respiración-relajación, cambios posturales
- ✓ Valorar signos de alarma como dolor nuevo, repentino, incesante, fiebre, disnea

#### **3.2 Cuidado de la piel (rash, prurito, exantema)**

Los pacientes hospitalizados con cuadros clínicos críticos como la artritis séptica requieren la provisión de cuidados especiales respecto a la piel, pues la severidad de la condición, polifarmacia, realización de diferentes procedimientos y tratamientos invasivos o traslados son factores que afectan considerablemente su estado, por ello se requiere que el personal de enfermería aproveche las intervenciones higiénicas y procedimentales para valorar la textura, temperatura, hidratación en la piel y así prevenir cualquier tipo de lesión o identificar alergias, irritaciones o cualquier tipo de trastorno cutáneo que pueda agravar la situación del paciente.

El cuidado de la piel implica:

- ✓ Registrar el estado de la piel a diario

- ✓ Determinar trofismo: pilosidad, coloración, aspecto, humedad, disposición de pliegues, elasticidad, espesor
- ✓ Identificar antecedentes alérgicos y farmacológicos del paciente
- ✓ Realizar pruebas de sensibilidad
- ✓ Determinar las causas de la alteración cutánea (rash, prurito)
- ✓ Administrar adecuadamente la medicación prescrita (inmunomoduladores, antihistamínicos, analgésicos tópicos, opiáceos)
- ✓ Disminución y eliminación de presión a través de cambios posturales con una periodicidad de 2 horas
- ✓ Mantener la piel siempre limpia
- ✓ aconsejar al paciente el uso de ropa holgada
- ✓ Evitar contacto directo de la piel con la lana, plástico o sustancias alérgicas
- ✓ Eliminar la humedad excesiva de piel causada por transpiración
- ✓ Aplicar barreras de protección
- ✓ Colocar elementos para aliviar presión (colchón suave-inflable, cojines)
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas
- ✓ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión
- ✓ Brindar tratamiento de aquellos procesos que puedan incidir en la aparición de lesiones en la piel
- ✓ Mantener la higiene e hidratación de la piel lo que implica: no prolongar el baño por más de 10 minutos, usar jabón con PH neutro y agua tibia, secar sin efectuar presión poniendo especial atención en pliegues, no aplicar colonia ni alcohol, no ejecutar masajes en las prominencias óseas o zonas enrojecidas, aplicar crema excepto en pliegues asegurándose de su completa absorción
- ✓ Valoración de puntos de apoyo de elementos terapéuticos como sonda nasogástrica, mascarilla, tubo endotraqueal, drenajes, sujeción
- ✓ Tener precaución con drenajes: evitar fugas, utilizar colectores, apósitos y productos de barrera.
- ✓ Tener precaución al usar medios físicos antitérmicos o elementos para incrementar la temperatura del paciente como mantas eléctricas o líquidos calientes.
- ✓ Cambiar diariamente el sitio de fijación de sondas y drenajes
- ✓ Fomentar la movilidad y actividad del paciente en la medida de lo posible

### **3.3 Manejo del Edema**

El cuadro clínico del paciente implicó la presencia de edema en varias ocasiones, por tanto, en estos casos es necesario:

- ✓ Localizar las zonas edematizadas
- ✓ Signo de Godet/fóvea
- ✓ Determinar consistencia, color, temperatura, sensibilidad

- ✓ Promover el cuidado de la piel
- ✓ Disminución de ingesta de sal en la comida
- ✓ Manejo de líquidos/electrolitos
- ✓ Control de ingesta-excreta, llevar registro exhaustivo
- ✓ Manejo de hipervolemia
- ✓ Controlar parámetros hemodinámicos invasivos
- ✓ Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y respiración
- ✓ Elevación de extremidades
- ✓ Utilizar medidas de compresión
- ✓ Hielo de 20-30 minutos
- ✓ No utilizar ropa ajustada
- ✓ Tratar la causa específica del edema
- ✓ Administración de medicación/vigilancia en la administración

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Organización Panamericana de la Salud) (Flores, Flores, & Lazcano, 2014)

### 3.4. Cuadro febril

Es importante considerar que la fiebre es un signo propio de la artritis séptica que al ser un proceso infeccioso se presenta de manera reiterada por cuanto es indispensable:

- ✓ Determinar estado de conciencia -Glasgow
- ✓ Observar posibles alergias, interacción o contraindicación de ciertos medicamentos
- ✓ Verificar la orden de medicación de antipiréticos
- ✓ Vigilar signos vitales y valores de laboratorio antes de administrar el medicamento
- ✓ Observar el efecto terapéutico y adversos de la medicación
- ✓ Fomentar el consumo de líquidos
- ✓ Incrementar la circulación de aire y administrar oxígeno de ser necesario
- ✓ Aplicar medidas de enfriamiento con medios físicos
- ✓ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas
- ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Manejo de pacientes con síndrome febril en urgencias, 2017)

### **3.5. Sueño y descanso**

Debido a las condiciones del paciente es necesario diseñar un soporte para facilitar los ciclos del sueño y vigilia que se han modificado con el proceso patológico:

- ✓ Mantener al paciente lo más cómodo posible
- ✓ Reducir al máximo la estimulación ambiental nocturna: luz, ruido, temperatura, olores, etc.
- ✓ Realizar solo aquellos procedimientos considerados necesarios durante la noche
- ✓ Controlar el dolor, ansiedad y estrés
- ✓ Asegurar el número de horas de sueño suficientes
- ✓ Limitar el sueño durante el día
- ✓ Durante el día fomentar la práctica de actividades de reposo

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Gracida, 2014)

## **4. EN EL TRANCURSO DE LA HOSPITALIZACIÓN**

Durante la hospitalización el personal de enfermería se encarga primordialmente de:

### **4.1 Consideraciones en la canalización de vía**

La canalización intravenosa es una técnica realizada por el personal de enfermería para el acceso directo a la circulación venosa y con ello poder restituir el equilibrio del ácido base, administración de fármacos, hidratación, transfusión, nutrición y mantenimiento del acceso venoso, pero que de no ser colocado adecuadamente puede provocar complicaciones como hematomas o tromboflebitis.

#### **Recomendaciones para tener en cuenta:**

- Lavarse las manos utilizando de forma correcta la técnica
- Cuando las venas estén dilatadas escoger las más distales para la inserción en el momento de presión con torniquete o realizar ejercicios
- Utilizar cánulas del menor diámetro exterior posible
- Mantener niveles de flujo tan bajos como sea posible
- Respetar los tiempos de permanencia de punción realizando los cambios o por turnos
- Minimizar el dolor
- Evitar venas cercanas a arterias y vasos adyacentes profundos

- Reducir el riesgo de contaminación bacteriana por flora dérmica y procedente del contacto con el catéter
- Es preciso inspeccionar exhaustivamente enrojecimientos, tirantez o edema (reacción venosa que requiere retirada inmediata del catéter)
- Se debe fijar y evitar movilidad de la vía periférica
- Inspección diaria y cambio cada 72 horas
- Limpiar y comprobar el perfecto funcionamiento de la vía cada 48 horas; el proceso de limpieza se realizará en la zona de la punción con antiséptico y colocación de apósito limpio y para comprobar el funcionamiento de la vía poner un compresor al paciente unos centímetros por encima de donde se sitúa la vía, con una jeringa extraer sangre para comprobar la permeabilidad, retirar el compresor e introducir el suero para limpiar los restos de sangre
- Si al introducir el catéter por la vena se presenta obstrucción, se introducirá suero fisiológico a través de una jeringa lentamente mientras se empuja el catéter hasta su total introducción, con la entrada del suero se conseguirá una expansión de las paredes de la vena, facilitando que ingrese el catéter
- Una vez que la vía esté canalizada y permanece salinizada, a la hora de administrar medicación muestra obstrucción realizar un lavado con suero fisiológico, introduciendo lentamente de 2 a 4cc de suero mediante jeringa
- Es recomendable utilizar apósitos transparentes para valorar el estado del punto de punción sin tener que manipular la vía
- Los apósitos de los catéteres venosos periféricos deben cambiarse cada 2 horas o con mayor frecuencia cuando estos estén sucios, húmedos o despegados
- Mantener cuidados del catéter: valorar el sistema de fijación del catéter que este quede lo más fijo posible para evitar entradas o salidas
- Se deberá palpar el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura
- En caso de extravasación: considerar el tipo de solución que se está perfundiendo: en soluciones isotónicas o de ph normal se puede utilizar compresas calientes para aliviar las molestias e incrementar la circulación de la zona, si se extravasan soluciones o medicamentos irritantes (fármacos antineoplásicos-vasicantes) se debe interrumpir inmediatamente, aplicar hielo, mantener elevada la extremidad durante 48 horas y notificar al médico en caso de que las molestias persistan.
- En caso de flebitis se debe utilizar cánulas más pequeñas, considerar la posibilidad de reducir la dosis medicamentosa o diluir el fármaco en mayor cantidad de solución, se ser el caso retirar la vía, aplicar compresas templadas, pomada heparinizante y en caso de fiebre efectuar cultivo de punta de catéter
- Equimosis y hematomas: es recomendable retirar el catéter, compresión, hielo local

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (Centro de Desarrollo Profesional, 2015) (Enfermería Práctica, 2016) (Revista médica electrónica, 2017)

## 5. CONSIDERACIONES RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

La administración de medicación es uno de los roles más importante del personal de enfermería por ello se debe cumplir con recomendaciones respecto a su preparación y administración y vigilancia.

### 5.1 Recomendaciones generales:

- ✓ La administración debe llevarse a cabo bajo prescripción
- ✓ Aplicar los 10 pasos de administración medicamentosa:

1. Lavado de manos	
2. Administrar el medicamento al paciente correcto, verifica	Nombres y apellidos Verificar identificación con la pulsera Preguntar a la familia si no responde
3. Administra la dosis correcta	Comprueba 2 veces la dosis con la prescripción médica Confirma si hay duda
4. Administrar el medicamento correcto, realiza los tres pasos	Al sacado del recipiente Al preparado Antes de administrar
5. Administrar la medicación a la hora correcta	Cumple prescripción médica Cumple con la hora establecida
6. Administrar la medicación a la hora correcta	Cumple prescripción médica Cumple con la hora establecida
7. Educar al usuario y la familia sobre el medicamento que se administra	Informe al paciente el procedimiento
8. Obtener una historia farmacológica completo del paciente	Alergias Infecciones farmacológicas
9. Llenado de registros	Kárdex Hoja de evolución si hay novedades
10. Registra iniciales de nombres y apellidos Kárdex	

- ✓ En caso de medicamentos de vía oral considerar:  
Agitar bien medicamentos líquidos

- No administrar medicamentos preparados por otras personas
- Medir el medicamento líquido teniendo el recipiente a la altura de los ojos
- Administrar el medicamento con pequeñas cantidades de agua
- ✓ En caso de medicamentos de vía intramuscular considerar:
  - El volumen administrado sea menor o igual a 3cc
  - El número de dosis del medicamento a inyectar no deben ser numerosas
- ✓ En caso de medicamentos de vía periférica considerar:
  - Seleccionar la vena tomando en cuenta: trayecto, movilidad, diámetro, fragilidad y resistencia
- ✓ Evitar la administración endovenosa de cualquier sustancia en venas situadas por debajo de una infiltración, zona de flebitis, heridas, hematomas o lesiones cutáneas, venas trombosas
- ✓ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad, interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
- ✓ Se debe administrar primeramente antibióticos y luego analgésicos
- ✓ Es importante registrar en el cárdex la administración de medicación con las iniciales y la función que cumple en la persona que se administra.

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (Educación en Salud, 2015) (Enfermería y medicina, 2013)

## 5.2 Guía de administración de medicación prescrita en Artritis séptica más ascaridiasis

Medicación	Efecto	Administración	Consideraciones- Precauciones
Dextrosa	<p>Glucosa, las soluciones isotónicas se emplean para suministrar líquido al organismo además de nutrición.</p> <p><b>Indicación:</b> Restitución y /o mantenimiento de volumen circulante, en pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico. Entre estas entidades se encuentran hemorragia quirúrgica o traumática, deshidratación, vómito, hiperhidrosis, insuficiente ingestión de líquidos.</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> Tromboflebitis causada por la acidez de la solución, una respuesta febril, una infección en el sitio de la inyección, hipovolemia, deshidratación celular, hiperglicemia, glucosurias y edemas</p>	La glucosa 5% es isotónica y se administra por vía intravenosa,	<p><b>Contraindicado:</b> intolerancia a los carbohidratos. Pacientes con diabetes mellitus o niveles excesivos de glucosa en sangre</p> <p><b>Administración:</b> hipertónica en las venas periféricas puede causar trombosis, por lo que se considera la posibilidad de que ocurra recanalización y embolismo pulmonar.</p> <p><b>Interacciones:</b> no se reportan</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Realizar frecuentes controles de balance hídrico e iónico y de la glucemia- Controlar la posible hipokalemia e hiponatremia- Con dosis elevadas de glucosa se recomienda añadir 40mmol/1000Kcal de potasio y fosfatos de forma eventual.</p>

<p>Solución salina</p>	<p>Incrementa la volemia, presión sanguínea y reduce hemoconcentración y viscosidad de sangre Tratamiento de la deshidratación <b>Efectos adversos:</b> Si se administra continuamente en el mismo lugar de perfusión puede producirse- Dolor- Fiebre- Infección- Flebitis</p>	<p>Intravenosa y se debe vigilar la función cardiovascular y respiratoria</p>	<p><b>Contraindicado:</b> antecedentes de reacción de hipersensibilidad a esta proteína <b>Administración:</b> En casos donde exista pérdida de sangre, la administración de grandes cantidades de albúmina se debe complementar con concentrados globulares, para combatir la anemia relativa que pudiera presentarse <b>Interacciones:</b> se recomienda no suministrar otras soluciones por la misma vía de administración <b>Cuidados de Enfermería:</b> Úsese bajo estricta vigilancia médica- No aplique esta solución si está turbia o con sedimento – Revise la permeabilidad de la vía periférica</p>
<p>Oxacilina</p>	<p>Utilizada para la infección por estafilococos</p>	<p>Intravenosa, tener precaución en hipersensibilidad a penicilinas <b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p>Los alimentos disminuyen su absorción. Debe administrarse con el estómago vacío, 1 h antes o 2 h después de los alimentos <b>Contraindicado:</b> antecedentes de hipersensibilidad a penicilinas y de reacción de hipersensibilidad inmediata a beta-lactámicos. <b>Interacciones:</b> doxiciclina, democlociclina, minociclina, oxitetraciclina, tetraciclina, vacunas vivas atenuadas: disminuye los efectos por antagonismo farmacodinámico <b>Cuidados de enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio- Vigilar el nivel de conciencia-</p>

			Administrar inmediatamente después de haberlo preparado
Metamizol	<p>Derivado pirazolonico muy soluble con efectos analgésicos, antipiréticos, antiespasmódico y antiinflamatorio débil</p> <p><b>Indicaciones:</b> Dolor agudo moderado, fiebre alta, en todo caso, es de segunda elección</p>	<p><b>Intravenoso:</b> Diluir en 50ml de suero. No se recomienda la administración directa.</p> <p><b>Intramuscular:</b> es dolorosa, inyección profunda.</p> <p><b>Tiempo de administración:</b> Intravenosa administrar diluido lentamente o en infusión en 20 a 30 minutos.</p> <p>Suero de elección: Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p><b>Contraindicado en:</b> hipersensibilidad a pirazolonas. Antecedentes de reacciones alérgicas (rinitis, urticaria o asma) inducidas por ácido acetilsalicílico u otros AINE. Antecedentes de agranulocitosis por medicamentos y anemia aplásica.</p> <p><b>Administración:</b> en niños debe utilizarse en casos severos y cuando otras medidas hayan resultado ineficaces o el paciente sea intolerante a otros agentes antipiréticos. Deberá administrarse durante períodos cortos</p> <p><b>Interacciones:</b> clorpromazina: puede producirse hipotermia severa si se administran de forma concomitante. Ciclosporina: disminuye su concentración.</p> <p><b>Cuidados de enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio. Vigilar el nivel d conciencia – Identificar factores que puedan contribuir el vómito- Vigilar la frecuencia, el ritmo la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones.</p>
Metronidazol	Agente antiinfeccioso - antibacteriano	Intravenoso, se debe evitar dosis altas y prolongadas	<p><b>Contraindicado:</b> hipersensibilidad conocida a los nitroimidazoles. Daño hepático severo y porfiria</p> <p><b>Administración:</b> se prefieren esquemas de</p>

			<p>tratamiento cortos y evitar dosis altas</p> <p><b>Interacciones:</b> anticoagulantes orales (arfarina): refuerza efecto anticoagulante. Fenobarbital: produce un aumento del metabolismo del metronidazol que reduce su vida media. Cimetidina: prolonga la vida media del metronidazol por reducción de su aclaramiento plasmático</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio- Usarse bajo prescripción- Vigilar si hay efectos adverso al haber administrado la medicación</p>
Ceftriaxona	<p>Acción efectiva frente a gérmenes gramnegativos</p> <p>Indicaciones tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes- Sepsis – Infecciones abdominales, articulares, de huesos, piel, tejidos blandos heridas- Profilaxis perioperatoria de infecciones</p>	<p>Intravenoso cada vial de 250mg 0 500mg se disolverá en 5ml de agua estéril para inyección.</p> <p>Intramuscular: el vial se disolverá en la solución de clorhidrato de lidocaína que lo acompaña ( 2ml de 500mg) dicha solución de lidocaína nunca se administra vía intravenosa.</p> <p><b>Tiempo de administración:</b>  <i>Inyección intravenosa</i> administrar en 2-4 minutos- <i>Infusión intravenosa</i> administrar en 20 minutos</p>	<p><b>Contraindicado:</b> antecedentes de hipersensibilidad a cefalosporinas y de reacción de hipersensibilidad inmediata a beta-lactámicos. En uso conjunto con calcio en recién nacidos y neonatos</p> <p><b>Administración:</b> reducir la dosis (máximo: 2 g/día). El tratamiento por más de 14 días, la presencia de deshidratación, insuficiencia renal o la nutrición parenteral absoluta</p> <p><b>Interacciones:</b> la asociación con un amino glucósido es a menudo sinérgica, pero son incompatibles en la misma solución. El probenecid reduce la aclaración renal de casi todas las cefalosporinas, excepto la ceftazidima que se elimina solo por filtración glomerular. Pueden</p>

			<p>disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales y aumentar el efecto anticoagulante de los cumarínicos.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las deposiciones- Permanecer con el paciente durante el ataque- Identificar factores que puedan contribuir el vómito- Vigilar de cerca al paciente por si procede hemorragia.</p>
Tramadol	<p>Analgésico</p> <p><b>Indicaciones:</b> Dolor moderado o severo asociado con otros fármacos</p> <p>Efectos secundarios: mareo, vértigo, somnolencia, desorientación, síncope, náuseas, vómito, visión borrosa, depresión respiratoria</p>	<p>Intravenoso: no debe ser utilizado prolongadamente por lo que requiere reajuste de dosis</p> <p><b>Tiempo de administración:</b></p> <p>Intravenosa: infundir en 2-3 minutos. Perfundión y mantenimiento: infundir cada 8-6h</p> <p><b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad al tramadol o a cualquier componente del fármaco u opioides. Asma bronquial aguda grave, depresión respiratoria .</p> <p><b>Administración:</b> Los estudios disponibles avalan que la forma inyectable puede utilizarse en niños (dosis única); no obstante, este fármaco debe administrarse en niños en casos excepcionales y en dosis cuidadosamente calculadas según su masa corporal.</p> <p><b>Interacciones:</b> carbamazepina: disminución (50 %) de los niveles plasmáticos y la vida media de tramadol, con posible inhibición de su efecto debido a la inducción de su metabolismo. Quinidina, fluoxetina, paroxetina, amitriptilina: incrementan concentraciones de tramadol y reducen la de su metabolito, al ser inhibidores de su</p>

			metabolismo. <b>Cuidados de Enfermería :</b> Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, respiración- Identificar causas posibles de los cambios en .os signos c; vitales- Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia de analgésicos prescrito- comprobar el historial de alergias y medicamentos- Controlar el nivel de conciencia
Omeprazol	Inhibe la secreción ácida del estómago  Indicaciones Tratamiento y prevención de recidivas de úlcera duodenal y gástrica- Prevención de lesiones gastroduodenales asociadas a antiinflamatorios no esteroides en pacientes de riesgo. <b>Efectos secundarios:</b> erupción de la piel, prurito, reacción alérgica, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas vómitos, cefalea	Oral: en caso de niños no se recomienda administración intravenosa Diluir la dosis en 100ml de suero Tiempo de administración Dosis intermitentes administrar en 20-30 min <b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%	<b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad a omeprazol, embarazo, lactancia, niños. <b>Administración:</b> o usar más de 20 mg/día. Niños: no se recomienda la administración intravenosa <b>Interacciones:</b> inhibidores selectivos de la COX-2, claritromicina: incrementan las concentraciones plasmáticas del fármaco. Digoxina, claritromicina: aumenta sus concentraciones plasmáticas. Anticoagulantes cumarínicos, fenitoína: aumenta su actividad. Itraconazol, ketoconazol: la absorción disminuye por el uso con omeprazol. Diazepam: inhibe su metabolismo e incrementa sus concentraciones sanguíneas. Metrotexato: reduce su excreción e incrementa el riesgo de toxicidad. <b>Cuidados de Enfermería:</b> Verificar los efectos de las náuseas-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas- Observar si

			hay temblores- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales derivadas de hipomagnesemia (nauseas, vómito, anorexia, diarrea y distensión abdominal)
Aminoplasmal	Suplemento nutricional para suplir proteínas y líquido	Intravenoso: deberá combinarse con aporte adecuado de solución glucosa, tener precaución en casos de hipercalcemia, hiperhidratación, alteraciones en riñón	<p><b>Contraindicaciones:</b> alergias, hipercaliemia, hiperhidratación</p> <p><b>Administración:</b> La administración de esta solución deberá siempre combinarse con un aporte adecuado de calorías (soluciones de glucosa o emulsiones grasas)</p> <p><b>Interacciones:</b> Las soluciones de aminoácidos como Aminoplasmal el 10% no deben usarse como soluciones portadoras de otros medicamentos. Si se mezclan con otros medicamentos, pueden darse reacciones que podrían estropear la solución.</p>
Ketorolaco	Antiinflamatorio no esteroideo de acción antipirética y antiinflamatoria <b>Indicaciones:</b> Tratamiento a corto plazo del dolor moderado o severo en el postoperatorio y el dolor causado por cólico nefrítico	<p><b>Intravenoso,</b> diluir el contenido de la ampolla en 10ml de suero, administrar bolo lento en no menos de 15s.</p> <p><b>Perfusión intermitente</b> diluir el contenido de la ampolla en 100ml, en bolsa de infusión estándar, administrar en 15-60min.</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> Hipersensibilidad al Ketorolaco, alergias, úlcera gastro-duodenal activa, hemorragia digestiva reciente o antecedentes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva</p> <p><b>Administración:</b> uso prolongado ocasiona irritación gastrointestinal, sangrado, ulceración y perforación, dispepsia, náusea, diarrea, somnolencia, cefalea, vértigos, sudoración, vértigo, retención hídrica y edema.</p> <p><b>Interacciones:</b> Disminuye acción de: furosemida</p>

			(formulación parenteral) <b>Cuidados de Enfermería:</b> Vigilar signos vitales- Observar si hay tendencias hemorrágicas en pacientes de alto riesgo- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso- Observar si aumenta la intranquilidad, la ansiedad o la falta de aire.
Aciclovir	Antiviral Indicaciones Virus herpes simple-Tratamiento de inmunodeprimidos con herpes zoster-Profilaxis de las infecciones por herpes simple en inmunodeprimidos Efectos secundarios erupción, prurito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, anemia, trombocitopenia, leucopenia	Intravenoso: el paciente debe estar adecuadamente hidratado o vigilar signos de intolerancia <b>Preparación:</b> Reconstituir el vial con 10ml de agua para inyección o suero, una vez diluido, agitar energéticamente para asegurar la mezcla homogénea. <b>Tiempo de Administración</b> Perfusión mediante bomba de infusión a ritmo controlado en un periodo no inferior a 1h. <b>Suero de elección:</b> Suero fisiológico al 0.9%- Suero glucosado al 0.5%	<b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad conocida al aciclovir <b>Administración:</b> El paciente debe estar adecuadamente hidratado <b>Interacciones:</b> probenecid: aumenta la vida media plasmática del aciclovir, otros fármacos que afectan la fisiología renal podrían producir nefrotoxicidad <b>Cuidados de Enfermería:</b> Controlar la eliminación urinaria, incluyendo el color- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica ( comprobar los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades)
Vitamina C	Coenzima que participa en reacciones oxidativas	Intravenoso, oral: tener precaución en anemia y cuando existe restricción de sodio (1	<b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad al ácido ascórbico <b>Administración:</b> altas dosis pueden incrementar la

		gramo de vitamina C aporta 5mEq de sodio)	<p>absorción del hierro</p> <p><b>Interacciones:</b> desferoxamina: su uso conjunto puede incrementar la toxicidad hística del hierro (por aumento de la absorción gastrointestinal). Anticoagulantes orales: dosis alrededor de 10 g/día de ácido ascórbico puede disminuir la absorción oral del anticoagulante.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Determinar estado nutricional e ingestión de alimentos en vitamina C- Registrar estado deficiente antes y durante el tratamiento: escorbuto, desarrollo óseo insuficiente.</p>
Albendazol	<p>Helmíntico y anti protozario frente a parásitos intestinales</p> <p>Indicaciones: Ascariosis, tricurosis, teniosis intestinal</p> <p>Efectos adversos: Dolor epigástrico y abdominal, náusea vómito, diarrea, cefalea, vértigo, exantema, prurito</p>	Oral	<p><b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad a derivados benzimidazoles</p> <p><b>Interacciones:</b> praziquantel: incrementan la concentración sérica del metabolito activo albendazol sulfóxido (&gt;50 %). Cimetidina: incrementan concentración del sulfóxido a nivel biliar y dentro del contenido quístico en hidatidosis. Dexametasona: puede aumentar la concentración plasmática de albendazol. Alimento rico en grasa: incrementa su adsorción hasta 5 veces.</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Las tabletas `pueden ser deglutidas, masticadas o trituradas y mezcladas con alimento- No es necesario ayuno ni laxantes.</p>
Eritromicina	<p>Antibiótico de acción antibacteriana</p> <p><b>Indicaciones:</b> Infecciones</p>	Oral y en casos de administración parenteral debe ser diluida y administrada en un período no	<p><b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad a los macrólidos.</p> <p><b>Administración:</b> Las soluciones para</p>

	<p>orales- Infecciones respiratorias- Infecciones de piel y partes blandas- infecciones por Chlamydia trachomatis y uretritis no gonocócica- Difteria, tos ferina</p> <p><b>Efectos secundarios:</b> erupción cutánea, dolor torácico, arritmias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea convulsiones</p>	<p>menor a 1 hora</p> <p><b>Forma de preparación:</b> Reconstituir el contenido del vial con 20ml de agua para inyección. Diluir 250-500ml de suero fisiológico.</p> <p>En caso de usarse suero glucosado al 0.5%, deben añadirse 0.5ml de bicarbonato sódico 1ml por cada 100ml de suero glucosado 0.5% e infundir lentamente para evitar dolor en el recorrido de la vena</p> <p>Tiempo de administración: administrar de 30 a 60 minutos</p> <p>Suero de elección suero salino fisiológico al 0.9% de primera elección</p>	<p>administración parenteral deben ser diluidas y administradas en un período no menos de 1 h</p> <p><b>Interacciones:</b> es un inhibidor del sistema enzimático del citocromo hepático P-450 (particularmente CYP1A2 y CYP3A4) e incrementa los niveles séricos y la probabilidad de reacciones adversas de teofilina, 22arfarina, carbamazepina, ácido valproico, triazolam, midazolam</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Observa si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje, en la piel y membranas mucosas- Registrar disritmias cardiacas- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca- Observar si hay tromboflebitis y trombosis de venas profundas</p>
Complejo B	<p>Requerimiento vitamínico fundamental para mantener funciones metabólicas</p>	<p>Oral</p>	<p><b>Contraindicaciones:</b> Hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes de la fórmula</p> <p><b>Administración:</b> revisar signos de alergia especialmente en problemas de hígado, diabetes o deficiencia de vitamina B12</p> <p><b>Cuidados de Enfermería:</b> Determinar estado nutricional – Registrar estado deficiente antes y durante el tratamiento- Verificar si hay presencia de efectos adversos.</p>

--	--	--	--

**Elaborado por:** La investigadora

**Fuente:** (VIDAL VADEMECUM, 2017) (INFOMED, 2017)

(Alvarez, 2015)

(Guia

Farmacologica.,

2015)

## **6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**

### **6.1 Cuidados de enfermería en el Preoperatorio:**

El objetivo principal del personal de enfermería antes de la intervención se basa en reducir la ansiedad que podría desencadenar complicaciones, durante el intraoperatorio las funciones de enfermería están relacionadas con la higiene y control de signos vitales y estado en general y en el postoperatorio en el manejo del dolor y cuidado de heridas.

- ✓ Asegurar indicaciones de nada por vía oral y verificar profilaxis antibiótica
- ✓ Tomar muestras de laboratorio, resultados y rellenar peticiones
- ✓ Informar a paciente y familiares sobre el procedimiento y corroborar la firma de consentimiento
- ✓ Asegurar la condición del paciente: higiene (baño), preparación cutánea, utilizar antisépticos
- ✓ Revisión de historia clínica: comprobar identidad, padecimiento, alergias

### **6.2 Cuidados de enfermería en el Preoperatorio inmediato:**

- ✓ Colocar al paciente elementos necesarios: gorra, bata
- ✓ Identificar al paciente colocando brazalete con nombre, cama, servicio
- ✓ Registro de signos vitales y saturación de oxígeno
- ✓ Si está indicado instalar: vía venosa, sonda nasogástrica, sonda Foley
- ✓ Informar al paciente y familia a qué hora ingresa, en qué lugar pueden esperar y la hora aproximada en la que recibirán información o la finalización de la intervención.
- ✓ Verificar si se realizó baño
- ✓ Verificar insumos
- ✓ Controlar medidas de asepsia en el campo quirúrgico
- ✓ Comprobar el funcionamiento de aparatos
- ✓ Registrar la actividad realizada al paciente tanto física como medicamentosa, Signos vitales, preparación de la zona y quien recibe en la sala

## **7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA**

### **7.1 Colocación de sonda vesical FOLEY**

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral con el objetivo de establecer una vía de drenaje temporal desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y terapéuticos.

### **Consideraciones para tener en cuenta:**

- ✓ Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda para detectar signos de obstrucción de la sonda
- ✓ Cuando el paciente esté en decúbito supino la bolsa y tubo se colocarán por encima del muslo, si el paciente está en decúbito lateral tener precaución de que la sonda no quede debajo del paciente y se colocará a un lado del paciente, durante la deambulación el paciente mantendrá la sonda sujeta al muslo
- ✓ Fijar el tubo de drenaje a la pierna calculando movilidad para evitar tirones
- ✓ Educar al paciente para que mantenga la bolsa por debajo de la vejiga y con ello prevenir infecciones por reflujo
- ✓ Excepto a que exista contraindicación se debe estimular el aporte de líquidos (2-3 litros/día) para aumentar el flujo urinario y evitar infecciones
- ✓ Limpieza perineal exhaustiva cada 12 horas
- ✓ Limpieza e irrigación con povidona yodada diaria tanto de genitales como de punto de inserción de la sonda
- ✓ Valorar indicadores de infección urinaria (incremento en la temperatura, escalofríos, dolor suprapúbico, orina turbia o de mal olor, hematuria, infección uretral)
- ✓ En casos de que se tenga que pinzar la sonda hacerlo en el tubo de drenaje y nunca en el catéter
- ✓ La sonda podrá ser cambiada de acuerdo a su composición: látex cada 21 días, látex cada 2 meses, plástico cada 7 días como máximo.

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Servicio Andaluz de salud, 2017)

### **7.2 Colocación de sonda nasogástrica**

Su uso en intubación nasal se limita a intubaciones nasoesofágicas o nasogástricas en niños pequeños, empleada para descomprimir la vejiga cuando no es necesario dejar una sonda a permanencia.

#### **Recomendaciones:**

- ✓ Si la sonda no atraviesa coanas usar otras de menor calibre y no insistir en el procedimiento para evitar laceración
- ✓ En caso de náuseas asistir con respiraciones
- ✓ Si a la introducción se presenta insuficiencia respiratoria o cianosis, retirar el tubo
- ✓ Procurar el buen mantenimiento de la sonda durante la prescripción, cambiar el apósito nasal cada 24-48 horas y mantener higiene de fosas nasales
- ✓ Una vez extraída desecharla en la basura y proceder a higiene de fosas nasales
- ✓ Mantener al paciente en Fowler al menos 30 minutos para evitar aspiraciones

- ✓ La sonda deberá retirarse entre 4-6 semanas (sondas de larga duración de poliuretano o silicona)

Cuidados durante su utilización:

- ✓ No mezclar medicación con alimentos
- ✓ Triturar los comprimidos hasta que se disuelvan por completo
- ✓ Infundir 50 ml de agua tras cada administración ya sea de medicación o alimento para evitar sedimentación
- ✓ Limpiar la boca y fosas nasales diariamente con solución aséptica, gasa, cotonetes
- ✓ Mover diariamente la sonda haciéndola rotar para reducir zonas de contacto y consecuentemente irritación o úlceras
- ✓ Vigilar y cambiar medios de sujeción de la sonda para evitar irritación
- ✓ Evitar el riesgo de aspiración con vigilancia de medios de sujeción
- ✓ Verificar antes de cada uso la correcta posición y funcionamiento

Acciones en casos de:

- ✓ Lesiones o irritación en nariz: cambiar la posición de la sonda, aplicar solución desinfectante
- ✓ Obstrucción de sonda: pasar agua tibia por la sonda con una jeringa
- ✓ En caso de náuseas o vómito vigilar la posición de paciente e incorporar la cama de 30-45°, reducir el ritmo de administración, reiniciar la nutrición al paso de 1 o 2 horas
- ✓ Diarrea: revisar la fórmula, nutrir cada 2 horas, pasar el alimento lentamente (2-3 min por jeringa). Para fórmulas poliméricas estándar (1kcal/ml) se inicia con 50ml/h y avanzar a la infusión meta (240-480ml) con incrementos de 25 ml cada 8 horas de acuerdo con la tolerancia, para fórmulas densamente calóricas (1kcal/ml) iniciar a 25 ml/h y progresar igual que la estándar. En caso de que presente intolerancia disminuir la infusión 10 a 25 ml/h o retornar a la tasa de infusión previa.
- ✓ Brindar el alimento a temperatura ambiente.

## **8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CASO DE PATOLOGÍA AÑADIDA-ASCARIDIASIS**

La ascaridiasis fue una de las alteraciones que se hizo evidente durante la hospitalización y ello agravó el cuadro clínico de artritis séptica.

La ascaridiasis es una infestación parasitaria provocada por helmito o lombriz intestinal *Ascaris lumbricoides*, esta condición implica pérdida del apetito, fiebre, respiración sibilante, vómitos, distensión abdominal, abdomen globoso, obstrucción intestinal

El manejo de enfermería respecto a ascariasis contempla:

- ✓ Extracción de áscaris durante laparotomía exploratoria

### **En postquirúrgico:**

- ✓ Proporcionar medicamentos para paralizar o matar la lombriz intestinal
- ✓ Tratamiento simultáneo del infectado y el resto de la familia para evitar la reintroducción de microorganismos
- ✓ Educación familiar/entorno sobre medidas de higiene:

Importancia del lavado de manos antes de preparar los alimentos, comer y utilizar el servicio sanitario con agua y jabón

Lavar las frutas, vegetales y verduras que se consumen crudas

Quemar, enterrar o aislar la basura

En caso de no existir agua potable, es preferible hervirla por 10 minutos o ponerle cloro

Tener un sistema adecuado de disposición de excrementos

Utilizar zapatos para evitar contacto directo con lodo, tierra, desperdicios

Evitar consumir alimentos en la calle y lugares deficientes de condiciones higiénicas

Realizar exámenes regulares de control de parásitos

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Revista médica electrónica, 2014) (Centro de Salud Bollullos, 2012) (Romero & López, 2015)

## **9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POSTOPERATORIO**

El accionar del personal de enfermería en el posoperatorio es sustancial para garantizar el buen estado del paciente.

### **9.1 Consideraciones**

- ✓ Llevar al paciente a sala de hospitalización general
- ✓ Monitorizar signos vitales y saturación de oxígeno
- ✓ Canalizar vía
- ✓ Vigilar estado de conciencia Glasgow

Escala de coma de Glasgow		
Variable	Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	Espontanea	4
	Estimulo Verbal	3
	Al dolor	2
	Nula	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Palabras inapropiada	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Nula	1
Respuesta Motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Reflejo flexor	3
	Reflejo extensor	2
	Nulo	1

- ✓ Valorar respuesta a la anestesia con Escala de BROMAGE

CUIDADO POST-OPERATORIO DESPUES DE ANESTESIA REGIONAL: ESCALA DE BROMAGE

**Tabla 7. Evaluación del bloqueo motor (Escala de Bromage)**

- 1-Completo: incapaz de movilizar pies y rodillas
- 2-Casi completo: solo capaz de mover pies
- 3-Parcial: capaz de mover rodillas
- 4-Nulo: flexión completa de rodillas y pies

- ✓ Valorar dolor con escala de FLACC (Escala de evaluación del dolor en niños)

Escala de FLACC. Indicada en la evaluación del dolor en niños <4 años, y no colaboradores			
Puntuación	0	1	2
Expresión facial	Expresión habitual; cara relajada	Arruga la nariz; frunce el entrecejo; muecas esporádicas	Temblores del mentón Mandíbula tensa
Posibilidad de consuelo	Está a gusto de modo espontáneo	Se le puede consolar	Es difícil consolarle
Llanto	No hay llanto	Gimotea, se queja	Llanto intenso
Actividad	Está acostado y tranquilo	Se dobla sobre su abdomen; encoge las piernas	Está rígido
Movimientos de piernas	Piernas relajadas	Piernas inquietas	Pataleo intenso

Nota: 0= no dolor; 1-2= dolor leve; 3-5= dolor moderado; 6-8: dolor intenso; 9-10= máximo dolor imaginable

- ✓ Valorar sangrado
- ✓ Valorar o cambiar apósitos
- ✓ Verificar orden respecto a posición
- ✓ Verificar indicación sobre medicación
- ✓ Verificar dieta
- ✓ Realizar curaciones
- ✓ Notificar novedades o complicaciones

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Portal de enfermería Enferlic, 2008-2018), (AEEV, 2015)(Farreras, 2017) (Sociedad Andaluza de medicina Intensiva y Unidades coronarias, 2017)

## **10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN VÍAS Y DRENAJES**

Los drenajes son sistemas formados por tubos que son colocado con el objetivo de evacuar al exterior y recoger contenidos residuales del organismo para evitar la aparición de infecciones locales y generalizadas. Se debe tener en cuenta:

- Manipular el drenaje con manos limpias, desinfectadas y con guantes
- Comprobar si no se han producido desconexiones
- Realizar cura diaria de la zona de inserción con técnica aséptica
- Valorar signos de infección, filtración, exudado, hemorragias
- Cambiar gasas de los drenajes diariamente o siempre que esta se encuentre manchada
- Anotar y valorar la cantidad de exudado, apariencia, color, olor, sólidos encontrados, número de veces de vaciamiento, etc.
- Comprobar la permeabilidad del drenaje
- Administrar solución fisiológica antes y después de medicación
- Mantener higiene de las luces del drenaje/vías
- Aplicar vendaje compresivo siempre que se considere necesario
- Llevar registro y control estricto

## 10.1 Manejo de herida quirúrgica

Uno de los cuidados primordiales que se deben brindar en el postoperatorio es el manejo de la herida quirúrgica donde se debe proteger la herida de infecciones y favorecer la cicatrización:

- ✓ Inspeccionar el sitio de incisión para determinar enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia
- ✓ Proteger la herida contra lesiones mecánicas
- ✓ Instruir al paciente acerca del cuidado de la incisión
- ✓ Absorber drenaje y prevenir contaminación proveniente de secreciones corporales
- ✓ Limpiar la zona circundante con solución antiséptica desde la zona más limpia hacia la menos limpia
- ✓ Inhibir microorganismos o destruirlos mediante el empleo de apósitos con propiedades antisépticas y antimicrobianas
- ✓ Aplicar bandas o tiras de sujeción, además de vendaje para proteger la incisión
- ✓ Favorecer la homeostasis y proporcionar un ambiente fisiológico que conduzca a la cicatrización
- ✓ Proporcionar comodidad física para el paciente

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (San Martín, 2014)

## 10.2 Procedimiento de curación en heridas

Procedimiento que se lleva a efecto mediante el cambio de apósitos, tras examinar y limpiar la herida con principios de asepsia

- ✓ Colocar al paciente en posición cómoda en la cual quede expuesta la herida
- ✓ Despegar el apósito con una gasa humedecida con antiséptico, traccionar con cuidado
- ✓ Retirar los apósitos teniendo precaución de no desconectar drenajes
- ✓ Examinar la herida: color, consistencia, secreciones, olor
- ✓ Iniciar la limpieza empleando una pinza estéril, tomar la gasa estéril, doblarla y montarla en la pinza, impregnarla de solución salina
- ✓ Limpiar la herida siguiendo protocolo: del centro a la periferia, de arriba hacia abajo, de distal a proximal
- ✓ Repetir el procedimiento empleando otras gasas humedecidas con solución antiséptica
- ✓ Enjuagar la herida con solución estéril para irrigación utilizando el mismo método de limpieza
- ✓ Secar con gasa quirúrgica

- ✓ Colocar el apósito estéril adecuado teniendo en cuenta las condiciones de la herida
- ✓ En caso de colocarla sobre el tubo drenaje, se hace un corte en uno de los extremos de la gasa, hasta la parte media para poder deslizar la gasa y colocar la abertura a nivel del tubo de drenaje
- ✓ Cubrir bien la herida
- ✓ Colocar cinta adhesiva para fijar el apósito

### **10.3 Accionar en heridas con signos de infección**

- ✓ Remover tejido necrótico y cuerpos extraños
- ✓ Absorber el exceso de exudado
- ✓ Proteger el tejido de regeneración y la invasión bacteriana
- ✓ Utilizar coberturas de última generación para eliminar tejidos desvitalizados y favorecer granulación
- ✓ Propiciar un ambiente húmedo fisiológico: para reparación celular, impedir la formación de costra, proporcionar aislamiento térmico, incrementar la velocidad de cicatrización, permitir retirar apósito sin dañar nuevas células
- ✓ Manejo avanzado de heridas: técnica aséptica, arrastre mecánico, desbridamiento, apósitos o cobertura, cintas quirúrgicas, vendajes, entre otros.

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Andújar, 2012)

### **10.4 Accionar en caso de Evisceración**

La evisceración constituye una de las complicaciones postoperatorias que implica una alta morbilidad y mortalidad, por lo que debe ser manejada adecuadamente.

- ✓ El personal de enfermería deberá asegurarse de lo ocurrido
- ✓ Cubrir los órganos con gasas humedecidas en solución salina
- ✓ No procurar ingresar el órgano nuevamente en la cavidad abdominal
- ✓ Mantener acceso venoso
- ✓ Informar al personal médico de inmediato
- ✓ Previo a la reparación quirúrgica de la evisceración se debe administrar una adecuada profilaxis antibiótica (herida potencialmente contaminada)
- ✓ Se recomienda la colocación de una sonda nasogástrica como prevención de la distensión abdominal
- ✓ En el postoperatorio se recomienda vigilancia permanente de la herida

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Blog de enfermería, 2014) (Ruiz, 2014-2015)

### **10.5 Retiro de puntos**

El retiro de puntos se lleva a cabo previa limpieza de la zona con alcohol antiséptico cuando se haya comprobado un buen estado de cicatrización.

- ✓ Valorar el estado de la piel, cicatrización, edema
- ✓ Limpiar con suero fisiológico y gasa estéril
- ✓ Movilizar los puntos con pinza y cortarlos con la hoja de bisturí o tijera
- ✓ Al terminar el procedimiento, limpiar la zona con gasa estéril humedecida con solución salina
- ✓ Brindar educación al paciente o familia sobre los cuidados de la herida

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Intermountain Healthcare, 2009-2014)

## 11. MANEJO DE ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL

Con la evolución del cuadro clínico es necesario proporcionar cuidados necesarios para suministrar al paciente la dieta adecuada por vía oral, según sus necesidades y situación de salud.

- ✓ Verificar dieta prescrita
- ✓ Tras anestesia local iniciar con alimentación oral 4-6 horas y la alimentación líquida puede ser administrada casi inmediatamente, en casos de anestesia general será tras 12 horas y será prácticamente líquida.
- ✓ Comprobar que no existan alergias alimentarias, intolerancia
- ✓ Registrar tolerancia, cantidad ingerida y problemas que hayan surgido
- ✓ Mantener al paciente semisentado durante un tiempo de 20-30 minutos para favorecer digestión
- ✓ La dieta blanda se brindará tras 2 o 3 días de la intervención
- ✓ Valorar las posibles limitaciones físicas del paciente respecto al procedimiento
- ✓ Colocar la paciente sentado o semisentado
- ✓ Dar tiempo suficiente a la ingesta tomando en consideración las condiciones previas de alimentación
- ✓ Adecuar el ritmo de ingesta a la necesidad del paciente para evitar fatiga
- ✓ Tener precaución de atragantamiento, vómito o intolerancia
- ✓ Estimular para que se desarrolle grados de independencia cada vez mayores
- ✓ Llevar a cabo higiene bucal

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Morera, 2014)

## **12. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ALTA**

Procedimientos técnicos y administrativos que se realizan con motivo de la salida del paciente del hospital, donde el accionar del personal de enfermería es fundamental para asegurar la recuperación del paciente.

- ✓ Informar al paciente y familiares sobre el alta
- ✓ Realizar una valoración de enfermería sobre el estado del paciente hacia el alta
- ✓ Entregar el informe de alta revisándolo con el paciente, familia con cuidados que deberá realizar fuera del hospital
- ✓ Si el alta implica medicación se debe instruir sobre su administración
- ✓ Informar sobre la necesidad de acudir a citas médicas y de control
- ✓ Llenar historia clínica, archivar.
- ✓ Educar familiar:

### **12.1 Medicación**

Eritromicina 90 miligramos vía oral 30 minutos antes de café, almuerzo y merienda por 8 días.

- Omeprazol 10 miligramos vía oral a las 6 de mañana
- Albendazol 400 miligramos vía oral
- Vitamina C 500 miligramos vía oral cada día por 8 días
- Complejo B 10 mililitros vía oral por 8 días
- Sulfato de Zinc 20 miligramos vía oral cada noche por 8 noches
- Ácido fólico 1 miligramo vía oral cada día por 8 días

### **12.2 Alimentación:**

- Valorar la tolerancia de la dieta
- Conservar dieta blanda o semiblanda de asimilación los 10-12 primeros días
- Tras el paso de 15 días iniciar dieta de fácil digestión: pobre en grasa, baja en carbohidratos simples y rica en carbohidratos complejos y proteínas
- Utilizar suplementos en vitamina B12, hierro, calcio y vitamina D
- Realizar comidas frecuentes/fraccionadas y poco copiosas
- Masticar bien los alimentos
- Ingerir una dieta baja en grasa, poca fibra, sin lactosa
- Evitar alimentos que pueden ocasionar gases: pepinos, fréjol, rábano, espinaca
- Cocinar los alimentos al vapor, hervidos o al horno
- Beber abundantes líquidos
- La ingesta de dieta normal deberá ser progresiva, analizando asimilación

- Aadar la dieta acorde a las necesidades nutricionales del paciente peso/talla respecto a la edad

### **12.3 Higiene:**

- Baño frecuente con jabón neutro
- Evitar frotar la zona de la herida
- Secar herida/eliminar exceso de humedad
- Mantener hidratada la piel
- Limpiar la herida con suero fisiológico y gasa
- Proteger la zona de la herida para evitar infección

### **12.4 Actividad física**

- No realizar actividad física de alto impacto: correr, saltar, fútbol
- Se recomienda actividad física de bajo impacto como caminar, nadar
- Realizar actividad física con ayuda de la respiración

### **12.5 Signos de alarma**

- Fiebre
- Irritación
- Dolor excesivo
- Sangrado

### **12.6 Cuidados en casa:**

- Revisar estado de cicatrización de la herida
- No manipular la herida
- No utilizar ropa ajustada ni de lana
- Proteger la herida contra lesiones y traumas

**Elaborado por:** La Investigadora

**Fuente:** (Prado, 2014) (Paloma, 2014)