



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Febrero de 2018.

VISTO:

El Expediente N° 19061-2017, que contiene el Informe Técnico N° 003-OGC-2018-HCH, de fecha 17.Ene.2018, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando N° 1017-DE-HCH-2017, de fecha 28 de Noviembre de 2017, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la propuesta de GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS, las cuales tienen por objetivos brindar atención integral, oportuna, efectiva y de calidad a los pacientes adultos; unificando criterios de intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes para prevenir complicaciones;



Que, mediante Informe Técnico N° 003-OGC-2018-HCH, de fecha 17 de enero de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS, presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;



Que, asimismo, el artículo 58, literal d), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Enfermería: Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.

Que, el artículo 59 de la mencionada norma, establece entre las funciones del Servicio de Enfermería en Consulta Externa: Promover acciones educativas inherentes a las diversas estrategias sanitarias y programas institucionales emanados por el Nivel Central; programar y ejecutar educación sanitaria al usuario, familia y comunidad; y promover acciones que contribuyan a lograr la prevención de enfermedades y apoyar al control de epidemias, emergencias y desastres en el ámbito de referencia del hospital.

Que, por último, el artículo 60 del reglamento en mención, establece entre las funciones del Servicio de Enfermería en Medicina: Dar cumplimiento de las normas y procedimientos asistenciales y administrativos vigentes que se relacionen con el paciente

Que, la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, de fecha 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, se tiene que las Guías de Intervención son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un procedimiento asistencial específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y técnicas de ejecución del procedimiento, para una apropiada y oportuna atención de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefe del Departamento de Enfermería, aprobando la propuesta de GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 78-2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS, propuesta por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones de la Jefa del Departamento de Enfermería, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar las GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS del Hospital Cayetano Heredia, propuesta por el Departamento de Enfermería, que a continuación se detallan:

- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Patologías Respiratorias: Insuficiencia Respiratoria – Neumonía – Bronquiectasia Infectada – Asma – EPOC – TBC.
- Guía de Intervención de Enfermería en Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.
- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Enfermedades Hematológicas e Inmunitarias: Artritis Séptica – Leucemia – Lupus Eritematoso Sistemático (LES) – Pancitopenia – VIH –y SIDA.
- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Problemas Cardiovasculares – SICA – IMA – TSV – ICC.
- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Paro Cardiorespiratorio.
- Guía de Intervención de Enfermería en Paciente Diabético y complicaciones.
- Guía de Intervención de Enfermería con Diferentes Tipos de Shock: Hipovolémico – Cardiogénico – Distributivo.
- Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes en Enfermedades Neurológicas: TEC – ACV – HSD – Síndrome Guillain Barre – Tétanos – SD. Convulsivo.

Por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Departamento de Enfermería proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la las GUIAS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS, aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer la Publicación de la referida GUIA, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

SCAM/BAIC/phng

Distribución:

- () DG
- () DE
- () OGC
- () OAJ
- () Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

20 FEB. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
TRAMITE INTERNO

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

I. ASPECTOS GENERALES:

Insuficiencia Renal Aguda: Disminución súbita de la función renal por alteración de la circulación renal o por daño glomerular o tubular, con una brusca reducción de la velocidad del filtrado glomerular. Las más significativas son la azohemia y la oliguria de progreso rápido que aparecen en personas cuyo estado previo de salud era normal o como complicación grave de ciertas afecciones crónicas de este órgano. Las sustancias que normalmente se eliminan por la orina se acumulan en los líquidos, como resultado del deterioro de la función renal y alteran las funciones de homeostasia, endocrinas y metabólicas.

Signos y síntomas: Mal aliento, tendencia a la formación de hematomas, o en el estado de ánimo, Inapetencia, disminución en la sensibilidad, especialmente en las manos o en los pies, Hipertensión arterial, Hipo persistente.

Insuficiencia Renal Crónica: Es un deterioro progresivo de la función renal que termina con la muerte por uremia (exceso de urea, creatinina y otros desechos nitrogenados de la sangre) y sus complicaciones a menos que se haga hemodiálisis o trasplante renal.

Signos y Síntomas: Prurito, Edema, cefalea, náuseas, vértigo, anuria, disnea, aumento de urea y creatinina.

II. POBLACIÓN OBJETIVO:

Población Joven, Adulta y Adulta Madura que acuden al servicio de emergencia con Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.

III. OBJETIVO:

- Estandarizar los cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.
- Reducir riesgo de complicaciones.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

La Licenciada (o) en Enfermería.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código : 00027 ALTERACIÓN DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C: - La disminución de la capacidad renal para regular y excretar líquidos y electrolitos. - Deterioro de los mecanismos reguladores secundarios a insuficiencia renal. - Alteración electrolítica. - Tratamiento de diálisis inadecuado Evidenciado por : - Oliguria. - Edemas. Patrón 2 : - Nutrición Metabólica. Dominio 2: - Nutrición. Clase 4: - Metabolismo.	Código:(0600) - Equilibrio de electrolitos y acido base. Código:(0601) - Equilibrio de líquidos. Código:(0602) - Hidratación	(2080) MANEJO DE LÍQUIDOS/ ELECTROLITOS: - Monitoree el estado hemodinámico - Controle los valores de laboratorio - Realice balance hídrico estricto - Prepare al paciente para diálisis. - Observe desequilibrio de electrolitos asociado a hipercalcemia, hipo o hiperpotasemia, acidosis. - Observe si hay sobrecarga de líquidos. (4130) MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS: - Determine la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. - Explore turgencia cutánea (hidratación) - Monitoree ingresos y egresos. - Administre fármacos prescritos para aumentar la diuresis. - Restringa ingesta de líquidos. - Registre en la nota evolución de enfermería.	- Trastorno hídrico electrolítico - Lesión renal. - Paro cardio respiratorio	- Presencia de edemas. - Balance hidroelectrolítico. - Equilibrio acido Base.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C: - Fatiga de los músculos de la respiración Evidenciado por : - Sobrehidratación. - Esfuerzo respiratorio. Patrón 4 : - Actividad y ejercicio. Dominio 4: - Actividad/reposo. Clase 4: - Respuesta cardiovasculares – pulmonares.	Código:(0403) Estado respiratorio: - ventilación	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA : - Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones. - Observe si hay fatiga muscular diafragmática. - Compruebe la capacidad del paciente para toser eficazmente. - Anote cambios en la SatO₂, SvO₂ y CO₂, así como los cambios en gases arteriales. - Instaure tratamiento de terapia respiratoria. (3320) OXIGENOTERAPIA : - Prepare el equipo oxigenado y administre a través de un sistema humidificado. - Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsometría, gasometría de sangre arterial) - Observe si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno. (3140): MANEJO DE LA VÍA AÉREA : - Coloque la paciente en posición semifowler. - Ausculte sonidos respiratorios, denotando presencia, ausencia o disminución de sonidos adventicios. - Administre oxígeno humidificado, según prescripción.	- Insuficiencia respiratoria. - Paro Cardiorrespiratorio.	- Frecuencia respiratoria 16.– 20 x minuto. - Ritmo respiratorio normal. - Profundidad respiratoria. - Utilización de los músculos accesorios. - Disnea de reposo.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C : • Agente biológico lesivo. • Alteración del estado metabólico • Alteración de la circulación / sensibilidad. Evidenciado en : • Piel seca y áspera. • Piel de color bronce, gris pálido. • Prurito. • Equimosis. • Edema. • Fragilidad capilar e hiperpigmentación. • Poca movilidad y turgencia cutánea. Patrón 02: • Nutrición – metabólica. Dominio 11: • Seguridad y protección. Clase 02: • Lesión física.	Código (1101) • Integridad de la Piel: - Integridad tisular piel y membranas. Código:(1102) • Curación de la herida.	(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL: • Valore el riesgo de deterioro de la Integridad de la Piel con Escala de NORTON (Anexo 1) • Observe características de la piel: color, tumefacción, pulsos, textura, ulceraciones, temperatura, zonas depresión y fricción. • Valore estado nutricional. (0840) CAMBIOS DE POSICIÓN: • Movilice cada 2 horas. (Anexo 2) • Coloque dispositivos terapéuticos que eviten el rozamiento de prominencias óseas. (2316) ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN TÓPICA: • Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicara la medicación • Retire los restos de medicamentos y limpiar la piel. • Aplique el fármaco tópico según prescripción y los 11 correctos (Anexo 3) • Registre en la evolución de Enfermería. • Controle efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación y repórtelos. • Documente la aplicación de mediación tópica y resultados de mejora o deterioro de la piel.	• Infección de partes blandas	• Presencia de Ulceras de la Piel en sus diferentes fases. • Formación de cicatriz. • Recuperación de la Integridad de la Piel.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3480) MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES: • Inspeccione la piel en busca de signos de mala higiene. • Examine la presencia de edemas, grietas ó fisuras. • Determine el estado de movilidad. • Valore el llenado capilar. • Observe movilidad articular. (3560) CUIDADOS DE LA ZONAS AFECTADAS POR LESIONES EN LA PIEL: • Monitoree las características de la herida. • Limpie con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico. • Aplique medicamentos tópicos según prescripción médica. • Documente la aplicación de medicación tópica y resultados de mejora o deterioro de la piel.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00004 RIESGO DE INFECCIÓN R/C: • Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. • Defensas primarias inadecuadas. • Malnutrición • Procedimientos invasivos. Patrón 01: • Percepción – manejo de la salud. Dominio 11: • Seguridad y protección. Clase 01: • Infección.	Código:(703) • Severidad de la infección - Libre de características de infección.	(6540) CONTROL DE INFECCIÓN: • Aplique técnicas de precauciones de aislamiento. • Mantenga normas universales de bioseguridad por parte del personal de salud. • Administre medicación según prescripción médica. (6550) PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES: • Observe signos y síntomas de infección de la piel. • Valore vulnerabilidad del paciente a infecciones. • Proporcione cuidados de la piel en zonas edematosas. • Fomente la ingesta nutricional adecuada. REGISTROS DE ENFERMERÍA: • Registre en la nota evolución.	• Sepsis	• Aumento de leucocitos. (11.000 y 25.000/mm3.) • Inestabilidad de la temperatura > 38° • Pérdida del apetito

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, phd, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru phd, RN, FNI.
2. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
3. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
4. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
5. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02.
6. R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
7. Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
8. Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wilder31/>.



ANEXO 1

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Valora el riesgo que tiene una persona de desarrollar **ÚLCERAS POR PRESIÓN**, con el objeto de poder determinar un Plan de Cuidados Preventivos; Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e incontinencia.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
4 BUENO	4 ALERTA	4 AMBULANTE	4 TOTAL	4 NINGUNA	4
3 MEDIANO	3 APÁTICO	3 DISMINUIDA	3 CAMINA CON AYUDA	3 OCASIONAL	3
2 REGULAR	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 SENTADO	2 URINARIA O FECAL	2
1 MUY MALO	1 ESTUPOROSO COMATOSO	1 INMOVIL	1 ENCAMADO	1 URINARIA Y FECAL	1
CLASIFICACION DE RIESGO:					
PUNTUACION DE 5 A 9		RIESGO MUY ALTO			
PUNTUACION DE 10 A 12		RIESGO ALTO			
PUNTUACION DE 13 A 14		RIESGO MEDIO			
PUNTUACION MAYOR DE 14		RIESGO MINIMO/ NO RIESGO			

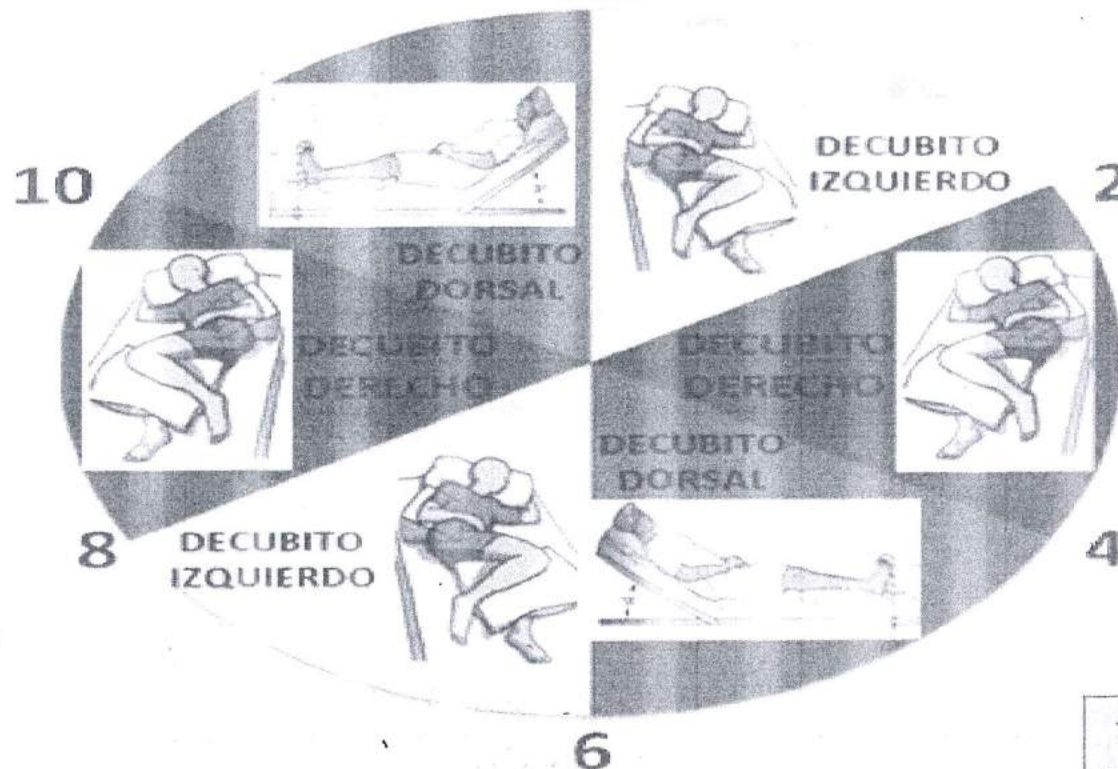


ANEXO 2

CAMBIOS DE POSICIÓN



RELOJ DE
 POSICIONES
 CAMBIAR DE
 POSICIÓN SIGUIENDO
 LAS
 INSTRUCCIONES DEL
 RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
 EMERGENCIA ADULTOS

ANEXO 3

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA – NEUMONIA – BRONQUIECTASIA INFECTADA – ASMA - EPOC – TBC

I. Aspectos Generales:

- **Insuficiencia Respiratoria:** Es un Síndrome Clínico que se caracteriza por la incapacidad del organismo para mantener los niveles arteriales de oxígeno y dióxido de carbono adecuado para la demandas del metabolismo celular.
Signos y Síntomas: se presenta dentro de las 24 ó 48 horas posteriores a la lesión; siguiente forma: Aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio, trastornos neurológicos, coloración azulada de la piel, falta de aliento, sudoración, presión arterial alta.
- **Neumonía:** Es la inflamación de las vías respiratorias bajas que afectan el parénquima pulmonar, incluyendo alvéolos y estructuras de soporte. Pueden deberse a una amplia variedad de agentes etiológicos, incluyendo bacterias, virus, hongos y micro bacterias.
Su clasificación radica en el lugar donde se adquiere:
 - NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC).
 - NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL (NIH).**Signos y Síntomas:** Tos, fiebre, expectoración, tos productiva; dolor torácico (aumento con los movimientos de la respiración).
- **Bronquiectasia infectada:** Es la dilatación crónica de los bronquios caracterizada por la destrucción de los elementos elásticos y, musculares bronquiales está precedida por infección respiratoria que produce que la mucosa bronquial sea reemplazada por tejido fibrotico cicatrizal.
Signos y Síntomas: muy característicos tales como tos constante y duradera (crónica) o ataques de tos periódicos con grandes cantidades de expectoraciones purulentas y de olor desagradable.
- **Asma:** El asma es una enfermedad crónica obstructiva reversible, caracterizado por un aumento de respuesta e inflamación de las vías respiratorias bajas. Se manifiesta por respiraciones laboriosas, disnea y tos irritante, debido a una reducción del diámetro de las vías aéreas (bronquios) esto causa una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad o por la noche.
Signos y Síntomas: Tos, disneas, sibilancias bilaterales.
- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** También se la conoce como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica o enfisema. se caracteriza por la presencia de un proceso inflamatorio crónico irreversible que afecta las vías aéreas, el parénquima y la circulación pulmonar; disminuye la elasticidad de los pulmones, puede conducir a Insuficiencia Respiratoria Aguda.
Signos y Síntomas: puede provocar disnea, producción moco, tos, silbido al respirar, presión en el pecho, color azul en los labios o los lechos úngeles (cianosis), falta de energía, pérdida de peso involuntaria (en los estadios más avanzados), hinchazón en los tobillos, los pies o las piernas.





- **Tuberculosis:** Es una Enfermedad Infecciosa Pulmonar y extra pulmonar crónica adquirida por inhalación en el interior de la estructura alveolar del pulmón.

Signos y Síntomas: Tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones), debilidad o cansancio, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre, sudor durante la noche.

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

- Pacientes adultos que acuden al Servicio de Emergencia de Adultos con Patologías Respiratorias: Insuficiencia respiratoria, Neumonía, Bronquiectasia Infeccionada, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Tuberculosis.

III. OBJETIVOS:

- Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el estado de salud del paciente adulto, beneficiando la permeabilidad de las vías aéreas.
- Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.
- Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes con Patologías Respiratoria.

IV. PERSONA RESPONSABLE

- Licenciadas (o) en Enfermería.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C: • Desequilibrio ventilatorio perfusión. • Cambios en la membrana alveolo capilar. • Alteración en la difusión de gases. • Disminución de la capacidad pulmonar. Evidenciado por : • Hipoxemia. • Alteración de frecuencia y ritmo. • Respiratoria anormal. Patrón 4 : • Actividad - ejercicio Dominio 3: • Eliminación e Intercambio. Clase 4: • Función respiratoria.	Código: (0402) • Estado Respiratorio: intercambio gaseoso: - Mantener saturación de oxígeno mayor a 92%. - Conseguir PCO2 entre 35 - 45 mm.Hg. Código: (0408) • Perfusión tisular pulmonar: - Adecuado intercambio gaseoso.	(3140) MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS: • Valore el nivel de conciencia con la Escala Niveles de Conciencia (Anexo 1)). • Valore el Nivel de Sedación con la Escala RASS.(Anexo 2) • Valore patrón respiratorio y riesgo de aspiración (Anexo 3) • Ausculte sonidos respiratorios; observando las áreas de disminución o ausencias de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Administre broncodilatadores según prescripción. • Administre O2 humidificados según corresponda (CBN, MV, MR). • Coloque al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigile el estado respiratorio de oxigenación. • Monitorice la P/A, FC, T° y FR. • Valore la necesidad de ventilación mecánica y tener en operativo el Ventilador Mecánico y la bolsa de reanimación. • Mantenga normas universales de bioseguridad. • Registre en la nota evolución de enfermería.	• Trastorno sensorial. • Hipoxemia. • Paro cardiorrespiratorio	• Intercambio alveolar de CO2 y O2. • Ausencia de disnea en reposo. • Facilidad de la respiración. • Ausencia de inquietud. • Ausencia de cianosis. • Ausencia somnolencia. • FR: 16 – 20x' • FC: 60 – 80x' • P/A: 120/60mmHg. • AGA: - FiO2: 80 -100mmHg - PCO2: 35 – 45 mmHg - Ph: 7.35 – 7.45. • HCO3 : 22 – 26 mEq/L

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C: • Expansión pulmonar reducida. • Fatiga de los músculos accesorios. • Hiperventilación y Síndrome de hipoventilación. • Ansiedad, fatiga y dolor. • Deformidad de la pared torácica. • Lesión neurológica. • Inmadurez neurológica. • Lesión de la médula espinal. Evidenciado por : • Alteración de frecuencia y ritmo. • Respiratoria anormal. • Disnea. Patrón 4 : • Actividad – Ejercicio Dominio 4: Actividad – Reposo	Código: (0402) Código: (0415) • Estado respiratorio: - Frecuencia respiratoria. - Intercambio gaseoso. - Vías aéreas permeables. - Saturación de oxígeno. Código: (0403) • Estado respiratorio: - Ventilación.	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: • Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de Respiración. • Ausculte los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de ruidos adventicios o respiración ruda. • Observe si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Registre los movimientos torácicos (simetría, músculos accesorios y retracciones de músculos intercostal y supraclavicular). • Observe si hay disnea y si es que mejoras o empeoran, llenado capilar. • Monitoree de signos vitales: (Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial y, Saturación de Oxígeno). (3320) OXIGENOTERAPIA: • Coloque en Posición adecuada del paciente (fowler, semifowler). • Elimine secreciones bucales. • Administre oxígeno complementario según prescripción. • Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial).	• Hipoxemia. • Paro cardiorrespiratorio. • Insuficiencia Respiratoria Aguda. • Disnea. • Asfixia. • Hipoxemia. • Hiperventilación. • Trastorno sensorial.	• Patrón respiratorio adecuado evidenciado por: - FR = 16 – 20x. - SO₂>90%. • Sonidos respiratorios. • Profundidad de la respiración. • Ausencia de disnea de esfuerzo. • Ruidos respiratorios a la auscultación. • AGA: - Po₂ 80 – 100 mm.Hg - Pco₂ 40 mm.Hg - PH 7.4 - HCO₃ 20 m.eq/L.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Clase 4: • Respuesta Cardiovascular/Pulmonar.		• Estimule la tos. • Observe signos de hipoventilación inducida por oxígeno. • Observe signos de toxicidad por oxígeno y atelectasia por absorción. (1400) MANEJO DE DOLOR : • Evalúe el nivel del dolor con Escala de EVA.(Anexo 4) • Canalice una vía periférica venosa con catéter de número 16 – 18, según guía de procedimientos • Administre de analgésico según prescripción. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica.(Anexo 5). • Registre en la evolución de enfermería.		



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00031 LIMPIEZA INEFICAZ R/C: • Mucosidad excesiva. • Cuerpo extraño en vías aéreas. • Retención de secreciones bronquiales y vía aérea artificial. • Presencia de secreciones: mucopurulentas, hemoptoicas, secuencial a proceso infeccioso. Evidenciado por : • Sibilantes. • Roncantes. • Agitación • Ausencia de tos. • Cianosis. • Disnea. • Ruidos respiratorios adventicios. • Tos inefectiva Patrón 4 : • Actividad – Ejercicio. Dominio 11: • Seguridad y Protección. Clase 2: • Lesión Física.	Código: (0410) • Estado respiratorio: - Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3160) ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS: • Determine la necesidad de aspiración. • Ausculte los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración • Disponga precauciones universales: guantes, gafas y máscaras. • Realice aspiración a libre demanda. • Hiperoxigene con oxígeno al 100% durante menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes de cada aspiración. • Monitoree el estado de oxigenación del paciente. • Cuantifique, observe: el color, cantidad y consistencia de secreciones. • Recolecte muestras de secreciones para su cultivo. • Monitoree el estado de oxigenación del paciente del paciente (niveles de SaO2), estado neurológico, estado hemodinámico, antes y después de cada aspiración. • Detenga la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, aumento de extrasístoles ventriculares y/o desaturación. • Mantenga normas universales de bioseguridad por parte del personal de salud.	• Insuficiencia respiratoria • Paro respiratorio • Obstrucción vía aérea	• Ritmo respiratoria. • Movilización de esputo hacia fuera de las vías respiratorias. • Ausencia de ruidos respiratorios patológicos. • Vía aérea libre de secreciones y sonidos respiratorias claras. - FR : 16 -20x' - FC =60 – 80x' - SAT02 = ≥92%

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6680) MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES: • Controle periódicamente de FR, FC, P/A, T°, oximetría de pulso, (AGA) y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). (7690) INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO: • Coordine la toma de Radiografías. • Coordine la toma de muestras de análisis por laboratorio (hemogramas y bioquímica). (1918) CONTROL DE LA ASPIRACIÓN: • Realice aspiración de secreciones a demanda. • Valore la permeabilidad de la vía aérea • Coloque oxígeno según requerimiento. • Realice nebulizaciones según prescripción médica. • Realice cambios posturales. (Anexo 6). • Realice Fisioterapia respiratoria (respiraciones profundas, vibraciones y expiraciones forzadas) para movilizar secreciones. • Mantenga un ambiente ventilado y sin corrientes artificiales de aire. • Mantenga permeable Tubo de Drenaje Toraxico.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Controle medición del CUFF y altura del tubo Orotraqueal en comisura labial. • Registre en la evolución de enfermería (0403) ESTADO RESPIRATORIO : VENTILACIÓN • Mantenga al paciente hidratado para facilitar la expulsión de secreciones. • Administre medicación: terapia - inhalación. Según prescripción médica. • Destete de la ventilación mecánica • Monitorice periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría), SATO2, disnea. 3230) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: • Administre oxigenoterapia en forma continua • Nebulice con broncodilatadores o suero fisiológico según indicación. • Realice fisioterapia respiratoria (Drenaje postural, percusión y vibración) después de cada nebulización. • Estimule la ingesta de líquidos tibios, excepto cuando exista contraindicaciones. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 5). • Registre en la nota evolución de enfermería.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c : • Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno. Evidenciado por : • Falta de aire y temor a la muerte. • Disnea al esfuerzo. Patrón 4 : • Actividad – Ejercicio Dominio 4: • Actividad y reposo Clase 4: • Respuestas: Cardiovascular/pulmonar.	Código: (0402) • Estado Respiratorio: - Intercambio gaseoso. - Tolerancia a la actividad.	(3350) MONITORIZACION RESPIRATORIA : • Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Monitoree los patrones de respiración. Bradipnea, taquipnea, hiperventilación. (3320) OXIGENOTERAPIA : • Mantenga la permeabilidad de las vías aéreas. • Administre oxígeno suplementario según corresponda. • Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro gasometría arterial, según corresponda). • Compruebe la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come. (0200) FOMENTO DE EJERCICIO: • Acompañe al paciente durante periodos agudos de falta de aire. • Eduque al paciente técnicas respiratorias eficaces como respiración diafragmática y con los labios fruncidos. • Limite las visitas si es necesario.	• Ansiedad. • Desaturación. • Disnea.	• Paciente realizara sus actividades físicas sin fatiga ni esfuerzo. • Funciones vitales estables antes y después de las actividades. - FR: 16 – 20 - FC: 60 -80 por min. - SATO2 mayor 92%. • Paciente muestra tolerancia a la actividad.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00146 ANSIEDAD R/C : • Distres, temor, aumento de la frecuencia cardiaca. Evidenciado por : • Falta de aire y temor a la muerte. • Disnea al esfuerzo. Patrón 7 : • Autopercepción – auto concepto Dominio 9: • Afrontamiento/tolerancia al Estrés Clase 2: • Respuestas de afrontamiento.	Código: (1211) • Nivel de Ansiedad - Control del Distres, agitación. - Disminución de la Frecuencia Cardiaca.	(4920) ESCUCHA ACTIVA: • Valore el nivel de ansiedad del paciente, con la Escala de Hamilton.(Anexo 7) • Estimule al paciente a plantear cuestiones y expresar sentimientos. (5270) APOYO EMOCIONAL: • Proporcione un ambiente tranquilo. • Eduque sobre su enfermedad tratamiento y procedimientos que se le realizaran. • Proporcione apoyo emocional. • Registre en la nota evolución de enfermería.	• Agitación. • Estrés. • Depresión. • Bloqueo de pensamiento • Aumento de la frecuencia respiratoria • Distres • Inquietud.	• Paciente mostrara aceptación sobre sus secuelas de su enfermedad y adaptación al entorno participando en su cuidado.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C : - Entubación endotraqueal. - Traqueotomía. Patrón 02 : Nutricional. Metabólico. Dominio 11: Seguridad y Protección. Clase 2: Lesión Física.	Código: (0402) Estado Respiratorio : - Intercambio Gaseoso. Código: (0410) Estado Respiratorio: - Permeabilidad de la Vía Aérea.	(3200) PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN. - Valore el riesgo de aspiración (Anexo 3). (2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA: - Vigile el nivel de conciencia.(Anexo 1). (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA. - Monitoree parámetros hemodinámicos; FR, SAT O2, FC. (3140) MANEJO DE VÍA AÉREA: - Emplear precauciones universales de bioseguridad. - Ausculte ruidos respiratorios y presencia de sonidos adventicios. - Coloque al paciente en posición semifowler para facilitar la aspiración. - Realice aspiración secreciones de tubo orotraqueal, traqueotomía si es necesario. - Vigile el estado respiratorio y oxigenación según corresponda.	- Insuficiencia respiratoria complicada - Distres respiratorio.	Funciones vitales estables antes y después de las actividades. FR: 16 – 20 FC: 60 -80 por min. SATO2 mayor 92%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
2. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
3. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
4. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
5. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02.
6. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
7. R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
8. Medicina Interna Basada en Evidencias -
<https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.
10. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.
<http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalasedoanalgesia.HTML>.





ANEXO - IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGOS



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

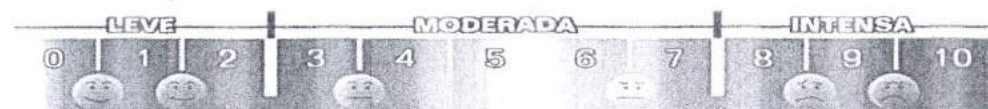
GRADO DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

ALTO

MEDIO

BAJO

RIESGO DE UPP



RIESGO DE CAIDA



RIESGO DE ASPIRACIÓN



ANEXO 1

NIVELES DE CONCIENCIA

Valoración del estado de conciencia: La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. Está alerta, es decir despierto, con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para responder a los estímulos internos y externos.

Valoración del estado de conciencia es un Examen del estado mental, trata de establecer posibles relaciones entre la disfunción neurológica y el grado de desarrollo del paciente, para determinar problemas reales y potenciales, y poder desarrollar un plan de cuidados específicos para cada paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA	
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
ALERTA	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
LETARGO	Paciente somnoliento e inactivo, necesita un estímulo más intenso para despertar.
EMBOTAMIENTO	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente.
ESTUPOR	Solo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
COMA	La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.
Fuente: Urden linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnostico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Ed. Harcourt Prace 1998.	



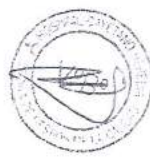
ANEXO 2

Escala RASS de sedación-agitación

La escala de la agitación y sedación Richmond (o "RASS" Inglés "Richmond Agitation-Sedation Scale") es una escala utilizada, por la medicina, para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila

A diferencia de otras escalas, la RASS utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente, para medir el nivel de sedación.

Escala DE RASS de Sedación – Agitación (de Richmond)	
+ 4	Combativo, ansioso, violento.
+3	Muy agitado, intenta retirarse los catéteres, el TET. Etc.
+2	Agitado, movimientos frecuentes, lucha con le respirador.
+1	Ansioso, inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Alerta y tranquilo.
-1	Adormilado, despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
-5	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.



ANEXO 3

VALORACIÓN RIESGO DE ASPIRACIÓN

CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
DISMINUCION DEL NIVEL DE CONCIENCIA	SI	1
	NO	0
TIPO DE CIRUGIA	CIRUGIA DE URGENCIA	1
	CIRUGIA ESÓFAGO, ABDOMINAL ALTA	1
	CIRUGIA O TRAUMATISMO FACIAL, ORAL O DE CUELLO	1
	NINGUNO	
DEFICIT NEUROMUSCULAR	ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	1
	DEPRESIÓN DE LOS REFLEJOS NAUSEOSOS Y TUSIGENO	1
	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	1
DETERIORO DE LA FUNCION DIGESTIVA	NINGUNO	
	AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAGÁSTRICA	1
	RETRASO DEL VACIADO GÁSTRICO	1
POSICION	NORMAL	0
	SITUACIONES QUE IMPIDEN LA ELEVACIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO	1
	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	1
MEDICAMENTOS	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
	ANTICOLINERGICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS, ANTIDEPRESIVOS, OTROS	1
	NINGUNO	
MECANISMOS INVASIVOS	PRESENCIA DE TUBO DE TRAQUEOTOMIA O ENDOTRAQUEAL	1
	PRESENCIA DE SONDAS GÁSTRICAS	1
ALIMENTACIÓN	NPO (NADA POR VÍA ORAL)	0
	ALIMENTACION POR Sonda	1
	ALIMENTACION POR Sonda NASOGASTRICA	1
OTRAS ENTIDADES		1
TOTAL PUNTAJE		



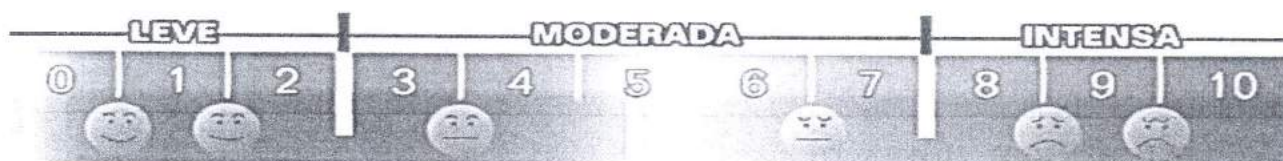
ANEXO 4

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



ANEXO 5

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad.

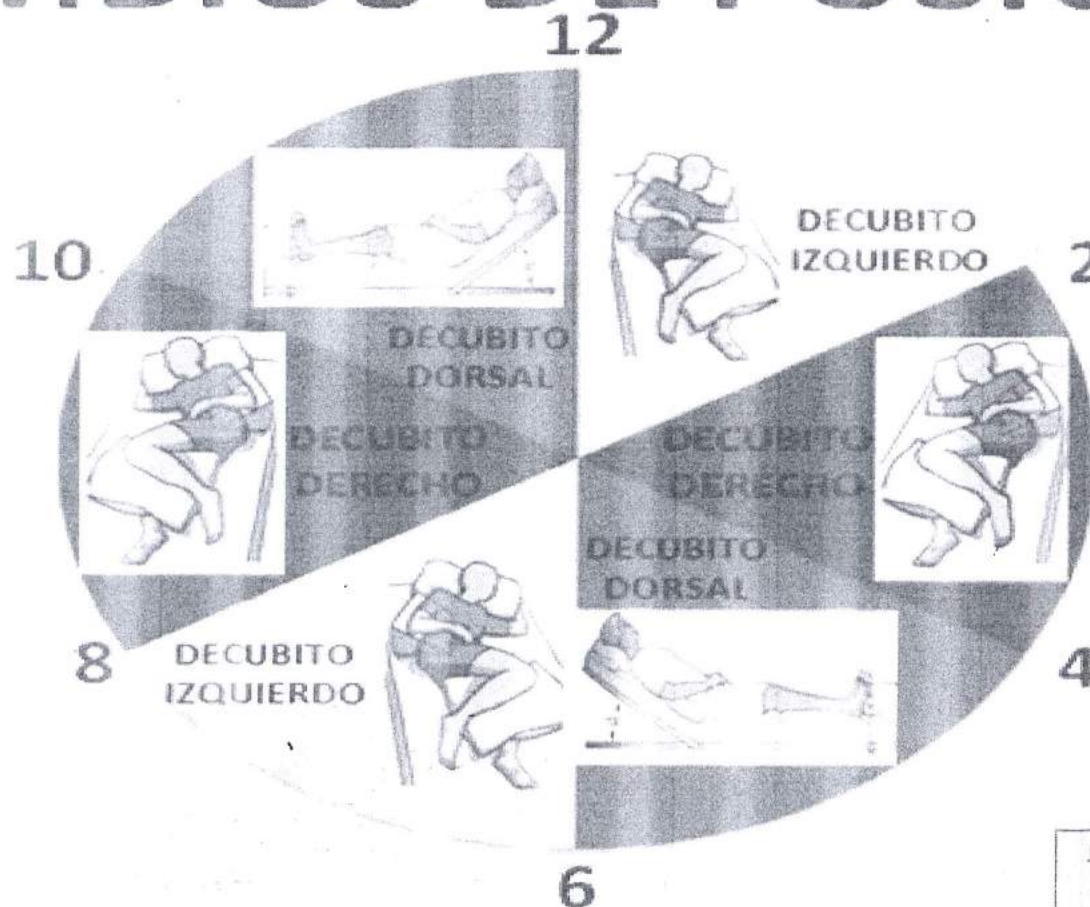


ANEXO 6 - CAMBIOS DE POSICIÓN

CAMBIOS DE POSICIÓN



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
EMERGENCIA ADULTOS

ANEXO 7

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1.	ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.	TENSIÓN. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3.	TEMORES. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4.	INSOMNIO. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5.	INTELECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.	ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
7.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10.	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. Dificultad para tragar, gases, dispepsia; dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13.	SÍNTOMAS AUTÓNOMOS. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14.	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA (GENERAL Y FISIOLÓGICO) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Si su puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS: ARTRITIS SÉPTICA, LEUCEMIA, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES), PANCITOPENIA, VIH Y SIDA

I. ASPECTOS GENERALES:

ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS:

Hemopatías malignas: Linfoma no Hodgkin, mieloma, leucemia, hemopatía no neoplásicas: Aplasia medular, inmunodeficiencia, neutropenia.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:

Alzheimer, Parkinson, Esclerosis, Miastenia graves, Síndrome de Guillan Barre, Enfermedad celiaca, Artritis reumatoide, psoriasis, diabetes tipo I.

1. **Artritis séptica:** Es la reacción inflamatoria de la superficie articular provocada por la presencia de diferentes microorganismos. La artritis séptica está considerada una emergencia reumatológica ya que puede conducir a la rápida destrucción articular y perdida funcional irreversible
2. **Leucemia:** La leucemia consiste en la proliferación incontrolada de una población anómala de células de la sangre. Estas células anómalas infiltran la médula ósea, impidiendo la producción de las restantes células normales, e invaden la sangre y otros órganos. La leucemia puede afectar uno de los dos tipos principales de glóbulos blancos: las células linfoides o las células mieloides.
3. **Lupus eritematoso sistémico (LES):** Es una enfermedad autoinmune crónica. En el lupus, el sistema inmunológico ataca a las células del organismo y los tejidos, se caracteriza por la presencia de episodios periódicos de inflamación y daños en las articulaciones, los tendones, otros tejidos conjuntivos y determinados órganos, entre los que se incluyen el corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos, el cerebro, los riñones y la piel.
4. **Pancitopenia:** Es una enfermedad en la que el paciente tiene bajos los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La Pancitopenia tiene muchas causas posibles y es muy importante determinar la causa en cada caso para elegir el tratamiento adecuado.
5. **VIH y SIDA:** El VIH significa "virus de la inmunodeficiencia humana". El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4). El término SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH.

II. CUADRO CLINICO

- **Síntomas de las autoinmunes :**
 - Cambio de humor: irritabilidad, desaliento.
 - Inflamación articular.
 - Dolor.
 - Rigidez.
 - Deformación.



- Fatiga.
- Pérdida de fuerza: debilidad muscular.
- Parálisis de musculo respiratorio.
- Diarrea.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de apetito.

• **Síntomas de las hemáticas**

- Pérdida de peso.
- Fiebre.
- Cansancio.
- Debilidad.
- Cefalea.
- Parestesia.
- Confusión.
- Disminución del grado de conciencia.
- Vértigo.
- Sangrado: epistaxis.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Dolor esternal.
- Disnea.
- Metrorragia.
- Artritis.
- Artralgia.
- Dolor.



III. POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes jóvenes, adultos, adultos mayores que acuden al servicio de Emergencia con Enfermedades Hematológicas e Inmunitarias: Artritis Séptica, Leucemia, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Pancitopenia, VIH y SIDA

IV. OBJETIVO:

- Establecer Cuidados de Enfermería a los Pacientes con Enfermedades Hematológicas e Inmunitarias.
- Brindar atención de Enfermería en forma integral, aplicando principios éticos y bioéticos durante las intervenciones.
- Reducir riesgo de complicaciones.

V. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada(o) en Enfermería.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL R/C: • Ingesta inferior a las necesidades. EVIDENCIADOS POR : • Manifestado por incapacidad percibida para ingerir comida. Patrón 02: • Nutrición Metabólica. Domino:02 • Nutrición Clase: 01 • Ingestión.	CÓDIGO(1009) Estado Nutricional: Ingestión de nutrientes	CÓDIGO (1160) MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL: • Pese al paciente • Identifique anomalías de la piel (hematomas, mala cicatrización de las heridas y hemorragia) • Observe la presencia de náuseas y vómitos. • Identifique anomalías de la defecación (diarrea, sangre, moco y defecación irregular y dolorosa. • Monitoree la ingesta calórica y dietética. • Determine patrones de comida (gustos) • Evalúe la deglución • Identifique anomalías de la cavidad oral. • Evalúe el estado mental • Monitoree pruebas de laboratorio. • Registre en las notas de evolución de enfermería.	• Desnutrición • Hipoglicemia	• Ingestión de nutrientes. • Ingestión de alimentos • Energía • Relación peso/talla. • Ingesta de líquidos • - Hidratación.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C: • Sepsis Patrón 02: • Nutrición Metabólica. Domino:02 • Nutrición Clase: 05 • Hidratación	CÓDIGO(0601) Equilibrio hídrico. CÓDIGO (602) Hidratación.	CÓDIGO (460) MANEJO DE LA DIARREA: • Determine la historia de la diarrea. • Eduque al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos. • Solicite al paciente/familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. • Identifique los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir la existencia de la diarrea. • Observe si hay signos y síntomas de diarrea. • Ordene al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca. • Observe la turgencia de la piel con regularidad. • Observe la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. • Cuantifique la producción de diarrea/defecación. • Notifique al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.	• Lesiones dérmicas de la región perianal. • Edemas anasarca.	• Balance hidroelectrolítico (Entradas y salidas diarias equilibradas). • Edema periférico. • Electrolitos séricos.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		CÓDIGO (4180) MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA: • Pese a diario al paciente. • Monitoree el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, según disponibilidad. • Monitoree los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria). • Vigile las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea). • Monitoree las entradas y salidas. Monitoree el sitio de inserción del dispositivo de acceso vascular en busca de infiltración, flebitis e infección, según corresponda. • Monitoree la presencia de datos laboratorio de hemorragia (hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles. • Monitoree la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (aumento creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria). • Fomente la ingesta de líquidos por vía oral (es		

		decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación.		
--	--	--	--	--

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Mantenga un acceso I.V. permeable. • Administre soluciones isotónicas I.V. prescritas. • Administre las suspensiones de coloides prescritas (albúmina o fracción proteica plasmática) para la reposición del volumen intravascular, según corresponda. • Administre los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda. • Monitoree la presencia de datos de hipovolemia y de edema pulmonar durante la rehidratación I.V. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 3). • Registre en las notas de evolución de enfermería.		



--	--	--	--	--

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CODIGO (00007) HIPERTERMIA R/C : • Enfermedad. EVIDENCIADO POR: • Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. Patrón 01: • Nutrición Metabólica. Domino:11 • Seguridad y protección. Clase: 06 • Termorregulación.	CODIGO(800) • Termorregulación - Temperatura corporal menor a 37 ° c. CODIGO (703) • Severidad de la infección CODIGO (802) • Signos vitales - Estables	CODIGO (3740) TRATAMIENTO DE LA FIEBRE: • Controle la temperatura y funciones vitales. • Administre medicamentos antipiréticos. • Fomente el consumo de líquidos. • Aplique un baño tibio con esponja. • Garantice que se apliquen las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio. CODIGO (1380) APLICACIÓN DE FRÍO: • Explique al paciente el procedimiento de aplicación de frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre. • Vigile la integridad de la piel e identificar cualquier alteración. • Evalúe constantemente el estado general, la seguridad del paciente y la comodidad del mismo durante el tratamiento. • Controle la tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de	• Deshidratación	• Temperatura corporal entre 36.5 y 37.00 grado c° • Frecuencia cardiaca entre 60 a 80 por minuto.





		oxígeno. • Registre en las notas de evolución de enfermería.		
--	--	---	--	--

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C - Con factores mecánicos, (tracción), inmovilización física. Patrón 02: - Nutrición metabólica Domino:11: - Seguridad y protección Clase: 02 - Lesión física.	CÓDIGO(1101) Integridad tisular: piel, membranas mucosas	CÓDIGO(0840) CAMBIO DE POSICIÓN - Coloque sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados. - Explique que se le va a cambiar de posición. - Anime al paciente a participar en el cambio de posición, según corresponda. (Anexo 1) - Inmovilice o apoyar la parte corporal afectada. - Ponga apoyos en las zonas edematosas. - Evite colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. - Realice giros según lo indique el estado de la piel. CÓDIGO(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL - Valore riesgos de deterioro de Integridad de la Piel (Anexo 2) - Observe si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel. - Observe si hay zonas de presión y fricción.	Úlceras de presión	- Piel integra. - Piel hidratada. - Buen llenado de retorno sanguíneo.





		• Documente los cambios en la piel y las mucosas. • Registre en las notas de evolución de enfermería.		
--	--	---	--	--

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO(00004) RIESGO DE INFECCIÓN R/C • Alteración de las defensas primarias, secundarias inadecuadas. • Inmunosupresión y procedimientos invasivos. Patrón 01: • Percepción – manejo de la salud. Domino:11: • Seguridad y protección Clase: 01: • Infección	CÓDIGO(703) • Severidad de la infección - Libre de infección	CÓDIGO(6540) CONTROL DE LAS INFECCIONES • Mantenga técnicas de aislamiento apropiada. • Limite el número de visitas. • Higiene de manos antes y después de cada actividad con cuidados de pacientes. • Ponga en prácticas precauciones universales. • Cambie los sitios de las vías EV periférica y central de acuerdo con las directrices. • Garantice una manipulación aséptica de todas las vías EV. • Fomente una ingestión nutricional adecuada. • Fomente el reposo en cama. • Administre tratamiento antibiótico según prescripción • Registre en las notas de evolución de enfermería.	• Shock séptico. • Disminución de las defensas del sistema inmunitario.	• Permeabilidad de la vía aérea. • Resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.O2.
- R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos : de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
- Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.



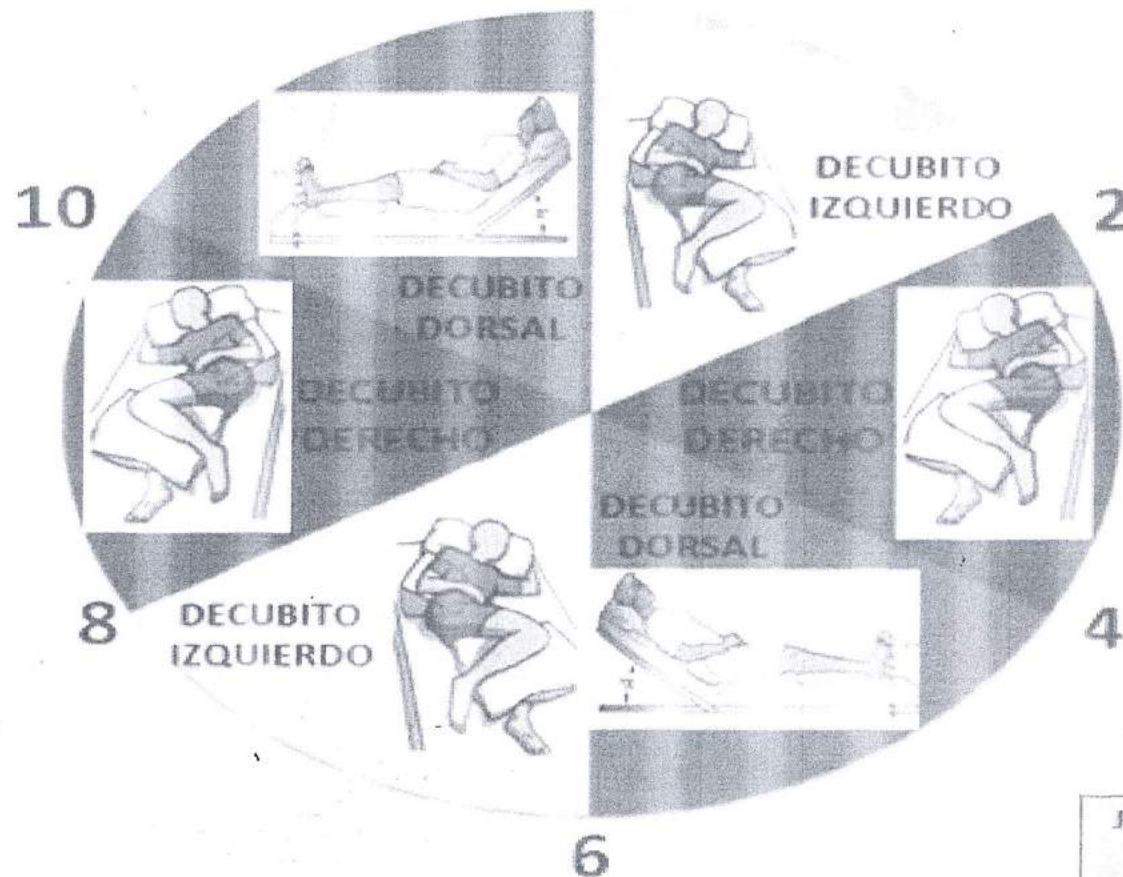
ANEXO 1 - CAMBIOS DE POSICIÓN

CAMBIOS DE POSICIÓN

12



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
EMERGENCIA ADULTOS



ANEXO - IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGOS



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

.....EDAD:

GRADO DEPENDENCIA: I II III IV MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

ALTO MEDIO BAJO

RIESGO DE UPP



RIESGO DE CAIDA



RIESGO DE ASPIRACIÓN



ANEXO 2

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Valora el riesgo que tiene una persona de desarrollar ULCERAS POR PRESIÓN, con el objeto de poder determinar un Plan de Cuidados Preventivos; Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
4 BUENO	4 ALERTA	4 AMBULANTE	4 TOTAL	4 NINGUNA	4
3 MEDIANO	3 APATICO	3 DISMINUIDA	3 CAMINA CON AYUDA	3 OCASIONAL	3
2 REGULAR	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 SENTADO	2 URINARIA O FECAL	2
1 MUY MALO	1 ESTUPOROS O COMATOSO	1 INMOVIL	1 ENCAMADO	1 URINARIA Y FECAL	1
CLASIFICACION DE RIESGO:					
PUNTUACION DE 5 A 9		RIESGO MUY ALTO			
PUNTUACION DE 10 A 12		RIESGO ALTO			
PUNTUACION DE 13 A 14		RIESGO MEDIO			
PUNTUACION MAYOR DE 14		RIESGO MINIMO/ NO RIESGO			



Anexo 3

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES: SICA – IMA- TSV- ICC

I. ASPECTOS GENERALES:

- **INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IMA):** Infarto significa "necrosis por falta de riego sanguíneo", **Agudo** se refiere a "súbito", **Mio** se refiere a "músculo" **Cardio** a "corazón". El infarto agudo de miocardio, conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronaria.

Signos y Síntomas: El síntoma más frecuente del IMA es el dolor torácico presentado de manera repentina y percibida como una presión intensa, pudiendo irradiar hacia brazos, hombros, espalda, cuello y mandíbula. También se incluyen otros síntomas como el dolor epigástrico y la disnea, pudiendo estar acompañados de diaforesis, náuseas o síncope. El IMA también puede presentarse con taquicardia y parada cardiorrespiratoria. Los síntomas del IMA tienen duración mayor de 30 minutos (a diferencia de la angina de pecho que no suele durar más de 20 minutos) y no cesan con el reposo ni la nitroglicerina sublingual.

- **SÍNDROME ISQUEMICO CORONARIO AGUDO (SICA) :** El Síndrome Coronario agudo es el desbalance entre la suplencia de oxígeno en el Miocardio, ocasionado por un súbito deterioro del flujo sanguíneo coronario que lleva a la isquemia, desarrollado comúnmente por la formación de un trombo sanguíneo sobre la ruptura de una placa aterosclerótica, produciendo obstrucción total o parcial de la luz arterial.

CLASIFICACIÓN:

"SICA con elevación del segmento ST" (IMA) en dos o más derivaciones contiguas o bloqueo de rama izquierda del Haz de His nuevo o presumiblemente nuevo

"SICA sin elevación del segmento ST" (IMA NO Q, ANGINA INESTABLE); depresión del segmento ST o inversión de la Onda T, aplanamiento de la onda T, Pseudo normalización de la onda o no cambios en EKG; ANGINA INESTABLE (no elevación de marcadores de necrosis Miocárdica (CPK, Troponina); IMA SIN ELEVACIÓN DEL ST (elevación de marcadores de necrosis miocárdica).

Signos y Síntomas: Dolor torácico opresivo, intermitente prolongado (mayor 20seg.), irradiado a brazo izquierdo, mandíbula, espalda o epigastrio, Diaforesis, Mareos, Náuseas, Disnea, Síncope.

- **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (TSV):** Ocurre cuando el corazón late a una frecuencia de aproximadamente 130 a 250 latidos por minuto. La TSV es un tipo de arritmia (ritmo cardíaco irregular). Es causada por señales eléctricas anormales en el corazón y con frecuencia afecta a personas jóvenes y sanas. (de origen Sinoauricular, de origen auricular, de origen auriculoventricular).

Signos y Síntomas: Palpitaciones precordiales, Mareos, o sensación de desmayo, dificultad respiratoria, ansiedad, Dolor de pecho o sensación de presión, debilidad muscular en especial en las piernas, Adormecimiento u hormigueo en las extremidades.

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

- Pacientes adultos y adultos mayores que padecen de enfermedades cardiovasculares. (SICA, IMA, TSV, ICC).

III. OBJETIVO:

- Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Ofrecer una planificación estándar de cuidados de enfermería apropiada a pacientes que hayan sufrido una enfermedad cardiovascular, y que sirva de guía para proporcionar cuidados de calidad.

IV. PERSONAL RESPONSABLE:

- Licenciada en Enfermería.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C: - Disminución de la precarga y/o aumento de la post carga. Disminución de aporte de Oxígeno. - Alteración de la contractibilidad - Alteración del ritmo cardiaco. - Alteración del volumen de eyección. - Exceso de precarga y postcarga, secundario a la alteración de la contractilidad ventricular. Evidenciado por : - Piel fría, sudorosa. - Falta de aliento. - Disnea. - Prolongación del tiempo de llenado capilar.	Código: (0400) Efectividad de la bomba cardiaca: - Presencia de pulsos periféricos. - Ausencia de arritmias. - Ruidos cardiacos normales Código: (4150) Regulación Hemodinámica. Código: (0401) Estado circulatorio: - Perfusión tisular cardiaca	(4040) CUIDADOS CARDIACOS: - Evalúe dolor torácico con la escala de EVA (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio) (Anexo 1) - Valore la circulación periférica. - Anote signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco. - Controle el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardiaca. - Controle los exámenes de laboratorio (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos). - Controle EKG (electrocardiograma) - Controle el funcionamiento de marcapaso, si correspondiera. - Administre terapia anti arritmica según prescripción médica indicada. (4464 - 4066) CUIDADOS CIRCULATORIOS: Insuficiencia Venosa. - Realice una valoración global de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). - Evalúe los edemas y los pulsos periféricos. - Enseñe al paciente la importancia de la terapia de compensación. - Administre medicación anti plaquetaria o anticoagulante, según prescripción médica.	- Shock Cardiogénico. - Paro Cardiorrespiratorio. - Arritmias. - Edema agudo del pulmón. - Taponamiento cardiaco. - Bloqueos cardiacos	- El paciente mantendrá función cardiaca adecuada, presentara controles vitales en valores normales: - FC < 90x - FR < o =20x' - SatO2 mayor a 90% - PVC <15cm - EKG (trazado dentro de lo normal para cada patología)

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Patrón 4: Actividad y Ejercicio. Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares		• Administrar agentes inotrópicos positivos, según prescripción médica. • Controle diuresis horaria. (4044) CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS: • Evalúe dolor torácico escala de EVA (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio). (Anexo 1). • Monitoree el ritmo y la frecuencia cardiaca. • Ausculte ruidos cardiacos. • Ausculte los pulmones para ver si hay sonidos precipitantes o adventicios. • Valore estado neurológico. • Controle ingestión, eliminación y peso diario. • Monitoree EKG (Electrocardiograma) de 12 derivaciones. • Controle electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio y magnesio en suero). • Eduque al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de valsaba. • Evite la formación de trombos periféricos (cambios de posición cada 2 horas) anexo • Administración de anticoagulantes en dosis bajas según prescripción médica.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6140) MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS: • Asegure la permeabilidad de las vías aéreas. • Administre respiración artificial y realización de compresiones mecánicas. • Tener preparado el coche de paro y activar el código Rojo si fuese necesario. (4254) MANEJO DEL SHOCK CARDIACO : • Ausculta sonidos pulmonares (presencia de crepitantes y sonidos adventicios). • Anote signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco. • Administre fármacos vasoactivos y líquidos cristaloides, según prescripción médica. • Controle las tendencias de los parámetros hemodinámicos. • Monitorice síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en EKG, enzimas cardiacas elevadas. • Mantener una vía IV permeable. • Balance Hidroelectrolítico. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: • Reconoce alteraciones en la presión sanguínea.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Ausculte los pulmones (d/c crepitos y otros) • Eleve la cabecera (30° - 45°). • Administre fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores según prescripción médica. Coloque un sondaje vesical. (4050) PRECAUCIONES CARDIACAS • Evite situaciones emocionales intensas. • Evite sobrecalentamientos o enfriamientos de los pacientes. • Abstenerse de insertar tubos rectales. • Limite estímulos ambientales. • Limite la ingesta de sodio. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción. (Anexo 2) • Registre en la nota evolución de enfermería.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ R/C: • Fatiga de los músculos respiratorios. • Hiperventilación. • Ansiedad. Evidenciado por : • Alteración de frecuencia y ritmo. • Respiratoria anormal. • Disnea. Patrón 4: • Actividad y ejercicio. Dominio 4: • Actividad/ reposo. Clase 4: • Respuestas Cardiovascular/ pulmonar.	Código: (0402) • Estado respiratorio adecuado : - Intercambio gaseoso	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA : • Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones. • Observe si hay fatiga muscular diafragmática. • Compruebe la capacidad del paciente para toser eficazmente. • Anotée cambios en la SatO₂, y CO₂, así como los cambios en gases arteriales. • Instaurar tratamiento de terapia respiratoria. (3320) OXIGENOTERAPIA : • Prepare el equipo oxigenado y administrar a través de un sistema humidificado. • Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsometría, gasometría de sangre arterial) • Observe si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno. (3140): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS : • Coloque la paciente en posición semifowler. • Ausculte sonidos respiratorios, denotando presencia, ausencia o disminución de sonidos adventicios. • Eduque al paciente durante los ejercicios de espirómetro. • Registre en la nota evolución de enfermería.	• Insuficiencia respiratoria. • Paro Cardiorrespiratorio	• El paciente mantendrá función respiratoria adecuada, presentara controles vitales en valores normales. - Sat. O₂: 95 -100% - FR: 16 – 20 X"

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00132 DOLOR AGUDO R/C: - Agentes lesivos biológicos. Evidenciado por : - Incremento de la presión vascular. - interrupción brusca del aporte de oxígeno a las células miocárdicas. Patrón 6: - Cognitivo – preceptivo Dominio 12: - Confort Clase 1: - Confort físico.	Código: (01605) Control del Dolor	(2300) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: - Aplique los 11 principios correctos de administración de medicamentos. (Anexo 5) - Vigile los signos vitales y valores de laboratorio antes y después de la administración de los medicamentos si requiere. (1400) MANEJO DEL DOLOR : - Observe las claves no verbales de molestias. - Realice una valoración exhaustiva del dolor con la escala de EVA: localización, características, aparición, duración, frecuencia (Anexo 2) (6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES : - Controle periódicamente la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Realice EKG, de ser necesario. - Controle periódicamente los ritmos cardiacos, tono y frecuencia.	- Desmayos. - Alteración de la presión arterial. - Shock neurológico. - Ansiedad. - Agitación psicomotriz.	- El paciente no evidencia signos de dolor precordial. - El paciente evidenciara reducción del dolor, según escala de EVA

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00204 PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ R/C - Disminución del aporte de oxígeno. - Disminución del volumen circulante. - Disminución de la función ventricular. EVIDENCIADO POR: - Alteración del ritmo y frecuencia cardíaca. Patrón 4: - Actividad y ejercicio Dominio 4: - Actividad/ reposo Clase 4: - Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares	Código: (0407) Perfusión tisular: periférica eficaz. - Conservación del ritmo y frecuencia cardíaca.	(4044):CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS - Monitoree el ritmo y la frecuencia cardíaca. - Ausculte los sonidos cardíacos - Monitoree la eficacia de la oxigenoterapia. - Monitoree los factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles de hemoglobina y gasto cardíaco). - Evite la formación de trombos periféricos mediante cambios posturales cada dos horas y Administre anticoagulantes en pocas cantidades según prescripción médica. - Aplice los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción. (Anexo 5) - Registre en la nota evolución de enfermería.	- Infarto del miocardio. - Muerte cardíaca súbita. - Infarto cerebral	- Fuerza del pulso radial derecho. - Llenado capilar de los dedos de las manos < 3 "

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C : - Disfunción ventricular miocárdica EVIDENCIADO POR: - Aumento de peso. - Edema periférico. - Distensión venosa yugular y oliguria. Patrón 2: - Nutrición Metabólica. Dominio 4: - Nutrición Clase 4: - Hidratación.	Código: (0601) Equilibrio Hídrico - Ingresos y salidas diarias equilibradas.	(4120):MANEJO DE LÍQUIDOS: - Pese a diario y controlar la evolución - Realice Balance Hidroelectrolítico (registro preciso de entradas y salidas). - Monitoree el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, y PECP, según disponibilidad. - Evalúe la ubicación características y extensión del edema. (2020) MONITORIZACIÓN DE ELECTROLITOS: - Vigile el nivel sérico de electrolitos. - Observe el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio. - Mantenga la solución intravenosa. - Registre en la nota evolución de enfermería.	Edema pulmonar.	- Balance hidroelectrolítica (Entradas y salidas diarias equilibradas). - Edema periférico. - Electrolitos séricos.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00146 ANSIEDAD R/C: - Crisis situacional. - Factores estresantes. - Amenaza de cambio en el entorno y estado de salud. EVIDENCIADO POR : - Preocupación creciente y temor de muerte súbita. Patrón 7: - Autopercepción. - Autoconcepto. Dominio 9: - Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. Clase 1: - Respuestas de afrontamiento.	Código: (1402) Autocontrol de la Ansiedad. - Disminución de control de ansiedad y manejo de estrés.	(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD: - Evalúe nivel de ansiedad según escala de Hamilton (Anexo 3). - Establezca claramente las expectativas de comportamiento del paciente. - Escuche activamente. - Eduque al paciente sobre uso de técnicas de relajación. (respiratorias y de posición anatómica) - Comprenda al paciente sobre la situación estresante. - Proporcione información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. (6480) MANEJO AMBIENTAL : - Identifique las necesidades de seguridad del paciente, según función física. - Controle evitar ruidos indeseables. - Limite las visitas. (2380) ADMINISTRAR MEDICAMENTOS : - Administre medicamentos según prescripción médica y 11 correctos (Anexo 5).	- Desmayos. - Alteración de la presión arterial. - Dolor. - Crisis de ansiedad.	- El paciente disminuye el nivel ansiedad: - Distres. - Tensión. - Ataques de pánico.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6040) TERAPIA DE RELAJACIÓN: • Cree un ambiente tranquilo, sin interrupciones. • Eduque sobre las técnicas de relajación simple. • Recomiende al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. • Registre en la nota evolución de enfermería.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C: • Desequilibrio entre el aporte de y demanda de oxígeno. • Disminución del gasto cardíaco y/o Trastornos en la perfusión tisular miocárdica. EVIDENCIADO POR : • Arritmias • Disnea al esfuerzo. • cansancio. • Dolor. • Taquipnea. Patrón 4: • Actividad y Ejercicio Dominio 4: • Actividad/ reposo Clase 4: • Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares	Código: (0002) • Conservación de la energía. - Equilibrio entre la actividad y el descanso. Código: (0005) • Tolerancia de actividad. - Funciones vitales estables.	(1800) AYUDA EN EL AUTOCUIDADO: • Compruebe la capacidad del paciente para ejercer autocuidado. • Ayude al paciente en las necesidades de dependencia. • Aliente a la recuperación del autocuidado. • Observe las respuestas emocionales, físicas, sociales, y espiritual. (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD : • Determine el compromiso del paciente con el aumento de frecuencia y gama de actividades. (4046) CUIDADOS CARDIACOS: REHABILITACIÓN • Compruebe la tolerancia a la actividad del paciente. • Mantenga un programa de deambulación a tolerancia. • Instruya al paciente y familia sobre las limitaciones para levantar peso • Registre en la nota evolución de enfermería.	• Arritmias. • Cambios en la presión arterial. • Disnea. • Fatiga. • Dolor torácico.	• El paciente mantendrá función cardíaca adecuada, presentara controles vitales en valores normales. • El paciente realiza ejercicios pasivos. • Paciente no presenta disneas al esfuerzo. • Funciones vitales hemodinamicamente estables.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00155 RIESGO DE CAIDAS R/C: - Factores de riesgo. Patrón 1: - Percepción - Manejo de la salud. Dominio 11: - Seguridad/protección Clase 2: - Lesión física	Código: (1902) Libre de riesgos: - control de factores de riesgo	(6486) MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD: - Identifique las necesidades de seguridad, (función física y cognoscitiva). - Elimine factores de peligro del ambiente. - Ayude la paciente a construir un ambiente seguro. (6490) PREVENCIÓN EN CAÍDAS: - Valore riesgos de caídas (Anexo 4) - Controle la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación. - Instruya al paciente a que pida ayuda para moverse. - Eduque al paciente a usar dispositivos de ayuda. (6654) VIGILANCIA: SEGURIDAD - Observe si hay alteraciones de la función física. - Vigile el ambiente: ver si hay peligro potencial para su seguridad. - Comunique acerca de la situación del paciente en su situación de riesgo. - Registre en la nota evolución de enfermería.	Lesiones Físicas.	Control del riesgo Reconoce factores de riesgo. Paciente sin lesiones

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02.
- ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
- R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos : de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
- Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Primera Edición, 2001 D.R. © Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
- Medicina Interna Basada en Evidencias -
<https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31/>.



ANEXO - IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGO



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

GRADO DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

RIESGO DE UPP

RIESGO DE CAIDA

RIESGO DE ASPIRACIÓN

ALTO

MEDIO

BAJO

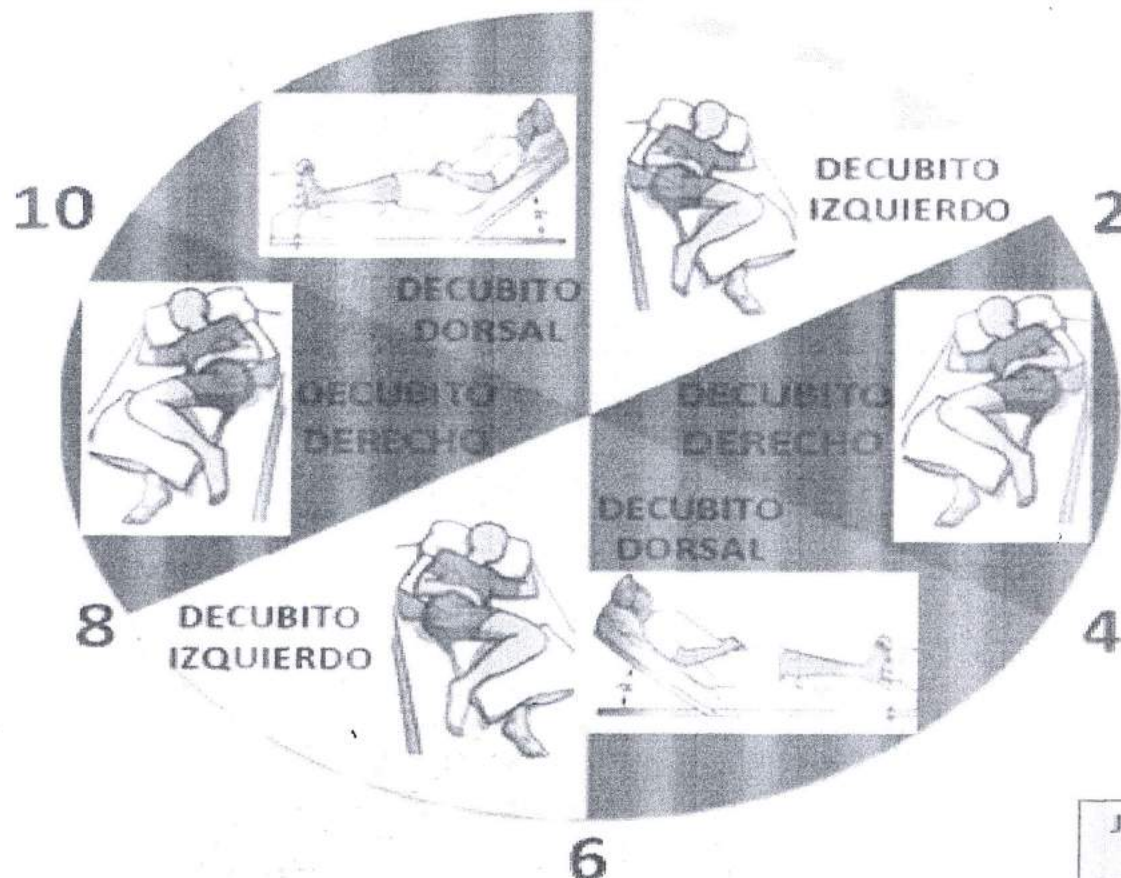


ANEXO 1 - CAMBIOS DE POSICIÓN

CAMBIOS DE POSICIÓN



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
EMERGENCIA ADULTOS

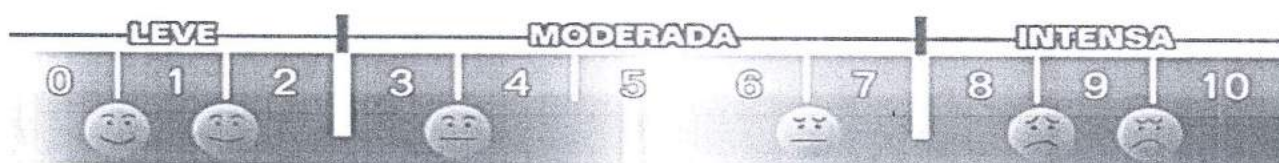
ANEXO 2

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1.	ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.	TENSIÓN. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3.	TEMORES. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4.	INSOMNIO. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5.	INTELLECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6.	ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

	SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
7.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10.	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13.	SÍNTOMAS AUTÓNOMOS. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14.	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA (GENERAL Y FISIOLÓGICO) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Si su puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad.



ANEXO 4

**VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS
(J.H DOWNTON)**

CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
	DIURETICOS, HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS, ANTIDEPRESIVOS, OTROS	1
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
	AGITACION PSICOMOTRIZ	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	ASISTIDA CON ELEMENTOS DE APOYO	1
	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	1
TOTAL PUNTAJE		

NA: NO APLICA

CLASIFICACIÓN:

RIESGO BAJO : 0 a 2 PUNTOS

RIESGO MEDIO : 3 a 4 PUNTOS

RIESGO ALTO : 5 a 9 PUNTOS



ANEXO 5

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORRESPIRATORIO

I. Aspectos generales

- **La Parada Cardiorrespiratoria (PCR):** Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.
- **La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB):** Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible parada cardíaca y/o respiratoria, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.
- **La Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA):** Agrupa el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen
- **Causas :**
 - **Cardiovasculares:** IMA, Disritmias. (FV/ TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y II grado), Embolismo Pulmonar, Taponamiento Cardíaco.
 - **Respiratorias:** Obstrucción de la vía aérea, Depresión del Centro Respiratorio, Bronco aspiración, Ahogamiento o asfixia, Neumotórax a tensión, Insuficiencia respiratoria.
 - **Metabólicas:** Hiperpotasemia, Hipopotasemia.
 - **Traumatismo:** Craneoencefálico, Torácico, Lesión de grandes vasos, Hemorragia Interna o externa.
 - **Shock.**
 - **Hipotermia.**
 - **Latrogénicas**
 - **Sobredosificación de agentes anestésicos.**

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

Toda persona que en emergencia haga Paro Cardiorrespiratorio

III. OBJETIVO:

- Unificar criterios para la atención de Enfermería en pacientes con Paro Cardiorrespiratorio.

IV PERSONA RESPONSABLE

- Licenciadas (o) en Enfermería



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C • Desequilibrio entre la ventilación y perfusión. Evidenciado por : • Gasometría arterial anormal. • Respiración anormal. • Hipoxemia. • Hipercapnia, etc. Patrón 4 : • Actividad - ejercicio Dominio 3: • Eliminación e Intercambio. Clase 4: • Función respiratorio	Código: (0402) • Estado respiratorio: - Mantener saturación de oxígeno mayor a 92% - Conseguir PCO2 entre 35 - 45 mmHg.	(6320) REANIMACIÓN: • Evalúe la respuesta del paciente. • Pida ayuda (sistema de alarma). • Asegure la vía aérea permeable. • Proporcione dos ventilaciones manuales tras las 30 compresiones. • Aspire secreciones • Ayude a la intubación. • Evalúe pasaje de aire en ambos campos pulmonares • Coordine toma de Radiografía de tórax después de la intubación. (3140) MANEJO DE LA VÍA AÉREA: • Valore permeabilidad de la vía aérea. • Coloque en Posición semifowler al paciente. • Ausculte ambos campos pulmonares. • Aspire secreciones a demanda. • Administre tratamiento prescrito • Administre oxígeno húmedo. • Valore resultados de gasometría. • Administre oxígeno según necesidad y valorando AGA.	• Paro respiratorio. • Distres respiratorio. • Muerte. • Daño neurológico. • Hipoperfusión tisular. • Isquemia celular	• FR: 16 – 20x' • FC: 60 – 80x' • P/A: 120/60mmHg. • AGA: - FiO2: 80 -100mmHg - PCO2: 35 – 45 mmHg. - Ph: 7.35 – 7.45. - HCO3 : 22 – 26 mEq/L • Saturación mayor a 92%. • Restauración de la función cardiorrespiratoria. • Gasto urinario, normal = 0,5 a 1 ml/kg/hora. • Presencia de Pulsos periféricos.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: • Vigile F.R, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Evalúe el movimiento torácico, observando simetría, uso de músculos accesorios. • Monitoree patrones de respiración. • Monitoree saturación de oxígeno. • Registre en la nota evolución de enfermería.		



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código:00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C - Alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco. - Alteración de la Precarga, Poscarga. - alteración de la contractibilidad. - Alteración del volumen de eyección. Evidenciado por : - Piel fría, sudorosa. - Falta de aliento. - Disnea. - Prolongación del tiempo de llenado capilar. Patrón 4: - Actividad y Ejercicio. Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares	(0400) Efectividad de la bomba: - Mantener PAM por encima de 65 mm.Hg. (0401) Estado circulatorio: - Control de gasto urinario horario. - Llenado capilar.	(6140) MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA - Evalúe el nivel de conciencia y la respuesta del paciente para determinar las acciones apropiadas. (Anexo 1). - Solicite ayuda si el paciente no respira, no lo hace con normalidad y no ofrece respuesta. - Establezca el aviso de parada cardiorrespiratoria según protocolo y obtener un Desfibrilador Externo Automático (DEA). - Asegure permeabilidad de la vía aérea. - Realice RCP, centrándose en las compresiones. - Colabore en la cardioversión. - Monitoree la calidad de RCP - Conecte el monitor cardiaco y determine el ritmo. - Colabore en la intubación. - Coloque una vía de buen calibre y administrar epinefrina y terapéutica según prescripción. - Asegure los cuidados después de la parada cardíaca (soporte cardiopulmonar, neurológico, evitar la hiperventilación).	- Paciente en muerte cerebral. - Paciente declarado fallecido.	Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' - FC: 60 – 80x' - P/A: 120/60mmHg. - AGA: - FiO2: 80 -100mmHg - PCO2: 35 – 45 mmHg - Ph: 7.35 – 7.45. - HCO3 : 22 – 26 mEq/L - Saturación mayor a 92%. - Restauración de la función cardiorrespiratoria.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: • Compruebe PA, PAM, F.C, pulso, PVC. • Determine el estado de volumen (hipovolemia, normovolemia) • Administre retos de fluidos según prescripción médica • Administre medicamentos inotrópicos, vasopresores, antiarrítmicos, etc. según prescripción médica. • Titule drogas administradas. • Valore respuesta del paciente al vasopresor. • Administre hemoderivados según prescripción médica. • Ausculte ruidos cardiacos. • Valore diuresis. • Valore electrolitos. • Valore estado Acido - Base. • Coloque sonda vesical. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 2) • Registre en la evolución de enfermería.		



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES ADULTOS

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código 00205 RIESGO DE SHOCK R/C: - Hipotensión. - Hipovolemia. - Hipoxia. - Hipoxemia. - Sepsis. - Síndrome de respuesta Inflamatoria Sistémica. Patrón 4: - Actividad y Ejercicio. Dominio 11: - Seguridad y Protección. Clase 2: - Lesión física.	Código: (0416) Perfusión tisular: celular - Mantener PAM mayor a 65 mmHg. - Control de la infección:	(4260) PREVENCIÓN DEL SHOCK: - Valore respuestas precoces al shock. - Monitorice PA, PAM. - Vigile estado de hidratación. - Valore PVC. - Administre bolos de fluidos según prescripción. - Administre hemoderivados según indicación. - Vigile respuesta del paciente frente a la administración de bolos de fluidos. - Valore la necesidad de iniciar el uso de vasopresor previa consulta al médico. - Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 2) - Registre en la evolución de enfermería.	- Shock. Cardiogénico, distributivo, multifactorial - Hipoperfusión. - Falla multiorgánica	- Presión arterial - Signos y síntomas de la exacerbación de la infección. Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' - FC: 60 – 80x' - P/A: 120/60mmHg. AGA: - FiO2: 80 -100mmHg - PCO2: 35 – 45 mmHg - Ph: 7.35 – 7.45. - HCO3 : 22 – 26 mEq/L - Saturación mayor a 92%. - Restauración de la función cardiorrespiratoria.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ R/C: • Crisis situacional. EVIDENCIADO POR : • Incapacidad para afrontamiento. Patrón 10: • Afrontamiento – tolerancia al estrés. Dominio 09: • Afrontamiento – tolerancia al estrés. Clase 2: • Respuesta de afrontamiento.	Código:(1302) • Afrontamiento de problemas. Código:(1212) • Nivel de estrés.	(5230) MEJORAR AFRONTAMIENTO: • Valore el impacto de la situación familiar frente al estado del paciente. • Utilice enfoque sereno y tranquilizador. • Estimule la implicancia familiar según corresponda. (7140) APOYO A LA FAMILIA: • Ofrezca una esperanza realista. • Use técnicas de comunicación para reducir discrepancias entre las expectativas del paciente y la familia. • Proporcione recursos espirituales a la familia según lo precisen. • Ayude a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda. • Registre en la evolución de enfermería.	• Depresión. • Estrés. • Crisis situacional.	• Identificación de patrones de superación. • Verbalización de situación de control. • Adopta conducta de disminución de estrés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.O2.
- Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Primera Edición, 2001 D.R. © Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
- Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.
- Estado de Conciencia .<http://www.agapap.org/druagapap/sy stem/files/EscalaGlasg>



ANEXO 1

NIVELES DE CONCIENCIA

Valoración del estado de conciencia: La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. Está alerta, es decir despierto, con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para responder a los estímulos internos y externos. Valoración del estado de conciencia es un Examen del estado mental, trata de establecer posibles relaciones entre la disfunción neurológica y el grado de desarrollo del paciente, para determinar problemas reales y potenciales, y poder desarrollar un plan de cuidados específicos para cada paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA	
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
ALERTA	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
LETARGO	Paciente somnoliento e inactivo, necesita un estímulo más intenso para despertar.
EMBOTAMIENTO	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente.
ESTUPOR	Solo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
COMA	La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.
Fuente: Urden linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnostico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Ed. Harcourt Prace 1998.	



ANEXO 2

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

I. Aspectos generales

La diabetes es una de las enfermedades de tipo crónico más frecuentes del mundo. Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, debido a que el páncreas no produce insulina o no la usa de manera adecuada. La diabetes de adulto nunca va sola, tiene enfermedades asociadas: Hipertensión, Obesidad, Hiperlipidemia. Las tres guardan relación con la alimentación y la vida sedentaria.

• Complicaciones agudas:

➤ **Hiperglucemia:** Aumento excesivo de la cantidad de glucosa en sangre.

Tipos:

- infección o problema importante de salud (Hiperglucemia simple: Incremento de glucemia mayor a 300 mg/dl, Requiere atención en urgencias.
- Cetoacidosis diabética: Glucemias elevadas por encima de 500 mg/dl con producción de cuerpos cetónicos en sangre y orina. Más frecuente en la Diabetes Mellitus tipo 1.
- Coma hiperosmolar no cetónico: Complicación grave en la DM2 (Osmolaridad, deshidratación e hiperglucemia). En las personas mayores con DM2 es muy importante asegurar la ingesta hídrica, especialmente con fiebre, diarreas y otros procesos intercurrentes. La persona diabética y la familia han de saber que una enfermedad cardiovascular, traumatismo, etc.) pueden descompensar su diabetes.

➤ **Hipoglucemia:** Descenso de la glucemia en cifras inferiores a 60 mg/dl.

Tipos:

- **Leve:** Temblor, sudoración fría, palpitaciones, ansiedad, sensación de hambre, irritabilidad.
- **Moderada:** Falta de concentración, visión borrosa, somnolencia, alteraciones del lenguaje. Durante este episodio el paciente puede autotratarse o solicitar ayuda.
- **Grave:** Alteraciones del comportamiento, pérdida de conciencia y convulsiones. En estos casos el paciente necesitará siempre la ayuda de otra persona para la superación de la hipoglucemia.

➤ **El pie diabético:** Manifestación de la neuropatía diabética agravada por la insuficiencia vascular y la infección. Traumatismos repetidos de calzado estrecho, así como la carga anormal de peso, que producen heridas cutáneas, úlceras, necrosis de los tejidos (gangrena), hace que evolucione a este tipo de pie. La

edad, duración y mal control de la diabetes, la hipertensión arterial y las cifras elevadas de colesterol, así como el tabaquismo y los escasos cuidados en la higiene diaria, son los factores de riesgo en relación con el desarrollo del pie diabético.

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes y con Complicaciones

III. OBJETIVO:

- Unificar criterios de Enfermería en la atención de Pacientes que acuden a la Emergencia con enfermedad Diabética y sus complicaciones.
- Brindar cuidado de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la enfermedad
- Disminuir las complicaciones del paciente con diabetes.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

- Lic. Enfermería



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00179 GLICEMIA INESTABLE R/C: - Déficit de Insulina Evidenciado por : - Hiperglicemia. - Incremento del lactato. - Cetonuria. - Intranquilidad. - Confusión mental. - Dolor abdominal. Patrón 2 : - Nutrición Metabólica. Dominio 2: - Nutrición. Clase 4: - Metabolismo.	Código: (2300) - Nivel de glicemia. - En rangos normales. Código: (2301) - Respuesta a la medicación.	(2120) MANEJO DE LA HIPERGLICEMIA: (2130) MANEJO DE LA HIPOGLICEMIA: - Vigile los niveles de glucosa en sangre. - Identifique las causas posibles de la hiperglucemia e hipoglicemia. - Fomente el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. - Potencie la ingesta oral de líquidos. - Valore el Manejo de Insulino-terapia. - Corrija la terapéutica de la glucosa en sangre (Administración de Insulina en caso de Hiperglicemia, administración de dextrosa al 33% en caso de hipoglicemia) (1160) MONITOREO NUTRICIONAL: - Evalúe estado conciencia (Anexo 2). - Pese al paciente - Evalúe turgencia y movilidad. - Observe presencia de náuseas y vómitos - Monitoree la ingesta calórica y dietética. - Registre en la nota evolución de enfermería.	- Acidosis metabólica - Hipoglicemia - Hiperglicemia	- Concentración sanguínea de glucosa (80 – 120 mg. Hg:) - Glucosa en orina. - Cetonas en orina

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código:00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS R/C: • Fracaso de los mecanismos reguladores. • Pérdida importante del volumen de líquidos. Evidenciado por : • Aumento de la concentración de orina. • Aumento de frecuencia del pulso. • Disminución de la diuresis, presión arterial. • Sequedad de lengua, piel y mucosas. • Cambios del estado mental. • Disminución de la turgencia de la piel. Patrón 2 : • Nutrición Metabólica. Dominio 2: • Nutrición. Clase 5: Hidratación.	Código: (0601) • Equilibrio hidroelectrolítico. - Ingresos y egresos equilibrados. Código: (0602) • Hidratación. - Piel hidratada.	(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: • Monitoree signos vitales: T°, F.C, SO2, F.R, Presión arterial. (3390) MANEJO DE LÍQUIDOS : • Pese a diario y controle evolución. • Realice un registro preciso de ingesta y eliminación (orina, heces, etc.) • Realice balance hídrico estricto • Observe si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos. • Vigile el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado), según sea el caso. • Vigile la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos. (4200) TERAPIA INTRAVENOSA: • Verifique la indicación prescrita de terapia intravenosa. • Reponga volumen a volumen según prescripción médica y correctos en la administración de medicamentos (Anexo 4) • Titule terapia de insulina según prescripción médica. • Registre en la nota evolución de enfermería.	• Hipopotasemia. • Deshidratación severa. • Edema Cerebral. • Disminución del estado mental.	• Presión Arterial En Rango Esperado. P/A : 120/70 mm Hg. • Entradas y salidas diarias equilibradas. • Hidratación cutánea. • Membranas mucosas húmedas

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C: - Alteración de la precarga y postcarga. - Alteración de la contractibilidad. - Alteración del ritmo cardiaco. - Alteración del volumen de eyección. Evidenciado por : - Arritmias, Bradicardia, taquicardia. - Cambios en el EKG. - Disminución de los pulsos periféricos. - Prolongación del tiempo de llenado capilar. - Edema. - Ingurgitación yugular. Patrón 4 : - Actividad y ejercicio Dominio 4: - Actividad y reposo. Clase 4: - Respuesta cardiovascular/pulmonar	Código: (0802) Signos vitales estables Código: (504) Función Renal normal.	(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: - Monitoree signos vitales: T°, F.C, SO₂, F.R., presión arterial. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: - Evalué del estado hemodinámico. - Observe la presencia de signos y síntomas (alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico). - Determine el estado de perfusión. - Ausculte ruidos cardiacos. - Ausculte sonidos pulmonares. - Administre fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores prescritos - Evalué efectos de fluidoterapia. (2300) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: - Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos.(Anexo 4) - Registre la administración de la medicación. (1920) MONITORIZACIÓN DEL EQUILIBRIO ACIDO BÁSICO. - Analice las tendencias de PaCO₂, PO₂, HCO₃, PH. para determinar tendencias. - Registre en la nota evolución de enfermería.	- Disminución del gasto cardiaco. - Fatiga. - Edema. - Paro Cardiaco	Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' - FC: 60 – 80x' - P/A: 120/60mmHg. - Balance de ingesta y diuresis en 24 horas no comprometido.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código:(00205) RIESGO DE SHOCK R/C: Aporte sanguíneo inadecuado. Patrón 4 : Actividad y ejercicio. Dominio 3: Seguridad y protección. Clase 2: Lesión física.	Código: (1902) Control de riesgo.	(4260) PREVENCIÓN DEL SHOCK: - Compruebe el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel sonidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos. - Observe si hay signos de oxigenación tisular inadecuada y estado respiratorio. - Mantenga permeabilidad de las vías aéreas. - Canalice y mantenga una vía periférica - Administre oxígeno y ventilación mecánica, según prescripción. (4250) MANEJO DEL SHOCK : - Administre líquidos iv mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis según prescripción médica. - Administre líquidos E/V. u orales, según prescripción médica. - Compruebe los valores de laboratorio, los niveles de Hgb y Hct, perfil de coagulación, niveles de gases y electrolitos en sangre arterial. - Administre antibioticoterapia según indicación y los correctos en la administración. (Anexo 4) - Registre en la nota evolución de enfermería.	Paro Cardíaco.	Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' - FC: 60 – 80x' - P/A: 120/60mmHg. AGA: - FiO2: 80 -100mmHg - PCO2: 35 – 45 mmHg - Ph: 7.35 – 7.45. - HCO3 : 22 – 26 mEq/L - Saturación mayor a 92%.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00033) DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA R/C : - Factores metabólicos (Cetoacidosis). Evidenciado por : - Aumento de la uso de músculos accesorios. - Aumento de la tasa metabólica. Patrón 4 : - Actividad y ejercicio. Dominio 4: - Actividad/reposo. Clase 4: - Respuestas cardiovasculares/pulmonares.	Código: (0802) Signos vitales - Valores normales Código: (0403) Estado Respiratorio: - Ventilación adecuado	(6680): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES - Monitoree signos vitales: T°, F.C, SO₂, F.R, presión arterial. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: - Controle el esquema de respiración, taquipnea, hiperventilación, y respiraciones de Kussmaul. - Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (3320) OXIGENOTERAPIA: - Administre oxígeno suplementario según prescripción - Vigile el flujo de litro de Oxígeno. - Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial) - Mantenga permeabilidad de vía aérea. - Registre en la nota evolución de enfermería.	- Síndrome de distres respiratorio. - Insuficiencia Cardíaca Congestiva.	Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' AGA: - FiO₂: 80 -100mmHg - PCO₂: 35 – 45 mmHg - Ph: 7.35 – 7.45. - HCO₃ : 22 – 26 mEq/L - Saturación mayor a 92%. - Utilización de músculos accesorios

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABETICO Y COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C: - Ventilación- perfusión. Evidenciado por : - Gasometría arterial anormal. - Respiración anormal (respiración Kussmaul). Patrón 4 : - Actividad y ejercicio. Dominio 3: - Eliminación e intercambio Clase 4: - Función respiratoria.	Código:(0402) Estado respiratorio: - Intercambio gaseoso	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: - Controle Saturación de. O₂ y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría), - Controle las funciones vitales. - Observe color de piel y llenado capilar. - Ausculte ambos campos pulmonares. - Registre los cambios de gases arteriales. (1910) MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDO BÁSICO : - Mantenga un acceso endovenoso permeable. - Monitoree las tendencias de PH arterial - Monitoree el patrón respiratorio (3140) MANEJO DE LAS VÍA AÉREA : - Coloque al paciente en la posición que permita maximizar el potencial de ventilación - Vigile el estado respiratorio y oxigenación. - Registre en la nota evolución de enfermería	- Acidosis metabólica - Hipoxemia - Paro Cardíaco	Funciones vitales : - FR: 16 – 20x' - FC: 60 – 80x' - P/A: 120/60mmHg. AGA: - FIO₂: 80 -100mmHg - PCO₂: 35 – 45 mmHg - PH: 7.35 – 7.45. - HCO₃ : 22 – 26 mEq/L - Saturación mayor a 92%.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C : - Agente biológico lesivo. - Alteración del estado metabólico - Alteración de la circulación / sensibilidad. Evidenciado en : - Piel seca y áspera. - Piel de color bronce, gris pálido. - Prurito. - Equimosis. - Edema. - Fragilidad capilar e hiperpigmentación. - Poca movilidad y turgencia cutánea. Patrón 2 : - Nutricional - Metabólico. Dominio 2: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física.	Código (1101) Integridad de la Piel. - Integridad tisular piel y membranas. Código:(1102) Curación de la herida.	(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL: - Valore el riesgo de deterioro de la Integridad de la Piel (Anexo 3) - Observe características de la piel: color, tumefacción, pulsos, textura, ulceraciones, temperatura, zonas depresión y fricción. - Valore estado nutricional. (0840) CAMBIOS DE POSICIÓN: - Movilice cada 2 horas. (Anexo 1) - Coloque dispositivos terapéuticos que eviten el rozamiento de prominencias óseas. (2316) ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN TÓPICA: - Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicara la medicación - Retire los restos de medicamentos y limpiar la piel. - Aplice el fármaco tópico según prescripción. - Registre en la nota evolución.	Infección de partes blandas	- Presencia de Ulceras de la Piel en sus diferentes fases. - Formación de cicatriz. - Recuperación de la Integridad de la Piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.O2.
- R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
- Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.
- Escala nivel de conciencia consistente... <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>



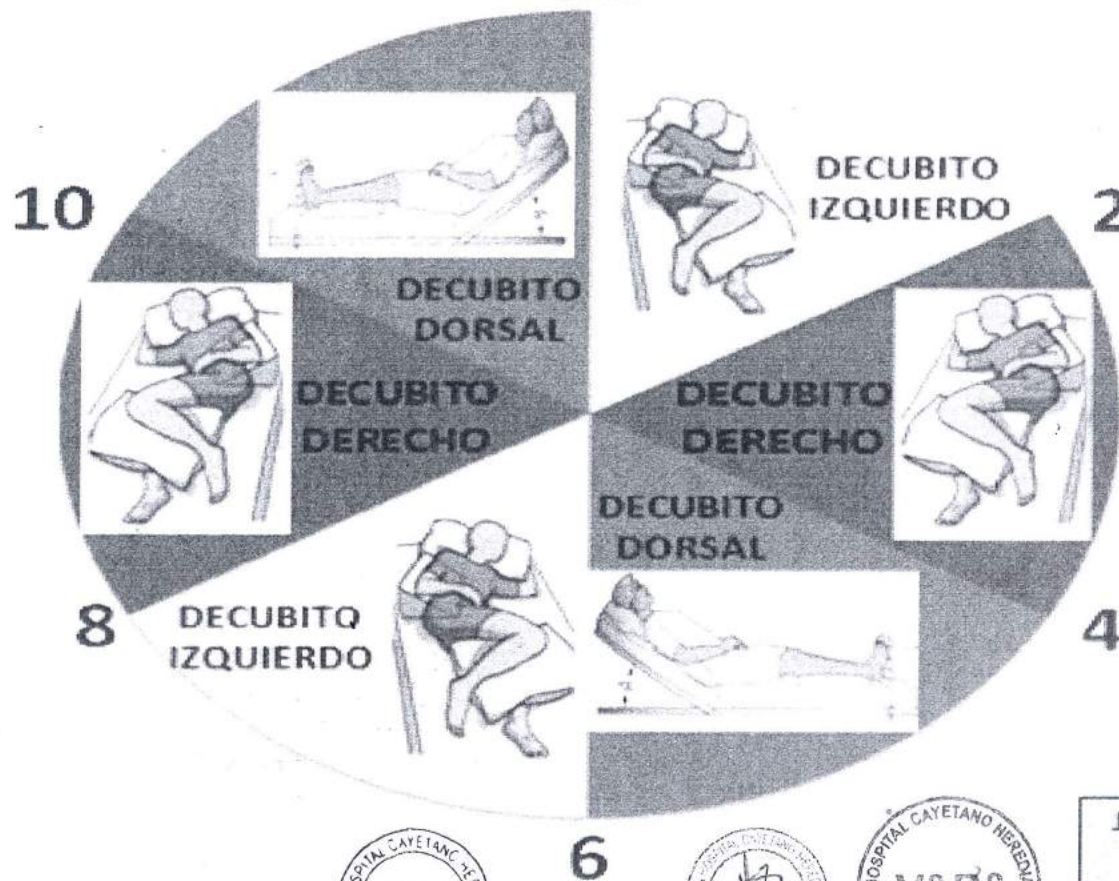
ANEXO 1 - CAMBIOS DE POSICIÓN

CAMBIOS DE POSICIÓN

12



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
EMERGENCIA ADULTOS

ANEXO - IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGOS



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

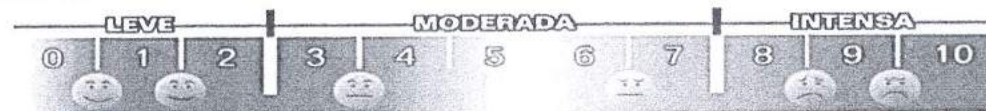
GRADO DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

RIESGO DE UPP

RIESGO DE CAIDA

RIESGO DE ASPIRACIÓN

ALTO

MEDIO

BAJO



ANEXO 2

NIVELES DE CONCIENCIA

Valoración del estado de conciencia: La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. Está alerta, es decir despierto, con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para responder a los estímulos internos y externos. Valoración del estado de conciencia es un Examen del estado mental, trata de establecer posibles relaciones entre la disfunción neurológica y el grado de desarrollo del paciente, para determinar problemas reales y potenciales, y poder desarrollar un plan de cuidados específicos para cada paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA	
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
ALERTA	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
LETARGO	Paciente somnoliento e inactivo, necesita un estímulo más intenso para despertar.
EMBOTAMIENTO	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente.
ESTUPOR	Solo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
COMA	La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.
Fuente: Urden Linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnóstico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Ed. Harcourt Prace 1998.	



ANEXO 3

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Valora el riesgo que tiene una persona de desarrollar ULCERAS POR PRESIÓN, con el objeto de poder determinar un Plan de Cuidados Preventivos; Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e incontinencia.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
4 BUENO	4 ALERTA	4 AMBULANTE	4 TOTAL	4 NINGUNA	4
3 MEDIANO	3 APÁTICO	3 DISMINUIDA	3 CAMINA CON AYUDA	3 OCASIONAL	3
2 REGULAR	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 SENTADO	2 URINARIA O FECAL	2
1 MUY MALO	1 ESTUPEFACIDO O COMATOSO	1 INMOVIL	1 ENCAMADO	1 URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:	
PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO
PUNTUACION DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACION DE 13 A 14	RIESGO MEDIO
PUNTUACION MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/ NO RIESGO



ANEXO 4

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK: HIPOVOLÉMICO, CARDIOGÉNICO, DISTRIBUTIVO

I. ASPECTOS GENERALES:

El shock es un estado fisiopatológico que reúne una cantidad de síntomas y signos, los cuales manifiestan una inadecuada perfusión tisular. Todos los tipos de shock pueden producir alteración de la perfusión tisular y desarrollar insuficiencia circulatoria aguda o síndrome de shock, este último es una respuesta sistémica generalizada a una perfusión tisular inadecuada. El tratamiento de los pacientes con shock se centra en favorecer el transporte, la entrega y la utilización del oxígeno.

CLASIFICACIÓN:

- **Hipovolémico:** Inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intra vascular, esta es la forma más común del shock.
- **Cardiogénico:** se produce cuando el corazón no puede bombear con eficacia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.
- **Distributivo:**
 - **Séptico;** es una manifestación fisiopatológica de la enfermedad inflamatoria multisistémica, y que habitualmente se acompaña de falla orgánica múltiple.
 - **Neurogénico;** es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático.
 - **Anafiláctico,** se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención, la repuesta antígeno-anticuerpo provoca una disminución de la perfusión tisular a partir de cualquier sustancia; estas sustancias conocidas como antígenos pueden ser introducidas por inyección, ingestión, a través de la piel o del tracto respiratorio.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: manifestaciones clínicas varían en función de los factores etiológicos y de la fase del shock. Tanto la causa del shock como la respuesta general de los pacientes están relacionadas:

- Presión arterial sistólica menor de 90 mm.Hg.
- Frecuencia cardíaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme.
- Disminución de los ruidos cardíacos.
- Hipertermia, piel fría, pálida, húmeda.
- Volumen Urinario menor de 30 ml/h.
- Dolor torácico.
- Arritmias.
- Taquipnea.
- Crepitaciones.
- Disminución del GC.
- Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores.
- Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angio edema.



- Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.
- Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea.
- Genitourinarias: Incontinencia, metrorragias.

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes adultos que acuden al Servicio de Emergencia; con diferentes Tipos de Shock: Hipovolémico, Cardiogénico, Distributivo

III. OBJETIVO:

- Unificar Criterios de intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes que presentan este estado para prevenir complicaciones sobre agregadas.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.





HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES ADULTOS

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CODIGO: 00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C : • pérdida activa de volumen sanguíneo. • aumento de la permeabilidad capilar. • vasodilatación. EVIDENCIADO POR : • Aumento en la concentración de orina. • Cambio en el estado mental. • Disminución de diuresis. • Disminución de la turgencia de la piel. • Sequedad de las mucosas y piel. Patrón 02: Nutrición metabólica. Dominio 02: Nutrición Clase 05: Hidratación	Código :(0601) • Equilibrio de líquidos. Código :(0602) • Hidratación	(4180) MANEJO DE HIPOVOLEMIA: • Mantenga vía IV permeable • Observe niveles de hematocrito y hemoglobina • Vigile pérdidas de líquidos (hemorragias, vómito, diarrea y transpiración) • Administre soluciones cristaloides y coloides, según prescripción médica. • Vigile estado hemodinámico. (4200) TERAPIA INTRAVENOSA: • Canalice 2 vías de gran calibre. (N° 16 – 18) • Administre terapia de reposición de las pérdidas • Utilice técnica aséptica • Registre el procedimiento. (2314) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: • Administre según prescripción médica. • Inicie tratamiento vasopresor. • Disponga de Bombas de Infusión • Monitorice funciones vitales cada 5 minutos.	• Trastorno hidroelectrolítico. • Lesión renal. • Paro cardio respiratorio	• Paciente presenta equilibrio hídrico, mucosas hidratadas.



GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Monitoree las tendencias hemodinámicos (PVC, PAM, presión capilar pulmonar) • Monitoree los parámetros de laboratorio. • Administre vasopresores según prescripción médica. • Administre tratamiento según prescripción médica. • Administre coloides según prescripción médica. • Monitoree BHE. (4140) REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS, CRISTALOIDES: • Administre líquidos según prescripción médica. • Administre hemoderivados según prescripción médica. • Monitoree el estado de oxigenación. • Monitoree la eliminación de líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico) según corresponda. • Monitoree respuesta hemodinámica. • Monitoree presencia de edema y características. • Observe sobrecarga de líquidos. 4210) MONITOREO HEMODINÁMICO INVASIVO: • Asista en la entubación oro traqueal. • Asista en la colocación del catéter venoso central. • Disponga de un coche de paro. • Disponga de aspirador de secreciones.		

- Aplique las medidas de bioseguridad.
- Registre en la evolución de enfermería.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C • Disminución de la precarga y descenso de la contractilidad del miocardio. • Hipoxia miocárdica. Evidenciado por : • Palpitaciones. • Taquicardia. • Bradicardia. • Hipotensión. • Cianosis distal. • Oliguria. Patrón 04: • Actividad y ejercicio. Dominio 04: • Actividad / reposo Clase 04: • Respuestas cardiovasculares.	CÓDIGO (0400) Efectividad de la bomba cardiaca. CÓDIGO (4150) Regulación hemodinámica. CÓDIGO (0405) Perfusión tisular cardiaca.	(2314) ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS: • Administración de Fluidos según prescripción médica. • Disponga de 2 vías de grueso calibre • Controle y registre los ingresos y egresos del paciente. • Reponga volumen a volumen las pérdidas gastrointestinales. (3140) MANEJO DE VÍA AÉREA: • Administre oxígeno • Valore Saturación de Oxígeno • Valore estado de sensorio • Mantenga en posición supina • Revise cavidad oral • Retire prótesis dental • Coloque cánula de mayo • Aspire secreciones (4044) CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS: • Evalúe dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración) • Tome EKG. (electrocardiograma) • Mantenga en reposo absoluto. • Administre morfina según prescripción médica.	- Arritmias - Shock cardiogénico - Hipóxia - PCR	- FR: 16 - 20x' - FC: 60 - 80x' - PA: 120/80 mm/Hg - SatO2 > 90% - AGA - Ph : 7.35 - 7.45 - PCO2: 35-45 mmhg - PO2: 80-100 mmhg - HCO3 : 21-25 meq/l - EKG sin. Interacciones. - Pulsos periféricos presentes. - Enzimas cardíacas sin incremento. - Fujo urinario > 50 cc / hora.

		• Valore circulación periférica.		
--	--	--	--	--

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4090) MANEJO DE ARRITMIAS: • Administre. inotrópicos según prescripción médica • Administración fibrinolíticos según prescripción médica. • Incrementar • Monitorice funciones vitales. • Tome EKG seriados • Disponga de bombas de infusión • Disponga de un coche de paro • Mantenga al paciente en reposo absoluto. • Administre oxígeno suplementario de ser necesario. (4180) MANEJO DE HIPOVOLEMIA: • Administre Drogas vasopresoras según prescripción médica. • Aplique los correctos en enfermería (Anexo 7) • Realice Balance hídrico estricto. • Controle funciones vitales, PAM,PVC • Coloque Sonda vesical • Valore flujo urinario. • Registre en la evolución de enfermería.		

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO:(00024) PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: CARDIOPULMONAR, CEREBRAL R/C: - Deterioro del transporte de oxígeno. - Hipovolemia. - Interrupción del flujo venoso arterial. Evidenciado por : - Taquicardia. - Bradicardia. - Hipotensión. - Cianosis distal. - Oliguria. Patrón 04: - Actividad y ejercicio Dominio:04 - Actividad / reposo. Clase: 0001 - Respuesta cardiovasculares/ respiratorias	CÓDIGO:(0405) - Mejorar perfusión tisular cardiaca. CÓDIGO:(0406) - Mejorar perfusión tisular cerebral. CÓDIGO:(0408) - Mejorar perfusión tisular pulmonar.	CÓDIGO:(4040): CUIDADOS CARDIACOS: - Valore circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades. - Monitoree la aparición de arritmias cardiacas, alteración del ritmo. - Monitoree resultados de laboratorio (enzimas cardiacas, valores de laboratorio) - Controle EKG. - Mantenga en reposo absoluto CÓDIGO:(4254) MANEJO DEL SHOCK CARDIACO: - Verifique disponibilidad de Coche un paro - Monitoree Funciones Vitales. - Administre medicamentos inotrópicos y vasoactivos según prescripción médica. - Evalúe la terapia de líquidos. - Mantenga precarga óptima por administración de líquidos intravenosos o diuréticos según prescripción médica. - Realice balance hídrico estricto - Valore estado de sensorio - Valore estado de la piel: fría, cianótica, húmeda. - Valore llenado capilar, pulsos periféricos.	- Infarto de miocárdio. - Infarto cerebral. - Paro cardio respiratorio	- El paciente mejorara perfusión tisular cardiaca, pulmonar y cerebral. - FR: 16 - 20x' - FC: 60 - 80x' - PA: 120/80 mm/Hg - FR < 20x' - SatO2 > 90% - AGA - Ph : 7.35 – 7.45 - PCO2: 35-45 mmhg - PO2: 80-100 mmhg - HCO3 : 21-25 meq/l - EKG seriado

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		CÓDIGO:(3320) OXIGENOTERAPIA: CÓDIGO: (3180): MANEJO DE VÍA AÉREA: • Administre oxígeno suplementario. • Monitoree la eficacia de la administración de oxígeno (pulsioximetría, gasometría arterial) • Maneje vía aérea artificial. • Maneje y aspire secreciones. CÓDIGO(2620) MONITOREO NEUROLÓGICO: • Controle y monitoreo de pupilas. (tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. • Evalúe según escala de Glasgow. (Anexo 2) • Evalúe nivel de conciencia. (Anexo 3) • Vigile reflejo corneal. • Valore simetría facial. • Valore trastornos visuales (diplopía, nistagmo, escotomas visuales, visión borrosa, y agudeza visual. • Registre en la evolución de enfermería.		

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C: • Desequilibrio Ventilación – perfusión. • Cambios en la Membrana Alveolo Capilar. EVIDENCIADO POR : • Desaturación, disnea al esfuerzo. • Hipoxia. • Hipoxemia Patrón 04: • Actividad y ejercicio Dominio: 0003 • Eliminación Clase: 0001 • Sistema Pulmonar.	Código :(0402) • Estado respiratorio: - Intercambio gaseoso	Código :(3320) OXIGENOTERAPIA: • Mantenga permeabilidad de vía aérea • Prepare equipo de oxígeno. • Administre oxígeno suplementario • Observe aumento de ansiedad. • Valore respuesta a la administración de Oxígeno. • Proporcione reposo absoluto. • Valore coloración de la piel y mucosas. • Eduque al paciente a inhalar lentamente mientras se moviliza. Código (3350): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: • Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. • Ausculte Ambos Campos Pulmonares y valorar presencia de estertores. • Valorare de resultados de AGA. • Mantenga en reposo absoluto. • Valore coloración de piel y mucosas. Cianosis. • Ayude al paciente a que adopte una posición cómoda • Tenga disponible coche de paro • Registre en la evolución de enfermería.	• Desequilibrio eletrolítico • Hipoxemia • Desequilibrio ácido base • Gasto cardíaco inadecuado. • Insuficiencia respiratoria	• Paciente se evidenciara un buen intercambio gaseoso: - FR: 16 - 20x' - FC: 60 - 80x' - PA: 120/80 mm/Hg - PH: 7.4 +/- 0.4 - PO2: 80 - 100mm/Hg - PCO2: 35 - 45mm/Hg - HCO3: 20 +/- 4mEq/Lt

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS R/C - Disminución del sensorio, reflejo, tusígeno. - secreciones viscosas. EVIDENCIADO POR : - Presencia de Secreciones. Patrón:04 - Actividad - ejercicio Dominio:0011 - Seguridad y protección Clase:0001 - Respiración	CÓDIGO (0410) - Estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas. CÓDIGO (1918) - Control de aspiración	CÓDIGO (3140): MANEJO DE VÍA AÉREA: - Asista en la colocación de tubo oro faríngeo - Participe en entubación oro traqueal. - Coloque Sonda Nasogástrica a Gravedad. - Valore estado del sensorio - Retire prótesis dentales - Coloque cánula de mayo de ser necesario. CÓDIGO (3160): ASPIRACIÓN DE LA VÍA AÉREA: - Ausculte sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. - Disponga precauciones universales; guantes, gafas y mascarilla. - Hiperoxigene al 100% antes de la aspiración. - Aspire secreciones a demanda - Monitoree hemodinámica del paciente. - Registre tipo y cantidad de secreciones obtenidas. - Mantenga en posición semi fowler - Registre en la evolución de enfermería.	- Disnea. - Asfixia.	Capacidad para eliminar secreciones.

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C: • Secreciones excesivas. • Depresión del SNC,. • Edema de vías aéreas superiores. • Perfusion inadecuada de los músculos respiratorios. EVIDENCIADO POR : • Esfuerzo respiratorio. • Disnea al esfuerzo. Patrón:04 • Actividad - ejercicio DOMINIO: 0004 • Actividad / reposo Clase; 0001 • Respuesta cardiovascular /respiratoria	CÓDIGO (0403): Estado respiratorio: - ventilación adecuada	CÓDIGO (3350): MONITOREO RESPIRATORIO: • Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. • Monitorice Oximetría • Valore gasometría Arterial (AGA). • Valore estado del sensorio • Mantenga en posición semi fowler. CÓDIGO (3320) OXIGENOTERAPIA: • Prepare el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. • Controle la eficacia de la oxigenoterapia. • Observe signos de hipoventilación. CÓDIGO (6680): MONITOREO DE FUNCIONES VITALES: • Controle Funciones Vitales. • Observe fatiga muscular • Observe tipo de respiración • Monitorice ritmo y frecuencia. • Monitorice ruidos pulmonares. • Observe si se presenta la triada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).	• Insuficiencia respiratoria. • Paro cardio respiratorio.	- Sat.O2; 95 – 100% - Fr: 16 – 20 x - PH: 7.4 +/- 0.4 - PO2: 80 - 100mm/Hg - PCO2: 35 - 45mm/Hg - HCO3: 20 +/- 4mEq/Lt

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		CÓDIGO (3300) MANEJO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. • Controle condiciones que indican soporte ventilatorio. • Monitoree parámetros del ventilador mecánico (modo, frecuencia, sensibilidad, PEEP, fio2). • Verifique alarmas del ventilador. • Administre sedo analgesia prescrita. • Vigile sincronización paciente/ ventilador. • Utilice técnicas antisépticas y de Bioseguridad en el manejo de ventilador mecánico. • Vigile la cantidad, color y consistencia de secreciones pulmonares y documentar mediante registro y balance hidroelectrolítico. • Establezca el cuidado bucal de forma rutinaria con antisépticos de succión suave. • Registre en la evolución de enfermería.		

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (0132) DOLOR AGUDO R/C : - Isquemia cardiaca. EVIDENCIADO POR : - Facies de Dolor Patrón 09: - cognitivo – perceptivo Dominio: 0012 - Confort Clase:0001 - Confort físico	CÓDIGO (01605) Control del dolor CÓDIGO (2102) Nivel del dolor	CÓDIGO (1400): MANEJO DEL DOLOR: - Valore intensidad del dolor, duración, localización, frecuencia y tipo. (Anexo 4). - Coloque en Posición antalgica al paciente. - Observe claves no verbales de molestias, en aquellos que no pueden comunicarse. - Disminuya los factores ambientales que aumenten el dolor. - Administre oxígeno. - Evalúe la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua. - Fomente periodos de descanso y sueño. CÓDIGO (2210): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS : - Aplice los 11 principios de administración de medicamentos. (Anexo 7) - Administre Nitratos según prescripción médica. - Administre Analgésicos según prescripción médica. - Controle signos vitales antes y después de administración de narcóticos. - Evalúe la eficacia del medicamento. - Observe después de la administración de medicamentos si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos). - Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	- Infarto Agudo de Miocárdio. - Arritmias - Para Cardio respiratorio. - Alteración de la presión arterial - Ansiedad	Paciente evidenciara reducción del dolor según la escala de EVA (1- 10)

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00007) HIPERTERMIA R/C : • Shock. • Deshidratación. • Infección. EVIDENCIADO POR : • Temperatura > a 38° c. Patrón 02 : • Temperatura Dominio: 0011 • Nutrición- metabólica. Clase: 0001 Termorregulación	CÓDIGO (0800) Termorregulación	CÓDIGO (3900) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA • Administre antipiréticos según prescripción médica. • Administre medios físicos. (agilizar prendas y cubiertas de camas, colocar cubiertas húmedas) • Administre antibióticos según prescripción médica. • Fomente el consumo de líquidos. • Monitoree temperatura corporal. • Valore signos de hipotermia después de la administración de antipiréticos endovenosos. • Valore signos neurológicos de alarma.	• convulsiones	• Paciente mantiene temperatura dentro de los valores normales • T° > 37°C.

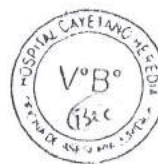


GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00047): RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y MUCOSAS R/C: • Prurito, eczemas, edema, eritema, quemaduras. • Presencia tubo orotraqueal, sondas. • Inmovilización prolongada. Patrón 08: • Higiene /piel Dominio 11: • Seguridad y protección Clase 0002: • Lesión Física	CÓDIGO (1101) Integridad tisular: piel, membranas mucosas	CÓDIGO (0740) CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO: • Valore riesgos de deterioro de Integridad de la Piel. (Anexo 5) • Coloque al paciente con una alineación corporal adecuada • Mantenga ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. • Utilice dispositivos en la cama que protejan al paciente. • Levante las barandillas. • Vigile estado de la piel. CÓDIGO (0840) CAMBIO DE POSICIÓN: • Explique procedimiento • Anime al paciente a participar en los cambios de posición. • Movilice al paciente cada 2 horas.(Anexo 1) CÓDIGO (3540) PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN: • Valore riesgo de Ulceras por presión. (Anexo 5) • Registre el estado de la piel. • Aplique barreras de protección como cremas o compresas absorbentes para eliminar exceso de humedad. • Aplique cambios de posición cada 2 horas. (Anexo 1).	• Lesión tisular. • Lesión articular. • Contraturas.	• Paciente mantendrá piel íntegra. • Paciente mantendrá mucosas limpias

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Mantenga cobertores secos y limpios • Proteja zonas lesionadas. • Utilice jabón suave y evitar el agua caliente. • Aplique protectores para codos y talones. CÓDIGO (3500) Manejo de presiones • Verifique la sujeción física cada 2 horas • Mantenga posición antalgica. • Utilice colchones neumáticos. • Utilice dispositivos de protección de prominencias óseas.		



GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (000146) ANSIEDAD R/C : - Enfermedad. - Miedo a la incapacidad o muerte. EVIDENCIADO POR : - Angustia. - Distres. - Irritabilidad. - Nerviosismo. Patrón 07: - Autopercepción – autoconcepto. Dominio: 0009: - Afrontamiento y tolerancia al estrés. Clase: 0001: - Respuesta post traumática	CÓDIGO (01402) Control de la ansiedad	CÓDIGO (4920) ESCUCHA ACTIVA: - Muestre interés en el paciente - Favorezca la expresión de sentimientos. - Esté atento en la comunicación de mensajes no verbales. - Identifique problemas predominantes. CÓDIGO (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD: - Valore nivel de ansiedad del paciente. (Anexo 6) - Proporcione información objetiva de los procedimientos y medicación en su tratamiento. - Anime a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo - Administre medicación según prescripción médica. CÓDIGO (5420) APOYO ESPIRITUAL: - Facilite presencia de un sacerdote. - Proporcione los objetos espirituales deseados. - Escuche los sentimientos del paciente. - Facilite visita de familiares.	Depresión	- Paciente muestra fascias de tranquilidad. - Duerme durante la noche.

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00004) RIESGO DE INFECCIONES R/C : - procedimientos invasivos. - Respuesta inmune disminuida Patrón : - Percepción – manejo de la salud. Domino: 0011 - Seguridad y Protección Clase: 0001 - Infección	CÓDIGO (1902) Control del riesgo CÓDIGO (1908) Detección del riesgo	CÓDIGO (6540) CONTROL DE INFECCIONES: - Aplique la medidas universales de bioseguridad - Aplique las guías de procedimientos invasivos en la colocación, curación y cambios de equipos y catéteres. - Valore el estado de los invasivos en cada turno. - Registre la colocación de los invasivos en la historia clínica CÓDIGO (6550) PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES: - Observe signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observe grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones - Mantenga las normas de asepsia - Limite el número de visitas - Proporcione cuidados adecuados a la piel edematosa - Inspeccione el estado de la piel en las zonas de inserción, drenajes, heridas - Administre los antibióticos en los horarios establecidos. - Valore intensidad del dolor.	- Flebites. - Sepsis, infecciones sobre agregadas.	- Paciente mantiene: - T° menor de 37° - FC. Menor de 80x' - Leucocitos menor de 10000.. - Zonas de inserción limpias .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017,
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.O2.
- ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
- R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos : de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
- Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Primera Edición, 2001 D.R. © Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
- Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.
- **Escala de sedación y analgesia.** Ramsay. **Escala de sedación.** Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.
<http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalasedoanalgesia HTML>
- La escala de coma de Glasgow es una **valoración** del nivel de conciencia consistente...
<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.p>

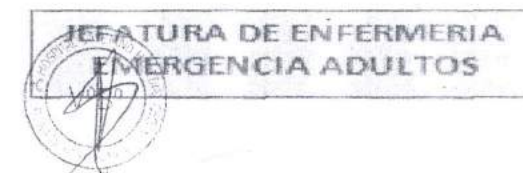
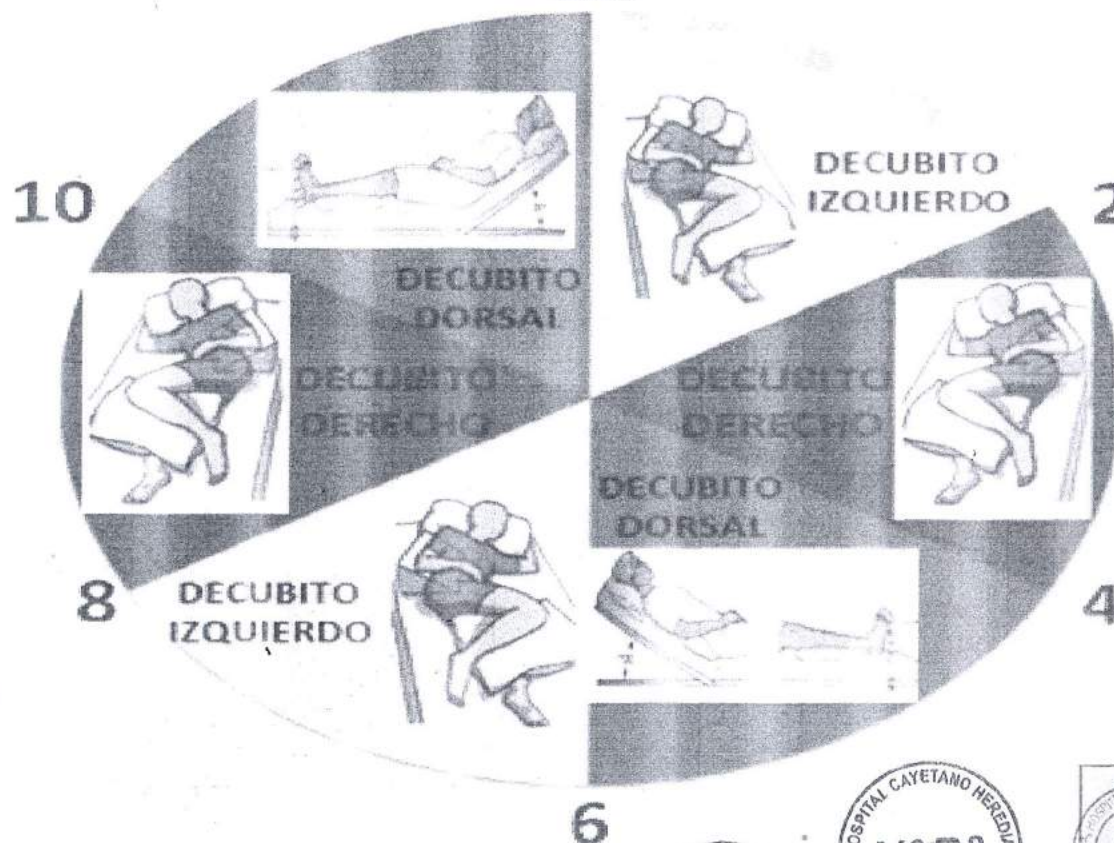


ANEXO 1

CAMBIOS DE POSICIÓN



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.





ANEXO – REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN Y DE RIESGOS



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

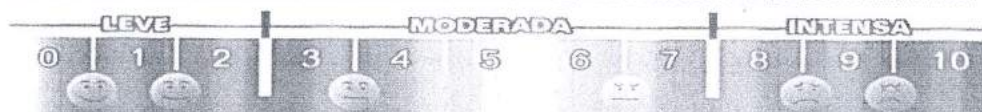
GRADO DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

ALTO

MEDIO

BAJO

RIESGO DE UPP

RIESGO DE CAIDA

RIESGO DE ASPIRACIÓN



ANEXO 2

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Glasgow, es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico. Se emplea durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros: la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARAMETROS	RESPUESTA OBSERVADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	ESPONTANEO	4
	AO ESTIMULO VERBAL	3
	AO ESTIMULO DOLOROSO	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
	NINGUNO	1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	MOVIMIENTO DE RETIRADA	4
	FLEXION ANORMAL (DECORTICACIÓN)	3
	EXTENSIÓN ANORMAL (DESEREBRACIÓN)	2
	NINGUNA	1
TRAUMA LEVE	TRAUMA MODERADA	TRAUMA GRAVE
13 - 15	9 - 12	3 - 8



ANEXO 3

NIVELES DE CONCIENCIA

Valoración del estado de conciencia: La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. Está alerta, es decir despierto, con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para responder a los estímulos internos y externos. Valoración del estado de conciencia es un Examen del estado mental, trata de establecer posibles relaciones entre la disfunción neurológica y el grado de desarrollo del paciente, para determinar problemas reales y potenciales, y poder desarrollar un plan de cuidados específicos para cada paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA	
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
ALERTA	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
LETARGO	Paciente somnoliento e inactivo, necesita un estímulo más intenso para despertar.
EMBOTAMIENTO	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente.
ESTUPOR	Solo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
COMA	La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.
Fuente: Urden linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnostico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Ed. Harcourt Prace 1998.	



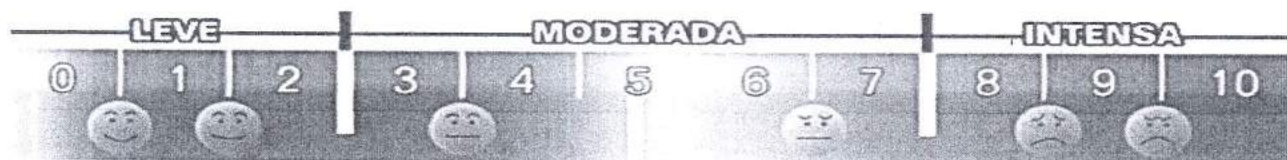
ANEXO 4

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



ANEXO 5

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Valora el riesgo que tiene una persona de desarrollar ULCERAS POR PRESIÓN, con el objeto de poder determinar un Plan de Cuidados Preventivos; Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e incontinencia.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
4 BUENO	4 ALERTA	4 AMBULANTE	4 TOTAL	4 NINGUNA	4
3 MEDIANO	3 APATICO	3 DISMINUIDA	3 CAMINA CON AYUDA	3 OCASIONAL	3
2 REGULAR	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 SENTADO	2 URINARIA O FECAL	2
1 MUY MALO	1 ESTUPOROS O COMATOSO	1 INMOVIL	1 ENCAMADO	1 URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:	
PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO
PUNTUACION DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACION DE 13 A 14	RIESGO MEDIO
PUNTUACION MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/ NO RIESGO



ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1.	ESTADO DE ANIMO ANSIOSO. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.	TENSIÓN. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3.	TEMORES. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4.	INSOMNIO. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5.	INTELECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4

	SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
7.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10.	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13.	SÍNTOMAS AUTÓNOMOS. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14.	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA (GENERAL Y FISIOLÓGICO) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN	
TOTAL	

Si su puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad.

ANEXO 7

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: TEC – ACV – HSD - SÍNDROME GUILLAIN BARRE – TETANOS – SD. CONVULSIVO

I. ASPECTOS GENERALES:

- **TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO:** Es una lesión física o deterioro funcional de contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Dificultad para despertar, para hablar, confusión, cefalea intensa, vómitos, debilidad generalizada.

CLASIFICACIÓN:

- **Leve:** (Glasgow: 14-15) los pacientes experimenta pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y presentan dolor de cabeza, confusión y amnesia, existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.
 - **MODERADO:** (Glasgow 9-13) el paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica además están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome posconmoción (estado de inestabilidad nerviosa después de un TCE leve o moderado). Las características principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración.
 - **GRAVE:** Pupila anisocórica, un signo de un daño cerebral grave, el TCE grave o severo (Glasgow; 3-8) el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Se debe tomar medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TCE grave no sobrevive más de un año
- **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:** Es la aparición de déficit neurológico relacionado con la disminución del flujo sanguíneo cerebral producido por la oclusión o estenosis de los vasos sanguíneos por embolia, trombosis o hemorragia, lo que causa Isquemia cerebral.

CLASIFICACIÓN:

ACV Isquémico: Es el más común, el suministro de sangre se detiene debido a un coagulo de sangre.

ACV Hemorrágico: Un vaso sanguíneo debilitado se rompe y produce daños cerebrales, provocando hemorragia.



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES ADULTOS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Los síntomas más comunes son : Inicio súbito de hemiparesia, monoparesia o cuadriparesia, déficit hemisensitivo, pérdida de la visión monocular o binocular, déficit del campo visual, diplopía, disartria, ataxia, vértigo, afasia, disminución repentina en el nivel de conciencia.

- **HEMATOMA SUBDURAL:** Es una acumulación de sangre entre la cubierta del cerebro (duramadre) y la superficie del cerebro, con frecuencia de origen venoso. La causa más común es un traumatismo o está relacionado con tendencias hemorrágicas y ruptura de Aneurisma.

CLASIFICACIÓN: Puede ser Agudo (Lesión Cefálica Mayor), Sub agudo (Secuela de Contusión menos grave o Crónica (lesión menor en la cabeza)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Lenguaje confuso o mal pronunciado, Dificultad con el equilibrio o la marcha, Dolor de cabeza, Falta de energía o confusión, Convulsiones o pérdida del conocimiento, Náuseas y vómitos, Debilidad o entumecimiento, Problemas visuales.

- **SÍNDROME GUILLAIN BARRE (POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA):** Es un cuadro Inflamatorio y degenerativo de las raíces nerviosas periféricas y craneales de etiología desconocida, precedida por infección vírica o bacteriana.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Los primeros síntomas consisten en debilidad u hormigueo, que suelen empezar en las piernas y pueden extenderse a los brazos y la cara, en algunos casos puede producir parálisis de las piernas, los brazos o los músculos faciales, En los casos graves pueden verse afectadas el habla y la deglución.

- **TÉTANOS:** Es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por espasmos y aumento del tono muscular debido al tétano espasmódico, una potente toxina proteica elaborada por el **CLOSTRIDIUM TETANI**, se presenta con actividad intensa de las neuronas motoras.
- **SÍNDROME CONVULSIVO:** Las crisis Convulsivas son episodios de actividad motora, sensorial autónoma o psíquica (o combinación de ambas) que resulta de la descarga excesiva y repentina de las neuronas cerebrales. Las crisis pueden ser parciales (afectando solo una parte del Cerebro) o generalizadas (afectación cerebral total).

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

- Pacientes que son atendidos en el Servicio Emergencia Adultos con Enfermedades Neurológicas: Traumatismo Encefalo craneano, Accidente cerebro Vascular, Síndrome Guillain barre, Tétanos – Síndrome Convulsivo

III. OBJETIVO:

- Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes con enfermedades Neurológicas.
- Estandarizar Cuidados de Enfermería a Pacientes con enfermedades Neurológicas

IV.- PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :000204 PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ. Código :00049 DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL R/C - Disminución del flujo sanguíneo. - Aumento de la presión Intracraneana. - Descarga neuronal paroxística. - Interrupción del flujo venoso arterial. EVIDENCIADO POR : - Alteración del estado de conciencia. - Respuesta pupilar alterada. - Estudios tomográficos alterados.	Código (0912) Estado neurológico: consiente	(2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA: - Evalúe el estado de conciencia por medio de la escala de Glasgow.(Anexo 2) - Mantenga cabecera elevada a 30°-45°. - Examine pupilas, observar tamaño simetría, reacción a la luz - Vigile reflejo corneal. - Monitorice simetría facial. - Compruebe reflejo tusígeno - Observe si hay trastornos visuales: diplopia, nistagmo, visión borrosa. - Observe si hay parestesias, entumecimiento y hormigueos. - Vigile respuesta de Babinski.. - Observe adopción de posturas anómalas indicadoras de decorticación o descerebración. - Observe drenaje de cualquier tipo por nariz u oídos - Prevenga la aparición de convulsiones, suministrando anticonvulsivantes según prescripción médica.	- Isquemia Cerebral. - Hipertensión Endocraneana. - Hipoxemia.	- Paciente mantendrá signos vitales estables, no evidenciara signos de alteración neurológica. - Apertura ocular a estímulos externos. - Orientación cognitiva.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Patrón 04 : Actividad y ejercicio Dominio 09: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Dominio 04: Actividad y reposo. Clase 03: Estrés neurocompartamental. Clase 04: Respuestas cardiovasculares.		(2550) MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL - Induzca una hipertensión mediante la expansión de volúmenes o agentes inotrópicos ó vasoconstrictores según prescripción. - Administre expansores de volumen intravascular (coloides, hemoderivados y cristaloides). Según prescripción médica. - Administre Manitol Según prescripción médica. - Administre tratamiento indicado - Monitoree el estado neurológico y respiratorio - Monitoree entradas y salidas - Realice balance hídrico. (2550) TRATAMIENTO DE EDEMA CEREBRAL: - Observe si hay signos de Confusión, cambios del nivel de conciencia, signos de mareo y síncope. - Monitoree signos vitales. - Monitoree PVC. - Disminuir los estímulos ambientales. - Suministre sedación si es necesario. - Evite maniobras de valsalva. - Administre agentes bloqueadores neuromusculares según prescripción.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Monitorice valores de laboratorio (Na, K, osmolaridad sérica y urinaria.) (2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: • Administre medicamentos según prescripción. • Administre y vigile los efectos de los diuréticos osmóticos. • Administre anticoagulantes según prescripción. • Observe el manejo terapéutico de la medicación en el paciente. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 7) • Registre en la nota evolución de Enfermería.		



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00030: DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES R/C • Desequilibrio ventilación - perfusión. Evidenciado por : • Hipoxia. • Hipoxemia • Cambios en la membrana alveolo - capilar. Patrón 04: • Actividad y Ejercicio. Dominio 3: • Eliminación e Intercambio. Clase 4: • Función respiratoria	Código: (0402) • Estado Respiratorio: intercambio gaseoso: • Mantener saturación de oxígeno mayor a 92%. • Conseguir PCO2 entre 35 - 45 mm.Hg. Código: (0408) • Perfusión tisular pulmonar • Adecuado intercambio gaseoso.	(3140) MANEJO DE LA VÍA AÉREA: • Apertura la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular. • Identifique al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas. • Asiste en la colocación de una vía aérea oral o nasofaríngea, según prescripción médica • Realice la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: • Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Observe si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. • Monitoree los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos. (3320) OXIGENOTERAPIA: • Elimine las secreciones bucales, nasales y traqueales según corresponda. • Prepare el equipo de oxígeno y administre a través de un sistema humidificado. • Administre oxígeno según requerimientos y	• Alcalosis. • Hipoxemia. • Insuficiencia respiratoria Aguda.	• Paciente se evidenciara un buen intercambio gaseoso: • FR: 16 - 20x' • FC: 60 - 80x' • PA: 120/80 mm/Hg • PH: 7.4 +/- 0.4 • PO2: 80 - 100mm/Hg • PCO2: 35 - 45mm/Hg • HCO3: 20 +/- 4mEq/Lt. • Paciente presentará respiración normal adecuada y acorde con el ventilador mecánico con presencia de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		resultados de AGA. • Vigile el flujo de litros de oxígeno. • Observe signos de hipoventilación y toxicidad por el oxígeno. • Controle la eficacia de la oxigenoterapia (Pulsioxímetro, gasometría arterial). (3300) VENTILACIÓN MECÁNICA: • Evalúe patrón respiratorio, frecuencia, movimientos torácicos, hiperventilación, o respiración atáxica o apneustica. • Revise ventilador mecánico, alarmas, parámetros y conexiones. • Compruebe la colocación del TET. • Verifique la elevación de la caja torácica. (auscultar murmullo vesicular igual en los dos hemitórax). • Compruebe regularmente todas las conexiones del ventilador. • Observe si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica: infección, barotrauma y disminución del gasto cardíaco.		

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS R/C - Incapacidad para controlar las secreciones. - secuenciales a Disfunción neuromuscular. - Hiperplasia de las paredes bronquiales. Evidenciado por : - Presencia de secreciones. Patrón 04: - Actividad y ejercicio. Dominio 11: - Seguridad y protección. Clase 2: - Lesión física.	Código (0410) Estado respiratorio: - Permeabilidad de las vías respiratorias	(3120) INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE LA VÍA AÉREA: - Utilice implementos de Protección Personal - EPP - Seleccione el tamaño adecuado del tubo endotraqueal según indicación. - Asiste en la Entubación Endotraqueal. - Marque la posición del TET. - Verifique la permeabilidad del TET. - Monitoree el estado respiratorio según corresponda. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: - Monitoree movimiento torácico: simetría, uso de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y a que tosa al final de la exhalación. - Observe si hay disnea y sucesos que la mejoran o la empeoran. (3160) ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS: - Realice higiene de manos según norma - Use el Equipo de protección personal - precauciones universales - Informe al paciente y familiar sobre aspiración - Registre el tipo y cantidad de la aspiración	- Neumonía Aspirativa. - Insuficiencia Respiratoria Aguda. - Paro respiratorio por Obstrucción de Vía Aérea.	- Vías aéreas permeables, evidenciado por FR normal. - Ausencia de ruidos hidroaéreos adventicios. - Saturación de Oxígeno mayor 95%

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		oral y/o traqueal. • Envíe las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede. (3300) VENTILACIÓN MECÁNICA: • Evalúe patrón respiratorio, frecuencia, movimientos torácicos, hiperventilación, o respiración atáxica o apneustica. • Revise ventilador mecánico, alarmas, parámetros y conexiones. • Compruebe la colocación del TET. • Verifique la elevación de la caja torácica. (auscultar murmullo vesicular igual en los dos hemitórax). • Valore la sedación con Escala Rass (Anexo 3) • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica.(Anexo 2) • Registre en la evolución de enfermería.		

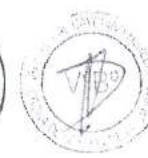
GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :00128 CONFUSIÓN CRÓNICA R/C - Alteración del nivel de conciencia. - Traumatismo craneal. - Accidente vascular cerebral. Evidenciado por : - Disminución de la capacidad para interpretar los Estímulos ambientales. - Reducción de la capacidad para los procesos de pensamientos intelectuales. - Trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta. Patrón 06 : - Cognitivo/percepción. Dominio 5: - Percepción/Cognición. Clase 4: - Cognición.	Código (00912) Estado neurológico: - consciente.	(4820) ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD: - Proporcione ambiente físico consecuente y una rutina diaria. - Utilice señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación en color del paciente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada. - Fomente el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, audífonos, prótesis dentales, etc.). - Permita el acceso a las noticias de la actualidad, cuando corresponda - Identifique al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. - Hable con suavidad y a un volumen adecuado. (6450) MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS: - De al paciente la oportunidad de discutir sus ilusiones con el cuidador. - Disponga comodidad y seguridad - Establezca actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad. - Vigile estado psíquico del paciente. - Compruebe la capacidad de cuidados en sí mismo. - Registre en la evolución de enfermería.	- Agitación. - Alucinaciones. - Intranquilidad. - Disminución de la escala de Glasgow.	Paciente logrará adecuarse al entorno.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C • Alteración del sistema nervioso. • Disminución de la circulación cerebral. • Tumor cerebral. • Alteración del Sistema Nervioso Central. • Debilitamiento del sistema musculoesquelético. Evidenciado por : • Ataxia del habla. Patrón 08 : • Rol – relaciones. Dominio 5: • Percepción/Cognición Clase 5: • Comunicación.	Código: (0902) • Comunicación: • Comunicación efectiva.	(4920) ESCUCHA ACTIVA: • Muestre interés en el paciente. • Haga preguntas o utilice frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones. • Escuche por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. (7840) USO DE OTRO TIPO DE COMUNICACIÓN: • Observe e intente comprender sus gesticulaciones y expresiones corporales (4976) MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA: • Escuche con atención. • Utilice palabras simples y frases cortas. (5520) FÁCILITAR EL APRENDIZAJE: • Use palabras sencillas y formar frases cortas. • Permanezca frente al paciente al hablarle. • Mantenga el tono de voz adecuado. • Refuerce la comunicación verbal con la no verbal. • Registre en la evolución de enfermería.	• Dificultad para mantener comunicación	• Paciente encontrará manera de comunicarse: verbal o no verbal con la enfermera





HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES ADULTOS

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C - Alteración neurológica. - Deterioro neuromuscular. - Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia. - Deterioro cognitivo. - Disminución de la fuerza, control o masa muscular. - Rigidez o contracturas articulares. Evidenciado por: - Limitación del movimiento independiente, de una o más extremidades. Patrón 04: - Actividad y ejercicio. Dominio 4: - Actividad/Reposo. Clase 2: - Actividad y Ejercicio.	Código: (0208) - Movilidad - Recuperación de la movilidad física.	(0224) TERAPIA DE EJERCICIOS: - Coordine terapia de Ejercicio con Rehabilitación. - Realice ejercicios pasivos y activos según la tolerancia. (1800) AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: - Determine las necesidades de ayuda del paciente con las actividades instrumentales de la vida diaria. - Aliente la actividad independiente. - Proporcione técnicas que fomenten la capacidad cognitiva (horas de medicación, relojes visibles etc.). (6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS: - Valore riesgos de Caídas (anexo 4). - Ayude a la deambulación de persona inestable. - Coloque barandas y apoya manos visibles. - Proporcione una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. (6654) VIGILANCIA: SEGURIDAD - Coloque al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el nivel necesario de observación.	Inmovilidad Física.	Paciente logrará disminuir el deterioro de la movilidad física



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		• Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente. • Identifique las actividades que puede realizar de forma autónoma. • Proporcione sistemas de ayuda para la movilización. (andador, multas, bastones) • Fije sondas, drenajes, tubos de modo que no interfieran con la movilización. • Deje al alcance del paciente un sistema de llamada que pudiera utilizar. • Registre en la evolución de enfermería.		

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR R/C - Deterioro de la Circulación. - Deterioro de la Movilidad por factores Mecánicos (p.ej., presión, cizallamiento, fricción). EVIDENCIADO POR: - Lesiones dérmicas.	Código:(1101) - Integridad de la piel - Libre de lesiones cutáneas.	(0840) CAMBIOS DE POSICIÓN: - Coloque sobre un colchón /cama terapéuticos. - Aplique cambios de posición cada 2 horas. (anexo 1). - Vigile el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición. - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda (3500) MANEJO DE PRESIONES: - Coloque almohadillas en los bordes de yesos ásperos y las conexiones de tracción. - Mantenga en todo momento una posición funcional, cuerpo alineado y extremidades apoyadas. - Valore estado de la piel en las prominencias Oseas - Cambie de posición cada 2 horas.(anexo 1). - Realice masajes suaves en la zona afectada.	Úlceras por presión.	Paciente logrará disminuir el deterioro de la integridad cutánea.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C - Factor mecánico Dominio 11: - Seguridad/Protección. Clase 2: - Lesión física.	Código:(1902) Control del riesgo - Libre de lesiones.	(3540) PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN: - Valoración de factores de riesgo (anexo 5) - Vigile cualquier zona enrojecida. - Aplice barreras de protección como cremas o compresas absorbentes para eliminar el exceso de humedad. - Vigile fuentes de presión y de fricción. - Registre el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. (3590) VIGILANCIA DE LA PIEL: - Observe su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación edemas y ulceras en las extremidades. - observe si hay erupciones y abrasiones en la piel. - Registre en la evolución de enfermería.	Úlceras por presión.	Paciente logrará disminuir el deterioro de la integridad cutánea.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00132 DOLOR AGUDO R/C - Agente Lesivo Físico. Evidenciado por : - Facies de dolor. Patrón 06: - Cognitivo – perceptivo. Dominio 12: - Confort. Clase 01: - Confort Físico.	Código:(1605) Control del dolor - Facies no muestran sensación de dolor.	(1400) MANEJO DEL DOLOR: - Realice una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. (anexo 6). - Asegure de que el paciente reciba los cuidados analgésicos prescritos. - Evalué las experiencias pasadas con el dolor que incluya a la historia individual y familiar de dolores crónicos. (2210) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS: - Elige la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor. - Instruya para que se solicite la medicación PRN para el dolor antes de que el dolor sea severo. - Evalué y registre el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.(anexo 3). - Administre los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	- Dolor Agudo. - Arritmia Cardiaca.	Paciente logrará disminuir el dolor.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: • Determine los fármacos necesarios y administre de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. • Observe los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (anexo 7). • Registre en la evolución de enfermería.		

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C - Deterioro sensitivo motor. EVIDENCIADO POR : - Disminución del flujo urinaria. Patrón 03: - Eliminación. Dominio 3: - Eliminación e intercambio. Clase 01: - Función Urinaria.	Código:(00503) Eliminación urinaria	(00590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA: - Observe signos y síntomas de retención Urinaria. - Valore ingesta de líquidos - Valore eliminación urinaria, flujo y características. (00580) SONDAJE VESICAL SI CORRESPONDE: - Realice el procedimiento con técnica aséptica. - Explique el procedimiento al paciente. - Registre el procedimiento en la HC. (2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: - Administre diuréticos previa prescripción. - Verifique efectividad del medicamento - Determine un horario de administración que interfiera con el descanso. (4120) MANEJO DE LÍQUIDOS: - Registre los Ingresos y Egresos. - Vigile estado de hidratación (mucosa húmeda, pulso adecuado y presión arterial ortostática). - Valore sobrecarga de líquidos (Crepitantes, elevación de la PVC.) - Controle Ingesta de Líquidos. - Realice balance hídrico estricto.	- Globo vesical. - Retención urinaria. - Edemas.	Flujo urinario adecuado. Gasto urinario, normal = 0,5 a 1 ml/kg/hora.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6540) CONTROL DE INFECCIONES: • Mantener adecuada Higiene Perianal. • Mantenga ropa de cama y pañales secos. • Cambie la sonda vesical según protocolo. • Realice higiene de manos. • Observe características de la orina. • Registre en la evolución de enfermería.		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros – Definiciones y Clasificación – 2015-2017 – editado por: T.Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru PhD, RN, FNI.
- Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE – 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería – ASPEDEN.
- Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2015 – 2017, www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N. 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N. 022-MINSA/DGSP-V.02.
- R.D N° 261 -2014/II – HCH/06 – Hospital Cayetano Heredia – guía de intervención de Enfermería – Prevención de Riesgos : de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
- Medicina Interna Basada en Evidencias - <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.11.3>.
- Los correctos en administración de medicamentos. <https://es.slideshare.net/wildert31/>.
- Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS. <http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalasedoanalgesia HTML>
- La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>



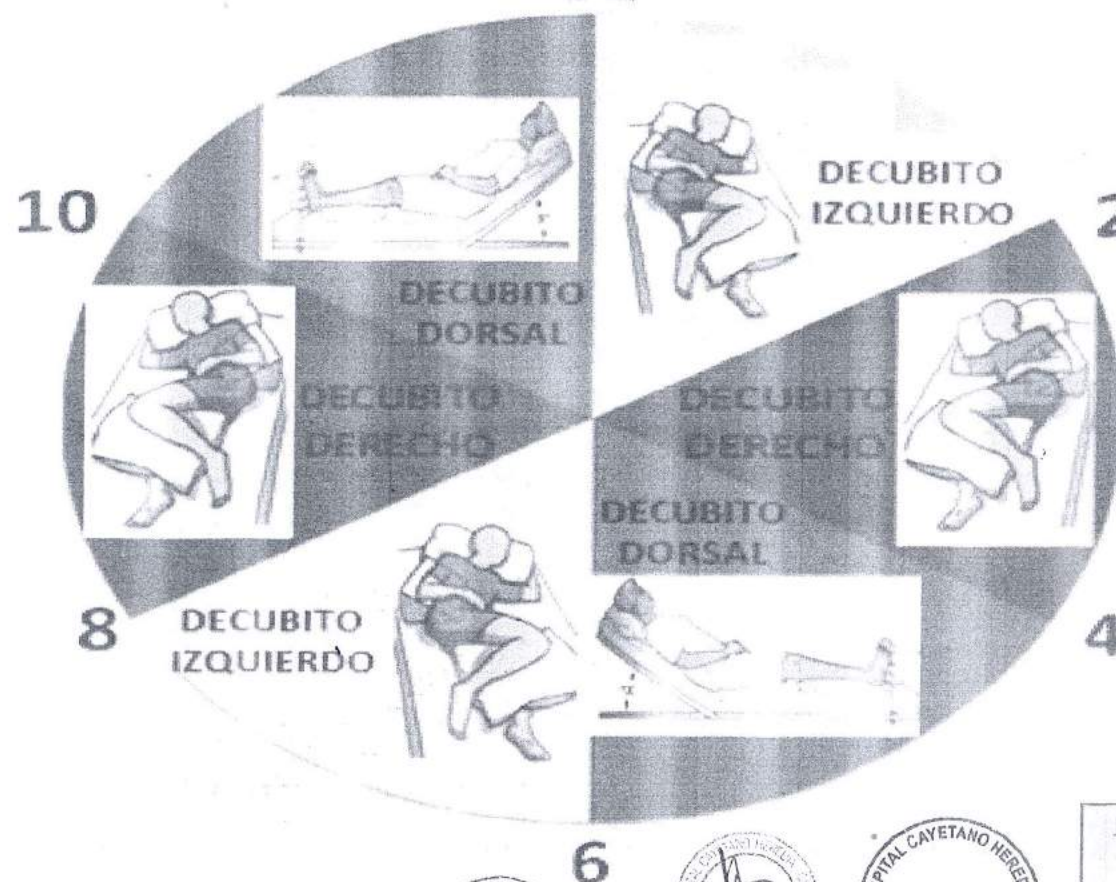
ANEXO 1

CAMBIOS DE POSICIÓN

12



RELOJ DE
POSICIONES
CAMBIAR DE
POSICIÓN SIGUIENDO
LAS
INSTRUCCIONES DEL
RELOJ.



JEFATURA DE ENFERMERIA
EMERGENCIA ADULTOS



HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES ADULTOS

ANEXO - IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGOS



SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

GRADO DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE :

LIC. ENFERMERIA :

TÉCNICO ENFERMERÍA :

VALORACIÓN DE DOLOR:



VALORACIÓN DE RIESGOS :

ALTO MEDIO BAJO

RIESGO DE UPP



RIESGO DE CAIDA



RIESGO DE ASPIRACIÓN



ANEXO 2

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Glasgow, es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico. Se emplea durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros: la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARAMETROS	RESPUESTA OBSERVADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	ESPONTANEO	4
	AO ESTIMULO VERBAL	3
	AO ESTIMULO DOLOROSO	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
	NINGUNO	1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	MOVIMIENTO DE RETIRADA	4
	FLEXION ANORMAL (DECORTICACIÓN)	3
	EXTENSIÓN ANORMAL (DESEREBRACIÓN)	2
	NINGUNA	1
TRAUMA LEVE	TRAUMA MODERADA	TRAUMA GRAVE
13 - 15	9 - 12	3 - 8



ANEXO 3

Escala RASS de sedación-agitación

La escala de la agitación y sedación Richmond (o "RASS" Inglés "Richmond Agitation-Sedation Scale") es una escala utilizada, por la medicina, para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila

A diferencia de otras escalas, la RASS utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente, para medir el nivel de sedación.

Escala DE RASS de Sedación – Agitación (de Richmond)	
+ 4	Combativo, ansioso, violento.
+3	Muy agitado, intenta retirarse los catéteres, el TET. Etc.
+2	Agitado, movimientos frecuentes, lucha con le respirador.
+1	Ansioso, inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Alerta y tranquilo
-1	Adormilado, despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
-5	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.



ANEXO 4

VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS
(J.H DOWNTON)

CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
	DIURETICOS, HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS, ANTIDEPRESIVOS, OTROS	1
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
	AGITACION PSICOMOTRIZ	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	ASISTIDA CON ELEMENTOS DE APOYO	1
	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	1
TOTAL PUNTAJE		

NA : NO APLICA

CLASIFICACIÓN:

RIESGO BAJO : 0 a 2 PUNTOS

RIESGO MEDIO: 3 a 4 PUNTOS

RIESGO ALTO : 5 a 9 PUNTOS



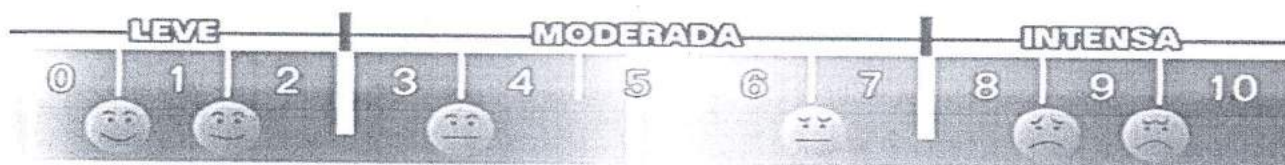
ANEXO 6

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.



ANEXO 7

ONCE CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Paciente correcto.
2. Registrar el medicamento
3. Hora correcta
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Fecha de vencimiento
8. Previa orden médica
9. Informar al usuario cual es el medicamento que se le aplica y para qué sirve.
10. Preguntar al usuario sobre sus medicamentos para aclarar dudas.
11. Me protejo y protejo al usuario cumpliendo con la normas de bioseguridad

