



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 29 de diciembre de 2020

Visto el Exp. N°16242-2020, que contiene el Informe N°2237-DE-2020-HCH, con los proyectos de las Guías de Procedimiento Asistencial y de Intervención de Enfermería y el Informe Técnico N°051-OGC-2020-HCH, del 14 de diciembre de 2020, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Informe N°2237-DE-2020-HCH, del 14 de diciembre de 2020, la Jefa del Departamento de Enfermería, remite los proyectos de Guías de Procedimiento asistenciales de Enfermería: En Relactación; En Lactancia Materna Alimentación con vaso o taza; En Técnicas de Amamantamiento; Consejería Integral en Etapa de Vida de Adulto Mayor; En la Administración de Hierro Sacarato Endovenoso; En la Administración de Vía Subcutánea; En el Retiro de Sonda Nasogástrica; Estimulación Temprana en Niños de 0 a 6 meses; Examen Físico del Niño en el Consultorio de CRED; En la Aplicación de Insulina en la Consulta Externa - Servicio de Endocrinología; y las Guías de Intervención de Enfermería: En Adultos Mayores con Delirio; En el Síndrome del Cuidador al Adulto Mayor con algún grado de dependencia; En Niños Menores de 5 años con Anemia Ferropénica, la cual tienen como objetivo estandarizar los procedimientos realizados en la diferentes especialidades;



Que, mediante Informe Técnico N°051-OGC-2020-HCH, del 14 de diciembre de 2020, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar las Guías de Procedimientos Asistenciales y de Intervención de Enfermería propuestas por el Departamento de Enfermería;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, 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, 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 resolutiveos en asuntos que sean de su competencia;

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, 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 del Departamento de Enfermería, aprobando los proyectos de las Guía de procedimiento asistencial y las Guías de Intervención de Enfermería;



Que, atendiendo a lo propuesto por el Departamento de Enfermería, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N°977-2020-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las Guías de Procedimientos Asistenciales y las Guías de Intervención propuestas por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

Con el visto de las jefas del Departamento de Enfermería, y de las Oficinas de Gestión de la Calidad y 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 GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA siguientes:



Guía de **Procedimiento** Asistencial de Enfermería: En Relactación;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En Lactancia Materna Alimentación con vaso o taza;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En Técnicas de Amamantamiento;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Consejería Integral en Etapa de Vida de Adulto Mayor;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En la Administración de Hierro Sacarato Endovenoso;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En la Administración de Vía Subcutánea;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En el Retiro de Sonda Nasogástrica;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Estimulación Temprana en Niños de 0 a 6 meses;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Examen Físico del Niño en el Consultorio de CRED;

Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: En la Aplicación de Insulina en la Consulta Externa - Servicio de Endocrinología.



Guía de **Intervención** de Enfermería: En Adultos Mayores con Delirio;

Guía de Intervención de Enfermería: En el Síndrome del Cuidador al Adulto Mayor con algún grado de dependencia.

Guía de Intervención de Enfermería: En Niños Menores de 5 años con Anemia Ferropénica.



Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Enfermería proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales y de Intervención de Enfermería, aprobadas con el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

ACRRP/BAIC/pdg
DE
OAJ
OGC
OCCM



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DRA AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C M P 23579 R N E 9834

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LACTANCIA MATERNA ALIMENTACION CON VASO O TAZA

I. CODIGO: GPAE – 02 – DE- ALIMENTACION CON VASO O TAZA CONSULTA EXTERNA CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

II. DEFINICION

La alimentación con vaso (taza) es uno de los procedimientos más efectivos para el recién nacido y/o lactante cuando la madre no puede amamantar directamente por trabajo u otros motivos.

Consiste en la alimentación de un bebe mediante el uso de un vaso pequeño (que contiene 30 o 60 ml. de leche). (2)

Objetivo

- Permitir alimentar al niño sin interferir con el agarre eficaz.
- Mantener el reflejo de succión eficaz del lactante y continuidad de lactancia materna.
- Evitar la confusión tetina pezón y el rechazo al pecho de la madre.
- Recuperar el peso del lactante con bajo peso.

Epidemiologia

La OMS recomienda alimentar a los lactantes de bajo peso al nacer con leche de su propia madre, puede ser alimentados mediante otros métodos de alimentación oral con taza o con cuchara.

En estudios que han comprobado los métodos de alimentación con taza mejoro las tasas de lactancia natural exclusiva tras el alta, como las tazas son más fáciles de limpiar que los biberones, la alimentación con taza podría reducir el riesgo de infecciones graves, como la diarrea.

III. RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería Consultora Internacional en Lactancia materna Certificada IBCLC.

Licenciada (o) en Enfermería capacitado en lactancia materna.

IV. INDICACIONES

Absolutas

Lactantes con pérdida de peso mayor al 10% los primeros días que asisten al consultorio de consejería en lactancia materna.

Lactantes que se quedan dormido en la toma no consiguiendo suficiente paso de leche de la madre al niño.



Recién nacidos que no es capaz de succionar en forma eficaz.

Problemas con el establecimiento de la lactancia y/o en la instauración de la lactancia (bajada de la leche tardía, grietas en pezón, mastitis etc.)

Relativas

Separación madre lactante como es el caso de reincorporación al trabajo laboral. Lactantes con problemas orales (frenillo lingual, labio leporino, paladar hendido, fisura palatina).

V. CONTRAINDICACIONES

Absolutas

Madre con VIH positivo

Relativas

Indicación médica.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica por escrito.

Se informará a la madre en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1. Equipos Biomédicos	
Coche de procedimiento	01 unidad
Cuna y/o camilla de examen pediátrico	01 unidad
7.2. Material Médico no Fungible	
Sillón con coderas y descansaderos de pies	01 unidad
Vaso graduado en cc	01 unidad
7.3. Material Médico Fungible	
Mascarilla quirúrgica	01 unidad
Babero	01 unidad
Papel toalla	20 cm
7.4. Soluciones	
Leche materna extraída y/o sucedáneo de la leche materna	cc/kg de peso
Alcohol gel	2 cc
Jabón líquido	2 cc
7.5. Otros	
Lapicero azul	01 unidad
Carnet del niño, niña	01 unidad
Ficha de lactancia materna	01 unidad
Ficha de curva de peso	01 unidad



VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos según norma técnica de lavado de manos
2. Verifique el equipo y materiales completo
3. Colocarse la mascarilla, según técnica de barreras de protección.
4. Solicitar a la madre la realización de lavado de manos clínico con agua y jabón.
5. Supervisar a la madre el correcto lavado de manos.
6. Realice higiene de manos con alcohol gel
7. Explique a la madre, sobre el procedimiento a realizar.
8. Colocar al niño/a en posición sentado o semisentado en la cuna y/o camilla de examen, la enfermera se ubicará frente al bebe, cogiéndolo con la mano no diestra detrás de la espalda del bebe, el cuello y espalda, la cabeza del bebe quedará ligeramente extendida como cuando se bebe un vaso con agua.
9. Colocar el babero debajo de la barbilla del bebe, para absorber pequeñas cantidades de leche que derrame.
10. Colocar el vaso contenido de la leche materna y/o sucedáneo tocando labio superior del bebe para que abra la boca.
11. Apoyar el vaso con leche materna y/o sucedáneo descansando sobre el labio inferior, de manera que el contenido entre en contacto con la lengua del bebe y empiece a deglutir la leche.
12. Inclinar el vaso justo hasta que el contenido toque siempre la lengua y los labios del lactante de manera que tome tranquilo sin apresurarse.
13. Solicitar a la madre la redemonstración de alimentación con vaso con el bebe, explicando los pasos a seguir. Con la practica podrá colocar al bebe en el regazo apoyándose con el antebrazo de la madre y/o cuidador posición de amamantar.
14. Ubicar a la madre en posición cómoda.
15. Supervisar a la madre la técnica correcta de alimentación con vaso.
16. Motivarle a la madre felicitándole por el procedimiento realizado en bien de su bebe.
17. Observar si el lactante ha recibido suficiente leche, cierra la boca y deja de tomarla.
18. Si el lactante no ha tomado la cantidad suficiente, proceder a estimular eliminación de gases y reanudar la toma de leche materna y/o sucedáneo.
19. Medir la ingesta de leche de cada toma.
20. Retirar el vaso, al término del procedimiento, lavarlo y entregarle a la madre.
21. Explicar a la madre sobre la limpieza, desinfección y conservación del equipo: Limpiar lavando con agua y jabón, enjuagar con abundante agua luego desinfectar sumergiendo en agua hervida el vaso y secar al aire a gravedad luego dejarlo en un táper limpio hasta nuevo uso.
22. Lávese las manos con agua y jabón
23. Entregar a la madre por escrito la cita próxima para su evaluación.
24. Realizar registro de enfermería.



IX. COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA
Riesgo de Asfixia.	1. Colocar al Niño/a en posición sentado o semisentado. En el RN la laringe se encuentra más alta en relación del esófago en comparación del adulto. 2. No vaciar la leche en la boca del lactante, solo sostenga el vaso o taza contra los labios del lactante y deje que tome la leche a su propio ritmo. 3. Ejecutar el procedimiento sin prisa y con paciencia. 4. No forzar la alimentación al bebe en estado irritable, espere que se tranquilice. 5. Observar en forma permanente al bebe durante el procedimiento.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS, La Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Capítulo Modelo para Libros de Texto Dirigidos a Estudiantes de Medicina y otras Ciencias de la Salud. Washington, D.C.: OPS 2010
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/RevistaMedica/Suplementacion-tecnica-del-vaso-Lactancia-Materna> 10 octubre 2017.
3. <https://mireciennacido.com/alimentacion-con-taza-o-vasito>. 18/6/2018.
4. MINSA, Guía técnica para la consejería en lactancia materna/Ministerio de Salud. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Dirección de promoción de la salud. Lima Ministerio de Salud 2017.
5. JONES DE TOLEDO B. La alimentación complementaria de bebés prematuros con taza en lugar de biberón ayuda al éxito de la lactancia materna. EAP. Collado Villalba. Madrid. España. 2017



XI. ANEXOS

Anexo 1 - Las Razones para Alimentar al Lactante Empleando un Vaso o Taza

- Los vasos o tazas son más fáciles de ser limpiados y pueden ser lavados empleando agua y jabón, si no es posible hervirlos.
- La alimentación empleando un vaso o taza no interfiere con el aprendizaje del lactante para realizar un buen agarre.
- El vaso o taza no puede ser dejado con el lactante para que se alimente por sí mismo. Alguien tiene que sostener al lactante, brindándole el contacto humano que necesita.
- La alimentación con vaso o taza generalmente es más sencillo y mejor que la alimentación empleando una cuchara: la alimentación con cuchara toma más tiempo y requiere de una mano adicional y, a veces, el lactante no consigue recibir leche suficiente.

Fuente: OMS La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, 2010.

Anexo 2 - Alimentación de un lactante empleando un vaso



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO

I. CODIGO: GPAE - 03 - DE- TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO CONSULTA EXTERNA CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

II. DEFINICION

Es un conjunto de procedimientos necesarios para llevar a cabo el proceso de amamantamiento al recién nacido y que con su uso correcto sea más fácil, sencillo y satisfactorio el proceso.

Una buena técnica de amamantamiento o posiciones para amamantar permiten mantener una excelente producción de leche, prevenir y evitar la aparición de grietas en los pezones y minimiza la posibilidad de dolor durante el proceso. (5)

Objetivo

- Garantizar un amamantamiento satisfactorio para madre e hijo.
- Lograr que el bebe se alimente completamente y se siente satisfecho y feliz.
- Mantener una excelente producción de leche materna con una buena técnica de amamantamiento.
- Prevenir la aparición de grietas en los pezones y dolor durante el amamantamiento.

Epidemiologia

La OMS "La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, como recuperaciones importantes en la salud de la madre".

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a la recuperación rápida de las enfermedades.

RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería Consultora Internacional en Lactancia materna Certificada IBCLC.

Licenciada (o) en Enfermería capacitado en lactancia materna.

III. INDICACIONES

Absolutas

Madres con problemas de presencia de grietas en los pezones y dolor durante el amamantamiento que asisten al consultorio de consejería en lactancia materna del Hospital Cayetano Heredia

Madre primeriza con escasos conocimientos de la técnica correcta de amamantamiento.

Recién nacidos a término con inadecuada ganancia de peso ponderal.

Relativas

Lactantes con problemas orales, frenillo lingual, labio leporino, paladar hendido, fisura palatina.



IV. CONTRAINDICACIONES

Absolutas

Madre con VIH positivo

Relativas

Indicación médica.

V. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica por escrito.

Se informará a la madre en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

6.1. Equipos Biomédicos	
Cuna y/o camilla de examen pediátrico	01 unidad
Biombo	01 unidad
6.2. Material Médico no Fungible	
Sillón con coderas y descansaderos de pies	01 unidad
Almohada	01 unidad
6.3. Material Médico Fungible	
Mascarilla quirúrgica	01 unidad
Papel toalla	20 cm
6.4. Soluciones	
Alcohol gel	2 cc
Jabón líquido	2 cc
6.5. Otros	
Lapicero azul	01 unidad
Carnet del niño, niña	01 unidad
Ficha de lactancia materna	01 unidad
Ficha de curva de peso	01 unidad

VII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos según norma técnica de lavado de manos
2. Verifique el carnet correspondiente del niño, niña
3. Colocarse la mascarilla, según técnica de barreras de protección.
4. Solicitar a la madre la realización de lavado de manos clínico con agua y jabón.
5. Supervisar a la madre el correcto lavado de manos.
6. Realice higiene de manos con alcohol gel
7. Explique a la madre, sobre el procedimiento a realizar.
8. Muestre ayudas audiovisuales, rotafolios, trípticos, sobre técnicas de amamantamiento
9. Colocar al niño, niña en cuna
10. Colocar a la madre en posición sentado o semisentado cómoda y relajada en el sillón con la espalda apoyada las rodillas ligeramente elevadas y una almohada sobre su falda.
11. Colocar al niño, niña en el regazo de la madre, apoyado la cabeza del bebe sobre el ángulo del codo de la madre, posición cuna.
12. Indicarle a la madre, sostener la mama con los dedos índice y pulgar en forma de "c", para que el bebe tenga un buen agarre.



13. Solicitar a la madre comprimir detrás de la areola con sus dedos índice , pulgar para cuando el niño o niña abra la boca bien abierto al estimular tocando el pezón a sus labios e introducir el pezón y la areola a la boca del niño y así no le provocara dolor en pezones.
14. Observe la ubicación del niño frente a la madre, abdomen con abdomen, quedando la oreja hombro y cadera del niño en línea recta.
15. Verifique el correcto acoplamiento de la boca, los labios del niño, niña deben estar abiertos (e vertidos), cubriendo toda la areola, la nariz del bebe tocando la mama.
16. La madre debe mantener el cuerpo del bebe cerca de ella.
17. Si el bebe es un recién nacido, debe darle apoyo a las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros.
18. Observar la succión del bebe que deben ser lentas y profundas, emitiendo sonidos de deglución.
19. Observar que el bebe al momento de la succión debe presentar mejillas llenas redondeadas y succionar tranquilamente.
20. Supervisar que debe terminar de succionar el bebe por sí mismo y se muestre satisfecho suelta espontáneamente el pecho.
21. Si el lactante no ha tomado la cantidad suficiente, proceder a estimular eliminación de gases y continuar con el amamantamiento con el pecho que no a mamado.
22. Reconocer y elogiar lo que la madre y el bebe están haciendo bien y que disfrute el éxito de lactancia materna su niño /a y la madre.
23. Explicar a la madre que con el uso correcto de técnicas de amamantamiento no debe sentir dolor en el momento que succione su bebe.
24. Lávese las manos con agua y jabón
25. Entregar a la madre por escrito la cita próxima para su evaluación.
26. Realizar registro de enfermería.

VIII. COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA
Riesgo de Pezones con Grietas	1. Colocar a la madre y al niño/a en posición correcta, el bebe alineado oreja, hombro, cadera para evitar el mal agarre. 2. Indicarle a la madre que estimule con la punta del pezón la comisura de los labios y habrá su boca el bebe bien abierto e introducir el pezón para un buen acople. 3. Observar al bebe sus labios evertidos (hacia afuera) y coja más areola arriba que abajo. 4. Observar que el mentón del bebe quede hundido en su pecho y la nariz pegado al pecho 5. Observar en forma permanente al bebe durante el procedimiento.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS, Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Ginebra, mayo 2001.
2. MINSA, UNICEF, Promoción y apoyo a la Lactancia Materna en establecimientos amigos de la madre y el niño, Manual del facilitador, Lima 2009.



3. MINSA – INSA, Documento Técnico: Consejería nutricional en el Marco de la Atención de la Salud Materno Infantil, "Cuéntame te voy a escuchar", RM N° 870- 2009/MINSA, Lima 2011.
4. [Biut.latercera.com/actualidad/2019/08/técnicas-de-amamantamiento-el-paso-a-paso-para-una-lactancia-materna](http://biut.latercera.com/actualidad/2019/08/técnicas-de-amamantamiento-el-paso-a-paso-para-una-lactancia-materna).
5. <https://lactanciamaterna.net/tecnicas-de-amamantamiento/>

X. ANEXOS

Anexo 1 – Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

Fuente: OMS, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2001.

Anexo 2 – Otras recomendaciones a cerca de las técnicas de lactancia materna

- Lactancia a demanda. El bebe tiene que mamar siempre que quiera, ofrézcale el pecho cuando "busque", se chupa los dedos, sin esperar a que lllore.
- Para evitar ingurgitación. Comience cada toma por el pecho que no mamó o de que mamó menos en la toma anterior.
- Deje que vacíe el pecho, la leche del final de la toma tiene más grasa (mas meconio)
- Si el bebe esta contento y no parece enfermo, toma suficiente leche. Si moja menos de 5 pañales al día y no hace deposiciones es posible que esté tomando poca leche y debe consultar con su pediatra.

Fuente: Comité Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría. 2020





I. GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA

CONSEJERÍA INTEGRAL EN "ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR"

GPAE-E01

II. DEFINICIÓN

• Definición del procedimiento

La consejería es un proceso educativo y de comunicación interpersonal, que busca propiciar cambios de estilos de vida y el mejoramiento del estado físico y emocional del adulto mayor, esta actividad será realizado por un personal de salud capacitado en consejería y en atención de salud integral del adulto mayor, relación que puede tener una duración breve y no puede ser reducida a una única intervención; se enfoca en prevenir y desarrollar destrezas de comunicación y mejorar su calidad de vida mediante acciones de educación, orientación, información¹ sobre el envejecimiento activo y saludable. La consejería se basa en saber identificar y fortalecer las habilidades positivas que tiene el adulto mayor durante el proceso realizado en 5 momentos y así pueda resolver su conflicto en forma segura estimulando su autoestima.²

• Objetivos del procedimiento

1. Identificar los factores de riesgo a través de la consejería integral y actividades de promoción para obtener cambios de estilos de vida en el adulto mayor del consultorio de Geriatria.
2. Promover el autocuidado de la salud mediante la información, educación para motivar su autonomía y comportamiento saludable en el adulto mayor del consultorio de Geriatria
3. Desarrollar habilidades y destrezas para manejar y administrar su tiempo libre relacionado al fomento de la integración social al adulto mayor que acude al consultorio de Geriatria

• Aspectos epidemiológicos

La población de todos los países de las Américas se encuentra en proceso de envejecimiento, aunque en distintos países se envejece a velocidad y en momentos diferentes. La disminución de indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida en la Región. No solo se ha incrementado la proporción de personas mayores en la población del continente, sino que también ha aumentado de manera importante la esperanza de vida al nacer.³

En el 2025 la población de 60 años y más, será el 18.6% de la población total de las Américas y al menos en 10 países la población mayor de 60 años será superior a la de menores de 15 años, por lo que para el 2025 habrá 18 adultos por cada 100 niños.⁴

El envejecimiento de nuestra población en el país, la estructura por edad y sexo de la población ha desplegado cambios significativos. Así, en la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as, de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; mientras en el año 2019 son 26 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,7% en el año 2019.

En el Perú las personas de más de 60 años y más se consideran altamente vulnerables porque presentan mayores riesgos de enfermar o morir por enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles que son afecciones de larga duración por lo general de proyección lenta, según la OMS. Señalo que las enfermedades crónicas son las principales causas de





mortalidad en el mundo siendo el 63% responsables del total de muertes en el año si sigue así para las no transmisibles aumentara a 55 millones en 2030.

La prevalencia de este tipo de enfermedades afectan el proceso de envejecimiento y se deben en gran medida a los factores de riesgo: consumo de tabaco, alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada sin embargo la modificación de hábitos no saludables y control de factores de riesgo pueden en la mayoría de casos evitar complicaciones. Por ello la necesidad de detectar tempranamente los factores de riesgo sobre los cuales se puede intervenir, planificando actividades de promoción y prevención mediante la consejería en los servicios donde se identifique a un adulto mayor.

La Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, es un documento marco que "garantiza los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores reconocidas en la Constitución Política y los tratados internacionales vigentes; orientados a mejorar su calidad de vida e integración plena al desarrollo social, económico, político, cultural"

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 2003 viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, donde está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que desde el 2006 cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye la valoración funcional, mental, socio familiar y física, la cual debe ser aplicada una vez al año a toda Paciente adulto mayor(PAM) que acude a consulta externa.

El Hospital Cayetano Heredia es una institución de nivel III, presta servicios de salud a la comunidad con profesionales especialistas y como actores de una sociedad globalizada observamos que las actividades de promoción prevención influye directamente sobre la mejora de calidad de vida de la población así se observa según estadísticas que el 30%de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y riesgo.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia entre los adultos mayores, el 83%refiere sedentarismo y ms de 50% padece de sobrepeso y obesidad.

En un estudio se encontró que el 14% de los pacientes fueron reingresados en los próximos 30 días de alta y que el 12.3%de los pacientes fallecieron además se encontró como factor asociado al reingreso⁵.

La guía de procedimiento en consejería integral de enfermería podrá ser más oportuna y viable, si se aprobara este instrumento facilitaría identificación de los factores de riesgo con eficacia los cuales contribuirán a que los pacientes adquieran información, motivación y habilidades para mantener la mejora de hábitos, conductas y comportamientos saludables y así mismo disminuir problemas que generan el dismovilismo y aislamiento social con graves consecuencias.

III. RESPONSABLES:

Lic. de Enfermería o personal de salud capacitado

IV. INDICACIONES

Indicaciones absolutas

Adultos mayores enfermos que presenta una afección crónica o aguda (hipertensión, diabetes, deterioro cognitivo, depresión, anemia crónica) y poder intervenir y prevenir mayores complicaciones

Indicaciones relativas

Adultos mayores con problemas psicosomáticos, familiares, social y determinar factores de riesgo





V. CONTRAINDICACIONES

Contraindicación absoluta

Persona adulta mayor sola con problemas legales y/o problema psiquiátrico añadido a los problemas de salud físico.

Contraindicación relativa

Deterioro cognitivo, intento de suicidio, crisis psiquiátrica.

VI. REQUISITOS

Consentimiento informado: no requiere

VII. RECURSO MATERIAL A UTILIZAR

7.1 Equipo Biomédico

Tensiómetro	01
Estetoscopio	01
Pulsoxímetro	01
Termómetro	01
Equipo de curaciones	01
Equipo de bioseguridad	01 (Respirador, Mandilón, Lentes)
Camilla	01

7.2 Material médico no fungible

Escritorio	02
Archivadores	02
Engrapador	01
Perforador	01
Pizarra acrílica	01
Sillas	05
Balanza con Tallímetro	01

7.3 Material médico fungible

Hojas múltiples
Ordenes médicas
Recetarios
Historia clínica
Guantes
Algodón
Alcohol
Gasas





VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos clínico con agua y jabón según norma técnica
2. Colóquese equipo de protección personal y aplicar medidas de bioseguridad
3. Control antropométrico (Peso, Talla, Índice de Masa Corporal (índice de Quetelec), para determinar el riesgo de obesidad u sobre peso
4. Control Hemodinámico (Presión Arterial, Saturación de oxígeno, temperatura
5. Valoración de Enfermería según formato de Patrón de Dominios
6. Entrevista al adulto mayor con ficha de **vacam** (valoración clínica adulto mayor).según guía técnica. (Minsa 2010)
7. Entrevista para responder ficha funcional según actividades básicas de la vida diaria **katz** el cual me define el nivel de dependencia (ver anexo ficha técnica Minsa 2010)
8. Interrogar al paciente mediante una entrevista con ficha de **Pfeifer** el que definirá grado neurocognitivo
9. Identificar los problemas y priorizar el riesgo de salud del paciente
10. Brindar consejería integral con preguntas abiertas paciente y/o familiar o cuidador
11. Educar sobre actividades de promoción (autocuidado, estilos de vida)
12. Comunicar al usuario sus opciones en estilos de vida
13. Estimular a que adopte y elija voluntariamente conductas saludables
14. Proponer al usuario alternativas de solución a su problema que voluntariamente decida en forma asertiva
15. Identificar la categoría de adulto mayor (sano, frágil geriátrico complejo)
16. Coordinar con familiar sobre los cuidados en domicilio
17. Intervenir en procedimientos de curación y prevención de lesiones por presión, administración y cumplimiento terapéutico post evaluación medica
18. Acordar y fijar la próxima cita para realizar el seguimiento y apoyo continuo reforzado con la de un familiar o amistad de su confianza que él o ella lo elija
19. Registro de procedimiento y notas de enfermería en Historia clínica
20. Lavado de manos clínico

IX. COMPLICACIONES

Usuarios con signos vitales anormales y con riesgo de vida

Ej.: Saturación menor a 90%, Hipotenso, o Hipertenso. Será referido a emergencia





XI. ANEXOS

Anexo N° 01: MOMENTOS DE LA CONSEJERIA

MOMENTO I INICIO DE CONSEJERIA	MOMENTO II INTERPRETACION Y BUSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO	MOMENTO III REFORZAMIENTO DE CONFIANZA ELECCION DE POSICIONES , CONSEJOS	MOMENTO IV MOTIVACION EIMPLEMENTACION DE OPCIONES ELEGIDAS Y REGISTRO DE ATENCION	MOMENTO V APOYO COTINUO CON EMPATIA CIERRE DE SECIÓN DEJANDO ABIERTA LA PROXIMA SECCION O CITA
Identificación con el adulto mayor y acompañante ocupación y preguntar el nombre del mismo.	Es el momento de análisis y búsqueda encontrar aquellos factores de riesgo.	Con el apoyo del consejero elegir la alternativa de solución para evitar la consecuencia.	Motivación emocional y de autoestima hacerle ver que existe solución	En este momento se afianza la decisión aprobada con compromiso
Dotar de amabilidad, respeto mostrarle un ambiente agradable y cómodo. Cuidar gestos, postura, tener actitud de escucha atención evitar barreras de escritorio Ej: Teléfono.	Uso de todas las habilidades de comunicación para la consejería y conocimientos sobre la etapa de vida de adulto mayor	Conocer las beneficios y complicaciones así como consecuencias al tomar la decisión oportuna y eficaz	Encaminarlo a ser asertivas eficaz, disciplinado en el cuidado de su salud registro de fichas de atención (HIS)	Registrar su atención en la historia clínica
Iniciar la conversación con preguntas abiertas ¿cuál es el motivo de su consulta? ¿En que la puedo ayudar?	Desarrollar : Valoración antropométrica Valoración hemodinámica Valoración de enfermería según patrones de dominio valoración de dependencia valoración cognitiva feifer) valoración social. Según Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) (guía técnica 2010)	Identificación de problemas agregados de salud. viabilizar sesión médicas más próximas a su control adulto mayor y categorizarlo. Adulto mayor saludable Adulto mayor enfermo Adulto mayor frágil Paciente geriátrico complejo	Enseñanza sobre autocuidado Estilos de vida saludable hábitos alimenticios , practica sede higiene lavado de manos Uso de tiempo libre Proceso de envejecimiento	Asegurarse que su problema tuvo alternativa de solución

Fuente: Basado en la Guía Técnica de Consejería de Lactancia Materna Minsa Perú y aplicado en el proceso de atención del Adulto Mayor



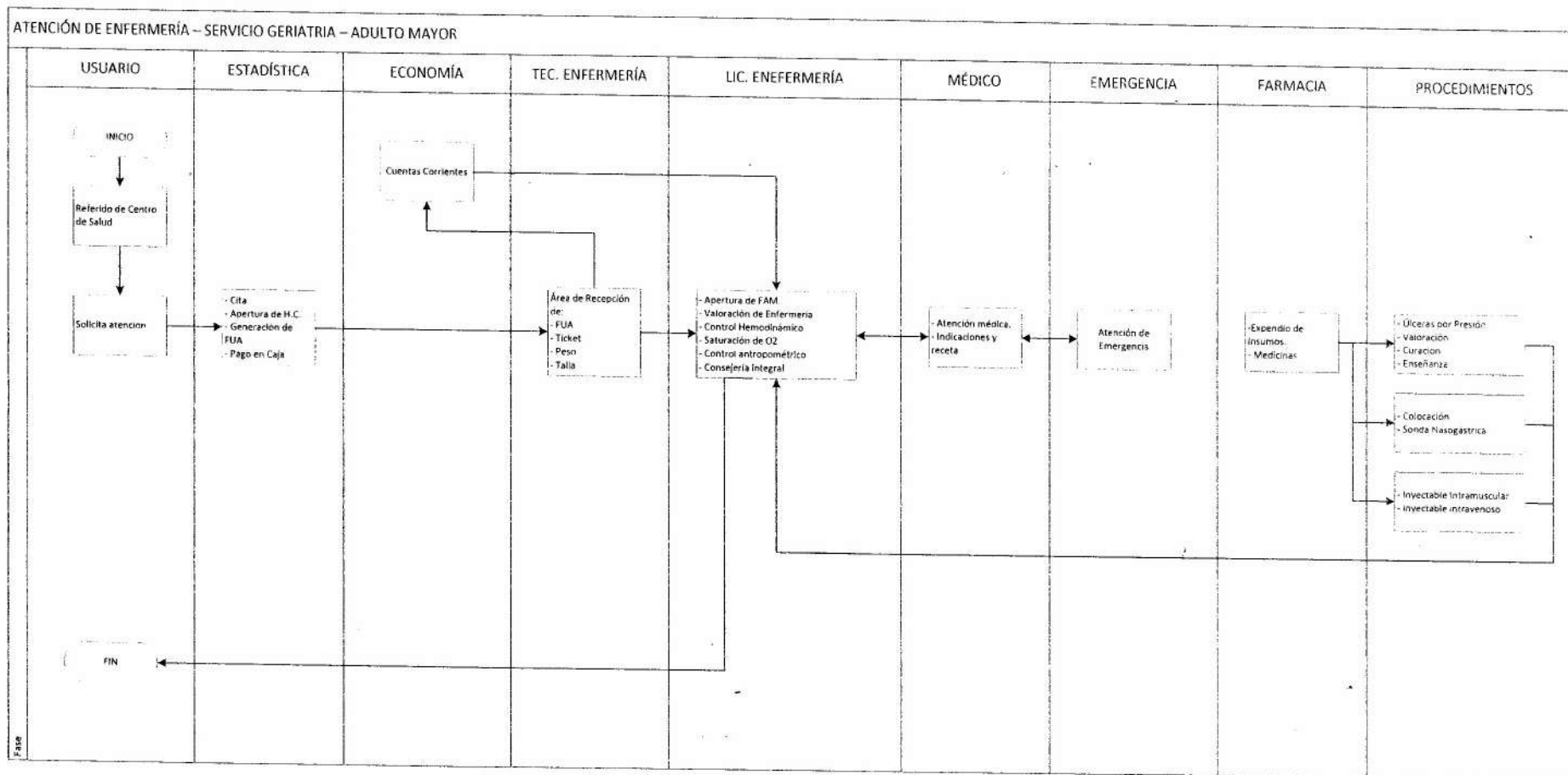
Anexo N° 02: FORMATO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR¹

PERÚ Ministerio de Salud		CONSULTA EXTERNA HOSPITAL CAYETANO HEREDIA SERVICIO DE GERIATRIA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR	
FORMATO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL ADULTO MAYOR			
FECHA	día mes año	HORA	N°HCL.
DATOS GENERALES			
APELLIDOS	NOMBRES		
	SEXO	F M	EDAD
LUGAR DE NACIMIENTO	PROCEDENCIA	OCUPACION	N° HIJOS
TELF.	GRADO INSTRUCCION	ESTADO CIVIL	CUIDADOR RESPONSABLE
DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD		SISTEMA PULMONAR	
CUIDA USTED SU SALUD: SI () NO () PORQUE?		RESPIRACION OXIMETRIA () DISNEA () POLIPNEA () RUIDO RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR TUBO OROFARINGEO () ENDOTRAQUEAL () TRAQUEOSTOMIA () OXIGENO TERAPIA () CBNMASKVENTURI () RESERVORIO ()	
REALIZA CONTROL MEDICO? SI () FRECUENCIA----- NO ()		DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO	
ESTILO DE VIDA: SEDENTARIO SI () NO ()		SUEÑO COMPLETO () INSOMNIO () OTRO---FIEBRE (SI) (NO)	
REALIZA CAMINATA O EJERCICIO SI () NO ()		MOVILIDAD FISICA: HEMIPLEGIA () HEMIPARESIA ()	
CUANTOS VASOS DE AGUA BB EN EL DIA? ----		FUERZA MUS: CONSERV () DISMINUIDA ()	
TUVO COVID 19 () ----- SE VACUNO-----		RESPUESTA CARDIOVASCULAR RESPIRATORIA	
CUANTAS HORAS DE SUEÑO TIENE?-----		FREC. CARDIACA: (REGULAR) (IRREGULAR) (CIANOSIS)	
QUE TIPO DE RECREACION TIENE?-----TUVO COVID 19 ()		HIPERTENSION ARTERIAL HIPOTENSION ARTERIAL	
USO DE TABACO SI () NO () ALCOHOL SI () NO ()		PULSO NORMAL, DISMINUIDO, DISNEA EN REPOSWO	
VACUNACION: NEUMOCOCO () INFLUENZA () SARS-COV2 () TETANO ()		DOMINIO 5: PERCEPCION/ COGNICION	
DOMINIO 2: NUTRICION		ESCALA GLASGOW: () Ao () Rv () Rm ()	
CAMBIO DE PESO DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES ?-----		ESTADO DE CONCIENCIA: DESPIERTO () CONFUSION () SOPOR ()	
APETITO (NORMAL) (INAPETENCIA)---		COMUNICACIÓN: (VERBAL) (GESTUAL) (ESCRITO) (QUECHUA)	
DIFICULTAD PARA DEGLUTIR (SI) (NO) REQUIERE SNG. (SI) (NO)		DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION	
DENTADURA COMPLETA ()		ESTADO EMOCIONAL: (TRANQUILO) (ANSIOSO) (NEGATIVO)	
PROTESIS () MUCOSA ORAL CON LESIONES ()		LENGUAJE (NORMAL) (CONFUSO) (MAL RELATOR)	
PIEL SECA () SUAVE () COLOR -----		OIDO (HIPOACUSIA) (SORDERA) (DER) (IZQ)	
SIGNO DE PLIEGUE (+) (-)		VISTA: AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA CEGUERA (DER) (IZQ)	
MUCOSA (HUMEDA) (SECA)		DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES	
DOMINIO 3: ELIMINACION		FAMILIAR (AFECTIVA) (INDIFERENTE) (HOSTIL)	
SISTEMA URINARIO		EQUIPO DE SALUD AFECTIVO INDIFERENTE	
HABITO DE MICCION FRECUENCIA () AL DIA		ABANDONO FAMILIAR	
DISURIA () INCONTINENCIA () POLAQUIURIA () NICTURIA ()		DOMINIO 8: SEXUALIDAD	
HEMATURIA () TENESMO VESICAL () USA PAÑAL ()		ESTADO CIVIL: SOLTERO, CASADO VIUDO, CONVIVIENTE	
SONDA VESICAL () FECHA DE COLOCACION-----		ANTECEDENTES DE ETS: (SI) (NO)	
SISTEMA TEGUMENTARIO		DOMINIO 9: AFRONTAM. TOLER. DE STRES	
SUDORACION (NORMAL) DIAFORESIS ()		RPTA AL MEDIO HOSPITALARIO (TRANQUILO) (TENSO) (TRISTE)	
SISTEMA GASTROINTESTINAL		DETERIORO GENERALIZADO	
DEPOSICION (NORMAL) INCONTINENCIA () ESTREÑIMIENTO ()		DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES	
COLOR DE HECES-----DIARREA-----CARÁCTER-----		RELIGION-----ACEPTA TRANSFUSION	
VOMITOS CARACTERISTICAS-----NAUSEAS		DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA		RIESGO DE CAIDA, DETERIORO COGNITO	
		DOMINIO 12: CONFORT	
		DOLOR (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)-----	
		DOMINIO 13: CRECIMIENTO DESARROLLO	
		PESO () TALLA () IMC () OBESIDAD, SOBREPESO, DELGADES	

¹ Lic. Amparo Gutiérrez Rodríguez, autora del formato, el diseño del formato considera las definiciones y clasificación de Diagnóstico del libro Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificaciones 2018 2020



Anexo N° 03: FLUJOGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE GERIATRIA –CONSULTA EXTERNA – HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTACION DE HIERRO SACARATO ENDOVENOSO

I. CODIGO: GPAE- 05 - DE ADMINISTRACION DE HIERRO SACARATO ENDOVENOSO CONSULTA EXTERNA PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

II DEFINICION

La administración de los medicamentos es una actividad de enfermería, la cual se realiza bajo la prescripción médica.

La anemia se da por los niveles bajos de hemoglobina, y es un problema de salud pública requiriéndose un tratamiento rápido, quienes reciben la administración de hierro endovenoso. ⁽¹⁾

• Objetivo:

- Estandarizar el procedimiento en la administración del hierro sacarato endovenoso en el consultorio de procedimiento de enfermería.
- Lograr la recuperación del paciente, nivelando los valores normales de la hemoglobina.

• Aspectos Epidemiológicos importantes:

Durante las últimas décadas se ha observado en la epidemiología que la anemia ferropenia se incrementa con la edad, alcanzando en los hombres un 26% en los mayores de 84 años, en las mujeres de un 20% ⁽²⁾

Según la OMS la prevalencia mundial de la anemia es de un 24.8 % y se calcula que 1620 millones de personas presentan anemia. ⁽³⁾

La anemia en los niños en edad pre- escolar es de un 47.4%, afectando a 293 millones de ellos en todo el mundo. ⁽⁴⁾

En el Consultorio de Procedimiento de Enfermería, hay un gran porcentaje de pacientes con anemia.

En el año 2019 se registró 3,680 pacientes que recibieron hierro endovenoso, quienes son derivados de diferentes especialidades, al consultorio de procedimiento de enfermería.

III RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Colaboradores: Técnica de Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ❖ En pacientes adultos con diagnósticos de anemia.
- ❖ Con receta médica expedida de la consulta externa del hospital.



RELATIVAS

- Pacientes con problemas digestivos.
- Pacientes con problemas renales.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS:

- ❖ En pacientes con hemodiálisis.⁽⁴⁾

RELATIVAS:

- ❖ Pacientes con anemia e indicación médica.

VI REQUISITOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ No se aplica.
- ✓ Se informara al paciente en forma verbal sobre el procedimiento.

VII RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipo biomédico

- | | |
|--------------------------|-----------|
| • Coche de Procedimiento | 01 unidad |
| • Biombo | 01 unidad |
| • Rifonera | 01 unidad |
| • Tensiómetro | 01 unidad |
| • Termómetro | 01 unidad |
| • oxímetro | 01unidad |

7.2.1 Material Médico no Fungible

- | | |
|---|-----------|
| • Sillón con caderas y descansadores de pie | 01 unidad |
| • Soporte para sueros | 01 unidad |
| • Ligadura | 20 cm. |

7.3 Material Médico Fungible

- | | |
|------------------------|-----------|
| • Jeringas | 02 unidad |
| • Equipo de venoclisis | 01 unidad |
| • Llave de doble vía | 01 unidad |
| • Tegader 6x7cm | 01 unidad |
| • Branula #24 ó #23 | 01 unidad |



• Torundas de algodón	01 unidad
• Mascarilla quirúrgica	01 unidad
• Guantes quirúrgicos	01 unidad
• Mandilón	01 unidad
• Cinta adhesiva	5 cm
• Papel toalla	20 cm

7.4 Medicamentos

• Hierro sacarato	2 ampollas
• Solución salina de 250 cc	01 unidad
• Alcohol al 70%	5 cc
• Alcohol gel	2 cc

7.3 Otros

• Lapicero azul	01 unidad
• Ficha de registro	01 unidad

VIII. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

1. Preparación física y psicológica del paciente.
2. Lavarse las manos según norma técnica de lavado de manos.
3. Realice el control de funciones vitales
4. Investigar antecedentes de alergias.
5. Verificar valores de Hemoglobina en sangre (registro de análisis en H.C)
6. Preparar la Vía de administración (Vía periférica)

PREPARACIÓN DEL HIERRO SACARATO.

1. Higiene de manos clínico.
2. Utilizar los cinco correctos.
3. Cargar las ampollas con una Jeringa de 10cc, e introducir en el frasco de cloruro de Sodio 9%, agitarlo suavemente, hasta ver que esta uniforme el contenido.

ADMINISTRACIÓN DEL HIERRO SACARATO ENDOVENOSA

1. Calzarse los guantes para la realización del procedimiento.
2. Canalizar una vía periférica; usando una branula de calibre #23 ó 24.
3. Ubicar al paciente en donde recibirá el medicamento.
4. Iniciar la Infusión de Hierro Sacarato, preparado en 200cc de cloruro de Sodio en un lapso de 3 horas.
5. Vigilancia permanente del paciente.
6. Se retirara la vía al término de la Infusión.



IX COMPLICACIONES

Durante el procedimiento, pueden presentarse:

COMPLICACIONES	ACCIÓN DE ENFERMERÍA
• Epistaxis	• Valoración de la complicación por el retiro de Sonda Nasogástrica. • Realizar la comprensión de la fosa nasal. • Indicarle al paciente, que este malestar pasara. • Brindarle confianza y seguridad.
• Alteración • gastrointestinales • Distensión abdominal y otros.	• Esperar después del retiro de la S.N.G, 30 minutos. • Si hubiera complicaciones, comunicar al médico. • Brindarle confianza y apoyo ante el evento sucedido al paciente.

X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Artículos de Internet:

1. Página Web, Cochrane [Internet] [Citado en Mayo 2020]; Gomes Jr CAR, Andriolo RB, Bennett C, Lustosa SAS, Matos D, Waisberg DR, Waisberg J.[Internet] [Citado en Agosto 2020]. visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD008096/UPPERGI_apoyo-nutricional-para-adultos-con-dificultades-de-deglucion
2. Libro Web, Guía De Procedimiento para Enfermeras; Jean Smith-Temple, Joyce Young Jhonson [Internet] [Citado Segunda Edición en 2020]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en <https://books.google.es/books?id=ZO5q8zRL5IIC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
3. Autor Web en PDF, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8 [Internet] [Citado 31/03/2020, con fecha de próxima actualización Marzo del 2018]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en [https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-027%20Protocolo%20inserci%C3%B3n%20y%20retiro%20de%20Sonda%20Nasog%C3%A1strica\(1\).pdf](https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-027%20Protocolo%20inserci%C3%B3n%20y%20retiro%20de%20Sonda%20Nasog%C3%A1strica(1).pdf)
4. Página Web, Universidad Técnica de Ambato <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/> [Internet] [Citado 09/07/2020]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Pazmiño Paredes y Mauro Patricio. Disponible en <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/4403>



XI ANEXOS

- Cuadros de funciones vitales según grupo etario.
- Regla de los 10 correctos en la administración del medicamento.

ANEXO 1

Edad	Frecuencia cardíaca normal (latidos por minuto)	Frecuencia respiratoria normal (respiraciones por minuto)
3 - 5 años	80 - 120	20 - 30
6 - 10 años	70 - 110	15 - 30
11 - 14 años	60 - 105	12 - 20
15 + años	60 - 100	12 - 19

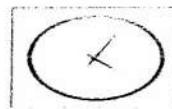
Tensión arterial		
Grupo	Edad	Rango
RN	Nacimiento - 6 semanas	70 - 100 / 50 - 68
Infante	7 semanas - 1 año	84 - 106 / 56 - 70
Lactante mayor	1 - 2 años	96 - 106 / 58 - 70
Pre - escolar	2 - 6 años	99 - 112 / 64 - 70
Escolar	6 - 13 años	104 - 124 / 64 - 86
Adolescente	13 - 16 años	118 - 132 / 70 - 82
Adulto	16 años y mas	110 - 140 / 70 - 90

Temperatura		
Grupo	Edad	Grados centígrados
RN	Nacimiento - 6 semanas	38
Infante	7 semanas 1 año	37.5 a 37.8
Lactante mayor	1 - 2 años	37.5 a 37.8
Pre - escolar	2 - 6 años	37.5 a 37.8
Escolar	6 - 13 años	37 a 37.5
Adolescente	13 - 16 años	37
Adulto	16 años y mas	36.2 a 37.2



ANEXO 2

1. MEDICAMENTO CORRECTO
2. PACIENTE CORRECTO
3. DOSIS CORRECTA
4. VIA CORRECTA
5. HORA CORRECTA
6. VERIFICAR FECHA DE CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO
7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO
8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACION
9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA
10. ESTAR ENTERADOS DE POSIBLES ALTERACIONES



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACION DE VIA SUBCUTÁNEA

I. GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE VIA SUBCUTÁNEA.

CODIGO: GPAE – 06.1

II. DEFINICION DEL PROCEDIMIENTO

La administración de los medicamentos es una actividad de Enfermería, que se realiza bajo La prescripción médica.

Hay medicamentos especiales, como la Eritropoyetina (EPO), que es indicada en pacientes con anemia asintomática. ⁽¹⁾

El otro fármaco es Enoxiparina que se emplea para evitar Trombo embolismo Venosa profunda (TVP) embolia pulmonar (EP) ⁽²⁾

La vía subcutánea es segura, sencilla y es usada en casos que se desea una absorción lenta y controlada de un fármaco. ⁽³⁾

➤ Objetivo:

- Estandarizar los criterios de las actuaciones de la Enfermera.
- Dar a conocer todos los aspectos y fases, a fin de prevenir errores que lesionen al paciente. ⁽²⁾

➤ Aspectos Epidemiológicos importantes:

Según estudios epidemiológicos la anemia es un problema de Salud Pública a nivel mundial, aumentando la tasa de mortalidad y deterioro de la calidad de vida. ⁽⁴⁾

Es un problema común en los pacientes con insuficiencia renal crónica (I.R.C), quienes con el uso de la Eritropoyetina a disminuido enormemente la Transfusión sanguínea.

En el contexto de la pandemia por la infección de SARS – COV-2, quien produce un síndrome de coagulopatía intravascular diseminada (CID), el Ministerio de salud de Perú han sugerido el uso de Enoxiparina.

En el consultorio de Procedimientos de Enfermería en el año 2019, se registró 1,067 pacientes, quienes reciben tratamientos por vía subcutánea.

III. RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Colaborador: Técnico de Enfermería (apoyo).



IV. INDICACIONES.

ABSOLUTAS

- ✓ En pacientes con diagnóstico de anemia.
- ✓ En pacientes con problemas de coagulación.
- ✓ Receta médica actualizada y firmado por el médico de consulta externa del Hospital Cayetano Heredia

RELATIVAS

- ✓ No aplica

V. CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS:

- ✓ Inestabilidad Hemodinámica (P.A).
- ✓ Fibrosis medular

RELATIVAS:

- ✓ Deficiencia de Hierro, Hb <13 /dl
- ✓ Antecedente de Trombocitopenia
- ✓ Patologías Cardiacas

VI. REQUISITOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ No se aplica.
- ✓ Se informa Verbalmente al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipo Biomédico

- | | |
|--------------------------|-----------|
| • Coche de Procedimiento | 01 unidad |
| • Biombo | 01 unidad |
| • Rifonera | 01 unidad |
| • Tensiómetro | 01 unidad |

7.2 Material Médico no Fungible

- | | |
|---------|-----------|
| • Silla | 01 unidad |
|---------|-----------|



7.3 Material Médico,Fungible

• Jeringas 1cc	01 unidad
• Aguja #20x1	01 unidad
• Torundas de algodón	02 unidad
• Mascarilla quirúrgica	01 unidad
• Guantes quirúrgicos	01 unidad
• Mandilón	01 unidad
• Cinta adhesiva	5 cm
• Papel toalla	20 cm

7.4 Medicamentos

• Eritropoyetina	1 frasco ampolla
• Alcohol al 70%	5 cc
• Alcohol gel	2 cc

7.3 Otros

• Lapicero azul	01 unidad
• Ficha de registro	01 unidad

VIII.DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Evaluación y Preparación del Paciente:

1. Preparación física y psicológica del paciente.
2. Realice el lavado clínico de manos según la Norma N°- 072 - 2014.
3. Use las barreras de protección (Anexo).
4. Monitoree las funciones vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de Oxígeno y registrar.
5. Investigar antecedentes de alergia a la EPO, y enfermedades Trombo embolica Venosa o arterial.
6. Verificar los valores de Hemoglobina (inferior a 13g / dl).

Preparación del Medicamento:

1. Realice el lavado clínico de manos.
2. Utilizar los 5 correctos en la administración de la medicación, verificar: fármaco, dosis, vía, hora y paciente correcto.
3. Verificar si el frasco ampolla esta frío, y protegido de la luz (Eritropoyetina).
4. Cargar el frasco ampolla, con una jeringa de 1cm, cambiar la aguja por una 20x1, para cargarlo y regresar a la anterior aguja.



Administración del Medicamento:

1. Seleccionar el área de inyección, descartar zonas con erosiones, edemas.
2. Colocar en posición idónea.
3. Sacar la ampolla de eritropoyetina de la caja de Tecnopor que contiene un hielo seco, ya que esta ampolla inicialmente tiene que conservarse en la refrigeradora a una Temperatura + 2 y +8°C.
4. En caso de las Jeringas de Enoxiparina que ya vienen cargadas, no es necesario purgar el aire que presenta la Jeringa, ese mismo aire sirve como Tapón para que no refluya la medicación y no se masajea para evitar la aparición de hematomas.
5. Desinfectar la piel con una torunda de algodón con alcohol.
6. Forme un pliegue cutáneo superficial con los dedos índice y el pulgar, sin oprimir.
7. Insertar la aguja en un ángulo de 45°.
8. Tirar del émbolo hacia atrás y empujar lentamente el embolo, retirar la aguja de la piel, colocar una Torunda de algodón sobre el área y presionar 10 segundos, no frotar.
9. Registrar el procedimiento en la hoja de registro de Enfermería
10. Descartar el material utilizado, teniendo en cuenta las medidas de Bioseguridad.

IX. COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	SÍNTOMAS
• Efectos secundarios (Eritropoyetina)	• Cefalea • Estado pseudo gripal • Dolor en los puntos de punción de corta duración. • Incrementación de la presión arterial, avisar al médico, para su evaluación y prescripción de antihipertensivo.
• Efectos secundarios (Enoxiparina)	• Leve • Irritación , dolor Hematomas • Náuseas • Erupción cutánea
• Efectos secundarios (Enoxiparina)	• Graves • Dificultad respiratoria • Formación de Hematomas • Problemas de la vista • Sangre en la orina, heces.



Recomendación:

No tomar:

- ✓ Warfarina
- ✓ Aspirina
- ✓ Ibuprofeno
- ✓ Naproxeno
- ✓ Anti inflamatorios (A.I.N.E)

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Dra. Katerinne Álvarez González, Dra. Yamisel Madera-Aguia, Dra. Marvelia Díaz-Calzada, Dr. Jorge A. Naranjo-Ferregut y Dra. Amarilly Delgado-Cruz; Caracterización de Adultos Mayores con Anemia 2017 [Internet] [Citado 2020]. Visto el 3 de octubre del 2020; Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100012
- 2) Hospital Universitario Reina Sofía Manual de Procedimientos Generales de enfermería [Internet] [Citado 2010]. Visto el 3 de octubre del 2020; Revisado el 27/10/2020. Disponible en https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt7_administracion_medificacion_via_subcutanea.pdf
- 3) María Berenice Rodríguez y Rodríguez, Luis Javier Castro-D Franchis, Abraham Emilio Reyes-Jiménez, Cesar Augusto Lopez-Urtiz; Anemia e Inflamación con la Administración de estimulantes de la eritropoyesis y su resistencia en Hemodiálisis [Internet] [Citado 2020]. Visto el 3 de octubre del 2020; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim152f.pdf>
- 4) Lic. Espinoza-MartinezBettsyMarvely, Lic. Ucañan-Flores Sandra Elizabeth Nov 2018; Universidad Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Enfermería; Efectividad de un programa Educativo sobre el conocimiento y práctica del uso de la Eritropoetina en Pacientes con Tratamiento de Hemodiálisis [Internet] [Citado 2020]. Visto el 3 de octubre del 2020; Disponible en http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4345/Efectividad_EspinozaMartinez_Bettsy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 5) Mónica Margarita Lazo-Sánchez, Julio Cesar Cadena-Estrada 2020; El cuidado Enfermero en la Administración subcutánea de Enoxiparina en pacientes adultos: Una revisión sistematizada [Internet] [Citado Junio 2020]. Visto el 3 de octubre del 2020; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050967/el-cuidado-enfermero-de-la-administracion-subcutanea-de-enoxap-qa4BGMQ.pdf>



XI. ANEXOS

ANEXO 1

Zonas adecuadas para inyectar son:

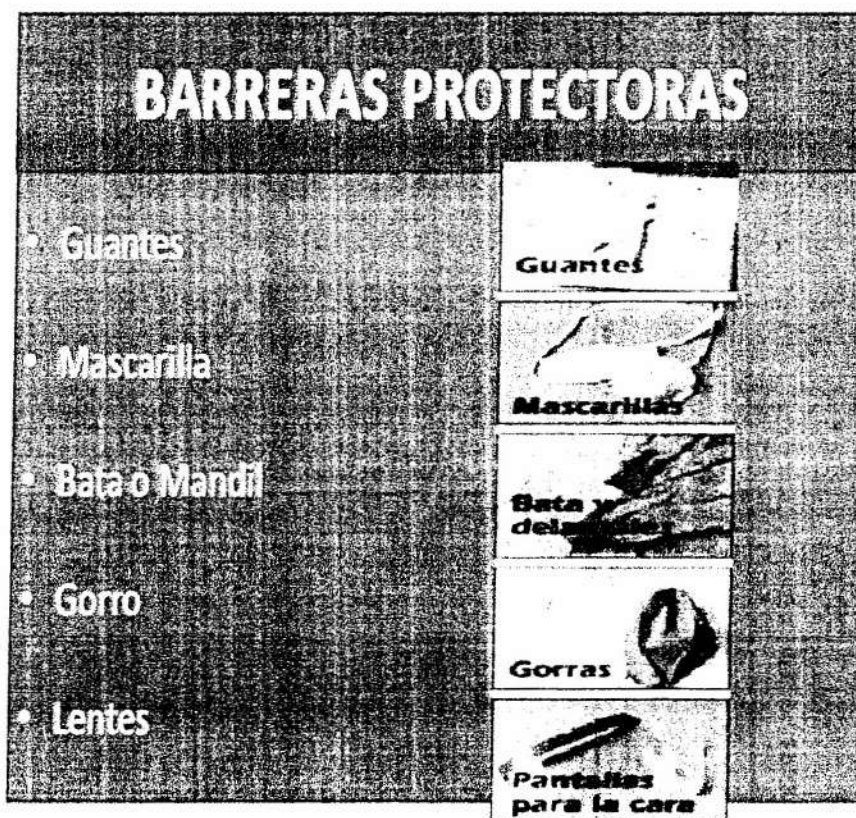
- a) Parte superior en los muslos.
- b) Abdomen (evitar la cintura y el ombligo).
- c) Parte posterior de los brazos.

Usar un área distinta para cada inyección

- ✓ No inyectar donde tenga dolor, enrojecimiento o hinchazón.

ANEXO 2

Barreras Protectoras



ANEXO 3

Antibióticos	
Azitromicina	Incrementa los efectos de enoxaparina por disminución del metabolismo.
Cefazolina	Incrementa los efectos de enoxaparina por sinergismo farmacodinámico. Cefalosporinas pueden disminuir la actividad de la protrombina.
Ceftriaxona	
Piperacilina	Incrementa los defectos de enoxaparina por anticoagulación. Puede inhibir la agregación plaquetaria.
Terapia de reemplazo hormonal	
Estradiol	Disminuye los efectos de enoxaparina por antagonismo farmacodinámico. Mayor riesgo de trastornos tromboembólicos
Estrógenos conjugados	Disminuyen el defecto de enoxaparina por antagonismo
Corticoides	
Metilprednisolona	Pueden disminuir los defectos anticoagulantes al aumentar la coagulabilidad de la sangre.
Dexametasona	Pueden afectar la integridad vascular, aumentando así el riesgo de sangrado.
AINES	
Acido acetilsalicílico	Aumenta su toxicidad por enoxaparina y viceversa. Aumenta la anticoagulación. Mayor riesgo de sangrado.
Diclofenaco	Aumenta la anticoagulación. Mayor riesgo de sangrado.
Ibuprofeno	
Antidiabéticos	
Sulfonilureas	Heparina puede aumentar el defecto de antidiabéticos orales.
Otros	
Enalapril	Enoxaparina incrementa la toxicidad de enalapril. Las heparinas de bajo peso molecular pueden suprimir la secreción suprarrenal de aldosterona que potencialmente puede ocasionar hipercalcemia.
Pentobarbital	Disminuye los efectos de enoxaparina por incremento del metabolismo.
Nitroglicerina	Disminuye los defectos de heparina mediante infusión intravenosa.
Fluoxetina	Aumentan el riesgo de sangrado.
Sertralina	Aumentan el riesgo de sangrado.



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA

I. GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN EL RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA

CODIGO: GPAE -G07

II DEFINICION

La Sonda Nasogástrica (S.N.G) es un tubo de pastico flexible de diferentes calibres, y es colocada por una de las fosas nasales de la nariz, pasando por el esófago y llegando al estómago, y es fijada al costado de la nariz.

Esta sonda es usada para realizar; lavado gástrico, aspiración del contenido gástricos administración de alimentos, medicamentos y otros. ⁽¹⁾

Se realiza el retiro, cuando se termina con el tratamiento, y cuando se requiere el cambio de esta sonda, teniendo en cuenta los pasos del retiro de la sonda, y así evitaremos complicaciones. ⁽²⁾

❖ Objetivo:

- Realizar el retiro de S.N.G a los pacientes que acuden a los siguientes servicios; como emergencia, consultorio externo del Hospital Cayetano Heredia, de manera adecuada para evitar complicaciones.
- Estandarizar criterios en el retiro de S.N.G en los pacientes que concurren al Hospital Cayetano Heredia.
- Unificar Criterios de enfermería referente al retiro de S.N.G, para estandarizar el proceso de este procedimiento.

❖ Aspectos Epidemiológicos:

Se han publicado muchos estudios, uno de ellos fue en el año 2,012. Donde define que el empleo de Sonda Nasogástrica (S.N.G), es empleada con fines Terapéuticos o de Diagnostico. Y que es importante la colocación y retiro de Sonda Nasogástrica. Es empleada como un profilaxis en la descompresión gástrica, disminuyendo la probabilidad de náuseas y vómitos, lográndose un buen resultado del 70% en pacientes post- operador, luego de cumplir con el efecto deseado, se realizara el retiro de la Sonda Nasogástrica. ⁽³⁾ Este procedimiento es frecuente en el Servicio de Enfermería de adultos y pediátricos del Hospital Cayetano Heredia. En el consultorio de Procedimiento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia, en el año 2019, se ha registrado 48 pacientes que acudieron al consultorio para el retiro de Sonda Nasogástrica, ya sea por Terminado del tratamiento o cambio de sonda. Con esta guía vamos a promover la prevención de las complicaciones, limitar el daño y mejorar la calidad de vida en los pacientes.



III RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Personal de apoyo: Técnicas de Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS:

- ✓ Prescripción médica, donde indica el retiro de Sonda Nasogástrica.

RELATIVAS:

- ✓ Un cambio de Sonda Nasogástrica

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS:

- ✓ No se aplica

RELATIVAS:

- ✓ No se aplica

VI REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

- No aplica en forma escrita.
- Se le informa al paciente en forma verbal sobre el procedimiento a realizar.

VII RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipo Biomédico

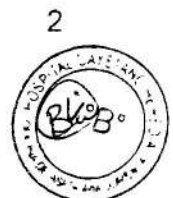
- | | |
|--------------------------|-----------|
| • Coche de Procedimiento | 01 unidad |
| • Biombo | 01 unidad |
| • Rifonera | 01 unidad |
| • Pinza de Kocher | 01 unidad |

7.2 Material Médico no Fungible

- | | |
|----------|-----------|
| • Sillón | 01 unidad |
|----------|-----------|

7.3 Material Médico Fungible

- | | |
|----------------------------|------------|
| • Guantes de procedimiento | 01 unidad |
| • Gasas estériles | 01 paquete |
| • Jeringa de 50 cc | 01 unidad |
| • Mascarilla quirúrgica | 01 unidad |



- Mandilón estéril 01 unidad
- Papel Toalla 20 cm
- Alcohol en gel 5 cc
- Esparadrapo hipo alérgico 3 cm

7.4 Medicamentos

- Cloruro de sodio de 100cm 1 frasco
- Bicarbonato en polvo 0.5 gramos

7.5 Otros

- Lápiz azul 01 unidad
- Ficha de registro 01 unidad

VIII. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

1. Recepción de la indicación médica, para el retiro de la Sonda Nasogástrica.
2. Realice el lavado de manos con agua y jabón.
3. Preparare el coche de procedimientos, con el material que se va a usar.
4. Informe al paciente sobre las molestias que puede tener al realizar el procedimiento.
5. Ubique al paciente en un sillón en posición semi fowler.
6. Coloque un biombo, para preservar la intimidad del paciente.
7. Realice el control de funciones Vitales.
8. Realice la higiene de manos con solución hidroalcolica.
9. Colóquese los guantes de procedimientos.
10. Coloque un campo de tela, alrededor de Tórax del paciente para recoger cualquier secreción, ya sea mucosa o gástrica.
11. Pinza la sonda con una pinza de Kocher.
12. Retire la fijación de la sonda.
13. Coloque la riñonera, por posible vomito.
14. Solicite al paciente que haga una aspiración profunda y una aspiración lenta.
15. coloque una gasa en la sonda y con movimiento moderado y continuo, retire la sonda.
16. Deseche la sonda y la jeringa en el contenedor indicado, verificando que la sonda está intacta.
17. Limpie las fosas nasales con cloruro de Sodio.
18. Indique al paciente que se enjuague la boca con agua bicarbonatada.
19. Dejar sentado al paciente por 30 minutos, para evitar aspiración y otras molestias.
20. Retirare los guantes
21. Realice el lavado de manos con agua y jabón.
22. Registre el procedimiento realizado.



IX COMPLICACIONES

Durante el procedimiento, pueden presentarse:

COMPLICACIONES	ACCIÓN DE ENFERMERÍA
• Epistaxis	• Valoración de la complicación por el retiro de Sonda Nasogástrica. • Realizar la comprensión de la fosa nasal. • Indicarle al paciente, que este malestar pasara. • Brindarle confianza y seguridad.
• Alteración • gastrointestinales • Distensión abdominal y otros.	• Esperar después del retiro de la S.N.G, 30 minutos. • Si hubiera complicaciones, comunicar al médico. • Brindarle confianza y apoyo ante el evento sucedido al paciente.

X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Artículos de Internet:

1. Página Web, Cochrane [Internet] [Citado en Mayo 2020]; Gomes Jr CAR, Andriolo RB, Bennett C, Lustosa SAS, Matos D, Waisberg DR, Waisberg J.[Internet] [Citado en Agosto 2020]. visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD008096/UPPERGI_apoyo-nutricional-para-adultos-con-dificultades-de-deglucion
2. Libro Web, Guía De Procedimiento para Enfermeras; Jean Smith-Temple, Joyce Young Jhonson [Internet] [Citado Segunda Edición en 2020]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en <https://books.google.es/books?id=ZO5q8zRL5IIC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
3. Autor Web en PDF, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8 [Internet] [Citado 31/03/2014, con fecha de próxima actualización Marzo del 2018]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Disponible en [https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-027%20Protocolo%20inserci%C3%B3n%20y%20retiro%20de%20Sonda%20Nasog%C3%A1strica\(1\).pdf](https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-027%20Protocolo%20inserci%C3%B3n%20y%20retiro%20de%20Sonda%20Nasog%C3%A1strica(1).pdf)
4. Página Web, Universidad Técnica de Ambato <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/> [Internet] [Citado 09/07/2013]. Visto el 5 de noviembre del 2020; Pazmiño Paredes y Mauro Patricio. Disponible en <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/4403>



XI ANEXOS

ANEXO 1

Lista de chequeo del retiro de S.N.G.

Requisito	Cumple	No cumple	Observación
Revisa la indicación medica			
Identificada al paciente por su nombre			
Lo orienta y pide colaboración.			
Se lava las manos según Técnica correcta			
Pinza la sonda			
Pide al paciente que realice una inspiración profunda y que mantenga el aire			
Retira de forma rápida, mientras que el paciente contiene la respiración			
Descarta la Sonda y resto de implementos usados , en el contenedor respectivo			
Coloca al paciente en una posición cómoda			
Realiza la observación por 30 minutos , para prevenir complicaciones			
Registra el procedimiento (Fecha y hora)			



COMO SE RETIRA LA SONDA NASOGÁSTRICA

RETIRO DE LA SONDA

Nasogástrica

- Colocar al paciente en posición de Fowler.
- Lavado de manos.
- Pinzar la sonda.
- Quitar fijación de la sonda.
- Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- Retirar la sonda suavemente con movimiento continuo y moderadamente rápido.
- No forzar la salida de la sonda.
- Efectuar higiene de fosas nasales y boca.
- Registrar la técnica en la hoja de enfermería.
- Recoger el material.
- Lavado de manos.

Émbolo

Jeringa

Sonda
NG

Puerto de
alimentación



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA

ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS DE 0 A 6 MESES

I. CODIGO: GPAE – 04 – ESTIMULACION TEMPRANA EN CONSULTA EXTERNA - CRED

II. DEFINICION

• Definición del procedimiento

La estimulación temprana es un conjunto de acciones que proporciona al niño, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor. (1)

La estimulación temprana se define también como el conjunto de experiencias positivas que potencializan al máximo las habilidades físicas, socioemocional y cognitiva del niño mediante la estimulación repetitiva, continua y sistematizada. (2)

• Objetivos

Favorecer el máximo desarrollo de las potencialidades del niño de 0 a 6 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo mediante un conjunto de actividades que favorecen su desarrollo cerebral.

Proporcionar al niño de 0 a 6 meses que acude al consultorio de crecimiento y desarrollo mejores oportunidades de desarrollo físico, social, lingüístico y cognitivo para que sus capacidades y habilidades le permitan ser cada vez mejor.

• Epidemiología

El proceso de transición epidemiológica del desarrollo infantil a nivel mundial y en la región de las Américas y el Caribe muestra un panorama complejo producto de la interacción de estímulos positivos y negativos que influyen en el desarrollo del niño; esto en su mayoría debido a los determinantes sociales propios de cada país: pobreza, bajo nivel sociocultural e inequidad sanitaria.

En este escenario dinámico de crecimiento y desarrollo del niño, la OMS estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia en el desarrollo, lo cual influye negativamente en el desarrollo infantil. En América latina con una población estimada de 30 millones 690.000 habitantes existen aproximadamente 93 millones de personas con algún problema de desarrollo incluyendo a niños. (3)

La Organización mundial de la salud, señala también que el 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres esferas, refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres. (4)

En el Perú, INEI y ENDES (2018), señala que solo el 65.3% de niños y niñas de 12 a 18 meses han logrado caminar por propia iniciativa, en el área de lenguaje, el 58.9% de niños de 24 a 36 meses tienen una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo apropiada para su edad, y el 65.3% de niños entre 9 y 12 meses de edad tiene una adecuada interacción madre – hijo, lo cual nos indica que hay un alto porcentaje de niños con riesgo y retraso en alguna de las áreas de desarrollo, situación que se ha considerado como política de estado priorizando el Desarrollo Infantil Temprano.



III. RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería, capacitado en crecimiento y desarrollo del niño y adolescente.

IV. INDICACIONES

ABSOLUTAS

Niñas, Niños de cero a 1 año que asisten a su control de niño sano al consultorio de crecimiento y desarrollo.

Niños y niñas con déficit en su desarrollo previa evaluación medica

RELATIVAS

Previa evaluación medico:

Intolerancia a l actividad física

R (sin o con alimentos complementarios)

V. CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Niños con alteraciones osteoarticulares (Luxación de cadera, problemas de columna entre otros)

Niños con afecciones cardiacas (ICC, CIA, CIV, etc.)

RELATIVAS

Indicación médica.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica por escrito.

Se informará a la madre en forma verbal sobre el procedimiento a realizar.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipos biomédicos

Coche de procedimiento

01 unidad

Biombo

01 unidad

Almohadita pequeña

01 unidad

7.2 Material Médico no Fungible

escritorio

01 unidad

Silla

01 unidad

7.3 Material Médico Fungible

Recipiente con tapa rosca

1 unidad

Algodón

1 paquete

Papel toalla

01 rollo

Cinta adhesiva

01 unidad



7.4 Soluciones

Alcohol gel 01 unidad

7.5 Otros

Lapicero azul 01 unidad

Carnet del niño 01 unidad

Ficha de registro 01 unidad

Pisos 12 unidades

Corrospum de colores 12 unidades

Cartulina de colores 12 unidades

Plumones 12 unidades

Papelotes 10 unidades

Espejo 12 unidades

Plumones 12 unidades

Muñecos pequeños 12 unidades

Pelotas grandes de colores 10 unidades

Sonajeros 12 unidades

Telas de diferentes texturas (toalla, lana, lija, papel corrugado) 50 pedazos

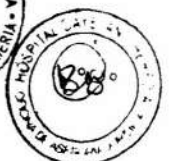
Tempera 12 unidades

Crayolas 12 unidades

Almohaditas 12 unidades

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos según norma técnica de lavado de manos
2. Verifique el equipo y materiales completo
3. Prepare el ambiente
4. Solicitar a la madre el carnet CRED de su niño o niña
5. Invitar a las mamás que pase al consultorio de CRED
6. Explique a las mamás sobre el procedimiento a realizar y su importancia
7. Invitar a las mamás a que se sienten sobre el ...sosteniendo al niño en su regazo
8. Colocar a la madre y al niño en posición cómoda todas mirando hacia el centro
9. Colocar al niño en posición decúbito dorsal apoyando la cabecita en su almohadita
10. Movilizar los brazos del niño hacia arriba y abajo, extender y flexionar por cinco minutos
11. Pedir a las mamás que cargue a su niño. Le abraze fuerte mostrándole mucho afecto y amor
12. Colocar al niño en posición de gateo y estimular el gateo por cinco minutos
13. Decirles a las mamás que le vuelva cargar a su niño con mucho amor
14. Proporcionar una pelota a cada mamá y pedirle que lo siente al niño en la pelota y lo balancee
15. Explicarle a las más que lo cargue al niño y luego pasarle una toalla y jugar a la escondida tapando y descubriendo la carita del niño por cinco minutos
16. Explicar a la mamá que le cargue nuevamente cantándole una canción
17. Pedir a las mamás que le ponga al niño en el pisito sobre su colchita y almohadita y que haga escuchar sonajero por ambas orejitas
18. Explicarles a las mamás la importancia y la continuidad en casa sobre las actividades realizadas
19. Felicitar a las mamás por su asistencia y participación en las actividades e invitarle a la siguiente sesión
20. Entregar a la madre por escrito la cita de la próxima sesión la estimulación y evaluación de su niño.
21. Realizar registro de enfermería.



IX. COMPLICACIONES

Complicaciones

Riesgo de Caídas.

Acciones de enfermería

1. Colocar a la madre y al Niño/a en posición cómoda.
2. No forzar los ejercicios al niño en estado irritable, espere que se tranquilice.
3. Vigilar en forma permanente al niño durante el procedimiento.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Guía de estimulación temprana. Lima 2009
2. Prieto Saborit J. Estimulación temprana y psicomotricidad [En Línea]. Sevilla: Wanceulen Editorial, 2012. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/bibliouch/titulos/63324>
3. OPS. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, 2011 2da edición.
4. Alejandro Medina Sala. La estimulación temprana. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2002; 14: 63-64

XI ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES IMPORTANTES QUE VAN A INFLUIR EN LA ESTIMULACION DEL NIÑO

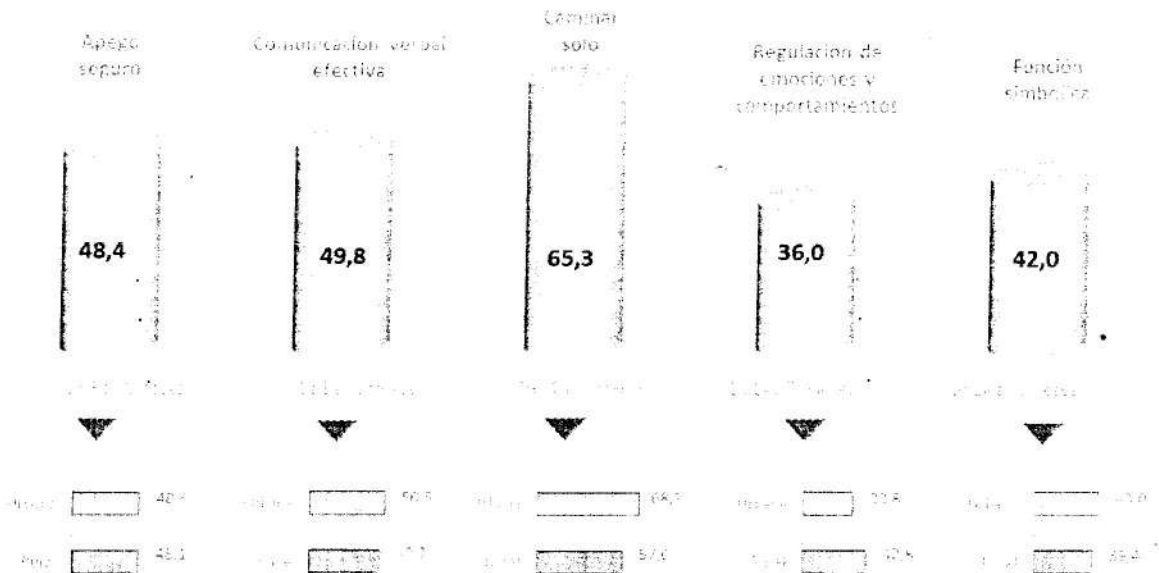
- Grado de voluntad y motivación de la madre.
- La consejería sobre la importancia de la estimulación temprana.
- la edad de la madre.
- El tiempo que la madre o el cuidador responsable le dedique al niño
- La experiencia previa que tiene la madre sobre las sesiones de estimulación y el resultado en sus hijos mayores.



ANEXO 2

PERÚ: DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO, 2018

(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

El gráfico nos muestra que en nuestro país el porcentaje de niños menores de 6 años aún no han logrado el desarrollo esperado para su edad, solo el 48.4 % de niños de 9 a 12 meses ha logrado el apego seguro, el 49.8% de los niños entre los 9 y 36 meses han logrado una comunicación verbal afectiva y el 65.3 lograron caminar solo para su edad.

Así mismo podemos apreciar que el 36% de niños entre los 24 y 71 meses de edad regulan sus emociones y comportamientos y el 42% de niños entre 24 y 36 meses han logrado la función simbólica, lo cual justifica las sesiones de estimulación temprana a fin de mejorar el desarrollo de las habilidades de nuestra población infantil.

La estimulación temprana favorece el desarrollo de las interconexiones sinápticas (desarrollo cerebral) mejorando las capacidades cognitivas, sociales comunicativas y físicas del niño, el cual va influir favorablemente en su futuro.

ESTIMULACION TEMPRANA es fomentar futuros talentos para el país, es pensar en el capital humano del futuro.



GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EXAMEN FISICO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DE CRED

I. CODIGO: GPAE – 04 –EXAMEN FISICO DEL LACTANTE EN CONSULTORIO DE CRED

II. DEFINICION

• Definición del procedimiento

El examen físico es un procedimiento minucioso y ordenado que combina las técnicas de inspección, palpación, auscultación y percusión para poder valorar sistemáticamente de forma completa todas las áreas corporales del niño y la niña, a fin de diferenciar con exactitud los signos normales y anormales que puede presentar el niño, discriminando las variaciones y el grado de complejidad de las posibles anomalías.

El examen físico forma parte de la valoración de enfermería y tiene el propósito de integrar datos para complementar la historia clínica, incluido los problemas y las necesidades actuales o existentes y en caso sea necesario hacer las derivaciones al nivel de salud o especialista correspondiente (1)

• Objetivos

Identificar posibles alteraciones anatomofisiologías del niño o niña menores de 5 años que acude al consultorio de crecimiento y desarrollo, mediante la valoración sistemática de todas las áreas del cuerpo del niño

Promover un óptimo crecimiento y desarrollo en el niño y niña menor de 5 años que acude al consultorio de crecimiento y desarrollo a través de intervenciones que nos permita detectar oportunamente trastornos o anomalías que pueden dejar secuelas irreversibles en la salud del niño.

• Epidemiología

Actualmente el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria mundial cuyos determinantes sociales tienen efectos perjudiciales en el crecimiento y desarrollo del niño en todo el mundo; sin bien se ha logrado grandes avances en la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil persiste una elevada tasa de morbilidad prevenibles, que están afectando la salud física, mental y social de los niños por lo que se requiere monitoreo permanente y evaluación integral a fin de reducir la mortalidad y promover el óptimo desarrollo de las capacidades del niño.

La meta mundial para reducir las enfermedades y muertes prevenibles en los niños menores de 5 años hacia el 2030 se estableció en el Objetivos de Desarrollo Sostenible N° 3 (Salud y bienestar) con lo que se aspira reducir la mortalidad infantil al menos a un 25% por cada 1000 nacidos vivos.

En este contexto UNICEF señala, Que el 43% de los niños menores de 6 años corren el riesgo de tener un desarrollo deficiente debido al retraso en su crecimiento como consecuencia de episodios de cuadros diarreico y respiratorios entre otras enfermedades que se puede prevenir con una intervención oportuna. A escala mundial 155 millones de niños menores de 5 años sufren retraso en el crecimiento, en los países de ingresos medianos y bajos, cerca del 80% de niños entre 2 y 4 años son objeto habitual de cuidados que favorecen la aparición de enfermedades y cerca de 15.5



millones de niños de 3 a 4 años no tienen a un adulto que se ocupe de brindar una buena crianza exponiéndolos trastornos o anomalías físicas y socioemocional. (2)

III. RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería, capacitado en crecimiento y desarrollo del niño y adolescente.

IV. INDICACIONES

ABSOLUTAS

Niñas, Niños de 0 a 2 años que asisten a su control de niño sano al consultorio de crecimiento y desarrollo.

RELATIVAS

Prevía evaluación medico:

V. CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Neonatos pretérmino y con bajo peso al nacer

Niños con afecciones cardíacas muy afectado (ICC, CIA, CIV, etc.).

RELATIVAS

Indicación médica.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica por escrito.

Se informará a la madre en forma verbal sobre el procedimiento a realizar.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipos biomédicos

Coche de procedimiento

01 unidad

Infantometro

01 unidad

Camilla pequeña

01 unidad

Biombo

01 unidad

7.2 Material Médico no Fungible

escritorio

01 unidad

Silla

01 unidad

Termómetro frontal

01 unidad

Estetoscopio

01 unidad

Tensiómetro

01 unidad

Martillo de percusión

01 unidad

Linterna

01 unidad

7.3 Material

Recipiente con tapa rosca

01 unidad

Algodón

01 paquete

Papel toalla

01 rollo

Jabón liquido

01 unidad

Mascarilla

01 caja

Bajalengua

01 paquete

Guantes desechables (de procedimientos)

01 caja



7.4 Soluciones

Alcohol gel 01 unidad

7.5 Otros

Lapicero azul 01 unidad

Carnet del niño o niña 01 unidad

Ficha de registro 01 unidad

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos según la norma técnica
2. Verifique el equipo y materiales completo
3. Prepare el ambiente
4. Solicitar a la madre el carnet de crecimiento y desarrollo
5. Explicar a la madre sobre el procedimiento que se va realizar al niño
6. Solicitar a la madre que le quite la ropita al niño dejando con polito y pañal o trusita
2. Colocar al niño en decúbito dorsal sobre la camilla o infantometro para el examen físico.
3. Controlar los signos vitales: T°, FR, RC y PA
4. Observar la apariencia general: Actitud, posición que adopta el niño y nivel de conciencia
5. Observar el color de la piel (cianosis, ictericia, palidez), observar si hay presencia de equimosis, petequias, hemangioma capilar, cicatrices, edema, palpar la elasticidad, temperatura, turgencia, pigmentación, descamación, presencia de lanugo, lesiones e higiene de la piel.
6. Seguir la secuencia del examen en dirección céfalo caudal mediante la observación, la auscultación, palpación y percusión:

Cabeza: Observar el tamaño en relación al cuerpo.

Cráneo: Observar la forma, simetría, implantación, distribución y textura de cabello, ver si hay lesiones en el cuello cabelludo. Palpar las fontaneas anterior y posterior y las suturas

Cara: Observar la forma, tamaño y expresión facial, la simetría de movimientos para descartar parálisis facial.

Ojos: Observar las cejas, pestañas, posición de los ojos en relación con el pabellón auricular, presencia de secreciones, edemas, color de iris conjuntivas y escleróticas, pupilas, tamaño, acomodación a la luz, coordinación de los ojos.

Nariz: Observar la permeabilidad de las fosas nasales, forma del tabique, presencia de secreciones y buscar aleteo nasal.

Boca: Observar el color de los labios, estado de las encías y cavidad bucal, humedad de la mucosa oral, lengua, frenillo lingual, estado del paladar, presencia de dientes, reflejos de búsqueda y succión.

Oído: Observar la implantación del pabellón auricular, anomalías externas del pabellón como lóbulos supernumerarios, presencia de secreciones reacción a ruidos y sonidos.

Cuello: Observar la flexibilidad de los movimientos, palpar en busca de tumoraciones, ganglios y evaluar la tiroides buscando bocio congénito.



Tórax: Observar simetría, tumoraciones, retracciones, tamaño de mamilas, presencia de secreciones, consistencia de pezones. Ver el tipo de respiración y simetría de movimientos.

Auscultar el pasaje del murmullo vesicular, localizar choque de punta en la zona precordial izquierda (quinto espacio ventricular izquierdo y línea media claviclar) y controlar frecuencia cardíaca y auscultar en busca de soplos que puedan indicar cardiopatías (CIA, CIV, etc).

Abdomen: Observar la forma (distensión abdominal), auscultar presencia de ruidos hidroaéreos, palpar en busca de masa tumoral y presencia de hernias (umbilical e inguinal), dolor a la palpación, etc. Percutir en la superficie abdominal para identificar el tipo de ruido (timpánico, mate, etc)

Columna Vertebral: Observar forma y posición, verificando si hay desviaciones de la curvatura normal (lordosis, escoliosis y cifosis), colocar al niño en cubito ventral y palpar la continuidad de las vértebras, buscar defectos óseos (espina bífida).

Extremidades: Superiores: Observar simetría, polidactilia, sindactilia, coloración, tumoración, edema, movimientos de flexión y extensión, y, tono muscular.

Inferiores: Simetría, polidactilia, sindactilia, coloración, tumoración, edema, movimientos de flexión y extensión, tono muscular, luxación congénita de cadera, signo de ortolani, signo de Barlow entre otros

Ginecológico: Observar en las niñas: labios mayores y menores, himen, secreción, higiene

Niños: fimosis, criptorquidia, hernias inguinales, hidrocele, epispadia, hipospadia e higiene

Evaluación Neurológica: Observar tono muscular, actividad, facilidad de respuesta a estímulos, vigor, carácter del llanto, avidez para alimentarse. Presencia de reflejos: succión, moro, tónico del cuello, búsqueda, Babinski, de marcha. Evaluar pares craneales y sensaciones táctiles. **(Ver guía de reflejos).**

7. Terminado el examen físico pedir a la mamá que le ponga la ropita al niño
8. Explicar las posibles anomalías encontrado durante la evaluación
9. Felicitar a la mamá por su asistencia al control de su niño
10. Entregar a la madre la cita del próximo control
11. Realizar registro de enfermería



IX. COMPLICACIONES

Complicaciones

Riesgo de Caídas.

Acciones de enfermería

1. Colocar a la madre y al Niño/a en posición cómoda junto a la camilla
2. No forzar al niño en estado irritable, espere que se tranquilice.
3. Estar atenta a los movimientos del niño/niña durante el procedimiento.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valverde Molina I. Mendoza Caballero N.A. y Peralta Reyes I.C. Enfermería pediátrica [En Línea]. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno, 2014 [consultado 30 Oct 2020]. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/bibliouch/titulos/39683>
2. UNICEF. La primera infancia importa para cada niño. New York (EE. UU.) 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf
3. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de cinco años. Lima. 2017 disponible en: <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>

XI ANEXO

ANEXO 1

FACTORES IMPORTANTES QUE VAN A INFLUIR EN LA EVALUACION FISICA DEL NIÑO

- Grado de voluntad y motivación de la madre.
- La consejería sobre la importancia del examen físico del niño.
- la edad de la madre.
- El tiempo que la madre o el cuidador responsable le dedique al niño
- La experiencia previa que tiene la madre sobre el control de niño sano



I. GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LA APLICACIÓN DE INSULINA EN LA CONSULTA EXTERNA-SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA: GPAEA-01

II. DEFINICION

• Definición:

La insulino terapia o terapia insulínica, se refiere al tratamiento de la diabetes por administración de la insulina exógena (1).

-Diabetes Mellitus:

La diabetes mellitus se define como un síndrome heterogéneo de causas múltiples, caracterizado por hiperglucemia crónica, con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como resultado de defectos en la secreción, acción de la insulina o en ambas (2).

INSULINA:

La insulina, es una hormona producida y secretado por las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas, y que es esencia en la regulación del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas para el crecimiento somático y el desarrollo motriz, esencialmente importante.

Las insulinas humanas, son químicamente iguales a la del ser humano, y se obtienen de ciertas bacterias y levaduras mediante técnicas de ingeniería genética.

Las insulinas análogas, son insulina humana modificada en su estructura química mediante tecnología ADN recombinante con la finalidad de modificar su comportamiento farmacológico (3).

OBJETIVOS:

-Unificar la administración de la técnica correcta de aplicación de la insulina, en el consultorio de Endocrinología del HCH, para contribuir en la mejora de procesos.

-Mejorar la adherencia al tratamiento de insulina en el paciente con diabetes en el consultorio de endocrinología.

-Detectar signos de alarma (hipoglucemia) en el paciente que recibe insulina en el consultorio de endocrinología.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Federación Internacional de Diabetes (FID) ha estimado que, en el 2019, un total de 463 millones de personas vivían con diabetes, representando al 9.3% de la población adulta mundial (20 a 79 años). Se espera que este número aumente gradualmente a 578 millones (10.2%) en 2030 y 700 millones (10.9%) en 2045. También se ha estimado la prevalencia de diabetes en el 2019 según el sexo, así en mujeres es del 9.0% y en varones es 9.6%.

El paciente con diabetes mellitus tiene riesgo incrementado de complicaciones y así podemos indicar 40 veces más de complicaciones vasculares que requirieron amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces mayor de ceguera, 2 a 5 veces mayor de accidentes cerebrovasculares y entre 2 y 3 veces más de infarto agudo al miocardio.

En el Perú, existiría un 6.7% (IC 95%; 4.1% – 9%) de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre (≥ 126 mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus. En el reporte PERUDIAB, realizado en personas de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de 7% (IC 95%; 5.3% - 8.7%) de los que el 4.2% (60%) refirieron que un médico o una enfermera les mencionó tener diabetes o utilizaban medicación para tratarla (antidiabéticos orales o insulina). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014 (ENDES 2014), realizada en personas de 15 años a más, el 3,2% de las personas entrevistadas reportó haber sido diagnosticados por un médico de diabetes o azúcar alta en



sangre; siendo esta prevalencia de 2,9% en hombres y 3,9% en mujeres. Además, encontró que el 70,3% de estos recibió o compró medicamentos con receta médica (4,5).

III. RESPONSABLES:

Lic. en enfermería, con capacitación en la atención de pacientes diabéticos ambulatorios.

IV. INDICACIONES:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Diabetes tipo I.
- Situaciones de emergencias: cetoacidosis diabética o coma hiperosmolar.

INDICACIONES RELATIVAS:

- Diabetes gestacional.
- Diabetes tipo II.
- Hiperglucemia a pesar de tratamiento combinado.
- Terapia con glucocorticoides.
- Hiperglucemia severa.

V. CONTRAINDICACIONES:

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Hipersensibilidad a la insulina.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- Debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad renal o hepática, hipotiroidismo.
- La diabetes materna se sabe que incrementa el porcentaje de malformaciones y mortalidad perinatal.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No aplica.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

7.1 Equipos Biomédicos

- 1 Glucómetro.
- 1 Tensiómetro.
- 1 Estetoscopio.

7.2 Material Médico no Fungible

- 1 camilla o silla.
- 1 riñonera o cubeta estéril.
- 1 coche de curaciones.
- 1 refrigeradora.

7.3 Material Médico Fungible.

- 1 jeringa de insulina de 0.30 unid, o 0.50 unid.
- 2 torundas de algodón.
- 25 ml. de alcohol puro al 70%.



- 1 aguja ultra fine de 4mm, o 5mm (si usa lapicero o pen).
- 1 tira reactiva.

7.4 Medicamentos:

- 1 frasco de insulina NPH, o insulina R, o Lapicero (pen).

7.5 Otros

- . Mobiliario:
 - Material de escritorio.
 - Sábanas.
 - Cubículo para material contaminado.

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

1. Dar a conocer en que consiste el procedimiento de aplicación de insulina al paciente y/o familiar.
2. Realizar el lavado de manos clínico según normatividad institucional.
3. Preparar materiales y equipo a utilizar
4. Verificar que la transcripción medica este prescrita en unidades internacionales (UI).
5. Realizar higiene de manos con alcohol gel.
6. Retirar la tapa de seguridad del vial, en los nuevos. En caso usar lapiceros o pen. (Ver Anexo N°2B)
7. Resuspender u homogenizar el contenido de insulina (NPH, Mezclas) con movimientos circulares
8. Desinfectar la tapa del vial, con torunda de algodón y alcohol.
9. Introducir la aguja al vial, coloque el vial a 90° y a la altura de los ojos, cargando la dosis prescrita.
10. Evaluar y ubicar la zona de aplicación para la insulina en vial o lapicero (pen).
11. Limpiar la zona de punción con torunda de algodón y alcohol puro al 70% de adentro hacia afuera.
12. Realizar el pliegue cutáneo en la zona de aplicación para insulina.
13. Introduzca la insulina en un ángulo de 90° o 45° al nivel de la piel, según la distribución del tejido adiposo.
14. Administrar lentamente el contenido.
15. Retirar la jeringa o lapicero, en ángulo de 90° o 45°, luego de haber transcurrido 5 segundos de su aplicación (permitiendo que el contenido se distribuya adecuadamente), colocar una torunda de algodón y presionar brevemente el sitio de aplicación sin realizar masajes ni fricciones.
16. Desechar inmediatamente el material utilizado de acuerdo a normatividad institucional.
17. Realizar higiene de manos clínico
18. Observar algún signo de alarma.
19. Realizar registros de enfermería en historia clínica del paciente, y en los propios del servicio.
20. Educación al paciente hasta su próximo control. Ver anexo N° 1, anexo N° 2(A) y anexo N° 2(B).



IX. COMPLICACIONES:

1. Lipodistrofia: Puede ser de 2 tipos (ver tabla 1).

1.1. Lipoatrofia: es la pérdida del tejido graso subcutáneo secundario a la inyección de insulina. Clínicamente se manifiesta por áreas con pérdida de volumen subcutáneo localizadas en las zonas de inyección de la insulina.

1.2. Lipohipertrofia: esta patología es generalmente ocasionada por el uso repetido de insulina en un mismo sitio de inyección. Esta complicación se perpetua porque la zona hipertrófica muestra fibrosis y generalmente es avascular, por lo cual es indolora a las inyecciones.

2. Hipoglicemia:

La hipoglicemia se define como un valor de glucosa menor a 70mg/dl, con o sin síntomas.

Síntomas:

-Síntomas neurogénicos: sudoración, hambre, ansiedad, parestesias, temblor, palpitaciones, ansiedad, palidez, debilidad.

-Síntomas neuroglupénicos: cambios de conductas y alteraciones, convulsiones, coma, muerte (3).

Tabla 1. COMPLICACIONES

Complicaciones	Intervención de Enfermería
Lipodistrofia	Realizar consejería de enfermería en: 1. Importancia de rotación de zonas de aplicación para insulina. 2. No aplicación de medicación tópica 3. Seguimiento del caso.
Hipoglicemia	1. Control de glucosa capilar y FV 2. Ingerir 15 a 20gr de H de C 3. Medir glucosa a los 15 minutos 4. Si glicemia es < 100 mg, repetir desde paso 1. 5. Informar al equipo médico sobre esta eventualidad.



ANEXOS 1-6.

1. SITIOS DE APLICACIÓN DE INSULINA SUBCUTANEA (6).
2. DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACION DE INSULINA (6).
3. PASOS PARA LA ADMINISTRACION DE LA INSULINA CON EL DISPOSITIVO TIPO LAPICERO.
4. CLASIFICACION DE LA DIABETES (4).
5. CLASIFICACION DE LAS INSULINAS (7).
6. RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO DE INSULINAS (3).



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

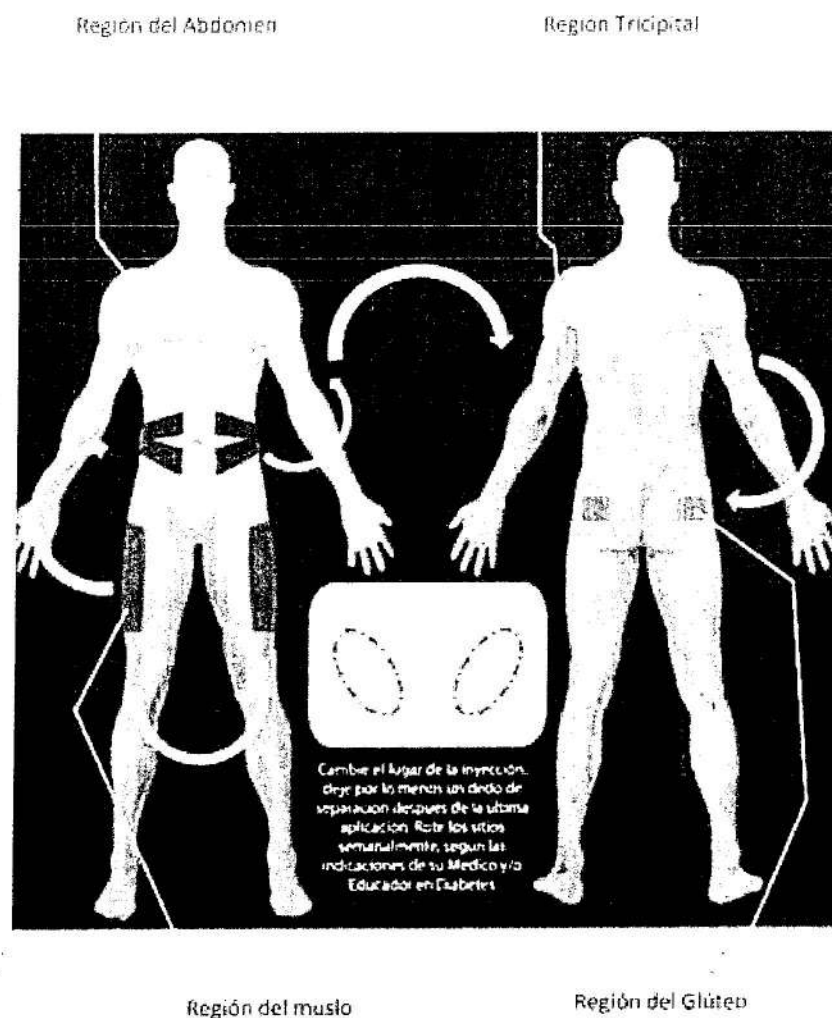
1. Guía de Procedimiento Asistencial de Aplicación de Insulina Subcutánea en el Departamento de enfermería. Hospital Cayetano Heredia. 2015.
2. Perez Rodríguez A, Berenguer Gournaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. Medisan 2015,19:375-390.
3. Blumernkron D, Vega M. Manual de Técnicas de administración de insulinas. 2017. Mexico.pag.6-8.
4. García P, Pessah S, Pun M, Núñez M, Guía técnica: Guía Práctica Clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Lima MINSA 2016, pág. 10,11,12.
5. Pouya S, Inga P, Paraskefi S, Dominic B, Rhys W. Estimaciones de la prevalencia de diabetes a nivel mundial y regional para 2019 y proyecciones para 20230 y 2045: Resultados del Atlas de Diabetes de la Federación International de Diabetes, 9ª edición. 2019. [Http://doi.org/10.1016/j.diabres.2019107843](http://doi.org/10.1016/j.diabres.2019107843)
6. Alpañil H, Gamarra D, Pando R, Torres L, Chucos Técnicas de administración de insulina y otros agentes. 2017, Lima-Perú
7. Pérez A, y Mendoza L, Insulinoterapia. Medicine. 2015,11:5510-5518. pag: 5512-5514.



XI. ANEXOS:

ANEXO N°: 1

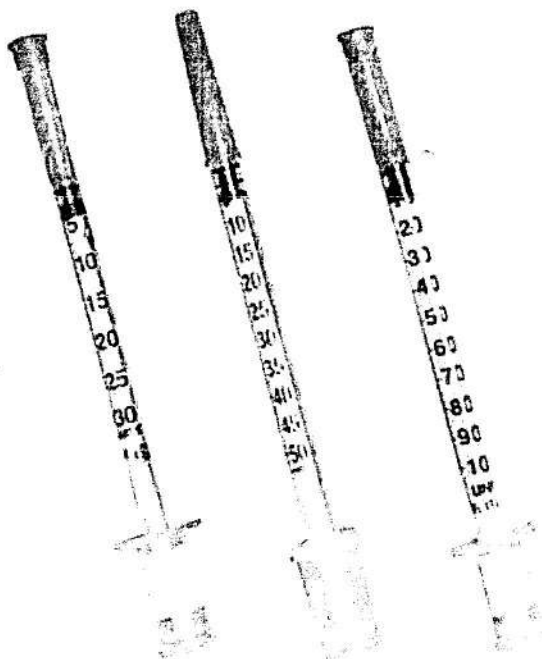
SITIOS DE APLICACIÓN DE INSULINA SUBCUTANEA.



Fuente: Técnicas de administración de insulinas y otros agentes. Lima-Perú. 2017.

ANEXO N°2

ANEXO N°2A JERINGAS DE INSULINA



Fuente: Manual de técnicas de administración de insulina y otros agentes. Lima-Perú 2017.

- Características:

-Capacidad:

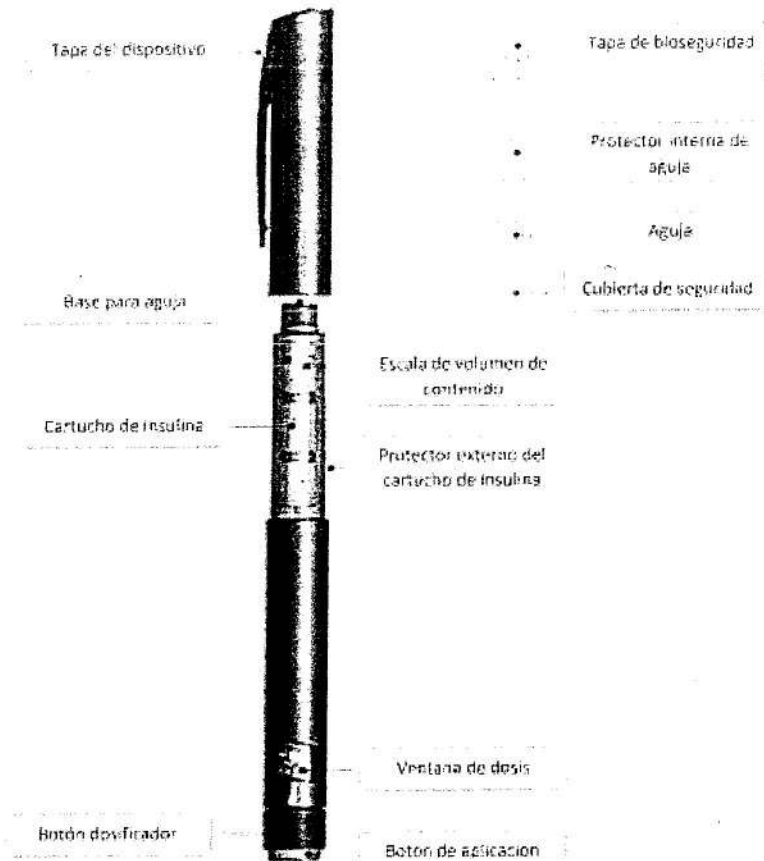
- Jeringa de 30 unidades con escala de $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{2}$ unidad (0.30ml).
- Jeringa de 50 unidades con escala de 1 en 1 unidad (0.50ml).
- Jeringa de 100 unidades con escala de 2 en 2 unidades (1ml).

Todas tienen aguja fina.

Las jeringas con aguja integrada permiten evitar el "espacio muerto", para obtener un buen control de la diabetes.

ANEXO N°2B

LAPICERO PARA APLICACIÓN DE INSULINA



Fuente: Técnicas de administración de insulina y otros agentes. Lima-Perú. 2017.

Características: los dispositivos tipo lapicero son prácticos permiten transportarlos con facilidad, dosis exactas, y protegen de la luz y calor.

-Agujas para dispositivo tipo lapicero:

-Se encuentran: 4mm x 0.23mm (5/32"x32g).

5mm x 0.25mm (3/16"x 31 g).

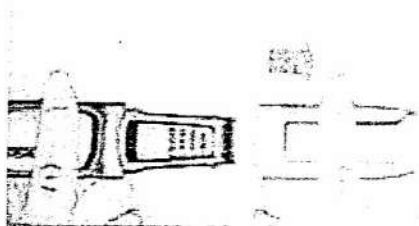
8mm x 0.25mm (5/16"x 31 g).



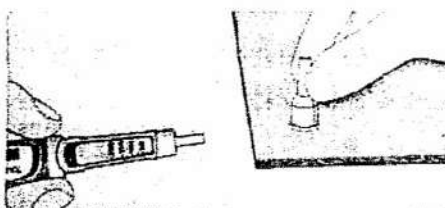
ANEXO N°3

PASOS PARA LA ADMINISTRACION DE LA INSULINA CON EL DISPOSITIVO TIPO LAPICERO

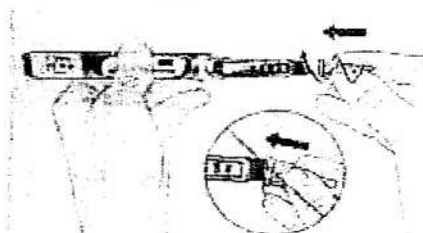
1. Realizar el lavado de manos clínico según normatividad vigente.
2. Preparar materiales y equipo a utilizar.
3. Verificar que la transcripción medica este en unidades internacionales (UI).
4. Realizar higiene de manos con alcohol gel.
5. Retirar la tapa del lapicero.



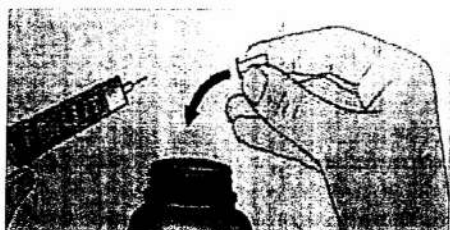
6. Resuspender u homogenizar la insulina (mezcla 70/30,75/25), las de aspecto cristalino no lo necesitan
7. Retirar la tapa protectora externa de la aguja (transparente).



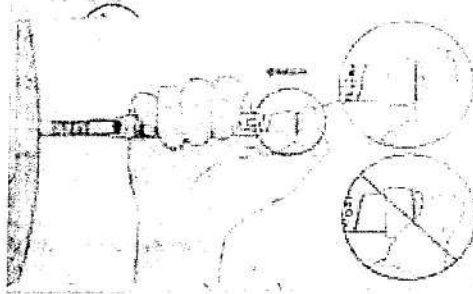
8. Colocar la aguja en el cartucho del lapicero de forma recta enroscando hasta que quede seguro.



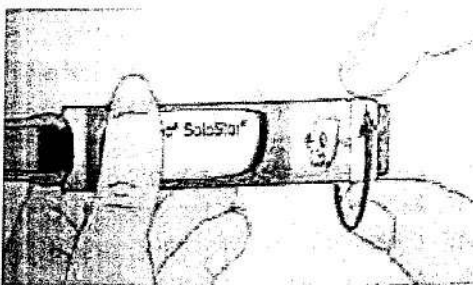
9. Retire la tapa protectora interna de la aguja.



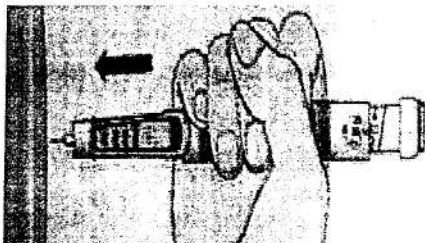
10. Realizar la prueba de seguridad girando el dosificador del lapicero de uno en uno hasta 2 y luego presionar para lograr la salida de una micro gota.



11. Girar el dosificador y observe en la ventana la dosis prescrita.



12. Evaluar y ubicar la zona de aplicación para insulina lapicero (pen o pluma).
13. Limpiar la zona de punción con torunda de algodón y alcohol al 70%, de adentro hacia afuera.



14. Realizar el pliegue cutáneo en la zona de aplicación para insulina.
15. Introduzca la insulina en un ángulo de 90° o 45° , al nivel de la piel, según la distribución del tejido adiposo.
16. Administrar el contenido lentamente presionando el botón dosificador.



17. Retirar el lapicero (pen), en ángulo de 90° o 45°, luego de haber transcurrido 10 segundos de su aplicación (permitiendo que el contenido se distribuya adecuadamente), colocar una torunda de algodón y presionar el sitio de aplicación sin realizar masajes ni fricciones.
18. Retirar la aguja del lapicero con la tapa transparente (blanca) y desechar inmediatamente el material corto punzante utilizado de acuerdo con la normatividad vigente.
19. Colocar la tapa al lapicero.
20. Realizar higiene de manos clínico.
21. Observar algún signo de alarma.
22. Realizar registros de enfermería en la historia clínica del paciente y en los propios del consultorio.



ANEXO N°4.

CLASIFICACION

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1):

Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM-1 de origen idiopático.

- Diabetes mellitus tipo 2:

Caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos.

- Diabetes mellitus gestacional:

Se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer DM-2 en el futuro.

- Otros tipos específicos de diabetes:

Defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, dióxido) entre otros (3).



ANEXO N°5

CLASIFICACION DE LAS INSULINAS

- Insulinas Basales:

Los análogos de insulina de acción prolongada se desarrollaron con el objetivo de obtener preparados de insulina con una duración igual o superior a 24 horas, menor variabilidad de absorción y sin pico de acción. El primer análogo de insulina de acción prolongada que se comercializó fue la insulina glargina, cuyo perfil farmacocinético muestra una duración de 24 horas, sin pico y con menor variabilidad intraindividual que la NPH.

Comprende: insulina humana NPH (Protamina Neutra de hagedorm) aspecto lechoso, y los análogos de insulina (glargina, detemir, degludec).

- Insulinas Prandiales:

Las insulinas prandiales o insulinas de acción rápida, se administran por vía subcutánea antes de las comidas (bolos) para cubrir los requerimientos prandiales de insulina y evitar la hiperglicemia post prandial.

Comprende: insulinas regular o rápida o cristalina y los análogos de insulina (lispro, aspart, glulisina).

- Insulinas Mixtas:

Las insulinas premezcladas consisten en la mezcla de insulina NPH o NPL premezcladas en combinaciones fijas con insulina humana regular o con un análogo de la insulina de acción rápida. El perfil de la acción de la insulina es una combinación de las insulinas de acción rápida e intermedia.

Comprende: preparaciones de insulina de acción intermedia (NPH) e insulina rápida o regular, y/o las pre mezclas de acción ultrarrápido (70% aspart protamina, 30% aspart, o 75% lispro protamina y 25% lispro, o 70% degludec 30% aspart) (5).



TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE INSULINAS

TIPO DE INSULINA (ACCIÓN)	NOMBRE	INICIO DE ACCIÓN	PICO DE ACCIÓN	DURACIÓN DE ACCIÓN	APARIENCIA
Corta o ultra rápida	Lispro	0-15 min	30 min a 1.5 hrs	3-5 hrs	Transparente
	Aspart Glulisina				
Rápida	Regular	30-60 min	2-4 Hrs	6-8 hrs	
Intermedia	NPH	1-3 Hrs	6-12 Hrs	13-16 hrs	Lechosa
Prolongada	Glargina	1.1 hrs	Ninguno	24 hrs	Transparente
	Detemir	3-4 hrs	Ninguno	16.4 hrs	
	Degludec	60 a 90 min	Ninguno	42 hrs	
Premezclas	70% NPH 30% regular	30-60 min	6-12 hrs 2-4 hrs	16-18 hrs	Lechosa
	70% aspart protamina 30% aspart	0-15 min	6-12 Hrs 2-4 hrs	16-22 hrs	Lechosa
	75% lispro protamina 25% lispro				
	70% Degludec 30% Aspart	0-15 min	30 min a 1.5 hrs.	42 hrs.	Transparente

Fuente: Manual de técnicas de aplicación de insulina. México 2017.



ANEXO N°6

RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO DE INSULINAS

- Los viales de insulina que no estén en uso deben mantenerse en refrigeración (temperatura entre 2°C y 8°C) hasta su fecha de caducidad.
- Evitar temperaturas extremas menores a 2°C y a 30°C, congelamiento, precipitaciones para prevenir potencia de la insulina.
- La insulina en uso debe mantenerse a temperatura ambiente para evitar dolor, o irritación local que se produce al aplicarla muy fría.
- Tener en cuenta la fecha de caducidad en la etiqueta del vial, puede ocurrir una disminución de su potencial después de 30 días del vial cuando empezó a usarse, especialmente si se mantiene a temperatura al medio ambiente, recomendándose desecharla, aun haya contenido en el mismo.
- No deberá exponerse a la luz directa del sol.
- Antes de usar la insulina verificar si en la misma hay presencia de grumos, precipitaciones, cambios de coloración o transparencia, significando pérdida de su potencial y es preferible no usarla.



I. GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DEL CUIDADOR AL ADULTO MAYOR CON ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA

GIE-E 02

II. ASPECTOS GENERALES:

El cuidado de las personas mayores dependientes no es sólo un problema familiar. Es también un problema social, económico, político, sanitario (1). El cuidador principal del adulto mayor es definido como la persona que tiene la total responsabilidad de la asistencia y acompañamiento del usuario con dependencia, donde se presenta un desgaste de la calidad de vida debido a la sobrecarga en el cuidado, aquí se desarrolla episodios de estrés de variable intensidad conocido también como "fatiga de compasión". Síndrome que existe social y culturalmente en el silencio de las casas, ejecutado en su mayoría por el sexo femenino esposas o hijas quienes heredan el deber de asistir la atención con sentimientos de cansancio, desesperanza, depresión así como sentimientos ambivalentes como hostilidad, sentimiento de culpa, siendo una persona que vive para cuidar pero no es capaz de cuidarse a sí misma, Con baja respuesta inmunitológica debido al acumulo de estresores (2).

Las acciones educativas permitieron reducir afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales, sin desaparecer el síndrome del cuidador en los participantes (6).

Por lo tanto es necesario la intervención del profesional de enfermería para diseñar y capacitar el plan de cuidados según necesidades del usuario y así velar por el estado de salud de los cuidadores también con la finalidad de prevenir alteraciones físicas y mentales.

III. POBLACIÓN OBJETIVO:

Cuidadores de la población adulta mayor con grado de dependencia

IV. OBJETIVOS:

- Contribuir en la estandarización de manejo en el cuidado del adulto mayor dependiente por el cuidador mediante esta guía para prevenir el síndrome del cuidador principal que acude al Hospital Cayetano Heredia.
- Mejorar la calidad de vida del cuidador principal
- Brindar satisfacción y disminuir costos en el cuidado del usuario dependiente

V. PERSONA RESPONSABLE:

Lic. de Enfermería





VI. GUÍAS

A. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DEL CUIDADOR AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Diagnóstico de Enfermería	Resultado Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Complicaciones	Dependencia	Indicador de Seguimiento
Dominio 9 Clase 2 Afrontamiento/tolerancia al estrés Código: 00158 Disposición para mejorar el Afrontamiento m/p por expresar deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias de manejo del estrés	Dominio VI salud familiar Clase 2 W:Desempeño del cuidador familiar Código: 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente Indicador: • 220401: Comunicación efectiva • 220402: Paciencia • 220404: Tranquilidad • 220408: Compromiso a largo plazo • 220409: Aceptación mutua • 220410: Respeto mutuo • 220411: Solución de problemas en colaboración • 220412: Sentido de responsabilidad	Dominio 5 Familia Clase 2 : X:Cuidados durante la vida Código: 7040 • Apoyo al cuidador principal • Valoración de Enfermería a la familia y/o cuidador principal • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador considerando medidas de bioseguridad y de higiene de manos al inicio y término de la atención al paciente. • Determinar la aceptación del cuidador de su función • Admitir las dificultades del rol de cuidador principal • Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente • Determinar y dar de conocimiento los posibles cambios ambientales que darán	Conflicto familiar	II-III	Dominio :6 Clase :2 Desempeño del cuidador familiar Código:2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente Indicador: • 220401:Comunicación efectiva • 220402:paciencia • 220404: tranquilidad • 220408:compromiso a largo plazo • 220409:Aceptacion mutua • 220410 :Respeto mutuo • 220411:solución de problemas en colaboración • 220412:sentido de responsabilidad





		seguridad en el cuidador y paciente • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador principal • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad si es el caso. • Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente • Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés • Apoyar al cuidador establecer límites con el paciente • Promover una red social de cuidadores • Actuar en lugar del cuidador en caso se haga evidente una sobrecarga			Indicador DIANA <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><td colspan="2">Mantener a Aumentar Positivo</td></tr><tr><td>1</td><td>Nunca</td></tr><tr><td>2</td><td>Raramente</td></tr><tr><td>3</td><td>A veces</td></tr><tr><td>4</td><td>Frecuentemente</td></tr><tr><td>5</td><td>Siempre</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		Mantener a Aumentar Positivo		1	Nunca	2	Raramente	3	A veces	4	Frecuentemente	5	Siempre	6	NA
Escala de Medición																					
Mantener a Aumentar Positivo																					
1	Nunca																				
2	Raramente																				
3	A veces																				
4	Frecuentemente																				
5	Siempre																				
6	NA																				





B. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA

Diagnóstico de Enfermería	Resultado objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Complicaciones	Dependencia	Indicador de seguimiento
Dominio:7 Rol /Relaciones Clase : 1 Código :00061 • Cansancio de Rol • Cansancio del Rol de Cuidador R/c la complejidad en las actividades de cuidado m/p dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas	Dominio :VI Salud familiar Clase:2 W:Desempeño del cuidador familiar Código: 2208 Factores estresantes del cuidador familiar Indicadores Código: • 220801 factores estresantes referidos por el cuidador • 220802: limitaciones físicas del cuidador • 220804: limitaciones cognitivas del cuidador • 220805 :conflicto del rol	Dominio:5 Familia Clase: 2 X Cuidados durante la vida Apoyo cuidador principal Código:7040 Apoyo al cuidador principal • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador • Admitir las dificultades del rol de cuidador • Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados • Monitorizar la presencia de indicios de stress • Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo a sus preferencias • Enseñar técnicas de cuidado Para mejorarla seguridad del paciente • Elaborar un plan de actividades instrumentales de la vida diaria	Conflicto con usuario Maltrato al usuario	II-III	Dominio :VI Salud familiar Clase:2 W:Desempeño del cuidador familiar Código: 2208 Factores estresantes del cuidador familiar Indicadores Código: • 220801: factores estresantes referidos por el cuidador • 220802: limitaciones físicas del cuidador • 220804: limitaciones cognitivas del cuidador • 220805 :conflicto del rol • 220807 :ausencia del apoyo social percibido • 220818 :ausencia de apoyo del profesional sanitario





	• 220807 :Ausencia del apoyo social percibido • 220818 :Ausencia de apoyo del profesional sanitario • 220813:Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente • 220821:Deterioro de las relaciones familiares	• Monitorizar la presencia de indicios de stress • Enseñar al cuidador técnicas de manejo de stress • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental • Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios • Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo • Comentar con el paciente los límites del cuidador • Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente • Apoyar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente • Contribuir con la elaboración de un programa de actividades físicas deportivas, laborales y de relajación para evitar el estrés. (Yoga, Taichí, Canto o Talleres)	Cuidador con problema Psiquiátrico	• 220813:Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente • 220821:deterioro de las relaciones familiares Indicador: DIANA <table><tr><th colspan="2">Escala de medición</th></tr><tr><td colspan="2">Mantener a aumentar a:</td></tr><tr><td>1</td><td>Intenso</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr><tr><td>4</td><td>Ligero</td></tr><tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de medición		Mantener a aumentar a:		1	Intenso	2	Sustancial	3	Moderado	4	Ligero	5	Ninguno	6	NA
Escala de medición																				
Mantener a aumentar a:																				
1	Intenso																			
2	Sustancial																			
3	Moderado																			
4	Ligero																			
5	Ninguno																			
6	NA																			





C. INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Diagnóstico de Enfermería	Meta Objetivo NOC	Intervención de enfermería NIC	Complicaciones	Dependencia	Indicador de Seguimiento
Dominio: 7 Desempeño del rol Clase:3 Rol/Relaciones Código:00055 - Desempeño ineficaz del rol - Desempeño ineficaz del rol de cuidador principal r/c sistemas de soporte insuficiente m/p ira	Dominio:III Salud psicosocial Clase: 2 P- Interacción social Codigo:1504 Soporte social Indicadores: Código: 150408:Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas 150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás 150404 Refiere información proporcionada por otras personas	Dominio :5 Familia Clase:2 Cuidados durante la vida Código:7120 Movilización familiar - Brindar consejería integral para determinar el ¿Por qué? de su irritabilidad en su desempeño - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador según corresponda - Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia - Ver a los miembros de la familia como posibles expertos en el cuidado de paciente - Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender	Relación paciente cuidador disociado - Maltrato del adulto mayor - Incremento de violencia	II-III	Dominio:III Salud psicosocial Clase: 2 P- Interacción social Codigo:1504 Soporte social Indicadores: Código: 150408:Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas 150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás 150404 Refiere información proporcionada por otras personas 150405:Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas: 150409: Refiere una red social de ayuda 150411: Refiere una red social estable





	• 150405:Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas • 150409: Refiere una red social de ayuda • 150411: Refiere una red social estable	• Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador Principal. • Deberá ser instruido el cuidador sobre la terapia del paciente • Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o control de la enfermedad • Monitorizar la presencia de indicios de estrés y ser valorada con la "escala de zarit • Recibir el apoyo del profesional indicado			Indicadores: <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><th colspan="2">DIANA</th></tr><tr><td>1</td><td>Inadecuado</td></tr><tr><td>2</td><td>Ligeramente Adecuado</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente adecuado</td></tr><tr><td>4</td><td>Sustancialmente adecuado</td></tr><tr><td>5</td><td>Completamente adecuado</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		DIANA		1	Inadecuado	2	Ligeramente Adecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	6	NA
Escala de Medición																					
DIANA																					
1	Inadecuado																				
2	Ligeramente Adecuado																				
3	Moderadamente adecuado																				
4	Sustancialmente adecuado																				
5	Completamente adecuado																				
6	NA																				





	Dominio:III psicosocial Clase: 2 O-Autocontrol Código:1410 Salud Autocontrol de la ira Indicadores: Código: • 141007: Asume la responsabilidad de la conducta personal • 141017:Utiliza estrategias para controlar la ira • 141008:Utiliza habilidades efectivas de resolución de conflictos • 1410Utiliza estrategias para controlar la frustración • 141019:Obtiene asesoramiento según sea necesario	Dominio: 5 Familia Clase:2 X. Cuidados durante la vida Código: 7040 Apoyo al cuidador principal • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la salud física y mental del mismo •Comentar con el paciente los límites del Cuidador •Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios • Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente • Enseñar técnicas de relajación y control de stress	Agresión al paciente Actuar con violencia	II-III	Dominio:III psicosocial Clase: 2 O-Autocontrol Código:1410 Salud Autocontrol de la ira Indicadores: Código: • 141007: Asume la responsabilidad de la conducta personal • 141017:Utiliza estrategias para controlar la ira • 141008:Utiliza habilidades efectivas de resolución de conflictos • 1410Utiliza estrategias para controlar la frustración • 141019:Obtiene asesoramiento según sea necesario Escala de Medición DIANA Demostrado 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre 6. NA
--	--	---	---	------------------------------	---





VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ebrad Causaubon M. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente Mexico D.F.: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC; 2014.
2. Prieto Miranda S, Arias Ponce N, Villanueva Muñoz E, Jimenez Bernardino C. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Mex. 2015; 31(660-668).
3. Heather Herdman T, Shigemi K. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Undécima ed.: Elsevier; 2018.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta ed.: Elsevier; 2018.
5. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
6. Soler PA, Mañas LR. Tratado de Medicina Geriátrica: Fundamentos de la Atención Sanitaria a Los Mayores. Segunda ed.: Elsevier; 2020.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA

I. CODIGO: GIAE – 03 – CRED – CONSULTA EXTERNA

II. ASPECTOS GENERALES

Es el cuidado de enfermería que se brinda a los niños con anemia por déficit de hierro en su organismo, lo cual se manifiesta por la baja concentración de hemoglobina en sangre, es decir cuando sus valores están por debajo del límite normal determinado por la Organización Mundial de la Salud. Dependiendo de la gravedad y el tiempo de duración, la anemia va producir déficit en el desarrollo psicomotriz, en las actividades cognitivas, sociales y mentales dejando huellas en su futuro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia por deficiencia de hierro es un problema de salud pública que afecta principalmente a niños menores de cinco años y mujeres gestantes a nivel global sobre todo en los países en vía de desarrollo lo cual tiene efectos irreversibles que compromete la salud física, mental y social del niño. (1)

La anemia es una enfermedad silenciosa que afecta el presente y el futuro de los niños y niñas del país (2) y que pasa desapercibido por los padres y cuidadores responsables del niño lo cual incrementa la tasa de anemia infantil convirtiéndose en un problema de salud pública grave.

III. POBLACION OBJETIVO

Niños menores de tres años con anemia ferropénica que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo

IV. OBJETIVOS

Estandarizar los cuidados de enfermería en niños con anemia ferropénica que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo mediante actividades que contribuyen en la prevención y/o recuperación de la anemia infantil

Prevenir o minimizar las complicaciones y secuelas de la anemia infantil en niños que acuden al control de crecimiento y desarrollo mediante la intervención oportuna y adecuada.

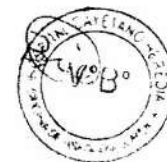
Garantizar las intervenciones de enfermería oportuna, eficaz y eficiente al niño con anemia ferropénica que acude al consultorio de crecimiento y desarrollo a través de un conjunto de actividades dirigidas a la recuperación de la anemia infantil.

V. PERSONAL RESPONSABLES

Lic. En Enfermería del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Cayetano Heredia.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC) (META)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)																						
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Diagnostico Código: 00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades nutricionales R/C ingesta insuficiente de alimentos E/P palidez de mucosas	Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión nutrición Resultados: Código: 1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes Indicadores: Código: 100907 Ingestión de hierro Código: 100905 Ingestión de vitaminas Código: 100901 Ingestión calórica Código: 100902 Ingestión proteica Escala de medición <table><tr><th colspan="2">PUNTUACION</th></tr><tr><td>1</td><td>I</td></tr><tr><td>2</td><td>LA</td></tr><tr><td>3</td><td>MA</td></tr><tr><td>4</td><td>SA</td></tr><tr><td>6</td><td>CA</td></tr></table>	PUNTUACION		1	I	2	LA	3	MA	4	SA	6	CA	Campo I: Fisiológico: básico Clase D: Apoyo nutricional Intervenciones: Código: 1100 Manejo de la nutrición Actividades: 1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Determinar las preferencias alimentarias del paciente. 3. Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo. 4. Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario. 5. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.	Afecta el desarrollo cerebral de los niños Afecta el desarrollo psicomotriz, social y cognitivo dejando huellas en el futuro de estos niños Bajo rendimiento académico cuando llegan a la edad escolar	Grado III y IV	Puntuación Diana del resultado: 1009 Mantener en 4 Aumentar a 5 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>I</td><td>LA</td><td>MA</td><td>SA</td><td>CA</td></tr></table> I= Inadecuado LA= Ligeramente adecuado MA= Moderadamente adecuado SA= Sustancialmente adecuado CA= Completamente adecuado	1	2	3	4	5	I	LA	MA	SA	CA
PUNTUACION																											
1	I																										
2	LA																										
3	MA																										
4	SA																										
6	CA																										
1	2	3	4	5																							
I	LA	MA	SA	CA																							



Diagnóstico Código: 00270 Dinámica de comidas ineficaz del niño R/C elección inadecuada de alimentos M/P poco apetito y rechaza la comida	Dominio II: Salud fisiológica Clase K: Digestión y nutrición Resultado: Apetito Código: 1014 Indicadores: Código: 101401 Deseo de comer Código: 101403 Disfruta con la comida Código: 101404 Gusto de la comida Escala de medición <table border="1" data-bbox="416 885 647 1067"> <tr> <th colspan="2">PUNTUACION</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>GC</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>SC</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>MC</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>LC</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>NC</td> </tr> </table>	PUNTUACION		1	GC	2	SC	3	MC	4	LC	6	NC	Campo I: Fisiológico básico Clase D: Apoyo nutricional Intervenciones: Código: 1160 Monitorización nutricional Actividades: 1. Identificar los cambios recientes de apetito y actividad del niño. 2. Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (albúmina sérica, transferrina, hemoglobina, hematocrito, etc. 3. Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional 4. Determinar los patrones de comidas 5. Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos.	Baja su defensa y tiene mayor riesgo a presentar infecciones y episodios de enfermedades respiratorias y otros cuadros infecciosos	Grado III	Puntuación Diana del resultado: 1014 Mantener en 4 Aumentar a 5 <table border="1" data-bbox="1637 621 2002 682"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>GC</td> <td>SC</td> <td>MC</td> <td>LC</td> <td>NC</td> </tr> </table> GC= Gravemente comprometido SC= Sustancialmente comprometido MC= Moderadamente comprometido LC= Levemente comprometido NC= No comprometido	1	2	3	4	5	GC	SC	MC	LC	NC
PUNTUACION																											
1	GC																										
2	SC																										
3	MC																										
4	LC																										
6	NC																										
1	2	3	4	5																							
GC	SC	MC	LC	NC																							



Diagnóstico Código: 00271 Dinámica de alimentación ineficaz del lactante R/C Estilo de crianza poco involucrado y estilo parental sin compromiso M/P inadecuada transición a alimentos sólidos	Dominio VI: Salud familiar Clase DD: Ser padre Resultado: Código: 2904 Desempeño del rol de padres: lactante Indicadores: Código: 290419 Proporciona nutrición adecuada a la edad Código: 290403 Interactúa con el lactante para promover la confianza Código: 29401 Muestra una relación cariñosa Escala de medición <table border="1"> <tr><th colspan="2">PUNTUACION</th></tr> <tr><td>1</td><td>I</td></tr> <tr><td>2</td><td>LA</td></tr> <tr><td>3</td><td>MA</td></tr> <tr><td>4</td><td>SA</td></tr> <tr><td>6</td><td>CA</td></tr> </table>	PUNTUACION		1	I	2	LA	3	MA	4	SA	6	CA	Campo 5: Familia Clase Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebé Intervenciones: Código: 5568 Educación parental: lactante Actividades: 1. Determinar los conocimientos de los progenitores, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante. 2. Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar 3. Informar sobre la introducción de alimentos sólidos y ricos en hierro durante el primer año. 4. Reforzar las conductas de cuidador con respecto a la alimentación del niño 5. Enseñar a los progenitores a ponerse en contacto con profesionales sanitarios.	Afecta su salud física repercutiendo en la ganancia de su peso y talla	Grado III	Puntuación Diana del resultado: 2904 Mantener en 4 Aumentar a 5 <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>ND</td><td>RD</td><td>AD</td><td>FD</td><td>SD</td></tr> </table> ND= Nunca demostrado RD= Raramente demostrado AD= A veces demostrado FD= Frecuentemente demostrado SD= Siempre demostrado	1	2	3	4	5	ND	RD	AD	FD	SD
PUNTUACION																											
1	I																										
2	LA																										
3	MA																										
4	SA																										
6	CA																										
1	2	3	4	5																							
ND	RD	AD	FD	SD																							



Dominio: 4 Actividad / reposo Clase: 3 Equilibrio de la fatiga Diagnostico Código: 00093 Fatiga R/C malnutrición E/P apatía y cansancio	Dominio I: Salud funcional Clase A: Mantenimiento de la energía Resultado: Código: 0006 Energía psicomotora Indicadores: Código: 000606 Muestra interés por lo que le rodea Código: 000608 Muestra un nivel de energía estable Código: 000609 Muestra capacidad para realizar las tareas diarias Escala de medición <table border="1"> <tr> <th colspan="2">PUNTUACION</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>LA</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>MA</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>SA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>CA</td> </tr> </table>	PUNTUACION		1	I	2	LA	3	MA	4	SA	6	CA	Campo I. Fisiológico: básico Clase A. Control de actividad y ejercicio Intervenciones: Código: O 180 Manejo de la energía Actividades: 1. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. 2. Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que produce fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. 3. Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia u otras causas) como elementos prioritarios. 4. Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.	Disminuye su nivel de atención, presenta deficiencia en la concentración afectando su desarrollo cognitivo	Grado III	Puntuación Diana del resultado: 0006 Mantener en 4 Aumentar a 5 <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ND</td> <td>RD</td> <td>AD</td> <td>FD</td> <td>SD</td> </tr> </table> ND= Nunca demostrado RD= Raramente demostrado AD= A veces demostrado FD= Frecuentemente demostrado SD= Siempre demostrado	1	2	3	4	5	ND	RD	AD	FD	SD
PUNTUACION																											
1	I																										
2	LA																										
3	MA																										
4	SA																										
6	CA																										
1	2	3	4	5																							
ND	RD	AD	FD	SD																							



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- (1) Muñoz del Carpio Toia, Águeda, et al. Anemia infantil en poblaciones que residen a diferentes altitudes geográficas de Arequipa, Perú: estudio descriptivo y retrospectivo. 2020.
- (2) Gobierno del Perú. Plan Multisectorial de lucha contra la anemia. Anemia Infantil. 2018.
- (3) MINSA. Norma Técnica Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños adolescentes, mujeres gestantes y púerperas. 1ra. Edición. 2017



I. GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON "DELIRIO"

GIE-E 01

II. ASPECTOS GENERALES

Síndrome confusional agudo (SCA), conocido también como delirio o delirium, es la presencia de diferentes alteraciones en la conciencia y atención, trastornos cognitivos, psicomotores, emocionales y en el ciclo vigilia sueño (1). La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo y es fluctuante (2) siendo más común por la noche.

Delirium es un problema serio de salud pública, sin embargo los servicios de salud han ignorado su dimensión e impacto, y de manera no intencionada, los servicios de salud contribuyen al desarrollo y agravamiento del delirium (McCusker A, 2001). Se caracteriza por ser un trastorno agudo de la atención y la cognición que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, particularmente al adulto mayor, sobre todo en aquellos frágiles (baja reserva homeostática) o con demencia (Burns J, 2004). Prácticamente se presenta en todos los sitios que atienden ancianos: residentes en la comunidad, en asilos o casas de asistencia, en servicios de urgencias, de hospitalización y quirúrgicos, así como en unidades de cuidados intensivos y unidades de cuidados paliativos (Tropea J, 2008). Su incidencia se incrementa con la edad siendo más frecuente a partir de los 75 a 80 años de edad e inusual por debajo de los 60 años (Perello C, 2010)⁴. Es un problema costoso, poco reconocido y a menudo fatal (Inouye SK, 2014).⁵

Es una complicación frecuente en el adulto mayor hospitalizado, importante tanto por su prevalencia como por su pronóstico (3). Asociado a patologías o a tratamiento farmacológico, su aparición aumenta la estancia hospitalaria, requiere mayor atención, y aumenta el riesgo de complicaciones y de caídas. Además, si al alta el adulto mayor no ha recuperado el estado mental previo, requerirá más cuidados en el domicilio o incluso precisará institucionalización.

En el año 2013 la Unidad Geriátrica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, realizó un estudio retrospectivo que incluyó dentro de su análisis factores de riesgo durante la hospitalización tales como uso de fármacos, manejo hospitalario, capacidad funcional y presencia de **delirium**. Dentro de sus resultados, el paciente adulto mayor que requiere de una estadía en el hospital perdería un 78,5% de su capacidad funcional durante este proceso.

En el Perú la enfermedad de delirio en la hospitalización de emergencia es de 42%. Presente en cerca del 22 por ciento de los pacientes hospitalizados; Se caracteriza por tener una variada presentación clínica, predominando una disminución de los estados de actividad y atención, y una etiología multifactorial, siendo la etiología infecciosa la más frecuente.

En el Hospital Cayetano Heredia el Síndrome Confusional Agudo está presente al ingreso en 10 a 22% de los ingresos. Se desarrolla durante la hospitalización en un 5 a 35% de los ingresos.

En el servicio de Cirugía se presenta en cerca del 50%, en UCI ocurre en cerca del 70 a 80%, a mayor gravedad mayor frecuencia. Se ha estimado que la mortalidad hospitalaria de pacientes con delirium varía del 11 al 41%, y que su mortalidad al año es de un 38%. Como el subtipo hiperactivo del Síndrome confusional Agudo es el más frecuente y fácil de diagnosticar, un 32-66% de los síndromes confusionales agudos pasan desapercibidos por el médico siendo infra diagnosticado.

La gestión del cuidado de enfermería en el abordaje del Síndrome Confusional Agudo a lo largo del proceso asistencial es fundamental, por su perfil competencial, tanto en la prevención como en la detección, la valoración y el manejo del delirio (4). Para ello se necesitan habilidades y conocimientos esenciales. Conociendo e identificando el diagnóstico de enfermería "Riesgo de confusión aguda" (NANDA), en su rol autónomo, la enfermera puede detectar los factores de riesgo e intervenir con medidas no farmacológicas.



III. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas adultas mayores de 60 a más años atendidos en la consulta externa de Geriatria

IV. OBJETIVOS

- Estandarizar la calidad de Atención de Enfermería en el "cuidado en forma eficaz" con la utilización de esta guía en los servicios que exista un adulto mayor con el cuadro de Delirio en el Hospital Cayetano Heredia
- Identificar y precisar que el paciente este cursando por delirio porque puede ser manifestación de un problema que pone en peligro potencial la vida (hipoxia, hipoglicemia o un choque y ser una emergencia)
- Sensibilizar y Educar a los familiares y/o cuidador en el cuidado de delirio

V. PERSONA RESPONSABLE

Lic. Enfermería.



VI. GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DELIRIO

Diagnóstico de Enfermería	Resultado Esperado NOC -META	Intervención de Enfermería NIC	Complicación	Dependencia	Indicador de Seguimiento
Dominio : 5 Percepción y Cognición Clase:4 Deterioro de la memoria Codigo:00131 Deterioro de la memoria • Deterioro de memoria R/c a deterioro cognitivo leve m/p, por episodios de ideas delirantes y olvidos al conversar manifestando temor al atardecer o noches.	Dominio: II , Salud fisiológica Clase : 2 Neurocognitiva Codigo:0916 Nivel de Memoria Indicador: Código: • 091605:Deterioro cognitivo • 091603.Desorientación personal • 091606 :Deterioro de memoria • 091609: dificultad para mantener la atención • 091610:Dificultad para mantener la conversación	Dominio :4 seguridad Clase:2 V Control de riesgos Manejo de delirio Codigo:6440 • Lavado de manos • Valoración de enfermería para identificar los factores etiológicos que causan el delirio • Control de funciones vitales. Saturación de oxígeno de la hemoglobina • Identificar grado de delirio (Hipo activo. Hiperactivo, y Mixto) • Monitorizar el estado neurológico de forma continua • Reconocer los miedos y sentimientos • Educar y orientar al paciente y/o cuidador principal que el cuadro puede empeorar	•Paro Cardiorrespiratorio •Hipoxia •Muerte	II-III	Dominio: II , Salud fisiológica Clase : 2 Neurocognitiva Codigo:0916 Indicador: Código: • 091605 Deterioro cognitivo • 091603 Desorientación personal • 4091609 Dificultad para mantener atención • 091610Dificultad para mantener la conversación • 091612 Verbalización sin sentido

	• 091612:Verbalización sin sentido • 09161:Alteracion nivel de la conciencia • 091619Empeoramiento al anochecer	• Incrementar la vigilancia con la escala de delirio (CAM) • Si presenta cuadros severos con hipoxia llevar al paciente a una emergencia. • Administrar drogas para la ansiedad o agitación limitar los anticolinérgicos • Reducir sedación y controlar dolor • mantenerlo al paciente en ambiente bien iluminado • Informar al paciente en tiempo espacio y lugar •Utilizar pistas ambientales(signos cuadros,relojes,calendarios)para estimular la memoria •Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas		• 091613Alteración nivel de conciencia • 091619 Empeoramiento al anochecer Indicador DIANA <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><th colspan="2">Mantener a Aumentar a</th></tr><tr><td>1</td><td>Grande</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr><tr><td>4</td><td>Leve</td></tr><tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		Mantener a Aumentar a		1	Grande	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	6	NA
Escala de Medición																				
Mantener a Aumentar a																				
1	Grande																			
2	Sustancial																			
3	Moderado																			
4	Leve																			
5	Ninguno																			
6	NA																			

Dominio 12: Confort Clase :1 Concepto dolor Código 00133 Malestar físico, corporal R/C el desequilibrio de los neurotransmisores neuromoduladores y receptores m/p con la expresión facial de dolor	Dominio :V Salud percibida Clase:2 V Sintomatología Código: 1306 Dolor respuesta psicológica adversa Indicador: Código:130601 - Enlentecimiento de los procesos del pensamiento - Código:130602 Trastorno de memoria	Dominio: 1 Fisiológico Básico Clase:2 E Fomento de la comodidad física Código: 1410 Manejo del dolor agudo - Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya Localización, aparición, duración, frecuencia intensidad así como los factores que lo alivian y agudizan con Escala EVA - Explorar conocimientos y creencias sobre el dolor incluyendo influencias culturales - Monitorizar el dolor y funciones vitales - Administración de analgésicos durante las 24 horas. - Monitorizar sedación y estado respiratorio - Prevenir o controlar efectos adversos	Shock anafiláctico	II-III	Dominio :V Salud percibida Clase: 2 Sintomatología Código:1306 Indicador: Código: 130601:Enlentecimiento de los procesos del pensamiento 130602:trastorno de memoria 130605: angustia por el dolor 130611:tristeza 130609:Depresión
---	---	---	---------------------------	---------------	---

	• Código:130605 Angustia por el dolor • Código:130611 Tristeza • Código:130609 Depresión	Dominio: 3 clase:2 Fomento de la comodidad psicológica Código:5880 Técnica de relajación • Mantener el contacto visual con el paciente • Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad • Transmitir seguridad al paciente • Sentarse y hablar con el paciente • Ofrecer líquidos o leche calientes • Acariciar la frente, frotar la espalda • Técnicas de respiración lenta, relajación muscular • Cumplir con terapéutica ansiolíticos.			Indicador : Diana <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><td>Mantener</td><td>a</td></tr><tr><td>Aumentar</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>Grande</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr><tr><td>4</td><td>Leve</td></tr><tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table> Nivel de dolor según EVA Administración de analgésicos. Paciente refiere ausencia de dolor	Escala de Medición		Mantener	a	Aumentar		1	Grande	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	6	NA
Escala de Medición																							
Mantener	a																						
Aumentar																							
1	Grande																						
2	Sustancial																						
3	Moderado																						
4	Leve																						
5	Ninguno																						
6	NA																						

Dominio : 5 Percepción y Cognición Clase: 4 cognición Deterioro de la memoria codigo:00131	Dominio: III Salud sicosocial Clase:2 O-Autocontrol Codigo:1403	Dominio:3 Conductual Clase :2 R:Ayuda para el afrontamiento Código: 5230	Crisis psicótica	II-II	Dominio: III Salud sicosocial Clase:2 O-Autocontrol Codigo:1403
Deterioro de la Memoria	Autocontrol del pensamiento distorsionado	Mejorar el afrontamiento			Indicadores
• Deterioro de memoria R/c a deterioro cognitivo leve m/p, por episodios de ideas delirantes y olvidos al conversar manifestando temor al atardecer o noches	Indicadores: • Codigo:140301 Reconoce que tiene ideas delirantes y alucinaciones • Codigo:140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	• Consejería integral • Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación • Utilizar un enfoque sereno tranquilizador • Proporcionar un ambiente de aceptación • Explorar los éxitos anteriores del paciente • Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico			• Código- 140301 Reconoce que tiene ideas delirantes • Código :140309 Interacciona con los demás de forma apropiada • Codigo:140305 describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes • Codigo:140311 Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico • Codigo:140312 Expone un contenido del pensamiento apropiado

	• Código:140309 Interacciona con los demás de forma apropiada • Código:140311 Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico • Código:140312 Expone un contenido del pensamiento apropiado	• Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Fomentar las actividades sociales y comunitarias • Ayudar a identificar respuesta positivas de los demás • Alentar a verbalizar los sentimientos, miedos y percepciones • Estimular la implicancia familiar según corresponda • Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados • Instruir al paciente el uso de técnicas de relajación si resulta necesario. • animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.			INDICADOR: DIANA DEMOSTRADO <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Escala de Medición</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Mantener a Aumentar a</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Nunca</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>A veces</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frecuentemente</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Siempre</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>NA</td> </tr> </table>	Escala de Medición			Mantener a Aumentar a	1	Nunca	2	Raramente	3	A veces	4	Frecuentemente	5	Siempre	6	NA
Escala de Medición																					
	Mantener a Aumentar a																				
1	Nunca																				
2	Raramente																				
3	A veces																				
4	Frecuentemente																				
5	Siempre																				
6	NA																				

Dominio : 5 Percepción y Cognición Clase: 4 cognición codigo:00131 Deterioro de la memoria • Deterioro de memoria R/c a deterioro cognitivo leve m/p, por episodios de ideas delirantes y olvidos al conversar manifestando temor al atardecer o noches	Dominio II Salud fisiológica Clase:2 J-Neurocognitiva Código:0901 Orientación cognitiva Indicadores: Código: • 090102 Identifica a los seres queridos • 090103 Identifica el lugar donde esta • 090104 Identifica el día presente • 090105 Identifica el mes actual	Dominio: 4 Seguridad Clase 2 V -Control de riesgos Codigo:6450 Manejo de ideas e ilusiones • Reorientar al paciente hacia el cuidador • Comunicarse con frases simples directas y descriptivas • Informar al paciente sobre tiempo. Persona y lugar • Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente solo precisa términos concretos • Monitorizar el estado neurológico en forma continua	Crisis sicotica	II-III	Dominio II Salud fisiológica Clase:2 J-Neurocognitiva Código:0901 Orientación cognitiva Indicadores: Código: • 090102 Identifica a los seres queridos • 090103 Identifica el lugar donde esta • 090104 Identifica el día presente • 090105 Identifica el mes actual
---	---	--	------------------------	---------------	---

	• 090106 Identifica el año actual • 090107 Identifica la estación actual • 090108 Identifica eventos actuales significativos	• coordinar con familiares para vigilancia • Brindar consejería integral a la familia sobre conocimiento de la enfermedad. • Mantenimiento de ambiente seguro • Presencia de dispositivos protectores para prevenir el daño			• 090106 Identifica el año actual • 090107 Identifica la estación actual • 090108 Identifica eventos actuales significativos COMPROMETIDO <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><th></th><th>Mantener a Aumentar a</th></tr><tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr><tr><td>2</td><td>sustancialmente</td></tr><tr><td>3</td><td>moderadamente</td></tr><tr><td>4</td><td>levemente</td></tr><tr><td>5</td><td>NO</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición			Mantener a Aumentar a	1	Gravemente	2	sustancialmente	3	moderadamente	4	levemente	5	NO	6	NA
Escala de Medición																					
	Mantener a Aumentar a																				
1	Gravemente																				
2	sustancialmente																				
3	moderadamente																				
4	levemente																				
5	NO																				
6	NA																				

	Dominio: V salud percibida Clase :2 EE Satisfacción con los cuidados Código:3010 Satisfacción del paciente usuario : seguridad - Indicadores: 301015:Estrategias de prevención de caída 301011:Información sobre riesgos y complicaciones 301012:mantenimiento de ambiente seguro, cuando existe de alteración mental	Dominio:4 Seguridad Clase:2 Control de riesgos Código:6486 Manejo ambiental seguridad - Crear un ambiente seguro para el paciente - Identificar las necesidades de seguridad - Eliminar los factores de peligro del Ambiente(alfombras sueltas, muebles pequeños móviles) - Retirar del ambiente del pacientes objetos punzo cortantes - Disponer de camas de baja altura - Disponer de taburetes o barandillas - Disponer de una cama cómoda y entorno limpios	Fracturas	II-III	Dominio:Vsalud percibida Clase :2 EE Satisfacción del paciente usuario : seguridad Código:3010 Indicadores: 301015:Estrategias de prevención de caída 301011:Información sobre riesgos y complicaciones 301012:mantenimiento de ambiente seguro, cuando existe de alteración mental
--	--	---	-----------	--------	--

		• controlar y evitar ruidos indeseables • Apoyo en la atención a las necesidades funcionales y fisiológicas (alimentación ,baño y limpieza) • Estrategias de prevención de caidas • Limitar visitas que no le agradan • Educar en Gestión y administración terapéutica realizada por el cuidador o familiar en casa • Crear empatía con la familia mediante la consejería integral y educación permanente frente a los riesgos de la enfermedad.			COMPROMETIDO <table><tr><th colspan="2">Escala de*Medición</th></tr><tr><th></th><th>Mantener a Aumentar a</th></tr><tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr><tr><td>2</td><td>sustancialmente</td></tr><tr><td>3</td><td>moderadamente</td></tr><tr><td>4</td><td>levemente</td></tr><tr><td>5</td><td>NO</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table> 0	Escala de*Medición			Mantener a Aumentar a	1	Gravemente	2	sustancialmente	3	moderadamente	4	levemente	5	NO	6	NA
Escala de*Medición																					
	Mantener a Aumentar a																				
1	Gravemente																				
2	sustancialmente																				
3	moderadamente																				
4	levemente																				
5	NO																				
6	NA																				



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA ADULTO MAYOR CON DELIRIO

Diagnóstico de Enfermería	Resultado esperado NOC	Intervención de Enfermería NIC	complicación	Grado de Dependencia	Indicador de Seguimiento
Dominio:4 Actividad/reposo Clase :1 Patrón de sueño Código 00198 Patrón de sueño alterado • Patrón de sueño Alterado R/c barreras ambientales m/p dificultad para iniciar el sueño	Dominio: I Salud funcional Clase:2 mantenimiento de la energia Codigo:0004 Sueño Indicador: Código : • 000401:horas de sueño • 000401:patrón de sueño • 000401calidad de sueño • 000401:habito de sueño • 000401:duerme toda la noche	Dominio: 1 fisiológico Clase:2 facilitación del autocuidado Código: 1850 •Mejorar el sueño • Valoración de Enfermería • Brindar seguridad y apoyo informar que esta con personal de salud de experiencia • Explorar hábitos de sueño • Determinar el patrón de sueño • Consejería hacia hábitos de sueño saludables • Registrar /observar el número de horas de sueño • Incorporar y regular horario fijo de sueño diario para levantarse y acostarse	Crisis de ansiedad y de insomnio	II-III	Dominio: I Salud funcional Clase:2 mantenimiento de la Energía Codigo:0004 Indicador: Código : • 000401:horas de sueño • 000401:patrón de sueño • 000401calidad de sueño • 000401:habito de sueño • 000401:duerme toda la noche • 000401:cama confortable • 000401:dependencia de las ayudas para dormir

	• 000401:cama confortable • 000401:dependencia de las ayudas para dormir	• No hacer siesta después de alimentos y si lo hace máximo 30 minutos • No consumir cenas copiosas ni acostarse con hambre • No consumir café, ni tabaco porque interfieren en el sueño • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular auto génica u otra forma no farmacológica de inducción al sueño • Educar la importancia de establecer una rutina diaria antes de irse a dormir: cepillado de dientes, • Ejercicios relajantes (valorar si el paciente o familiar conoce cuáles son estos ejercicios), etc. • Coordinación con profesionales que den manejo farmacológico			DIANA-Comprometido Escala de Medición Mantener a Aumentar <table><tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente</td></tr><tr><td>5</td><td>No</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	1	Gravemente	2	Sustancialmente	3	Moderadamente	4	Levemente	5	No	6	NA
1	Gravemente																
2	Sustancialmente																
3	Moderadamente																
4	Levemente																
5	No																
6	NA																

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DELIRIO

Diagnóstico de Enfermería	de	Resultado Esperado NOC	Intervención de Enfermería -NIC	Complicación	Grado de dependencia	Indicador de seguimiento
Dominio:2 Nutrición Clase: Hidratación Codigo:00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico Riesgo de desequilibrio electrolítico R/c diarrea m/p signos de deshidratación	5	Dominio : II Clase:2 Salud fisiológico Codigo:0501 Eliminación intestinal Indicador: • Código: • 050101Patron de eliminación • 050101color de heces • 050101 Heces blandas o formadas • 050101 Ruidos abdominales • 050101 Sangre en heces • 050101moco en heces • 050101 diarrea	Dominio: I fisiológico Clase:2 Control de evacuación Codigo:0460 Manejo de diarrea • Manejo de diarrea • Valoración Hemodinámica • Control de presión arterial • Frecuencia Cardíaca Respiratoria, Temperatura • Saturación de Oxígeno • Consejería integral • Valorar signos de alarma de deshidratación • Determinar la historia de diarrea •	Deshidratación severa	II-III	Dominio : II Clase:2 Salud fisiológico Codigo:0501 Indicador: Código: • 050101Patron de eliminación • 050101color de heces • 050101 Heces blandas o formadas • 050101 Ruidos abdominales • 050101 Sangre en heces • 050101moco en heces

		• Obtener muestra para cultivo y antibiograma de heces • Explorar turgencia cutáneo • Control de ingesta y perdida de líquidos por pocos cuantificado(suero oral) • Monitorizar el peso. • Favorecer ingesta de líquidos oral para reponer las perdidas • Promover el autocuidado si se requiere de un cuidador • Educar sobre importancia de lavado de manos • Información sobre una adecuada alimentación y nutrientes • Educación sobre el manejo y control de la enfermedad. • Disponer de un ambiente iluminado, y ventilado • Ayudar al paciente y familia/o cuidador sobre técnicas de disminución de stress • Control médico manejo terapéutico			DIANA- Comprometido <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><th colspan="2">Mantener a Aumentar</th></tr><tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente</td></tr><tr><td>5</td><td>No</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		Mantener a Aumentar		1	Gravemente	2	Sustancialmente	3	Moderadamente	4	Levemente	5	No	6	NA
Escala de Medición																					
Mantener a Aumentar																					
1	Gravemente																				
2	Sustancialmente																				
3	Moderadamente																				
4	Levemente																				
5	No																				
6	NA																				

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DELIRIO

Diagnóstico de Enfermería	Resultado Esperado NOC	Intervención de Enfermería -NIC	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicador de seguimiento														
Dominio:5 Comunicación Clase :5 Comunicación verbal Deterioro de la Comunicación Codigo:00051 •Deterioro de la comunicación verbal R/C con estado fisiológico m/p evidenciado por la disminución auditiva	Dominio:II Clase:2 Salud fisiológica Clase2 Función sensitiva auditiva Codigo:2401 Indicadores • Código • 240101:Agudeza auditiva(Izquierda) • 240102:Agudeza auditiva(derecha) • 240107:Discriminacion de sonidos suaves • 240110:Responde a estímulos auditivos • 240106:Acufenos(izq.) • 240117:Perdida de la capacidad para distinguir una conversación del ruido ambiental	Dominio : 3 conductual Q Potenciación de la comunicación Clase: 2 Mejorar la comunicación Déficit auditivo Código : 4974 • Valoración de Enfermería: • Organizar las evaluaciones y cribados auditivos rutinarios • Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen • Educar en higiene y limpieza del oído a no utilizar elementos más pequeños que la yema de dedo como ganchos de pelo, palillos dentales y otros objetos que puedan dañar el oído. • Extraer el exceso cerumen del oído con el extremo de gasa • Plantear la irrigación del oído para la extracción del exceso de cerumen • Observar y documentar el método de comunicación preferido por el paciente(lectura- de labios o lenguaje de signos) *Lograr la atención del paciente antes de hablarle(mediante el contacto)	Sordera	II-III	Dominio:II Clase:2 Salud fisiológica Clase2 Función sensitiva auditiva Codigo:2401 Indicador: • Código :240110 • 240101:Agudeza auditiva(Izquierda) • 240102:Agudeza auditiva(derecha) • 240107:Discriminacion de sonidos suaves • 240110:Responde a estímulos auditivos • 240106:Acufenos(izq.) • 240117:Perdida de la capacidad para distinguir una conversación del ruido ambiental <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><td>1</td><td>Grave</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr><tr><td>4</td><td>Leve</td></tr><tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	6	NA
Escala de Medición																			
1	Grave																		
2	Sustancial																		
3	Moderado																		
4	Leve																		
5	Ninguno																		
6	NA																		

	Dominio :IV Conocimiento y conducta de salud Clase :2 Q-Conducta de salud Código:1610 Conducta de compensación auditiva • Código: • 161005:utiliza lenguaje de signos • 161006 utiliza lectura de labios • 161009:utiliza los subtítulos para ver televisión • 161011:cuida los dispositivos externos de ayuda auditiva	• Evitar ambientes ruidosos a la de comunicarse • Evitar comunicarse a más de un metro del paciente • No gritar al paciente • Simplificar el lenguaje (no utilizar jergas o frases cortas) • Verificar lo que ha dicho o escrito utilizando la respuesta del paciente antes de continuar • Facilitar el uso de audio prótesis y de dispositivos de escucha asistida • Retirar la batería de Audi prótesis si no se coloca por varios días • Instruir la paciente y familia sobre el uso cuidado y el mantenimiento del dispositivo de audio prótesis o dispositivos de escucha asistida • Remitir al profesional de especialidad.	Sordera		Dominio: IV conocimiento-conducta Clase :2 Q-Conocimiento y conducta de salud Código:1610 Indicador • 161005:utiliza lenguaje de signos • 161006 utiliza lectura de labios • 161009:utiliza los subtítulos para ver televisión • 161011:cuida los dispositivos externos de ayuda auditiva <table><tr><th colspan="2">Escala de Medición</th></tr><tr><th colspan="2">Demostrado</th></tr><tr><td>1</td><td>Nunca</td></tr><tr><td>2</td><td>Raramente</td></tr><tr><td>3</td><td>A veces</td></tr><tr><td>4</td><td>Frecuentemente</td></tr><tr><td>5</td><td>Siempre</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición		Demostrado		1	Nunca	2	Raramente	3	A veces	4	Frecuentemente	5	Siempre	6	NA
Escala de Medición																					
Demostrado																					
1	Nunca																				
2	Raramente																				
3	A veces																				
4	Frecuentemente																				
5	Siempre																				
6	NA																				

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DELIRIO

[illegible]

		• Baño e higiene diariamente, no hacer masajes ,no uso de alcohol o colonias • Lesiones por presión • Evaluar diariamente la piel de todo el cuerpo en especial zonas de prominencia, color de piel ,hidratación, • Humectar la piel con cremas hidratantes • cambios posturales cuidando la zona de lesión con rotación y programación específica • Prevención de úlceras por presión • Evitar la Fricción, cizallamiento. Uso de protección física, uso de ácidos grasos hiperoxigenados • Alimentación rica en proteínas y vitaminas y ingesta de líquidos. • *Uso de superficies de apoyo como colchones de material visco elástico a de prevención de escaras) • *Instruir al paciente y/o cuidador la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas tensión o dolor			
--	--	--	--	--	--

Escala de medición	
Mantener a aumentar a	
1	Grave
2	Sustancial
3	Moderado
4	Leve
5	Ninguno
6	

		• *instruir sobre la utilización de almohadas firmes si es adecuado • *Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir • *Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro con ayuda de un cuidador o familiar • *Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad de la espalda • *Monitorizarla mejora de postura/mecánica corporal del paciente • Cumplimiento de tratamiento y terapéutica medica			
--	--	--	--	--	--



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DELIRIO

Diagnóstico de Enfermería	Resultado esperado NOC	Intervención de Enfermería NIC	Complicaciones	Grado de dependencia	Indicador de Seguimiento														
Dominio:3 Eliminación/intercambio Clase:2 Concepto: Estreñimiento Codigo:00011 Estreñimiento • Estreñimiento o R/E a ingesta insuficiente de fibras m/p cambios en el patrón intestinal.	Dominio: II Salud fisiológica Clase:2 Digestión y Nutrición Función gastrointestinal Codigo:1015 Función gastrointestinal Indicador • Codigo:101505 Consistencia de las deposiciones • 101505 ruidos abdominales • 101505 sangre en heces • 101505:indigestion • 101505estreñimiento • 101505: nauseas	Dominio: I Fisiológico Clase 2 Manejo de estreñimiento Codigo:0450 • Valoración de Enfermería • Anotar fecha de ultima defecación • Consejería integral al paciente ,familia, y/o cuidador • Evaluar incontinencia fecal y movimientos peristálticos • Informar la disminución de los sonidos intestinales • Ingesta de líquidos, ensaladas • tomar nota del problema intestinal y el uso de laxantes • Incremento de alimentos con fibra, verduras • Disminuir ingesta de alimentos flatulentos • Uso de frutos secos hojuelas • Mayor ingesta de líquidos a menos q este contraindicado • Enseñar al paciente ,familia, y/o cuidados en su alimentación • Determinar la motivación del individuo para iniciar un programa de ejercicios • Animar e instruir al paciente los ejercicios que debe realizar • Enseñar técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxigeno durante el ejercicio físico • Incentivar y motivar al paciente por cumplir el rol de ejercicios.	Íleo paralítico Obstrucción intestinal	II- III	Dominio: II Clase:2 Código: 1015 Función gastrointestinal • 101505 Ruidos abdominales • 101505 Sangre en heces • 101505:Indigestion • 101505 Estreñimiento • 101505: Nauseas <table border="1"><tr><th colspan="2">Escala de Medición comprometido</th></tr><tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente</td></tr><tr><td>5</td><td>No</td></tr><tr><td>6</td><td>NA</td></tr></table>	Escala de Medición comprometido		1	Gravemente	2	Sustancialmente	3	Moderadamente	4	Levemente	5	No	6	NA
Escala de Medición comprometido																			
1	Gravemente																		
2	Sustancialmente																		
3	Moderadamente																		
4	Levemente																		
5	No																		
6	NA																		

VII. Bibliografía

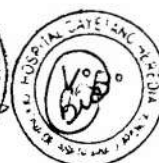
1. Organización Mundial de la Salud. The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines Ginebra; 1992.
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales. Barcelona ed.; 1995.
3. Carrera Castro C. Rol de Enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones Generales Zaragoza: Enfermería Global; 2012.
4. Sharon K. Inouye MD M. Delirium - A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. Journal of the American Geriatric Society. 2018 Febrero; 66(3).
5. G. Cole M, McCusker J. Cambridge University Press. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 20. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610216000776>.
6. Burns A, Gallagley A, Byrne J. Delirium. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. 2004 Marzo; 75(3).
7. Tropea J, Slee JA, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. Australas J Ageing. 2008 Septiembre; 27(3).
8. C Colters MGAB. Elsevie Gestión en el Cuidado de Enfermería. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020.
9. Cares VL, Dominguez CC, Fernandez JM, Fariás RC, Chang Wt, Fasce G, et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista médica de Chile. 2013 Abril; 141(4).
10. Perelló Bratescu A, Adriyanov B, Dürsteler C, Sisó-Almirall A, Álvarez Carrera MA, Riera Nadal N. Opioides fuertes y dolor crónico no oncológico en Cataluña. Análisis del patrón de prescripción por parte de los médicos de familia. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2020 Febrero; 67(2).
11. Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK, Kiely DK, Rudolph JL, Fearing MA, et al. Phenomenological Subtypes of Delirium in Older Persons: Patterns, Prevalence, and Prognosis. Psychosomatics. 2009 Mayo - Junio; 50(3).
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta ed.: Elsevier; 2018.
13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
14. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas BP, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2008 Julio - Diciembre; 12(2).



ANEXO

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Signos y síntomas
•Características: demográficas mayor de 65 años sexo masculino •Estado cognitivo: Demencia, deterioro cognitivo, historia de delirio, depresión. •Estado funcional: Dependencia funcional, inmovilidad, bajo nivel de actividad, historia de caídas. •De privación sensorial: Auditiva y visual •Disminución de ingesta oral: Deshidratación, Desnutrición •Fármacos: Antisicóticos, polifarmacia, Consumo de alcohol •Comorbilidad. fracturas, insuficiencia Deterioro cognitivo, historia de, historia de	Drogas :hipnóticas sedantes Enfermedades neurológicas primarias: hemorragias, Enfermedades intercurrentes Anemia ,infecciones, hipoxia Cirugías: ortopedia, cardiaca Ambientales: admisión a UCI,dolor,stres emocional De privación de sueño	Inicio agudo Curso fluctuante Inatención Pensamiento desorganizado Alteración del nivel de conciencia Déficit cognitivo Alteraciones perceptuales Alteración sicomotora Alteración del ciclo sueño vigilia.

Fuente: confusión assessment method (CAM) PRINCIPIOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA 2 edición Luis Varela Pinedo



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN RELACTACIÓN

I.- CODIGO: GPAE - 01 - DE- RELACTACION CONSULTA EXTERNA LACTANCIA

MATERNA

II.- DEFINICION

La relactación es un procedimiento por el cual se recupera la producción de la leche materna después de que haya disminuido o desaparecido en su totalidad días, semanas o meses después del cese de esta. También la relactación es el proceso de inducción de la lactancia; en una madre que adopta un bebé.

Objetivos

Recuperar la producción de la leche materna en las madres que acuden al consultorio de consejería en lactancia materna.

Restablecer lactancia materna exclusiva, en niños, niñas con alimentación mixta

Inducir a una lactancia materna a madre adoptiva.

Epidemiología

La OMS/OPS, promueve la lactancia exclusiva en menores de 6 meses y lactancia mixta hasta los dos años a más, la leche materna es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los bebés de enfermedades frecuentes en la infancia. Estudios llevados a cabo en Ghana, India, Perú muestran que los lactantes no alimentados al pecho, tenían 10 veces más probabilidades de morir, que los que recibieron leche materna exclusiva. En relación con ello, el Hospital Cayetano Heredia Consulta Externa Lactancia Materna, se realiza la relactación.

III.- RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería Consultora internacional en lactancia materna certificada.

Licenciada en enfermería consejera en lactancia materna y/o capacitado en lactancia materna.

IV.- INDICACIONES

ABSOLUTAS

Niñas, Niños lactante de 0 a 6 meses con alimentación mixta que asisten al consultorio de consejería en lactancia materna.

Madres con baja producción de leche, después de la enfermedad materna y /o neonatal.

RELATIVAS

Prevía evaluación médico:

Prematuridad.



Intolerancia a las fórmulas lácteas.

Recuperación nutricional (sin o con alimentos complementarios)

Madre adoptiva o sustituta (tía, abuela, etc)

V.- CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Madre con VIH positivo.

RELATIVAS

Bebe que amamanta leche materna exclusiva y tiene problemas en la técnica de lactancia.

Indicación médica.

VI.-REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se informará a la madre en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar.

VII.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

7.1 Equipos Biomédicos

Coche de procedimiento. 01
unidad

Biombo. 01
unidad

7.2 Material Médico no Fungible

Sillón con coderas y descansaderos de pies. 01
unidad

7.3 Material Médico Fungible

Recipiente con tapa rosca con orificio. 01
unidad

Sonda de alimentación No 4, 6 Fr. 01
unidad

Mascarilla quirúrgica. 01
unidad

Cinta adhesiva. 05 cm

Papel toalla. 20 cm

7.4 Soluciones

Leche materna extraída o fórmula. cc/kg de
peso

Alcohol gel. 02 cc

7.5 Otros



Lapicero azul. unidad	01
Carnet del niño, niña. unidad	01
Ficha de lactancia materna. unidad	01

VIII.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos según norma técnica de lavado de manos
2. Verifique el equipo y materiales completo
3. Colocarse la mascarilla, según técnica de barreras de protección.
4. Solicitar a la madre la realización de lavado de manos clínico con agua y jabón.
5. Supervisar a la madre el correcto lavado de manos.
6. Realice higiene de manos con alcohol gel
7. Explique a la madre, sobre el procedimiento a realizar.
8. Colocar a la madre y al niño en posición cómoda para que participe la madre ya que ella es la encargada de sujetar al niño o niña en sus brazos.
9. Ubique el recipiente con leche materna extraída o formula en superficie plana y firme en el coche de procedimiento.
10. Colocar el extremo distal (la punta) de la sonda adosado al pezón de la madre
11. Fijar con cinta adhesiva lo más cerca al pezón para sujetar la sonda al pecho de la madre.
12. Colocar el extremo distal (o la base de la sonda) en el recipiente que contiene leche materna o formula, a través de la cual pasa el contenido del recipiente, ingresando a la boca del bebe.
13. Estimular las comisuras del bebe con la punta del pezón para que abra la boca e introducir el pezón adosado el extremo de la sonda de alimentación para el agarre y buena succión.
14. Regule el flujo de la leche de la sonda cuando succiona él bebe acodando o doblando la sonda, de manera que él bebe no termine de alimentarse rápido.
15. Controlar el flujo de manera que él bebe succione cerca de 30 minutos en cada toma si esto es posible (al elevar el recipiente que contiene leche fluye más rápido al bajarla el flujo de la leche es más lento).
16. Ubique el recipiente que contiene leche materna o formula entre las mamas sostenido por el brasier de la madre.
17. Observar la disminución del volumen de la leche en el recipiente, asegurándose el éxito del procedimiento.
18. Retirar la sonda de alimentación y el recipiente, al término del procedimiento, lavarlo y entregarle a la madre el equipo.
19. Explicar a la madre sobre la limpieza y conservación del equipo: Lavar con agua y jabón y enjuagar con abundante agua la sonda de alimentación y el recipiente cada vez que la sonda lo use, con una jeringa lavar el interno de la sonda de alimentación.
20. Termine el proceso pasando los artículos por agua caliente deje secar al aire a gravedad
21. Dejar el equipo en un táper limpio hasta nuevo uso
22. Entregar a la madre por escrito la cita próxima para su evaluación.
23. Realizar registro de enfermería



IX.- COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA
Riesgo de Caídas.	Colocar a la madre y al Niño/a en posición cómoda. No forzar la relactación al bebe en estado irritable, espere que se tranquilice. Vigilar en forma permanente al bebe durante el procedimiento.

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GRUPO DE TRABAJO INTERNACIONAL Voluntario de Expertos en Lactancia Materna TASK FORCE: Paso 10 Emergencia COVID-19, Primera EDICION: Lima Perú marzo 2020.
2. RELACTACION Revisión de la Experiencia y Recomendaciones para la práctica. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente. Organización Mundial de la Salud Ginebra 1998.
3. TREAT ME KINDLY – Método de Relactación para Recuperar Lactancia Materna. Abril 2018 <https://treatmekindly.com/relactacion>.
4. NEWMAN, JACK – Como Empezar Bien la Lactancia Materna. 1995 – 2005 Drjacknewman.com

XI.- ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES IMPORTANTES QUE VAN A INFLUIR EN LA RECUPERACION DE LACTANCIA MATERNA

- El grado de voluntad y motivación de la madre.
- La estimulación del pezón.
- La edad de la criatura.
- La cantidad de tiempo que ha pasado desde que dejó de mamar.
- La experiencia previa a la suspensión de la lactancia.
- Se puede tardar entre una a 3 semanas en recuperar la lactancia materna en función de estos factores y sobre todo el tiempo que ha pasado desde que se suspendió. A menor tiempo transcurrido, recuperación más rápido de la lactancia materna.

Fuente: Treat Me Kindly – Método de Relactación para Recuperar Lactancia Materna.

ANEXO 2



ASPECTOS TÉCNICOS

- La finalidad del proceso de relactación, es alimentar al lactante, al tiempo que recuperamos la succión directa y estimulamos la producción materna de leche. Es por esto, que en los casos en los que aun la madre no logra producir suficiente leche, para cubrir parcial o totalmente los requerimientos nutricionales; se debe administrar al niño leche humana o un sucedáneo (atendiendo las indicaciones de preparación de fabricante y bioseguridad estándar), según disponibilidad de su entorno.
- La cantidad de suplemento se calculará según los requerimientos del niño. Calcular el volumen del suplemento (leche materna o sucedáneo) por kilo de peso, dividido en ocho (8) o más tomas para 24 horas. Al ir logrando incrementar la producción de la leche materna, el volumen del suplemento se reducirá gradualmente.

Fuente: Guía de Lactancia en Emergencia COVID-19/ TASK FORCE: PASO 10

