



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 27 de junio de 2018

**VISTO:** El Expediente Nº 15589-2018 con el Informe Nº 1575-2018-DE-HCH, remitido por la Jefa del Departamento de Enfermería, respecto a la Aprobación de la "Guía de Intervención de Enfermería en Prevención de Riesgo de Aspiración en Pacientes Adultos del Hospital Cayetano Heredia", y;

**CONSIDERANDO:**

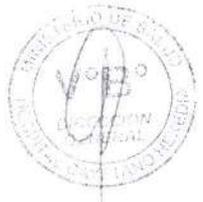
Que, mediante los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud. Asimismo, señala que las Guías Técnicas son Documentos Normativos del Ministerio de Salud, con los que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objeto de un proceso y al desarrollo de una buena práctica. Las mismas que pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario; cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC);

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 127-2008-SA-HCH/DG, del 12.05.2008, se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 001-HCH/OGC.V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos 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 recursos en el Hospital Cayetano Heredia;



Que, el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, establece que es una de las funciones generales de este Nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, resulta necesaria la aprobación de la Guía de Intervención de Enfermería en Prevención de Riesgo de Aspiración en Pacientes Adultos del Hospital Cayetano Heredia; teniendo como objetivos: 1) Estandarizar cuidados de enfermería en pacientes con riesgo de aspiración que permanecen hospitalizados; 2) Unificar criterios técnicos asistenciales en la intervención de enfermería en paciente con riesgo de aspiración; 3) Identificar los riesgos potenciales en los pacientes, brindando la atención oportuna para la prevención de complicaciones,

Estando a lo solicitado, por la Jefa del Departamento de Enfermería, lo recomendado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 527-2018-OAJ/HCH;

Con visación de la Jefa del Departamento de Enfermería, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** la "Guía de Intervención de Enfermería en Prevención de Riesgo de Aspiración en Pacientes Adultos del Hospital Cayetano Heredia"; la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas correspondientes para el cumplimiento de la Guía aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo 3°.- DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

- ( ) ACPR/BIC/ACV
- DISTRIBUCIÓN:
- ( ) DG
- ( ) DE
- ( ) OGC
- ( ) OAJ
- ( ) OCOM

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.P. 23579 R.M.F. 9894

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

28 JUN. 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE  
ASISTENTE ADMINISTRATIVO  
FEDATARIO TITULAR



## GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PREVENCION DE RIESGO DE ASPIRACION EN PACIENTES ADULTOS

### I. ASPECTO GENERALES

Es el riesgo de entrada de secreciones gastrointestinales, secreciones oro faríngeas, sólidos o fluidos en las vías traqueo bronquiales, que puede comprometer la salud<sup>1</sup>.

Factores de riesgo evidenciado son:

- a. **Disfagia:** Es un síntoma que denota la dificultad o di confort para transferir el bolo alimentario desde la boca al estómago. Desde un punto de vista anatómico la disfagia puede deberse a disfunciones orofaríngea o esofágicas y desde un punto de vista fisiopatológico a causas estructurales o funcionales<sup>2</sup>. La disfagia orofaríngea (DOF) es la incapacidad para deglutir el alimento provocada por alteraciones en uno o más de los procesos de la deglución<sup>3</sup>.
- b. **Desórdenes neurológicos:** Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares tales como los accidentes cerebrovasculares, la migraña y otras cefalalgias, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, las infecciones neurológicas, los tumores cerebrales, las afecciones traumáticas del sistema nervioso tales como los traumatismos craneoencefálicos, y los trastornos neurológicos causado por la desnutrición<sup>4</sup>.
- c. **Uso de tubos gatrointestinales:** Dispositivo médico que se utiliza para proporcionar nutrición a pacientes que no pueden alimentarse por vía oral, son incapaces de tragar con seguridad o que necesitan suplementos nutricionales.
- d. **Movilidad corporal disminuida:** Limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades.
- e. **Reflejo de vomito disminuido o ausente:** es la ausencia del estímulo del vomito.
- f. **Cabecera de cama baja<sup>5</sup>:** una postura de la cama, que mantiene la parte superior por debajo de la plataforma.





## II. POBLACION OBJETIVO

Todo paciente hospitalizado con riesgo aspiración en el Hospital Cayetano Heredia.

## III. OBJETIVOS

- Estandarizar cuidados de enfermería en pacientes con riesgo de aspiración que permanecen hospitalizados.
- Unificar criterios técnicos asistenciales en la intervención de enfermería en paciente con riesgo de aspiración.
- Identificar los riesgos potenciales en los pacientes, brindado la atención oportuna para la prevención de complicaciones.

## IV. PERSONA RESPONSABLE

- Licenciada (o) en Enfermería.





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>Código: 00039</p> <p><b>RIESGO DE ASPIRACIÓN</b></p> <p>R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la deglución.</li> <li>• Retraso del vaciado gástrico.</li> <li>• Aumento del volumen gástrico residual</li> <li>• Aumento de la presión intragástrica</li> </ul>	<p><b>Código (1918)</b> Prevención de la aspiración.</p> <p><b>Código (1010)</b> Estado de deglución.</p>	<p><b>(3200)</b> <b>Precauciones para evitar la aspiración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplique ficha de valoración de pacientes con riesgo de aspiración. (Anexo 01).</li> <li>• Alimento en pequeñas cantidades.</li> <li>• Mantenga elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos. (Anexo 02)</li> <li>• Mantenga equipos de aspiración disponibles.</li> <li>• Mantenga vías aéreas permeables.</li> </ul> <p><b>(1860)Terapia de deglución</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude al paciente a sentarse en una posición semi-Fowler (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio. Ayude al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución y masticación. (barbilla metida). (Anexo 03)</li> <li>• Evite el uso de cañitas para beber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonía aspirativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico especialista</li> <li>• Medico incentivita</li> </ul>	<p>II-III- IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(191801)</b> Identifica factores de riesgo</li> <li>• <b>(191804)</b> Selecciona comidas según su capacidad deglutoria</li> <li>• <b>(191810)</b> Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer</li> <li>• <b>(101014)</b> No presento reflujo gástrico</li> <li>• <b>(101017)</b> No presento Incomodidad</li> </ul>





<p>R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubación nasal / oral (ejemplo: traqueal, endotraqueal)</li> <li>• Alimentación Enteral</li> </ul>	<p><b>Código (040301)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado respiratorio ventilación.</li> <li>• Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude a mantener una posición sentada durante 30 minutos.</li> <li>• Enseñe al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.</li> <li>• Enseñe al paciente no hablar mientras come, según corresponda.</li> <li>• Observe si hay signos y síntomas de aspiración.</li> <li>• Vigile los movimientos de la masticación del paciente mientras come.</li> <li>• Observe el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.</li> <li>• Controle si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.</li> </ul> <p><b>(3140)</b> <b>Manejo de las vías aéreas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausculte sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Coloque al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea máximo posible. (Anexo 04)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoxemia</li> <li>• Neumonía aspirativa</li> <li>• Atelectasia</li> </ul>		<p>en la deglución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(040301)</b> Frecuencia respiratorio: - Recién nacido 30-60 minutos - Niños 24-30 minutos - Adultos 12-20 minutos</li> </ul>
--	--	--	---	--	--



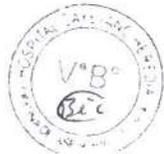


	<p><b>Código 0415</b> • Estado respiratorio</p> <p><b>Código 0402</b> • Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimine las secreciones fomentando la tos o la succión, si procede.</li> <li>• Realice la aspiración endotraqueal o naso traqueal, si procede.</li> <li>• Vigile el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul> <p><b>(3160)</b> <b>Aspiración de las vías aéreas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe al paciente y a la familia sobre el procedimiento de aspiración.</li> <li>• Ajuste la duración de la aspiración a la necesidad de extraer secreciones y a la respuesta del paciente.</li> <li>• Ausculte los sonidos respiratorios antes y después del procedimiento.</li> <li>• Evalúe la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.</li> <li>• Dispone precauciones estándar; guantes, gafas y máscaras, si es el caso. Utilice equipos de protección. (Anexo 05)</li> <li>• Observe el estado de oxigenación del paciente (niveles de saO2) y estado hemodinámica, (ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la aspiración.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(040302)</b> Ritmo respiratorio (movimientos inspiratorio y espiratorio)</li> <li>• <b>(041532)</b> Vías aéreas permeables</li> <li>• <b>(041508)</b> Saturación de oxígeno</li> <li>• <b>(040208)</b> Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>)</li> <li>• <b>(040214)</b> Equilibrio entre ventilación y perfusión</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	---





		<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilice equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal u endotraqueal, oro y nasofaríngea.</li></ul> <p><b>(1056)</b> <b>Alimentación enteral por sonda</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compruebe si la SNG se encuentra en el estómago, verifique si hay residuos gástricos.</li><li>• Verifique el marcado de la SNG en el punto de salida para mantener la colocación correcta. Antes de alimentar al paciente.</li><li>• Eleve la cabecera de la cama de 30° a 45° antes, durante y después la alimentación.</li><li>• Espere al finalizar la alimentación, 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.</li><li>• Realice la alimentación 1 hora antes previo a un traslado o de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.</li><li>• Irrigue la sonda cada 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.</li><li>• Observe si hay sensación de náuseas y vómitos.</li></ul>				
--	--	---	--	--	--	--





	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compruebe antes de cada alimentación intermitente, si hay residuos.</li><li>• Controle la ingesta / excreción de líquidos. (balance hídrico)</li><li>• Alimento en pequeñas cantidades.</li><li>• Alimento al paciente por SNG, a gravedad, no esforzar el flujo.</li><li>• Mantenga equipos de aspiración disponibles.</li></ul> <p><b>(0840) Cambio de posición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vigile el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li><li>• Coloque en posición de alimentación corporal correcta.</li><li>• Coloque en una posición que facilite la ventilación. Eleve el cabecero de la cama, si resulta indicado.</li></ul>				
--	---	--	--	--	--





<p>R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente post quirúrgico inmediato</li> <li>• Tipo de cirugía: esófago, abdominal alta</li> <li>• Cirugía maxilofacial</li> <li>• Traumatismo de cuello</li> </ul>	<p><b>Código ( 2305)</b> Recuperación Quirúrgica: Postoperatorio Inmediato.</p> <p><b>Código ( 1618)</b> Control de náuseas y vómitos</p> <p><b>Código (1918)</b> Prevención de la aspiración</p>	<p><b>(2870)</b> <b>Cuidados post anestesia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener el reporte de la enfermera de quirófano.</li> <li>• Evalúe al paciente postoperatoria tras la anestesia general, Escala Glasgow (Anexo 06), Escala Ramsay (Anexo 07) y Aldrete (Anexo 08).</li> <li>• Eleve la cabecera en una Angulo de 30°, cuidando su zona cervical</li> <li>• Vigile y registre los signos vitales y saturación de oxígeno.</li> <li>• Valore el estado neurológico con escala de Glasgow.</li> <li>• Administre oxígeno, según corresponda.</li> <li>• Controle la calidad y número de respiraciones</li> <li>• Realice la valoración del dolor con la escala de EVA. (Anexo 09)</li> <li>• Observe si hay sensación de náuseas y vómitos.</li> <li>• Administre antieméticos, según la prescripción.</li> <li>• Administre medidas de calor (mantas calientes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia respiratoria aguda.</li> <li>• Atelectasia</li> </ul>	<p>III - IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(230517)</b> Ningún reflejo nauseoso</li> <li>• <b>(230501)</b> Vías aéreas permeables</li> <li>• <b>(230513)</b> Nivel de conciencia</li> <li>• <b>(161812)</b> Informa de nauseas, esfuerzo para vomitar y vómitos controlados</li> <li>• <b>(161811)</b> Informa de síntomas no controlados al profesional de</li> </ul>
--	---	--	--	-----------------	---



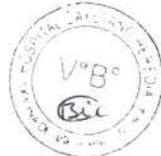


<p>R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del nivel de conciencia.</li> <li>• Disminución del reflejo nauseoso</li> <li>• Régimen terapéutico</li> <li>• Barreras para la elevación de la parte superior del cuerpo.</li> </ul>	<p><b>Código (1902)</b> Control de Riesgo</p> <p><b>Código (0909)</b> Estado Neurológico</p>	<p><b>(6680) Monitorización de los signos vitales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</li> <li>• Identificar las causas posibles de los cambios en los signos.</li> </ul> <p><b>(6610) Identificación de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revise los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnóstico Médico y de cuidados actuales y anteriores.</li> <li>• Identifique los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.</li> <li>• Comente y planifique las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.</li> </ul> <p><b>(6650) Vigilancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine los riesgos de salud del paciente, según corresponda.</li> </ul>				<p>asistencia sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(191801)</b> Identifica factores de riesgo.</li> <li>• <b>(190220)</b> Identifica factores de riesgo.</li> <li>• <b>(190215)</b> Utiliza los recursos comunitarios para reducir el riesgo.</li> <li>• <b>(090901)</b> Conciencia</li> <li>• <b>(090911)</b> Patrón respiratorio</li> </ul>
---	---	---	--	--	--	--



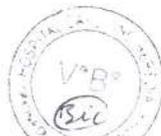


<p><b>Dominio 11: Seguridad/Protección.</b></p> <p><b>Clase 02: Lesión física</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta in mediata.</li> <li>• Vigile estado neurológico.</li> <li>• Vigile la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.</li> </ul> <p><b>(2620)</b> <b>Monitorización neurológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigile el nivel de conciencia.</li> <li>• Compruebe el reflejo tusígeno y de náusea.</li> <li>• Vigile las tendencias de la escala de Glasgow.</li> <li>• Monitoree los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiración.</li> </ul> <p><b>(2301)</b> <b>Administración de medicación: enteral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir los 11 correctos en la administración de los medicamentos. (Anexo 10)</li> <li>• Determine, cualquier contraindicación del paciente para recibir medicación oral a través de la sonda (ejemplo, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente).</li> </ul>				
---	--	---	--	--	--	--





		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepare la medicación (ejemplo triturada o mezcla con líquidos, según corresponda).</li> <li>• Compruebe la colocación e la sonda mediante la aspiración del contenido gastrointestinal.</li> <li>• Coloque al paciente en posición de fowler alta, si no está contraindicada.</li> <li>• Administre la medicación permitiendo que fluya libremente desde el cilindro de la jeringa, utilizando el embolo solo cuando sea necesario para facilitar el flujo.</li> <li>• Lave el tubo con 30 ml de agua.</li> <li>• Documente la administración de medicación y la sensibilidad del paciente en el kardex y evaluación de enfermería.</li> </ul> <p><b>(2304)</b> <b>Administración de medicación: oral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación oral (ejemplo dificultades para deglución, nauseas, vómitos, inflamación intestinal, disminución del nivel de conciencia, peristaltismo reducido).</li> <li>• Ayude al paciente con la ingestión de los medicamentos, si lo precisa.</li> </ul>				
--	--	--	--	--	--	--

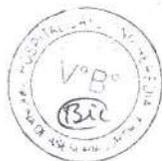




		<ul style="list-style-type: none"><li>• Observe una posible aspiración por parte del paciente.</li></ul>				
--	--	--	--	--	--	--

### BIBLIOGRAFIA

1. Heathet Herman T, Shigema Kamitsuru. NANDA International - NURSING DIAGNOSIS: Definicoones y Clasificaciones. Barcelona -España: ELSERVIER; 2015-2017.
2. Carrillo Prieto E, et al. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados, vol.27 no.4 Barcelona dic; scielo 2016.
3. Ítalo Braghetta M, et al. Cirugía mínimamente invasiva en la patología esofágica tumoral, Rev. Chile Cir vol.67 N°.1 Santiago, scielo; feb. 2015.
4. Vaquero Sosa E, et al. Disfagia orofaríngea, un trastorno infravalorado en pediatría, Rev. Española Enfermería diagnóstico. vol.107 N°.2 Madrid feb. 2015
5. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
6. Moorhead J, Swanson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

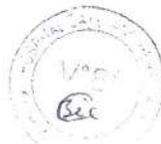




ANEXO 01

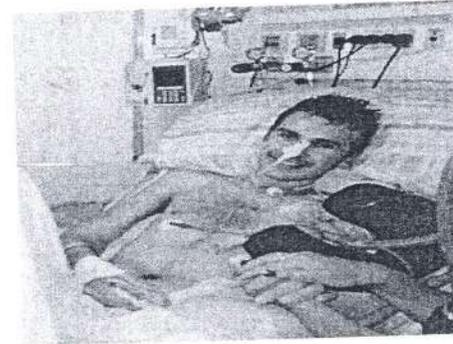
FICHA DE VALORACION DE PACIENTES CON RIESGO DE ASPIRACION		
FECHA DE LA APLICACION:	FECHA DE INGRESO:	DIAS HOSPITALIZADOS:
LUGAR DE PROCEDENCIA:		
CRITERIOS DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
DISMINUCION DE NIVEL DE CONCIENCIA	SI	1
	NO	0
TIPO DE CIRUGIA	CIRUGIA DE URGENCIA	1
	CIRUGIA:ESOFAGO,ABDOMINAL ALTA	1
	CIRUGIA O TRAUMATISMO FACIAL,ORAL O DE CUELLO	0
	NINGUNO	1
	ENFERMERDADES MEUROMUSCULARES	1
DEFICIT NEUROMUSCULAR	DEPRESION DE LOS REFLEJOS NAUSEOSOS Y TUSIGENO	1
	DETERIORO DE LA DEGLUCION	0
	NINGUNO	1
	AUMENTO DE LA PRESION INTRAGASTRICA	1
DETERIORO DE LA FUNCION DIGESTIVA	RETRASO DEL VACIADO GASTRICO	0
	NINGUNO	1
	SITUACIONES QUE IMPIDEN LA ELEVACION DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO	1
POSICION	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	0
	NORMAL	1
	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
	ANTICOLINERGICOS	1
MEDICAMENTOS	ANTIPARKINSONIANOS, ANTIDREPESIVOS, OTROS	0
	NINGUNO	1
	PRESENCIA DE TUBO DE TRAQUEOTOMIA O ENDOTRAQUEAL	1
MECANISMO INVASIVO	PRESENCIA DE SONDA GASTRICA	0
	NINGUNO	1
	ALIMENTACION PORSONDA NASO GASTRICA	1
ALIMENTACION	ALIMENTACION POR BOCA	0
	NPO	1
	OTRAS PATOLOGIAS	
TOTAL PUNTAJE		
APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD:	
	SEXO: M F	
SERVICIO:	HCL:	
	N° DE CAMA:	

Fuente: Ficha Realizada en el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia -2017





### ANEXO 02 ELEVADO EL CABECERO DE LA CAMA



Mantenga elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos.

### ANEXO 03 TERAPIA DE DEGLUCIÓN



Una Posición Erguida Angulo 90°

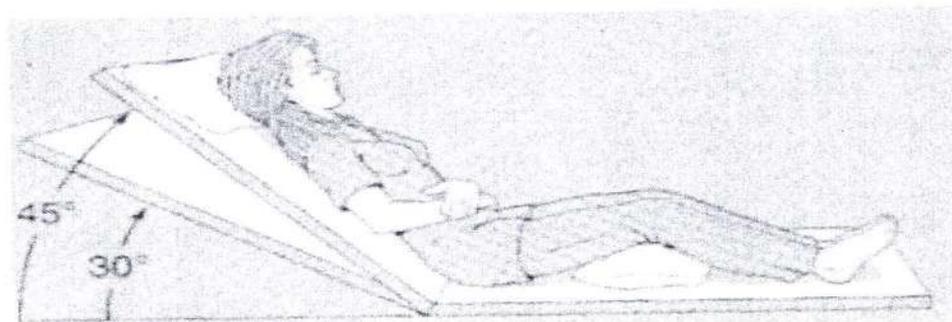


Barbilla Metida



ANEXO 04

POSICIÓN QUE PERMITA UNA MEJOR VENTILACIÓN

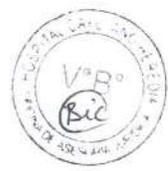




**ANEXO 05  
MEDIDAS PREVENTIVAS  
EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE SALUD**

EQUIPO DE PROTECCION	DEFINICIÓN	USO
<b>GUANTES</b> 	Evita o disminuye tanto el riesgo de contaminación del paciente con los microorganismos de la piel del operador, como de la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del operador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la presencia de sangre y otros fluidos corporales considerados de precaución universal.</li> <li>• Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.</li> <li>• Utilizar guantes estériles en las siguientes situaciones: colocación de vía endovenosa, extracción de sangre, procedimiento invasivo, control y atención del parto, traqueotomía, endoscopia y broncoscopia, aspiración de tubo endotraqueal, colocación de sonda nasogástrica, tacto vaginal.</li> <li>• Utilizar guantes no estériles en las siguientes situaciones: higiene y comodidad del paciente, aspiración oral, nasal, limpieza de sangre u otros fluidos del cuerpo, descontaminación y limpieza de instrumental, limpieza de ambientes y mobiliario, tacto rectal, manejo de desechos contaminados.</li> </ul>
<b>BATAS O MANDIL</b> 	Vestimenta de protección corporal para la exposición a secreciones, fluidos, tejidos o material contaminado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mandil común se utilizará durante la atención directa al paciente.</li> <li>• El mandil limpio se utilizará para la higiene y comodidad del paciente, curación de heridas, actividad de laboratorio, limpieza de la unidad del paciente.</li> <li>• La bata estéril se utilizará durante los procedimientos quirúrgicos, en sala de operaciones, partos, UCI, neonatología.</li> <li>• El mandil impermeable se utilizará en la sala de partos.</li> <li>• Los delantales protectores se utilizarán en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal: drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades.</li> </ul>
<b>MASCARILLA Y RESPIRADORES</b> 	Ofrecen protección, para evitar que la mucosa de la nariz y de la boca queden expuestas o salpicaduras con fluidos corporales del paciente.	<p><u>Mascarilla</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mascarilla medicas brindan protección contra partículas de gotas (&gt;5µ).</li> <li>• Se usan cuando se brinde una atención de rutina a pacientes con enfermedades que emitan micro gotas, por ejemplo gripe, influenza.</li> <li>• Debe colocársele también a los pacientes con estas.</li> </ul> <p><u>Respirador</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los respiradores (N95) brindan protección contra aerosoles finos que quedan suspendidos en el aire.</li> <li>• Se usan cuando se brinde atención a pacientes que emitan aerosoles ejemplo: TBC o sarampión.</li> <li>• Además cuando se realicen procedimientos como: aspirados, intubaciones, broncoscopia, etc.</li> </ul>
<b>PROTECCION PPARA OJOS (GAFAS)</b>	Proporciona una barrera de protección para los ojos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizarán en procedimientos invasivos que impliquen riesgos de salpicaduras (punción arterial, aspiraciones, intubación, etc.).</li> </ul>

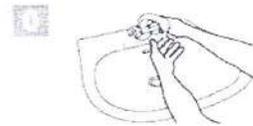
FUENTE: MINSA – DGSP /Protocolo Interino para la colocación y retiro de equipos de protección personal. Lima 2014. Sistema de gestión de la Calidad, Manual de bioseguridad, NT NO, 015-MINSA/DSGP-V.01



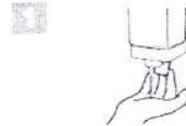
ANEXO 05

# ¿Cómo lavarse las manos?

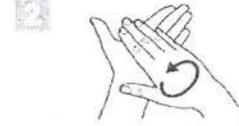
1 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



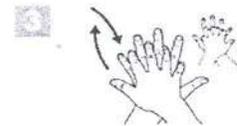
Mójese las manos con agua.



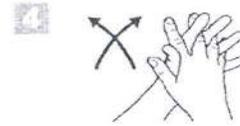
Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



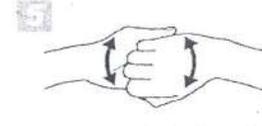
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



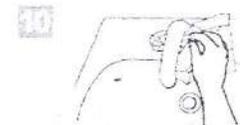
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



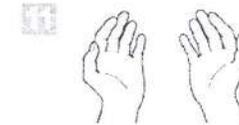
Enjuague las manos con agua.



Séquese con una toalla desechable.



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.





**ANEXO 06**  
**MEDICIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS**  
**(ESCALA DE COMA GLASGOW)**

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

RESPUESTA OCULAR (apertura de ojos)		
Respuesta	Descripción	Valor
Espontánea	Abre los ojos espontáneamente	4 puntos
Al hablarte	Hay apertura al estímulo verbal, no necesariamente por la orden "abra los ojos", puede tratarse de cualquier frase.	3 puntos
Al dolor	No abre los ojos con los estímulos anteriores, abre los ojos con estímulos dolorosos	2 puntos
Ninguna	No abre los ojos ante ningún estímulo	1 puntos
RESPUESTA VERBAL		
Orientada	En tiempo, lugar y persona.	5 puntos
Confusa	Puede estar desorientado en tiempo, lugar o persona (o en todas), tiene capacidad de mantener una conservación, sin embargo no proporciona respuestas precisas.	4 puntos
Palabras inapropiadas	Usa palabras que tienen poco o ningún sentido, las palabras pueden decirse gritando, esporádicamente o murmurando.	3 puntos
Sonidos Incomprensibles	Hace sonidos ininteligibles (quejidos o gemidos).	2 puntos
Ninguna	No emite sonidos ni habla.	1 puntos
RESPUESTA MOTORA		
Obedece ordenes	Sigue ordenes, inclusive si hay debilidad	6 puntos
Localiza el dolor	Se intenta localizar o eliminar los estímulos dolorosos	5 puntos
De retirada al dolor	Se aleja de estímulos doloroso o puede flexionar el abrazo hacia la fuente de dolor, pero en realidad no localizar o eliminar la fuente de dolor	4 puntos
Flexionar anormal	Flexionar anormal y aducción de los brazos, además de extensión de miembros pélvicos con flexionar plantar (posición de decorticación)	3 puntos
Extensión anormal	Aducción y rotación interna de las extremidades superiores e inferiores (descerebración)	2 puntos
Ninguna	No hay respuesta, incluso con estímulos dolorosos	1 puntos

PUNTUACION	15 NORMAL
	< 9 GRAVEDAD
	3 COMA PROFUNDO

Fuente: J.E. Muñana-Rodríguez y A. Ramírez-Eliás, Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado, Enfermería Universitaria-2014





### ANEXO 07

#### RAMSAY (Paciente ansioso y agitado)

Resulta eficaz tanto para medir el nivel de reactividad y somnolencia en pacientes críticos sedados, como para la evaluación postoperatoria tras la anestesia general. Aunque en los momentos en los que aumente la estimulación del enfermo, como durante la aspiración traqueal.

NIVEL	HALLAZGOS
1	Ansioso y/o agitado.
2	Cooperador, orientado y tranquilo.
3	Responde a la llamada.
4	Dormido, con rápida respuesta a la luz o al sonido.
5	Respuesta lenta a la luz o al sonido.
6	No hay respuesta

Fuente: Ramsay M, Savage T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974;2 (920)





ANEXO 08  
ESCALA DE ALDRETE

Escala heteroadministrada que consta de 5 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 10. El punto de corte se sitúa en 9, donde igual o mayor a esta puntuación sugiere una adecuada recuperación tras la anestesia.

CATEGORIA	ITEMS	PUNTOS
ACTIVIDAD MOTORA	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
RESPIRACIÓN	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente.	2
	Disnea o respiración limitada	1
CIRCULACIÓN	Sin respuesta	0
	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico.	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
CONSCIENCIA	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
COLOR	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...	Alta
Puntuación								

Fuente: Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth. 1995;7:89-91.



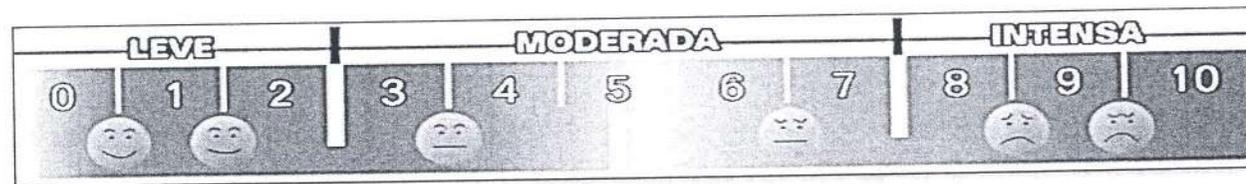
### ANEXO 09

## ESCALA DE VALORACION ANALOGICA (EVA)

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

La valoración será:

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



Fuente: "Escala de valoración del dolor" R. Montero Ibáñez y A. Manzanares Briega Centro de Salud Villa de Vallecas. Madrid, Madrid, España.





**ANEXO 10**  
**PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SE DEVEN CUMPLIR:**

1	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo.</li> <li>- Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.</li> <li>- Comprobar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento.</li> <li>- Si existe alguna duda, no administrar y consultar.</li> <li>- Se desechara cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.</li> </ul>
2	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la identificación del paciente.</li> </ul>
3	<b>ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.</li> </ul>
4	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VIA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar que la vía de administración es la correcta.</li> <li>- Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar</li> </ul>
5	<b>ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, cambios de color, etc.</li> <li>- Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.</li> </ul>
6	<b>REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede</li> </ul>
7	<b>INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO</b>	
8	<b>COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO</b>	
9	<b>INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>	
10	<b>ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO</b>	
11	<b>DEBEMOS TENER EN CUENTA</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo Preparo</li> <li>- Yo Administro</li> <li>- Yo Registro</li> <li>- Yo Respondo</li> </ul>

Fuente: Guía de administración segura d medicamentos- Hospital universitario Reina Sofia Córdoba/unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería/ división de enfermería

<http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.pe/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html>

