RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 098 -2020-DG-HRGDVA

Abancay, 17 ABR. 2020

VISTO:

El Oficio N° 023-2020-JDE-HRGDV-ABANCAY de fecha 17 de marzo de 2020, emitido por la Jefe del Departamento de Enfermería, el mismo que contiene las Guías de Intervención en Enfermería del Hospital Regional "Guillermo Díaz De la Vega" de Abancay, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 — Ley General de Salud, establece que la protección de la Salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, la atención en salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médicos científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer al acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de recursos, por lo que los profesionales de enfermería como parte del equipo de Salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2005-MINSA se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que las Guías Técnicas, constituyen documentos con los cuales se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades; consolidando con ello las metodológicas, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo a cumplir el objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica asistencial;

Que, mediante el documento del visto, la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Regional "Guillermo Díaz De la Vega", remite las Guías de Intervención de Enfermería del año 2019, las mismas que cuentan con el visto bueno de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Servicio de Medicina por lo que corresponde proseguir con el trámite respectivo para su aprobación mediante acto resolutivo, luego de haber efectuado la revisión correspondiente;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional "Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay, aprobado por Ordenanza Regional N° 030-2012-GR.APURIMAC/CR; Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo

"Año de la Universalización de la Salud"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 098 -2020-DG-HRGDVA

Abancay, 17 ABR. 2020

Nº 004-2019-JUS, Decreto Legislativo Nº 276 - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 005-90-PCM, y la Resolución Directoral Nº 427-2019-DG-DIRESA-AP

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR las "Guías de Intervención en enfermería" del Departamento de enfermería del Hospital Regional "Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay, las cuales son en total un número de nueve (09) guías que forman parte integrante de la presente Resolución que contiene:

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de neonatología"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de cirugía"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes traumatológicos"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de medicina"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de Pediatría"

"Guía de Intervenciones de enfermería en atención de Ginecología"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de UCI General"

"Guía de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de Emergencia General"

"Guías de Intervenciones de enfermería en pacientes del servicio de Sala de Operaciones y Recuperación Post Anestésica"

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR el cumplimiento de la presente resolución a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Regional "Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay, será el responsable de la difusión, Implementación, ejecución, monitoreo y supervisión de las Guías de Intervención en Enfermería;

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

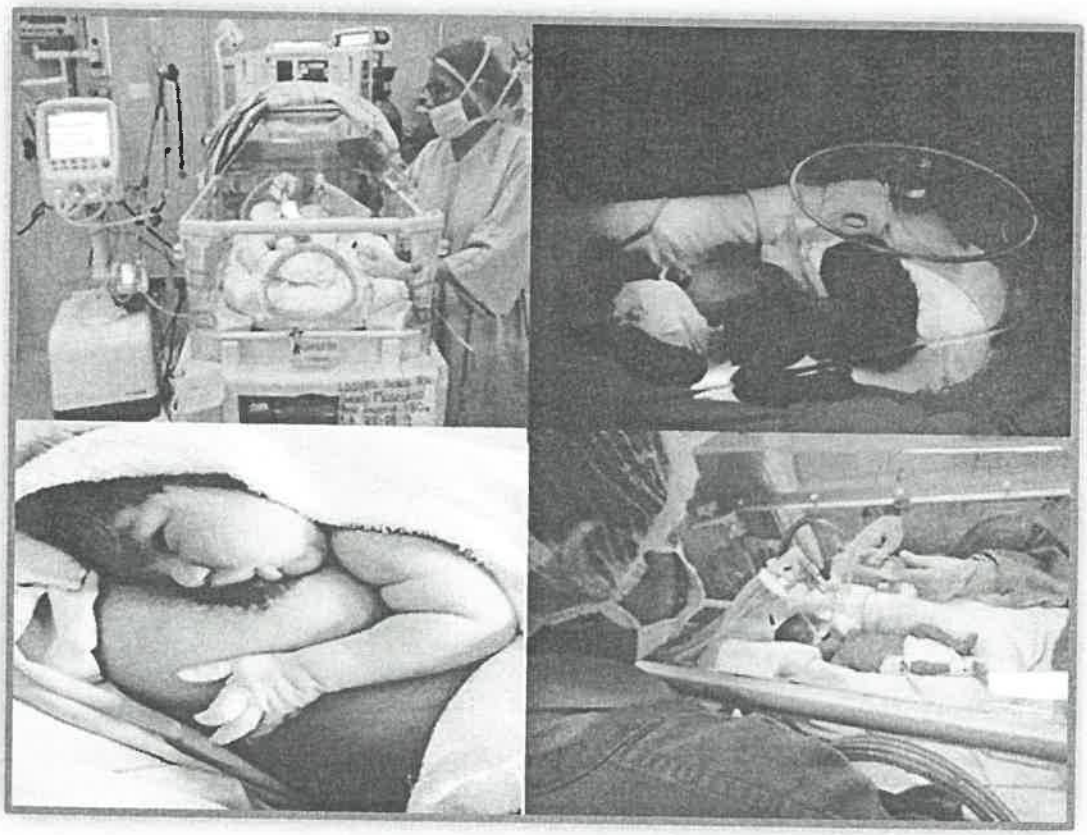
Cc:
Archivo
Dir. Asesoría Legal
Dir. Administración

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
M.C. Arnold Pedraza Ruiz
DIRECTOR GENERAL
CMP. 30320 RNE. 29259

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
- Unidad de Atención Inmediata del Recién Nacido y Atención del Recién Nacido en Alojamiento Conjunto.



GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

JUNIO – 2019

EQUIPO TECNICO

- Lic. Enf. Mery Guillen Ramos

Jefa de Enfermeras del Servicio de Neonatología: UCI Neonatal, UCIN, AIRN-AC

Enfermera Asistencial Especialista en Pediatría

- Lic. Enf. Alberta Zegarra Mayhuire

Enfermera Asistencial Especialista en Pediatría con mención en Neonatologia

Responsable del Área de Atención Inmediata del Recién Nacido-Alojamiento Conjunto.

- Lic. Enf. Justina Loiza Rojas

Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Analy Sheyla Rio Barrientos

Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Vivian Bazan Flores

Enfermera Asistencial Egresada de la Especialidad de Neonatología

- Lic. Enf. Yessenia Vega Huarhua

Enfermera Asistencial Especialista en Pediatría

- Enf. Nancy Villarroel Huillca

Enfermera Asistencial Especialista en Neonatología

- Lic. Enf .Luzmila Garay Honor

Enfermera Asistencial Especialista en Neonatología

- Lic. Enf. Sonia Mariluz Peña Márquez

Enfermera Asistencial Especialista en Pediatría

- Lic. Enf. Jessica Soto Rayme

Enfermera Asistencial Especialista en Neonatologia

- Lic. Enf. Doris Ortiz Huamán

Enfermera Asistencial con Diplomado en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Katy Utani Quispe

Enfermera Asistencial en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Ana María Hurtado Palomino

Enfermera Asistencial Especialista en Neonatología

- Lic. Enf. Nanny Cucchi Apaza

Enfermera Especialista en Neonatología

- Lic. Enf. Jacqueline Carrión Umeres

Enfermera Asistencial en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Delicia Contreras Salas

Enfermera Asistencial Especialista en Pediatría

- Lic. Enf. Rosa Aguilar Sequeiros

Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Yuvana Palomino Gonzales

Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos Neonatal

- Lic. Enf. Yovana Soria Tapia

Enfermera Asistencial Egresada de la Especialidad de Neonatología

- Lic. Enf. Hilda Pérez Espinoza

Enfermera Asistencial

- Lic. Enf. Victoria Julia Peralta Huamán

Enfermera Especialista en Neonatología

- Lic. Enf. Ricardina Montes Chávez

Enfermera Especialista en Neonatología

INDICE

1.Guía de Intervención de Enfermería en Prematuro..... .6

2. Guía de Intervención de Enfermería en Enterocolitis Necrotizante (NEC).....20

3.Guía de Intervención de Enfermería en Hipoglicemia..... 27

4.-Guía de Intervención de Enfermería en Síndrome de Distrés respiratorio..... 33

5. Guía de Intervención de Enfermería en Enfermedad de Membrana Hialina.....40

6. Guía de Intervención de Enfermería en Ictericia Neonatal.....46

7.Guía de Intervención de Enfermería en Sepsis Neonatal..... 51

8. Guía de Intervención de Enfermería en Cardiopatía..... 57

9.Guía de Intervención de Enfermería en Labio Leporino..... 63

10.Guía de Intervención de Enfermería en Asfixia Neonatal..... 70

11. Guía de Intervención de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido, Normal y Atención Inmediata del Recién Nacido Complicaciones..... 75

- ✓ Guía Contacto Piel a Piel.
- ✓ Guía de Extracción de Calostro
- ✓ Guía de Consejería en Lactancia Materna

PRESENTACION

El equipo técnico asistencial de servicio de Neonatología, presenta la Guía de Intervención de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, basadas en evidencias científicas, que permitan al profesional de enfermería actualialicen y/o adquieran nuevos conocimientos destinados hacia un mejor desempeño laboral y un máximo beneficio de los recursos disponibles, bajo la premisa de una calidad de prestaciones de servicio.

Las guías de manejo clínico, constituyen uno de los métodos masivos más eficaces de autoeducación, se espera que la aplicación de estas guías, permita unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar y fundamentalmente de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población Apurimeña.

INTRODUCCION

El servicio de Neonatología en sus diferentes unidades y áreas brinda sus servicios a pacientes críticos complicados que requieren UCI Neonatal, pacientes complicados en la unidad de Cuidados Intermedios, Atención Inmediata del Recién Nacido de parto vaginal y de parto por cesárea, donde se realiza el contacto piel a piel, Tamizaje Neonatal a todo Recién Nacido institucional y referidos con SIS y Consultorio de Lactancia Materna.

La elaboración de esta Guía de Intervención con la participación de todos los profesionales implicados es una herramienta que permitirá al profesional de enfermería mejorar la calidad intervención en la atención de nuestros usuarios y en la organización del servicio, así como brindar al recién nacido una atención en todas sus efereas bio- sico – social.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

FUNDAMENTACIÓN

El cuidado de enfermería es un conjunto de actividades y actitudes humanas orientadas a minimizar riesgos futuros de salud y mejorar la calidad de vida, logrando el bienestar de la población.

Esto implica contar con un instrumento de gestión de cuidado, que nos facilite la aplicación del método científico (PAE) el quehacer cotidiano de Enfermería para lo cual se requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos como soporte teórico.

Dentro de este contexto el servicio de Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal, Atención Inmediata del Recién Nacido – Atención del Recién Nacido en Alojamiento Conjunto es la unidad orgánica encargada de la atención integral a pacientes neonatos comprendidos desde su nacimiento hasta los 28 días de nacido, se tiene la necesidad de contar con un Instrumento técnico como una herramienta eficaz que nos permita la estandarización de criterios, con tendencias a mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

Las Guías de Intervención de Enfermería estánbasadas en las normativas actuales, aplicando la Taxonomía NANDA, Intervenciones NOC, NIC y Evaluación, que en su conjunto constituye el Proceso de Atención de Enfermería y que nos permitirá en una forma sistémica y metodológica alcanzar los estándares de calidad.

La elaboración del presente documento fue realizado por Licenciadas en Enfermería de las unidades y áreas del Servicio de Neonatología.

OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad, con equidad, eficiencia y eficacia en las unidades y áreas de atención del Servicio de Neonatología.
- Aplicar las Guías de Intervención por el personal de Enfermería para brindar una adecuada atención al neonato.
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios de Guías de intervención de Enfermería en base a una secuencia lógica de acuerdo a los problemas reales o potenciales del paciente neonato.

ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en las unidades y áreas del Servicio de Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal, Atención Inmediata del Recién Nacido – Atención del Recién Nacido en Alojamiento Conjunto.

BASE LEGAL

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley Nº 27669 – Capitulo, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la Ley de la Enfermera(o), aprobado por D.S. Nº 004-2002-SA Capítulo II Art. 8, 9, inciso a.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO

CODIGO CIE-10: PO7

DEFINICION

Se denomina recién nacido pre término a aquel nacido con menos de 37 semanas de gestación. Estos recién nacidos presentan sus sistemas y órganos inmaduros, pues la edad gestacional determina la madurez del feto. El diagnóstico de la edad gestacional se hará con el método de Capurro.

La prematuridad se clasifica en:

- Prematuridad Leve. (34 – 36 semanas)
- Prematuridad Moderada (30-33 semanas)
- Prematuridad Extrema (26-29 semanas)
- Prematuridad muy extrema (22-25 semanas)

Factores de riesgo asociados a la prematuridad: enfermedades crónicas, Abortos espontáneos previos, Polihidramnios, gestación múltiple, malformaciones uterinas, Rotura prematura de membrana mayor de 18 horas, desnutrición materna, Infección materna, embarazo múltiple, Intervalo intergenesico corto, hemorragia en el tercer trimestre, edad materna inferior a los 16 años y superior a los 35 años, madres drogadictas, alcoholismo.

Características fisiológicas:

Aparato respiratorio: Los movimientos respiratorios son rápidos, superficiales e irregulares, llamada respiración periódica, caracterizada por breves períodos de apnea..

Aparato digestivo: La capacidad del estómago es muy reducida, existe una descoordinación entre la succión y deglución, retraso del tiempo de vaciado gástrico, digestión incompleta de proteínas y grasas, disminución de la motilidad intestinal. A partir de las 34 semanas existe coordinación entre la succión y deglución.

Sistema nervioso: es poco activo y somnoliento, el tono muscular y los reflejos primarios disminuidos, llanto es débil y la respuesta motora escasa. La barrera hematoencefálica es insuficiente.

Sistema renal: Los riñones y las estructuras urinarias son inmaduras, no concentran bien la orina y déficit en la excreción.

Hígado Presentan un hígado inmaduro, con un déficit en la síntesis de protrombina y proconvertina, unido a un déficit de la vitamina K.

Aparato cardiocirculatorio: Son frecuentes los soplos funcionales y transitorios. Persistencia del conducto arterioso.

Sistema inmunológico: Existe un déficit de IgG, estos anticuerpos son transferidos desde la madre por la placenta en el tercer trimestre de gestación. De la IgM y de la IgA solo hay trazas, La inmunidad inespecífica en el recién nacido es deficiente, la defensa de la barrera, la quimio taxis, la respuesta inflamatoria y la fagocitosis están disminuidas, quizá a causa del déficit de IgM.

Sistema termorregulador: La piel es delgada, lisa y transparente. Presenta disminución de la masa muscular y menor cantidad de grasa parda. El sistema vasomotor es inmaduro.

TEMPERATURAS RECOMENDADAS PARA INCUBADORAS SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO

PESO (Gr)	24 HORAS	PRIMERA SEMANA	2da. – 4ta. SEMANA
500 - 1499	34 a 36°C	33 a 34°C	32 a 34°C
1500 - 2459	33 a 34°C	32 a 33°C	32 a 33°C
2500 o mas	32 a 33°C	31 a 32°C	30 a 31°C

HUMEDAD DE INCUBADORA RECOMENDADA SEGÚN EDAD GESTACIONAL

RN < 28 SG		RN 29 – 31 SG		RN >= 32 SG	
DIAS	HUMEDAD	DIAS	HUMEDAD	DIAS	HUMEDAD
1 - 7	80 % - 85%	1	80%	1	70%
8	76%	2	76%	2	67%
9	72%	3	72%	3	64%
10	68%	4	68%	4	61%
11	65%	5	65%	5	58%
12	62%	6	62%	6	56%
13	59%	7	59%	7	56%
14	56%	8	56%	8	56%

Establecer el **Método Canguro** para el recién nacido prematuro o el de peso menor de 2,000 gr.

CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Control de peso diario, control de talla y perímetro cefálico cada semana durante su hospitalización.

El control pediátrico se realizara de la siguiente manera:

- A las 24 horas de haber salido de alta.
- Cada 72 horas los primeros 15 días.
- Semanalmente hasta salir método canguro.
- Cada 15 días hasta los tres meses de edad.
- Mensualmente hasta el año de edad.
- Cada dos meses hasta los dos años de edad.
- Cada tres meses hasta los tres años de edad.
- Cada seis meses hasta los cinco años de edad.

Control periódico por las siguientes especialidades: Oftalmología, neurología, medicina física y rehabilitación, cardiología y otorrinolaringología.

COMPLICACIONES:

Problemas Inmediatos: Hipotermia., hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperglucemia, enfermedad de membrana hialina, apnea recurrente, taquipnea transitoria, asfixia prenatal, bronco aspiración.

Infecciosos: Sepsis, meningitis.

Neurológicos: hemorragia intracraneana, encefalopatía hipoxia – isquémica, leucomalacia peri ventricular.

Cardiovasculares: hipotensión e hipovolemia, persistencia del ductus arterioso

Hematológico: anemia y hemorragias.

Renales: hiponatremia, incapacidad para manejar excesos de líquidos.

Gastrointestinales: enterocolitis necrotizante (NEC).

Problemas Mediatos: Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral), displacía broncopulmonar, Retinopatía del prematuro (ROP), osteopenia, anemia, lesión del nervio auditivo

El pre término que tiene un peso inferior a 1 500 g tiene un riesgo relativo de morir 11 veces mayor que el de un RN pre término con buen peso, debido a su inmadurez en sus sistemas y órganos, y a las complicaciones. La evolución satisfactoria está muy relacionada con los cuidados de enfermería y lograr que el paciente presente una ganancia de peso 20 a 30 g diarios hasta alcanzar un peso adecuado que le permita adaptarse al medio exterior.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Tec, en Enfermería

OBJETIVOS

- Brindar cuidados de enfermería en forma precoz, oportuna y óptima de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que presenta el prematuro.
- Lograr con la alimentación una adecuada ganancia de peso durante su hospitalización y promover la lactancia materna exclusiva del prematuro.
- Evitar complicaciones e infecciones asociadas a la atención de salud.
- Lograr con los cuidados la adaptación extrauterina del prematuro.

POBLACION OBJETIVO

- Está dirigida a los recién nacidos hospitalizados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Cuidados Intermedios Neonatal, Atención Inmediata del Recién Nacido y Atención del Recién Nacido en Alojamiento Conjunto.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDO PRETERMINO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS DE ENFERMERIA - NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA - NIC	EVALUACION
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés **Clase 3:** Estrés neurocomportamental **00115** Riesgo de conducta desorganizada del lactante R/C Prematuridad/ contención insuficiente en el entorno/procedimientos	**0117** Adaptación del prematuro Indicadores: - Responde a estímulos - Despierto activo - Sueño superficial - Postura flexionada	**6826 Cuidados del lactante prematuro** - Monitorizar los estímulos (luz, ruido, manipulación y procedimientos) en el entorno del lactante y reducir cuando sea posible. - Reducir el ruido y la luz ambiental, proteger ojos del lactante cuando se use luces potentes. - Programar y agrupar los cuidados del lactante y su alimentación según el ciclo de sueño-vigilia. - Usar movimientos lentos y suaves al manipular, alimentar y cuidar. - Alimentar al lactante en posición erguida para favorecer la extensión de la lengua y la deglución. - Evitar la hiperestimulacion, estimulando	Paciente prematuro tranquilo, mejora reflejos, concilia sueño.

		un sentido cada vez(es decir evitar hablar al bebe mientras se le manipula y se le mira mientras está alimentándose). - Proporcionar contención corporal a través del uso de nidos. - Estimular el reflejo de succión y deglución según edad gestacional. - Realizar fisioterapia física, respiratoria (por medicina física). - Facilitar el vínculo/apego entre los progenitores y el lactante (método canguro, arrullos, caricias).	
DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **00047**Riesgo de Hipotermia R/C Temperatura ambiental baja/ edades extremas/Reserva de grasa subcutánea	**0801**Termorregulación: recién nacido Indicadores: - Inestabilidad de la temperatura. - Hipotermia	**6480Manejo Ambiental** - Ajustar la temperatura ambiental a la necesidad del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, y exceso de calefacción o frio	Paciente mantiene la temperatura corporal dentro de los valores normales

insuficiente/ pesos extremos/Transferencia de calor (conducción, convección, radiación, evaporación)		**3900Regulación de la Temperatura** - Monitorizar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados o colocar un sensor de temperatura permanente. - Controlar la presión sanguínea, pulso y la respiración, si procede - Observar color y temperatura de la piel - Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia - Colocar al Recién nacido en Incubadora o calentador si es necesario. - Mantener la humedad al 50% o más según la edad gestacional del recién nacido en la Incubadora, para reducir la perdida de calor por evaporación.	
DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **Clase 2: lesión física**	**1101** Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores:	**3590Vigilancia de la piel** - Mantener la ropa de la cama y nidos, limpia seca y libre de arrugas. - Realizar cambio de pañal previa higiene perineal.	Paciente no presenta lesiones en piel y mucosas.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C: Edades extremas/ deterioro de la circulación/ factor mecánico/ humedad.	- Integridad de la piel. - Lesiones cutáneas	- Cuidados de la piel en procedimientos: canalización de vías, extracción de muestras, fijaciones con cintas adhesivas y otros. - Realizar la higiene corporal si requiere, de acuerdo a la edad del prematuro. **0840Cambio de posición** - Minimizar el roce al cambiar la posición del paciente. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición - Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada. - Realizar cambio de posición programada. **1340Estimulación Cutánea** - Realizar masaje en zona vulnerable al deterioro cutáneo.	

		- Abstenerse de aplicar presión a la parte afectada (colocar bolsas de aire suaves en las zonas de presión). - Vigilar es estado nutricional del paciente **3540 Prevención de Ulceras por presión** - Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.	
DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **Clase 1: infección** **00004** Riesgo de Infección R/C Alteración de la integridad de la piel/ Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos/	**1902** Control del riesgo. Indicadores: - Identifica los factores de riesgo. - Desarrolla estrategias de control de riesgo	**6540Control de infecciones.** - Higiene de manos antes y después de cada actividad de cuidado del paciente (aplicar los 5 momentos). Y aplicar medidas universales de protección. - Mantener ambiente aséptico - Garantizar la manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas. - Cuidados de catéter central insertado periféricamente. - Cambiar los sitios de las vías intravenosas	Paciente con menor riesgo de infección.

Procedimientos invasivos.	- efectivas	- periféricas (cada 3 días). - Limitar el número de visitas e instruir sobre técnica correcta de higiene de manos. **2300Administración de Medicación** - Seguir técnica de administración correcta de medicación - Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de medicación **6550 Protección contra las Infecciones.** - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. - Vigilar los signos vitales antes de la administración de los medicamentos - Observar los signos y síntomas de	

		- infección sistemática y localizada - Utilizar los antibióticos con sensatez. - Obtener muestras para cultivo si es necesario. - Notificar la sospecha de infecciones y resultados de cultivos positivos al personal de control.	
DOMINIO 7 ROL / RELACIONES **Clase 3: desempeño de rol** **00106** Lactancia materna ineficaz R/C Alimentación Suplementaria/ Prematuridad/ anomalías en la mama/ reflejo débil de succión del niño E/x incapacidad del niño	**1000** Establecimiento de la Lactancia Materna. Indicadores: - Reflejo de succión. - Aumento de peso adecuado para su edad.	**1800 Conocimiento Lactancia Materna** - Descripción de los beneficios de la Lactancia Materna. - Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebe - Vigilar el estado emocional de la madre del paciente - Ayuda en la lactancia materna directa (succión, alimentación por gotero o sonda orogástrica). **6710 Fomentar el apego.** - Fomentar una cercanía física mantenida y frecuente entre el lactante y los progenitores	Paciente con adecuada ganancia de peso

Para coger el pecho materno correctamente/ ganancia insuficiente de peso del niño.		(Método canguro). - Ayudar a los progenitores a identificar la necesidad del lactante cuando llora(hambre, dolor, fatiga), **8300 Fomentar el Rol Parental** - Estimular el reflejo de succión y deglución con métodos (succión no nutritiva, con el pezón de la madre). - Permitir la visita de ambos Padres - Escuchar los problemas y las preocupaciones de los progenitores sin juzgarlos.	
DOMINIO 2: NUTRICION **00107** Patrón de Alimentación Ineficaz del lactante R/C	**1020** Estado Nutricional del lactante. Indicadores: - Crecimiento	**1200 Administración de Nutrición Parenteral** - Asegurar la colocación de una línea intravenosa central adecuada en relación con la duración de la infusión de nutrientes. - Asegurar que las soluciones de NPT	

Prematuridad EX Incapacidad para iniciar una succión eficaz/ Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	- Ingestión de nutrientes	infundidas por un catéter no central se limitan a una os molaridad menor de 900 mOsm/l. - Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT. - Cambiar las llaves de triple vía cada 24 horas. - Utilizar una bomba de Infusión para el aporte de las soluciones de NPT. - Controlar la glucosa según prescripción médica. **1056 Alimentación Enteral por sonda** - Insertar una sonda orogástrica de acuerdo a guía de procedimientos. - Elevar el cabecero de la cuna de 30 a 45 grados durante la alimentación. - Utilizar una técnica aséptica en la administración de la alimentación. - Controlar el perímetro abdominal previo a la alimentación. - Vigilar periódicamente el estado hidroelectrolítico. **3350 Monitorización Respiratoria** - Monitorizar signos vitales (T°, FR, FC, PAM).	Paciente con patrón respiratorio anormal levemente comprometido

Dominio 4: **Actividad/ Reposo** **Clase 4** Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares. **00032** Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Inmadurez Neurológica/síndrome de hipo ventilación E/x patrón respiratorio anormal, apneas, de saturación de oxígeno.	**0403** Estado Respiratorio Indicador: - Ritmo respiratorio - Saturación de oxigeno	- Vigilar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulsioximetria, profundidad, patrón, frecuencia y esfuerzo. Mantener una adecuada ventilación. - Monitorizar los niveles de saturación de oxigeno continuamente (aplicados con un sensor). - Vigilar las secreciones y auscultar los sonidos respiratorios.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificaciónde Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

CODIGO CIE-10: P77

DEFINICIÓN

Es una lesión intestinal que lleva a la necrosis de la pared, con la consecuente perforación, es considerada como una emergencia, la más frecuente de los Recién Nacidos (RN) prematuros. El 10% afecta a RN de término en los cuales el cuadro comienza antes que en los prematuros y suele ser fulminante. Se desconoce la etiopatogenia.

Factores de riesgo :Prematuros, Alimentación con leche artificial, Isquemia intestinal, Colonización bacteriana.

Los factores de riesgo activan la cascada inflamatoria que finalmente llevará a la necrosis intestinal que constituye la característica fundamental de la Enterocolitis Necrotizante (NEC)

En etapa inicial signos inespecíficos:

- Letargo
- Inestabilidad térmica
- Deterioro de la función respiratoria:
- Apnea, bradicardia
- Descompensación cardiovascular grave.
- Distensión abdominal, 70-98%
- Intolerancia a los alimentos, aumento de reflujo gástrico > 70%.
- Vómitos >70%, Diarrea 4-26%
- Hemorragia rectal 25 -59%

Cuando se agrava:

- Dilatación intestinal y ascitis
- Eritema abdominal por la necrosis de asas intestinales
- Diátesis hemorrágica
- Shock

Cuando se perfora:

- Tinte azulado de la piel, porque el meconio intraperitoneal se deja ver a través de la pared abdominal.

COMPLICACIONES

- Necrosis de la pared intestinal.
- Shock séptico
- Disfunción orgánica múltiple.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVO:

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los factores de riesgo que se asocian a ésta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del Recién nacido.

POBLACION OBJETIVO

- Está dirigida a los recién nacidos hospitalizados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de neonatología: UCI Neonatal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	ACTIVIDADES INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(NIC)	EVALUACION
Dominio 3: Eliminación e intercambio **Clase 2:** Función gastrointestinal **00196** Motilidad gastrointestinal R/C Prematuridad/ Alimentación enteral/ Preparación alimentaria antihigiénica E/x aumento del residuo gástrico, abdomen distendido, nauseas y vómitos.	**0501** Eliminación intestinal Indicadores: - Patrón de eliminación - Facilitar la eliminación de heces.	**0430 Control Intestinal** - Monitorizar los sonidos intestinales. - Mantener en NPO según prescripción médica. - Colocación de una sonda orogástrica a gravedad según guía de procedimiento, para descompresión gastrointestinal. - Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. Registrar en la hoja de Balance hídrico. - Control de perímetro abdominal. - Administrar antibióticos prescritos con técnica correcta. **1200 Administración de la Nutrición Parenteral Total(NPT)** - Asegurar la colocación de una línea intravenosa adecuada: Inserción de Catéter Periférico Central (PICC). - Asegurar que las soluciones periféricas de	Paciente no presenta residuo gástrico, se logra descompresión abdominal

	1020 Estado nutricional del lactante - Administración parenteral de líquidos - Crecimiento	NPT infundidas tenga una osmolaridad menor de 900mOsm/L. **2080Manejo de líquidos/ electrolitos.** - Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT, con las precauciones universales. - Realizar el mantenimiento de los catéteres con un cuidado aséptico y meticuloso. - Informar al médico a cerca de signos y síntomas anormales asociados con la NPT. - Control de Balance Hídrico estricto. - Monitorizar el estado hemodinámica y signos vitales según corresponda. - Vigilar respuesta del paciente a terapia de electrolitos prescritos - Exámenes de electrolitos según prescripción médica. - Valorar factores de riesgo de desequilibrio de líquidos y electrolitos. - Valorar y comunicar a Medico de turno signos y síntomas que agraven la enfermedad de NEC.	

DOMINIO 11: Seguridad/protección **Clase1:** Infección **00004** Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	**1902** Control del Riesgo Indicadores: - Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivos - Identifica factores de riesgo	**6482 Manejo Ambiental: Confort** - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del recién nacido (aplicar los 5 momentos). - Mantener limpia la unidad del paciente. - Proporcionar un ambiente limpio y seguro. - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según guía del servicio. **6540 Control de Infecciones** - Poner en práctica precauciones universales - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas. - Asegurar una técnica aséptica en la curación del muñón umbilical. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Administrar terapia de antibióticos, según indicación médica. - Mantener la asepsia en la alimentación enteral del neonato. - Enseñar a los padres el lavado correcto de manos.	Paciente con menor riesgo de infección.

		6680 Monitorización de signos vitales. - Monitoreo permanente o Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y FR, anotando tendencias, fluctuaciones según lo prescrito.	
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION **Clase 6:** Termorregulación. **00008** Termorregulación Ineficaz r/c Enfermedad e/c fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.	**0801.** Termorregulación: recién nacido. Indicadores: - Inestabilidad de la temperatura - Cambios de la coloración cutánea.	**3900 Regulación de la Temperatura** - Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura (con sensor de temperatura de monitor o incubadora). - Colocar al recién nacido en incubadora. - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Observar si hay cianosis central y periférica. - Observar si hay relleno de capilar normal (<3"). - Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. - Vigilar la temperatura del R/N hasta que se estabilice. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia	Paciente con temperatura dentro de los parámetros normales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería(NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007.
- *Udaeta E. Enterocolitis Necrosante. In: Rodríguez M. A. Udaeta E. editores Neonatología Clínica. México: Me Graw Hill Interamericana; 2004. p. 648 - 657.*
- *Cobb B. A. Cario W. A. Ambalavanan N. Retenciones gástricas y su relación con la enterocolitis necrosante en los recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Pediatrics (edesp) 2004; 57(1): 21-25*

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON HIPOGLICEMIA

CODIGO CIE-10: E16.2

ASPECTOS GENERALES

- Glicemia menor o igual a 40mg/dl en neonatos a término o pre termino al menos en dos mediciones consecutivas.

Etiología:

- Disminución de depósitos de glucógeno o de producción de glucosa endógena.
- Aumento de la utilización de glucosa.
- Aumento de la utilización y disminución de la producción de la glucosa.

Factores de riesgo asociados:

- Bajo peso al nacer, Prematuridad
- Macrosomia, Policitemia
- Asfixia o depresión
- Sepsis
- Hipotermia
- Ayuno prolongado
- Exanguinotransfusión
- Interrupción súbita de perfusiones elevadas de glucosa.
- Hijo de madre diabética.

Clasificación clínica:

- Hipoglucemiaasintomática.- Sin síntomas (50% de casos)
- Hipoglucemia Sintomática: letargia, Cianosis, Convulsiones, apnea, taquipnea, llanto anormal, hipotonía, hipotermia, succión disminuida, hiporreflexia.

COMPLICACIONES

- Convulsiones.
- Encefalopatía por hipoglicemia

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVO:

- Brindar los cuidados para regular la hipoglicemia y evitar complicaciones.

POBLACION OBJETIVO

- Esta dirigida a los recién nacidos

- Está dirigida a los recién nacidos y hospitalizados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de Neonatología: UCI Neonatal, Cuidados Intermedios Neonatal y Atención Inmediata del Recién Nacido y Alojamiento Conjunto.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HIPOGLICEMIA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO 2: Nutrición **CLASE 4:**Metabolismo **00179** Riesgo del nivel de Glicemia inestable R/C prematuridad/ Aporte dietético insuficiente/ Trastorno metabólico secundario a madre diabética/ Macrosomia fetal y RN PEG.	**2300** Nivel de glucemia Indicador: -Concentración sanguínea de glucosa	**2130 Manejo de la Hipoglicemia** – Identificar paciente con riesgo de hipoglicemia – Identificar signos y síntomas de hipoglicemia – Monitorizar glicemia, con tiras reactivas o glucosa sérica, en neonatos con algún factor de riesgo en la segunda, cuarta y a la sexta hora de vida, según prescripción médica. – Posteriormente el monitoreo se realizará según la evolución y los factores de riesgo. – Administración de dextrosa 10% intravenosa en bolo 2cc por kg de peso de 10 a 15 minutos y continuar con una	Paciente con glicemia corregida. Paciente con adecuado estado nutricional.

		VIG de 6 a 8mg/Kg/minuto; con prescripción médica. **2120** Manejo de hiperglicemia – Controlar glicemia a 1 hora después del bolo de dextrosa al 10%. – Controlar la glicemia 2 horas después del cambio de VIG. - Vigilar la infusión continua glucosada y NPT - Control de balance hídrico estricto	
	1020 Estado Nutricional del lactante Indicador: -Ingesta de nutrientes. - Ingestión de líquidos	**1160** Monitorización Nutricional. - Identificar las causas posibles de la hiperglucemia - Monitorizar el balance hídrico - Administración de insulina según prescripción médica. ***2080*** *Manejo de líquidos y electrolitos* - Administración de líquidos intravenosos según prescripción médica.	

		– Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento de la Lactancia materna, factores de riesgo). – Asegurar lactancia materna precoz y frecuente. (Contacto piel a piel) – Monitorizar la ingesta de alimentación enteral. - Asegurar el aporte enteral y verificar su tolerancia según estado actual del neonato. - Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa. - Verificar la permeabilidad de los catéteres intravenosos. - Cambio de concentraciones de Dextrosa según indicación médica.	
Dominio11: Seguridad y protección **Clase 6:** Termorregulación **00006** Hipotermia R/C	**0801**Termor Regulación: Recién Nacido Indicador: - Hipotermia	**3900** Regulación de la Temperatura - Colocar al recién nacido en incubadora si es necesario. - Utilizar medidas de calentamiento (incubadora, mantas calientes, etc.) - Ajustar la temperatura ambiental a 26°c.	Se logra controlar la hipotermia.

Disminución de la tasa metabólica E/x cianosis y palidez		- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. - Colocar el sensor de temperatura continua. - Monitorizar los signos vitales de forma continua.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería(NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO

CÓDIGO CIE-10: P22.9

DEFINICIÓN

Incremento visible del esfuerzo respiratorio caracterizado por taquipnea (frecuencia respiratoria mayor o igual a 60 por minuto) y/o tiraje o quejido.

Se caracteriza por la inflamación de los pulmones y la acumulación de líquidos en los alveolos lleva a la disminución de los niveles de oxígeno.

Más del 90 % de todas las muertes neonatales ocurren entre los recién nacidos pretermito y más del 75% en los menores de 32 semanas de gestación.

La severidad del cuadro se determina mediante el score de Silverman-Anderson.

Las causas son pulmonares y extra pulmonares:

Pulmonares

- Enfermedad de Membrana Hialina (EMH).
- Síndrome de Aspiración Meconial (SAM).
- Taquipnea Transitoria del recién nacido (TTRN).
- Neumonía Neonatal.
- Hipertensión pulmonar persistente, Síndrome de fuga de aire
- Anomalías congénitas:

Extra pulmonares.

- Insuficiencia cardiaca congestiva, Policitemia .Sepsis neonatal., Trastornos metabólicos: hipoglucemia, acidosis metabólica

Los factores de riesgo asociados son:

- Prematuridad, pos madurez, Retardo en el crecimiento intrauterino
- Depresión o asfixia neonatal.
- Líquido amniótico Meconial.
- Polihidramnios y oligohidramnios.
- Maniobras de reanimación.
- Trabajo de parto prolongado o precipitado, Parto instrumentado o cesárea.

- Ruptura prematura de membranas.
- Malformaciones congénitas.

COMPLICACIONES

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Hipoxemia severa.
- Neumotórax.
- Hemorragia pulmonar.
- Enfisema pulmonar intersticial.
- Hipertensión pulmonar.

Neumonía Nosocomial: Adquirida en el hospital después de 3 días de estancia hospitalaria, independientemente de la patología por la cual ingresó, o si los síntomas inician dentro de los 7 días posteriores al alta.

- Especialmente para neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Procedimientos invasivos (intubación endotraqueal, ventilación mecánica aspiraciones traqueales).

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVOS:

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno considerando los factores que se asocian a ésta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del Recién nacido, neonato con Distrés Respiratorio.
- Mejorar el patrón respiratorio del neonato.
- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico estable.

POBLACION OBJETIVA

Está dirigida a los recién nacidos y neonatos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de Neonatología: UCI Neonatal, Cuidados Intermedios Neonatal y Atención Inmediata del Recién Nacido - Alojamiento Conjunto.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	NOC	NIC	RESULTADOS ESPERADOS
DOMINIO 4:ACTIVIDAD/REPOSO **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares / respiratorias. **00032**Patrón respiratorio ineficaz, R/C fatiga de los músculos respiratorios, E/X aleteo nasal, polipnea.	**0415** Estado respiratorio: Indicadores: - Frecuencia respiratoria. - Saturación de oxígeno.	**3140**. Manejo de las vías aéreas – Identificar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de las vías aéreas. – Realizar fisioterapia respiratoria si está indicado. – Auscultar los sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. – Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. – Nebulización según indicación médica. – Colocar al neonato en posición semifowler. para mejorar la ventilación. **3320** Oxigenoterapia – Administrar oxigeno humidificado	Paciente mejora patrón respiratorio, saturación de oxigeno dentro de valores normales

		según fase ventilatorio. – Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. – Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetria y gasometría arterial). – Cambiar al dispositivo de aporte de oxigeno alternativo para fomentar la comodidad del neonato. **3350.**Monitorización Respiratoria – Valorar el Distrés respiratorio (Test de Silverman-Anderson). -Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Aplicar sensor de saturación de oxigeno continuo. -Observar los cambios de saturación y los cambios de los valores de gasometría arterial.	
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION **Clase 2 :** lesión física **00031**Limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C retención de las secreciones, E/X sonidos respiratorios adventicios (estertores),	**0410.** Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Indicadores: - Capacidad de eliminar secreciones. - Ruidos	**3160** Aspiración de las vías aéreas – Determinar la necesidad de aspiración auscultando si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales – Realizar la aspiración endotraqueal según guía de procedimiento.	Paciente con vías aéreas libres de secreciones.

Cambios en la frecuencia respiratoria (polipnea).	- respiratorios patológicos.	– Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. – Observar y registrar el color cantidad y consistencia de las secreciones. – Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. – Cambiar las cintas de sujeción del tubo endotraqueal si fuera necesario y auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales.	
Dominio 3: Eliminación e intercambio **Clase 4:** Función respiratoria **00030** Deterioro del intercambio gaseoso R/c cambios en la membrana alveolo capilar/ Desequilibrio en la ventilación/perfusión E/x patrón respiratorio anormal.	**0402** Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Indicadores: - Equilibrio entre ventilación y perfusión - Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial y presión parcial de CO2.	**1910** Manejo de Equilibrio acido básico. Monitorizar patrón respiratorio. - Mantener la vía aérea permeable. - Proporcionar soporte ventilatorio mecánico. - Monitorizar la gasometría arterial y niveles de electrolitos. - Administrar las medicaciones prescritas. - Controlar el estado respiratorio y de oxigenación.	Paciente presenta un adecuado equilibrio acido básico.

		- Mantener un acceso intravenoso permeable. **3350**Monitorización respiratoria - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	
Dominio 12: Confort. **Clase 1:** Confort físico. **00132** Dolor agudo r/c agentes lesivos (físico y químico,) E/x conducta Expresiva (llanto, inquietud).	**2010** Estado de comodidad física Indicador: - Bienestar físico - Posición cómoda	**1400 Manejo del dolor.** - Valorar el dolor (escala de NIPS). - Determinar las fuentes de incomodidad (vendajes mojados, posición de sonda, pañal mojado, vendajes o equipos que ejerzan de presión, ropa de cama arrugada). - Asegurar la analgesia y/o estrategias no farmacológicas previas a procedimientos dolorosos.	Paciente neonato es calmado su dolor

		6482 Manejo ambiental: confort. - Proporcionar un ambiente limpio y seguro. - Evitar exposiciones innecesarias a corrientes, exceso de calefacción o frío. - Colocar al paciente de forma que facilite su comodidad. - Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- American Heart Association, American Academy of Pediatrics, Texto Reanimation Neonatal, 7ma. Edición 2016.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

CODIGO CIE 10: P22.0

DEFINICIÓN

Cuadro de dificultad respiratoria severa y progresiva, asociado con inmadurez pulmonar que se presenta principalmente en recien nacidos preterminos, SDR tipo I.De inicio precoz desde el nacimiento o en las primeras 6 horas de vida y se incrementa entre las 24 a 72 horas.

La ausencia de surfactante pulmonar produce el colapso alveolar, lo que lleva a una atelectasia progresiva e hipoxemia progresiva. Si el coplapso es masivo se produce tambien insuficiencia ventilatoria con hipercapnea. El deficit de surfactante tambien origina inflamacion pulmonar y daño del epitelio respiratorio llevando al edema pulmonar y aumento de la resistencia de la via aerea.

Síntomas: Cianosis, taquipnea, taquicardia, quejido, aleteo nasal, retracciones, a la auscultación murmullo vesicular disminuido, apnea, disminución del gasto urinario (edema y oliguria las primeras 24 a 48 horas), hipotensión, palidez, depresión del sensorio, distensión abdominal.

Factores de riesgo: Edad gestacional menor de 34 semanas, cesárea sin trabajo de parto, Hemorragia materna, Asfixia perinatal, Hijo de madre diabética, sexo masculino, segundo gemelar.

COMPLICACIONES:

- Síndrome de fuga de aire: Neumotórax, Neumomediastino, Neumopericardio.
- Hemorragia pulmonar, Hemorragia interventricular, Hipertensión pulmonar, Ductus arterioso persistente, Infección, Displasia broncopulmonar.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVO

- Mantener un adecuado intercambio gaseoso con las mínimas complicaciones posibles y lograr la mayor adaptacion y ventilacion espontanea.

POBLACION OBJETIVA

- Está dirigida a los recién nacidos hospitalizados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del servicio de Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACION CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
Dominio 3 Eliminación e Intercambio. **Clase 4** : Función Respiratoria **00030:** Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la ventilación perfusión e/x cianosis, aleteo nasal y desaturación de oxígeno.	- **0402:**Estado respiratorio; intercambio gaseoso Indicador: Equilibrio entre la ventilación y perfusión.	**3300** Manejo de la ventilación mecánica: invasiva **3120** Intubación y estabilización de las vías aéreas. – Realizar lavado de manos. – Usar equipo de protección personal. – Preparar el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesario. – Fijar el TET con cinta adhesiva. – Verificar la colocación del tubo con una radiografía del tórax. – Administración de surfactante endógena según guía de procedimiento. **3300** Manejo de la ventilación mecánica: invasiva – Preparar y aplicar el respirador – Asegurarse y comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. – Controlar las actividades que aumenten el consumo de	Paciente presenta una adecuada dinámica ventilatorio y un adecuado intercambio gaseoso.

	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	oxigeno(fiebre, dolor, actividades básicas de enfermería) – Vaciar el agua condensada de los colectores de agua. – Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas y succión suave. – Asegurar la presencia del equipo de emergencia en la unidad del paciente en todo momento(bolsa de reanimación, oxigeno, equipo de succión. – Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación: gasometría arterial, SO2, valoración del d – Distrés respiratorio y otros. **3160 A**spiración de secreciones de las vías aéreas. – Valorar la necesidad de la aspiración – : (presencia de secreciones en TE, auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, cambios en la frecuencia y/o ritmo respiratorio) – Aspirar la orofaringe con dispositivo de aspiración. – Utilizar una presión de 50 a 80 mmHg(no más de 100).	

Dominio 4: Actividad y reposo **Clase 4:** Respuesta cardiovascular y pulmonar **00034** Respuesta ventilatoria disfuncional al destete r/x antecedentes del fracaso en el intento del destete e/x uso intenso de los músculos accesorios de la respiración, apnea, pausas respiratorias, cianosis.	- **0408:** Perfusión tisular pulmonar Indicador: - Ritmo respiratorio - Presión parcial de Oxigeno y Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial	**6680 Monitorización de los signos vitales** – Monitorizar la FR, FC, T°, PAM de forma continua. – Monitorizar la pulsioximetria. – Valorar y comunicar al médico de cualquier anormalidad de los signos vitales. – Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada. – Mantener acceso endovenoso permeable. **1910 manejo acido - base** – Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos según se precise. – Monitorizar el patrón respiratorio. – Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria. – Hidratación y reposición de volúmenes normales de líquidos adecuados. – Administración de medicación.	Paciente con respuesta ventilatoria en mejoria con apoyo ventilatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Heart Association, American Academy of Pediatrics, Texto Reanimacion Neonatal, 7ma. Edición 2016.
- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edicion 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ICTERICIA

CODIGO CIE 10: P59

DEFINICION

Ictericia: Es la coloración amarillenta de piel y mucosas causada por hiperbilirrubinemia.

Hiperbilirrubinemia: Es el incremento de la bilirrubina sérica por encima de los valores normales, puede ser a predominio directo o indirecto. Los niveles de la bilirrubina indirecta dependen del tiempo de vida del recién nacido en horas y del edad gestacional. Y los niveles de bilirrubina directa se consideran elevados cuando es mayor de 1.5 – 2mg/dl o es mayor del 10% de la bilirrubina total.

El incremento de la bilirrubina sérica se produce por el aumento de la hemolisis, defecto de la conjugación intrahepatica, defecto en la excreción o mixtas

CLASIFICACIÓN:

1. Ictericia fisiológica; presente en más de 50% de los recién nacidos, debido a la inmadurez del hígado, aparece entre el 2º y 4º día de vida
2. Ictericia de bebe prematuro es frecuente en los bebes pre término.
3. Ictericia asociada a la lactancia materna se presenta en 1 y 2% de los recién nacidos alimentados con leche materna, aparece entre los 4 y 7 primeros días de vida
4. Incompatibilidad de grupo sanguíneo cuando un bebe tiene un grupo sanguíneo distinto al de la madre, ella produce anticuerpos que destruyen sus glóbulos rojos, y provoca una acumulación de la bilirrubina en su sangre, ésta aparece en los primero días de vida.

CUIDADOS ESENCIALES:

- Fototerapia.
- Exanguineotransfusión
- Hidratación adecuada
- Continuar la lactancia materna.

COMPLICACIONES:

- Encefalopatía por Hiperbilirrubinemia (Kernicterus).
- Hipoacusia y coreoatetosis

RECURSOS HUMANOS

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVO:

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno en pacientes con fototerapia y con exanguineo transfusión.
- Evitar las complicaciones del Recién nacido con ictericia

POBLACIÓN OBJETIVO:

La presente guía de intervención se aplicará a todos los neonatos hospitalizados con Ictericia Neonatal del servicio de Neonatología: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Unidad de Cuidados intermedios Neonatal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ICTERICIA NEONATAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	INTERVENCIONES DEENFERMERIA(NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
Dominio 2: Nutrición **Clase 4:** Metabolismo **00194** Ictericia neonatal r/c patrón de alimentación deficiente/ retraso en la expulsión del meconio/ edad menor o igual a 7 días/ el niño tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina e/x coloración amarillo – anaranjado, perfil hematológico anormal, mucosas amarillas	**1101:** Integridad Tisular de piel y mucosas Indicador: - Integridad de la piel. - Pigmentación anormal **1814 :** Conocimiento : procedimiento terapéutico	**3590: Vigilancia de la piel** – Vigilar el color y la temperatura – Registrar los cambios en la piel y mucosas. – Observar erupciones y abrasiones en la piel, excesiva sequedad o humedad en la piel. **06924: Fototerapia: neonato** – Lavado de manos – Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión. – Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto y alimentación maternos. – Colocar las luces de fototerapia encima del bebé, a una altura adecuada o según las	Paciente presenta piel integra evidenciado por disminución de la pigmentación ictérica de la piel.

		características del equipo. – Colocar las fuentes de luz con la intensidad prescrita por el médico. – Cambiar la posición del bebé cada 3 horas. – Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia. – Monitorizar los niveles de bilirrubina según solicitud médico. – Pesar a diario, controlar la evolución. – Balance hídrico estricto. – Vigilar los signos vitales. Evaluar el estado neurológico cada 4 horas	
Dominio 2: Nutrición **Clase 2. Nutrición** **00028** Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c edades extremas, pesos extremos, perdidas insensibles aumentadas	**0601:** Equilibrio hídrico Indicadores: - Entradas y salidas diarias equilibradas - Peso corporal estable	**4120: Manejo de líquidos** – Vigilar el estado de hidratación. – Favorecer la lactancia materna exclusiva, si fuera necesario agregar por técnica de relactancia o gotero.	Mantendrá un equilibrio hídrico adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edicion 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007
- Watchko JF. Neonatal indirect hyperbilrubinemia and kernicterus. In: Gleason CA, DevaskarSU.Watchko JF. Neonatal indirect hyperbilrubinemia and kernicterus. In: Gleason CA, DevaskarSU.*Avery's Diseases of the Newborn*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 79.

GUIA DE INTERVENCION ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON SEPSIS NEONATAL

CODIGO CIE -10: P36

DEFINICION

La Sepsis neonatal es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas sistémicos de infección y acompañado de bacteriemia.

Sepsis temprano: Presentación antes de las 72 horas de vida o antes de los primeros 7 días,

Sepsis tardío: Presentación a partir de las 72 horas de vida aunque puede comenzar antes y siempre se constata algún factor de riesgo relacionado con el empleo de procedimientos invasivos de diagnóstico o tratamiento.

Los gérmenes invaden la sangre a partir de varios sitios, siendo los más frecuentes en el neonato, las infecciones del aparato respiratorio digestivo y la piel. Los agentes más frecuentes son los gran negativos: Klebsiella, E. Coli, Pseudomonas, Salmonella y Proteus. De los Gram positivos el más frecuente es el Estafilococo Aureus.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los más frecuentes son:

Respiratorios: Respiración irregular, taquipnea, apnea, cianosis, incremento súbito en los requerimientos de O_2, datos de neumonía.

Gastrointestinales: Alimentación pobre, residuo gástrico mayor del 50%, de leche ofrecida, vómito, diarrea, distensión abdominal, ictericia, hepatoesplenomegalia.

- **Distermia:** Hipotermia principalmente en el pre término. Puede haber fiebre.
- **Urológicos:** Hipo actividad, hipo reactividad, hiporreflexía, letargia, irritabilidad, temblores convulsiones, fontanela abombada.
- **Piel:** Palidez, piel marmórea, petequias, púrpura, escleroderma principalmente en el pre término.
- **Acidosis Metabólica:** Persistente, Choque súbito.
- **Otrosfocos Infecciosos:** Onfalitis, Conjuntivitis, Impétigo, etc.

FACTORES DE RIESGO:

- Infección materna
- Ruptura prolongada de membrana (más de 24 horas antes del parto).
- Instrumentación Obstétrica, Parto atendido en medio séptico.
- Reanimación del recién nacido
- Asepsia inadecuada en el medio.
- Uso de ventiladores y humidificadores.

- Alteraciones de los mecanismos de defensa de la piel y mucosa por el uso de catéteres sondas, etc.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnico en Enfermería

OBJETIVO:

Detectar y controlar factores pre disponentes de infección en el periodo prenatal.

Mantener en grado óptimo las técnicas de asepsia médica y quirúrgica del neonato de alto riesgo o sometidos a procedimientos invasivos.

Brindar cuidados de enfermería óptimo, temprano y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a ésta enfermedad.

- Reforzar la educación para la salud a los familiares (medidas higiénicas, aporte nutritivo necesario y adecuado.

POBLACIÓN OBJETIVO:

- La presente guía de intervención se aplicará a todos los neonatos del servicio de Neonatología: UCI Neonatal, Cuidados intermedios Neonatal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN SEPSIS NEONATAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	INTERVENCIONES DEENFERMERIA(NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCION **Clase 6:** Termorregulación **00008:** Termorregulación ineficaz R/C enfermedad e/x cianosis, palidez, enlentecimiento del llenado capilar, fluctuaciones de la temperatura corporal por encima o por debajo del rango de la temperatura corporal normal, frialdad distal.	**0801:** Termorregulación del recién nacido. Indicadores: - Termogénesis sin tiritona **04020:** Cambios de coloración cutánea	**3900 Regulación de la temperatura.** - Controlar la temperatura cada dos horas o según corresponda. - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. - Observar el color de la piel. - Colocar en incubadora al recién nacido si es necesario. - Precalentar los objetos, mantas, cobertores. - Mantener la humedad de la incubadora según edad gestacional del recién nacido.	Paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los parámetros normales
DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCION	**0708:** Severidad de la infección: recién nacido	- Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock (presión	Neonato no presenta shock séptico, y se

Clase 2: Lesión física 00205: Riesgo de Shock r/c Sepsis	Indicadores: - Hipotensión - palidez - Irritabilidad	arterial normal, llenado capilar, piel pálida/ fría, o enrojecida, taquicardia) - Controlar los signos precoces de síndrome de compromiso cardiaco - Observar si hay signos de oxigenación inadecuada. - Comprobar los valores de laboratorio (Hct, Hb, perfil de coagulación, hemograma completo, PCR, gasometría arterial, cultivos) - Observar la existencia de petequias, hematomas y estado de las mucosas. - Administrar líquidos i.v. mientras se monitoriza las presiones hemodinámicas y la diuresis según corresponda. - Canalizar y mantener una vía i.v. según sea el caso. - Administrar diuréticos y vasopresores según indicación médica. - Administrar plasma fresco congelado y/o plaquetas según indicación médica. - Administrar oxígeno y/o ventilación según corresponda.	evita complicaciones durante su estancia hospitalaria.

		- Monitorizar los cambios delestado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. **2080: Manejo de líquidos/ electrólitos** - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramientos de la hiperhidratación o de la deshidratación (crepitantes en auscultación, poliuria, oliguria, edemas, respiración rápida y superficial). **2314: Administración de medicación: intravenosa (i.v)** - Administrar la medicación antibiótica i.v. a la velocidad adecuada - Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente.	
DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO **Clase 2:** Función gastrointestinal	**0708**: Severidad de la infección: recién nacido Indicadores: - Intolerancia a la	**1874: Cuidados de la sonda gastrointestinal** - Observar la correcta colocación de la sonda según protocolo.	No presenta complicaciones gastrointestinales.

00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal r/c infección	alimentación - Distensión abdominal	- Monitorizar la cantidad, consistencia y el color del contenido gástrico drenado. - Iniciar y monitorizar el aporte de alimentación por la sonda según indicación médica.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edicion 2012
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL RECIEN NACIDO CON CARDIOPATIA CONGENITA

DEFINICIÓN:

Las cardiopatías congénitas son un grupo de malformaciones que afecta la estructura del corazón y los grandes vasos presentes ya desde el nacimiento. Su origen es multifactorial ya q pueden incluirse factores genéticos ambientales o infecciones víricas exposición a radiaciones consumo de alcohol y otras sustancias durante el embarazo, muchos de los cuales no se conocen con claridad.

Es importante revisar en el embarazo la existencia de patología materna, amenaza de aborto, contactos con erotógenos, si se ha efectuado eco cardiograma fetal o antecedentes de cardiopatías u otras malformaciones familiares.

Precisar la edad gestacional, tipo de parto, medicación administrada a la madre, existencia de fiebre o infección urinaria en la madre y presencia de sufrimiento fetal.

Factores intrínsecos: Hereditarios, genéticos, cromosómicos.

Factores extrínsecos: Alcoholismo, diabetes, infecciones, tabaquismo, radiaciones.

CUADRO CLÍNICO

La cianosis es uno de los signos iníciales de cardiopatía congénita más frecuente en el neonato, considerándose patológica una PO_2 inferior a 60 mmHg o saturación menor del 92% respirando aire ambiente.

Frecuencia respiratoria.- La frecuencia respiratoria por encima de 50-60 respiraciones por minuto indica presión venosa pulmonar elevada, mientras no se demuestre lo contrario.

Frecuencia cardíaca.- Una frecuencia cardiaca sobre 150 latidos/min de manera persistente o aislada por encima de 200 latidos/min indican cardiopatía, y una frecuencia de 80-90 latidos/min o inferior requiere estudio y vigilancia.

Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC): Los signos y síntomas de la ICC se producen cuando el corazón no es capaz de satisfacer las demandas metabólicas de los tejidos, relacionada con mecanismos homeostáticos. En las fases iníciales el neonato puede presentar taquipnea y taquicardia con aumento del esfuerzo respiratorio, estertor ronco, hepatomegalia y retraso del relleno capilar. La hidropesía fetal es una forma extrema de ICC intrauterina.

Soplo cardiaco.- Los soplos cardíacos significativos en las primeras 24 h de vida obligan a estudio cardiológico. Los soplos causados por lesiones (soplos sistólicos por regurgitación de la comunicación interventricular o soplo continuo de la PCA) tal vez no se aprecien hasta la segunda a cuarta semana de vida.

Hepatomegalia es frecuente en los neonatos, sobre todo si presentan dificultad respiratoria. Si es mayor de 3 cm, puede tener significado de insuficiencia cardíaca, pero debe valorarse con precaución; en general, la taquipnea es mejor indicador.

Cardiomegalia : El corazón dilatado no es una enfermedad, sino un signo de otra afección, debido a una enfermedad, como debilitamiento del músculo cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias, problemas en las válvulas cardíacas o ritmos cardíacos anormales.

Taquiarritmias o bradiarritmias: a través de la ecocardiografíafetalcompleta descartar una cardiopatía y definir una arritmia con precisión.

COMPLICACIONES

Insuficiencia respiratoria
Enfermedad pulmonar vascular obstructiva.
Shock carcinogénico.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en enfermería
- Técnico en enfermería

OBJETIVOS.

- Determinar funciones de la enfermera en la recepción y manejo del recién nacido cardiópata.
- Actualizar y reforzar conocimientos sobre los cuidados deenfermería enpacientes con cardiopatía congénita.
- Detectar precozmente signos y síntomas de descompensación en el recién nacido con cardiopatías congénitas.
- Mantener en todo los procedimientos que se le realicen al recién nacido los principios de asepsia antisepsia a fin de evitar complicaciones por Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

POBLACIÓN OBJETIVO:

- La presente guía de intervención se aplicará a todos los neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología: UCI Neonatal, Cuidados intermedios Neonatal, Atención Inmediata del recién nacido y alojamiento conjunto.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CARDIOPATIA CONGENITA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	INTERVENCIONES DEENFERMERIA(NIC	RESULTADOS ESPERADOS
Dominio 4: Actividad / Reposo **Clase 4:** Respuesta Cardiovascular/ Pulmonar **00029** Disminución del Gasto Cardiaco R/C Alteración de la pos carga E/X coloración de la piel anormal (pálida, cianótica), disminución de los pulsos periféricos, disnea, oliguria, piel fría sudorosa, prolongación del llenado capilar.	**0414:** Estado cardiopulmonar Indicador: - Saturación de oxígeno - Disnea de pequeños esfuerzos	**4040: Cuidados cardiacos** - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades) - Monitorización de los signos vitales. - Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco - Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardiaca. - Monitorizar el equilibrio hídrico (Balance hídrico: entradas/ salidas y el peso diario) - Evaluar las alteraciones de la presión arterial. - Auscultar los sonidos cardiacos. - Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia si es adecuado.	Paciente mejorara el gasto cardiaco con apoyo ventilatorio y medicación.

		4044: Cuidados cardiacos: agudos - Monitorizar la función renal. - Monitorizar las pruebas de función hepática, si corresponde. - Efectivizar Rx de tórax x indicación médica. - Administración de la medicación indicada.	
Dominio 4: Actividad / Reposo **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares / pulmonares **00032** Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios E/x patrón respiratorio anormal severo	**0402** Estado respiratorio/ventilación Indicadores: – Frecuencia respiratoria – Saturación de oxigeno – Cianosis – Sonidos respiratorios adventicios	**3350 Monitorización Respiratoria** - Vigilar la frecuencia, ritmo, color, profundidad y esfuerzo respiratorio. - Valoración de la dificultad respiratoria a través del test de Silverman -Anderson, con monitoreo permanente. - Monitorización continua de la saturación de oxigeno con uso de sensores. - Administrar oxigenoterapia previa evaluación e indicación médica (fase I, II o II). - Auscultar sonidos respiratorios y determinar la necesidad de aspiración	Paciente disminuye distrés respiratorio, Saturación de oxigeno dentro de valores normales.

		- Observar irritabilidad, inquietud. - Aplicar técnica aséptica **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente e iniciar la preparación de ventilar - Controlar las condiciones que indiquen la necesidad de soporte ventilatorio. - Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 7 días según guía. - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. - Vigilar el progreso del paciente con los ajustes del ventilador. - Vigilar y controlar la condensación de agua en los circuitos.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recien Nacido: Guia Tecnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnosticos Enfermeros, Definiciones y Clasificacion 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificacion de Resultados de Enfermeria(NOC).5ta. Edicion 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificacion de Intervenciones de Enfermeria(NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edicion 2012
- Guias de Parctica Clínica y Guias de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

CODIGO CIE-10: Q37

1. DEFINICIONES

1.1. LABIO LEPORINO:

Defecto congénito que puede ser uní o bilateral y consiste en una hendidura o separación en el labio superior entre la boca y la nariz. Se origina por falta de fusión o fusión incompleta de los procesos maxilares y naso medial del embrión. Los defectos de cierre oro faciales pueden ser clasificados anatómicamente como aquellos que afectan al paladar secundario (paladar blando y duro), denominados paladar hendido.

1.2. PALADAR HENDIDO:

Defecto congénito que ocurre por falla de la unión de las prominencias palatinas laterales con la prominencia palatina media o frontonasal, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal y al paladar primario que se acompañan de defectos de cierre del labio.

El tratamiento del paciente fisurado debe ser integral y multidisciplinario

ETIOPATOGENIA:

- Factores genéticos
- Factores ambientales predisponentes son:
  - **Ácido fólico:** el ácido fólico es una vitamina esencial en la división y en el crecimiento celular. Por ello, en el primer trimestre de embarazo, en la fase de desarrollo del embrión sus necesidades aumentan. La administración de ácido fólico reduce el riesgo de niños con defectos del tubo neural en un 75%.
  - **Agentes farmacológicos:** el uso indiscriminado de fármacos durante el embarazo primer trimestre (fenitoina, valproatosodico , metrotexato ,cortico esteroides).
  - Tabaquismo, alcohol, cigarrillo (teratogénesis por hipoxia y cadmio), obesidad materna.

CUADRO CLINICO:

- Hendidura o separación en el labio superior entre la boca y la nariz.
- Abertura palatina dentro de la cavidad paladar y nasal.
- Imposibilidad para succionar por estar permanentemente comunicadas la boca con las fosas nasales.

Esta patología es tratada en trabajo en equipo: Neonato logo y/o pediatra, Psicólogo, Enfermera especializada enseña a la madre a alimentar al niño y otros cuidados básicos, **Genetista** (estudio genético exhaustivo a los progenitores y al niño)

El Otorrinolaringólogo valora el oído y realiza potenciales auditivos evocados.

- **El Cirujano Maxilofacial** evalúa la malformación facial del niño. Informa a los padres sobre la cronología de las cirugías y de las diferentes actuaciones de los especialistas, en los distintos momentos de la vida del niño.

COMPLICACIONES:

- Neumonía por aspiración de la leche.
- Insuficiencia para aumentar de peso.
- Problemas con la alimentación: succión, deglución
- Flujo de leche a través de las fosas nasales durante la alimentación.
- Retardo en el crecimiento.
- Infecciones del oído
- Dificultades en el habla.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

OBJETIVOS

- Brindar atención oportuna mediante el equipo multidisciplinario.
- Mantener una adecuada alimentación y nutrición del recién nacido con labio leporino y paladar hendido.
- Evitar complicaciones: neumonía por aspiración de alimento.
- Enseñar a la madre la técnica de la lactancia materna y posición adecuada, uso de prótesis.
- Instruir a los padres sobre el cuidado de su bebe
- Mantener en todo los procedimientos que se le realicen al recién nacido los principios de asepsia antisepsia a fin de evitar complicaciones por Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

POBLACIÓN OBJETIVO:

- La presente guía de intervención se aplicará a todos los neonatos del servicio de Neonatología: UCI Neonatal, Cuidados intermedios Neonatal, Atención Inmediata del recién nacido y alojamiento conjunto.

GUIA DE INTERVENCION EN ENFERMERIA EN NEONATOS CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	INTERVENCIONES DEENFERMERIA(NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
Dominio 2: nutrición **clase 1:** ingestión **00107** Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C deterioro orofaringeo E/X incapacidad de iniciar y mantener una succión eficaz	**1020** Estado Nutricional del lactante Indicador: - Crecimiento - Ingestión por sonda de alimentos **1000:** Establecimiento de la lactancia materna: lactante. Indicador: - Mínimo de 8 tomas al día. - Aumento de peso adecuado para su edad.	**5244: Asesoramiento en la lactancia** - Valoración del estado nutricional con indicadores antropométricos, dietarios, socioeconómicos. - Priorización de los problemas nutricionales y cuidados conjuntamente con equipo interdisciplinario (Pediatra, enfermera, odontólogo y otros). - Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna a la madre. - Instruir sobre la posición para la lactancia materna (posición en silla de montar , o a horcajadas) - Evaluar la capacidad del lactante para mamar. - Instruir sobre el modo de extracción de	Paciente se mantiene con Adecuado aumento de peso con participación de los padres en el cuidado.

		leche materna si está indicado. - Enseñar a la madre el uso y cuidado de la prótesis durante la alimentación. **5244: Asesoramiento en la lactancia** - Enseñar a la madre el modo de alimentación por gotero o tetina. - Ofrecer instrucciones e información para el alta y organizar los cuidados de seguimiento adaptados a las necesidades específicas del neonato (controles y atención especializada). - Observar si la colocación de la sonda es correcta. - Utilizar una técnica aséptica en la administración de la alimentación enteral (leche materna). - Administrar la alimentación enteral cada 3 horas, 8 tomas al día. - Cuidados de la piel y mucosas alrededor de la zona de inserción de la sonda.	

Dominio 11: Seguridad/ Protección **Clase 2:** Lesión física **00039** Riesgo de aspiración R/C defecto oro faringeo.	**1918** Prevención de la aspiración Indicador: - Evita factores de riesgo	**3200: Precauciones para evitar la aspiración** - Vigilar la capacidad de coordinación succión, deglución y respiración del neonato durante la alimentación directa. - Colocar en posición adecuada durante la alimentación y reposo. - Comprobar la correcta colocación de la sonda orogástrica antes de la alimentación. - Ayudar en la eliminación de gases post-alimentación con suaves masajes por la espalda. - Proporcionar cuidados orales.	Se controla factores de riesgo de aspiración
Dominio 11:seguridad / protección – clase 2: lesión física **00045** deterioro de la mucosa oral R/C defecto orofaringeo E/P lesión oral.	**1100** salud bucal Indicador: - Integridad de la mucosa bucal	**1780 Cuidados de una prótesis** - Lavado de manos - Realizar higiene y permeabilidad de la cavidad oral y nasal. - Colocar en posición correcta para iniciar la alimentación (posición en silla de montar , o a horcajadas) - Colocar la prótesis oral con cuidado,	Paciente en mejoría o sin lesiones a nivel de la mucosa oral y nasal.

		evitar arcadas o vómitos en el neonato. - Vigilar lengua, membranas mucosas y encías para determinar color, textura, presencia de infección. - Supervisar el uso inicial y los cuidados del dispositivo. - Guardar y proteger el dispositivo de una manera segura cuando no se use.	
Dominio 7: Rol Relaciones **Clase 1:** Roles del Cuidador Deterioro parental R/C Afección discapacitante / Enfermedad física/Recursos insuficientes/ Conflicto entre la pareja/Prematuridad E/X rechazo del neonato, se expresa de forma negativa sobre el neonato,	**1300** Aceptación: Estado de salud. Indicador: - Afrontamiento de la situación de salud. - Expresa autoestima positiva.	**5270 Apoyo emocional** - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. **7040 Apoyo al cuidador principal** - Animar a la madre que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa(psicología) - Monitorizar la presencia de indicios de estrés y ansiedad. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Trabajos de grado de Pregrado y Posgrado sobre labio y/o paladar hendido Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología
- American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for the Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies. Revisededition 2007.[7 noviembre 2008] Disponible en : URL : http://www.acpa-cpf.org
- Hübner ME.RR. Malformaciones congénitas: diagnóstico y manejo neonatal . Primera edición ed. Santiago de Chile: 2005.
- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería(NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012.
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007.

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA PERINATAL

CODIGO CIE 10: P21

DEFINICION

Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal.

Es una situación que ocurre durante el primero y segundo periodo del parto, en el que la alteración del intercambio gaseoso produce hipoxemia e hipercapnia fetales. Se identifica por la presencia de acidosis fetal medida en la sangre arterial umbilical (pH<7), generando daño cerebral y compromiso de múltiples órganos, como el riñón, corazón, pulmones, intestino y médula ósea.

Actualmente es una de las principales causas de muerte Neonatal.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: Hemorragia del tercer trimestre, Infecciones, hipertensión inducida por el embarazo, anemia. Circular de cordón y prolapso de cordón umbilical, placenta previa, DPP, incompatibilidad céfalo pélvica, RPM, Oligohidramnios o Polihidramnios, trabajo de parto prolongado o precipitado. Bradicardia y taquicardia fetal, RCIU, Prematuridad, Malformaciones congénitas

CUADRO CLÌNICO

a. **Sistema nervioso central :** Encefalopatía hipóxico isquémica, Hemorragia intraventricular, peri ventricular y leucomalacia peri ventricular es más frecuente en prematuros.
b. **Problemas metabólicos:** Hipoglucemia, Hipocalcemia, Acidosis metabólica, Hiponatremia
c. **Problemas renales:** Oliguria transitoria, Insuficiencia renal aguda.
d. **Problemas pulmonares:** Aspiración de meconio, Hipertensión pulmonar, Consumo de surfactante.
e. **Problemas cardiovasculares:** Insuficiencia cardíaca, Shock, Hipotensión
f. **Problemas Gastrointestinales** :Gastritis, Enterocolitis Necrotizante
g. **Problemas Hematológicos**: Trombocitopenia, Coagulación extravascular diseminada.

COMPLICACIONES

- Síndrome convulsivo, hidrocefalia, leucomalacia
- Insuficiencia renal aguda.
- Shock carcinogénico.
- Enterocolitis necrotizante
- Insuficiencia hepática.

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en enfermería
- Técnico en enfermería

OBJETIVOS.

- Determinar los cuidados de la enfermera en el manejo del recién nacido con asfixia perinatal.

Mantener una oxigenación y perfusión tisular cerebral adecuada.

Detectar precozmente signos y síntomas de descompensación o complicaciones en el recién nacido con asfixia perinatal.

- Mantener en todos los procedimientos que se le realicen al recién nacido los principios de asepsia antisepsia a fin de evitar complicaciones por Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS).

POBLACIÓN OBJETIVO:

- La presente guía de intervención se aplicará a todos los neonatos con Asfixia perinatal en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, Unidad de Cuidados Intermedios, Atención Inmediata del Recién Nacido, Atención del Recién Nacido en Alojamiento Conjunto del servicio de Neonatología.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ASFIXIA NEONATAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS DE ENFERMERIA(NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
Dominio 4: Actividad /reposo **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Lesión cerebral(deterioro cerebro vascular)	**0406** Perfusión tisular: cerebral Indicadores: - Presión arterial media. - Reflejos neurológicos alterados	**2620 Monitorización neurológica** - Vigilar el nivel de la conciencia - Monitorizar los signos vitales (temperatura corporal indicada) - Observar si hay movimientos involuntarios(convulsión, tremor) - Comprobar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulsoximetria, profundidad, frecuencia y esfuerzo. - Mantener una adecuada perfusión cerebral, con presión arterial media de 45 a 50 mmHg en RN a Término y de 35 a 40 mmHg para RNPT menor de 1000 gramos. - Efectivizar los exámenes auxiliares indicados (ecografía transfontanelar).	Paciente mejora los reflejos neurológicos, mantiene presión arterial media en valores normales. Paciente no presenta o disminuye frecuencia de convulsiones

		- Vigilar los signos vitales. **2680 Manejo de las convulsiones** - Registrar la duración, características de las convulsiones: partes corporales y actividad motora). - Administrar la medicación prescrita. - Evitar ruidos y aplicar guía de manipulación mínima.	
Dominio 4: Actividad /reposo **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares. **00032** Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de músculos respiratorios/ Hiperventilación/ síndrome de hipo ventilación E/X patrón respiratorio anormal.	**0415** Estado respiratorio Indicadores: - Frecuencia respiratoria - Saturación de oxigeno	**3320 Oxigenoterapia** - Aplica medidas de bioseguridad. - Administrar oxigenoterapia según indicación médica (fase I, II, III). - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia: pulsioximetria, gasometría arterial (la PaO2 y PCO2 dentro de los límites normales). - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. - Auscultar sonidos respiratorios. - Valorar el Distrés respiratorio mediante el test de Silverman- Anderson.	Paciente disminuye el distrés respiratorio.

Dominio 2 : Nutrición **Clase 4 :** Metabolismo **00176** Riesgo del nivel de glucemia inestable R/C asfixia	**2300** Nivel de glucemia. Indicador: - Concentración sanguínea de glucosa	**2130 Manejo de la hipoglucemia.** - Identificar signos y síntomas de la hipoglucemia - Vigilar la glucemia - Administrar glucosa si está indicado. - Mantener una vía intravenosa permeable. **2120 Manejo de la hiperglucemia** - Identificar las causas posibles de la hiperglucemia - Monitorizar el balance hídrico - Administración de insulina según prescripción médica. - Administración de líquidos intravenosos según prescripción médica.	Paciente mantiene la glicemia dentro de valores normales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Heart Association, American Academy of Pediatrics, Texto Reanimation Neonatal, 7ma. Edición 2016.
- Guía Técnica Clínica para la Atención del Recién Nacido (Minsa).
- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: GuíaTécnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).5ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012.
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Neonatologia 2007.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO.

CODIGO CIE 10: Z38.0

DEFINICIÓNES

ATENCIÓN INMEDIATA DELRECIEN NACIDO

Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

ATENCION DEL RECIEN NACIDONORMAL O VIGOROSO

Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido a término vigoroso, examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal.

ATENCION DEL RECIEN NACIDOCON COMPLICACIONES

Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que pueden desarrollarse antes, durante y/o después del nacimiento; y que son detectados en el proceso de nacimiento e inmediatamente después.

FACTORES DE RIESGO: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial inducida por el embarazo, Hipertensión crónica, Hemorragia del segundo o tercer trimestre, infección urinaria, RPM, Enfermedad materna: cardiaca, renal, pulmonar, neurológica. Prematuridad, post madurez, RCIU, Macrosomia, fetos múltiples, anomalías congénitas, oligohidramnios y poli hidramnios. DPP, PP, prolapso de cordón, distocias por presentación anormal, fiebre materna intraparto, líquido amniótico mal oliente, líquido amniótico Meconial.

Procedimientos generales antes del nacimiento:

- Identificar los factores de riesgo perinatal. Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna, preguntar en casos necesarios a la gestante.
- Preparar recursos y equipos para la atención del recién nacido.
- Prevenir la perdida de calor.

Preguntas al personal de Obstetricia antes del parto:

- ¿Cuál es la edad de gestación esperada?
- ¿El líquido amniótico es claro?
- ¿Cuántos bebes se esperan?
- ¿Hay algún factor de riesgo adicional?

PUNTAJE DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOS DE 100 MINUTOS	100 O MAS MINU
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR O DEBIL	BUENO LLORANDO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXION MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
IRRITABILIDAD REFLEJADA	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CUERPO ROSADO EXTREMIDADES AZULES	ROSADO COMPLETAMENTE

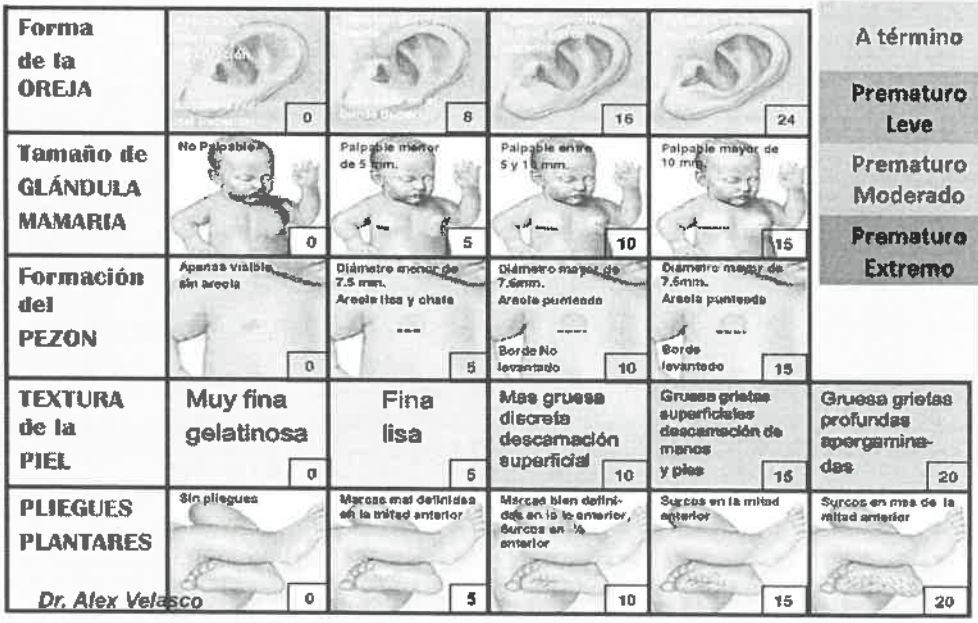
Paro cardiaco: puntaje 0

Depresión severa: puntaje 1 a 3

Depresión moderada: puntaje 4 a 6

Normal: puntaje 7 a 10

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.



Postmaduro	42 Semanas o más
A término	37 a 41 semanas
Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
Prematuro Extremo	< 32 semanas

Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7

Dr. Alex Velasco

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO	EDAD GESTACIONAL
Pos termino/ pos maduro	41 o más semanas
A termino/ maduro	37 a 40 semanas
Pre término/ prematuro leve	34 a36 semanas
Prematuro moderado	30 a 33 semanas
Prematuro extremo	Menor de 30 semanas

CLASIFICACIÓN DE RECIEN NACIDO	PESO AL NACER
MACROSOMICO	4.000 gramos o más
PESO ADECUADO	entre 2.500 gr. A 3999gr
BAJO PESO AL NACER	entre 1500 gr. 2.500 gr.
MUY BAJO PESO AL NACER(MBPN)	1.000gr a 1.500gr.
EXTREMADAMENTE BAJO PESO AL NACER	menor de 1.000 gr

Relación EG / Peso: Crecimiento intrauterino según percentiles (HAMA 2004).

- AEG: 10p - 90p (Adecuado para la edad gestacional)
- PEG: <10p (Pequeño para la edad gestacional)
- GEG: >90p (Grande para la edad gestacional)

COMPLICACIONES

- Reacción vagal y paro cardo respiratorio: por aspiración vagal enérgica.
- Hipotermia que puede ocasionar acidosis metabólica
- Dificultad respiratoria, apneas.
- Alteraciones metabólicas: hipoglicemia, deshidratación, ictericia.
- Distensión abdominal, vómitos.
- Poliglobulias o anemia. Alteraciones hemodinámicas

RECURSO HUMANO:

- Licenciada en Enfermería
- Técnico en Enfermería

OBJETIVOS

- Establecer actividades y procedimientos en la Atención oportuna, eficaz del recién nacido normal y complicado.
- Brindar las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina
- Prevenir la hipotermia del recién nacido
- Identificar y resolver las situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida del neonato.

POBLACIÓN OBJETIVO:

- La presente guía de intervención se aplicará a todo recién nacido inmediato del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO SIN ASFIXIA

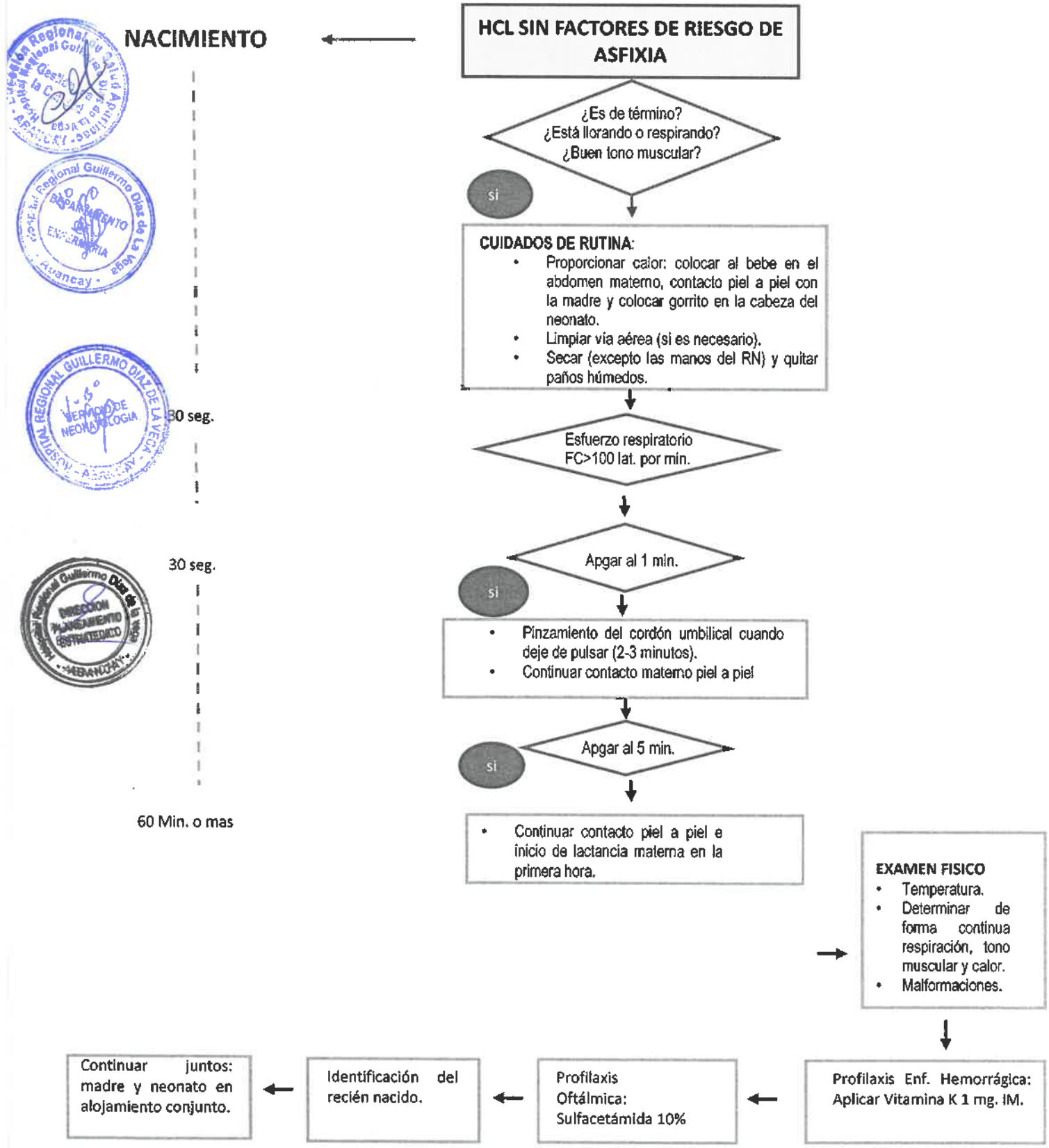
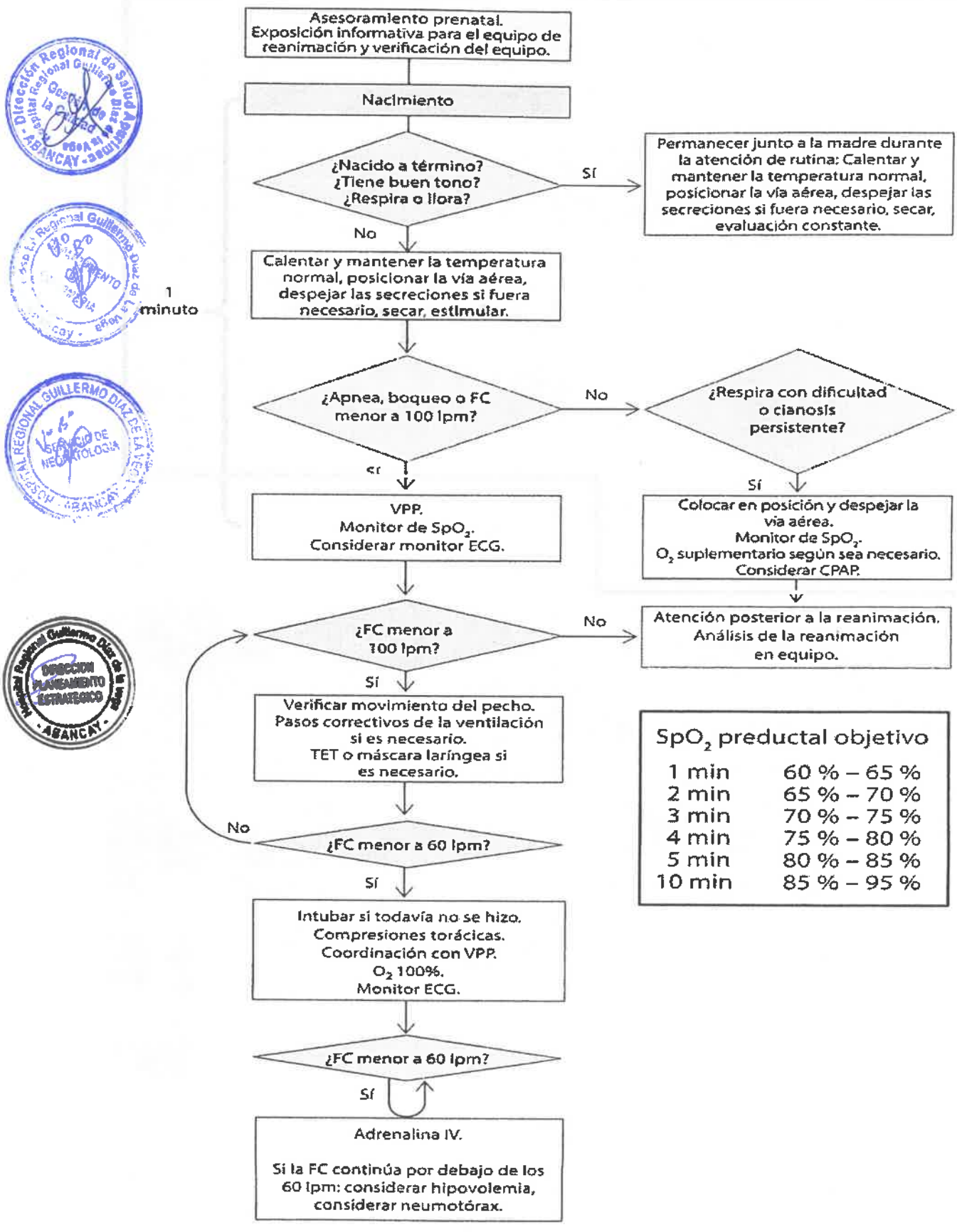


DIAGRAMA DE FLUJO DE REANIMACION NEONATAL



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO NORMAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
Dominio 1: Promoción de la salud **Clase 2:** Gestión de la salud. **00043** Protección Ineficaz R/C edades extremas E/x cambios en el periodo de adaptación.	**0118** Adaptación del recién nacido Indicadores: - Puntuación APGAR. - Índice de edad gestacional - Frecuencia cardiaca - Peso - Reflejo de succión	**6824 Cuidados del lactante: recién nacido** - Aplicar medidas de bioseguridad. - Decepcionar, posicionar y secar con toallas precalentadas. - Colocar al recién nacido en contacto piel a piel en el abdomen de la madre e iniciar la lactancia materna precoz. - Esperar 2 a 3 minutos hasta que deje de latir el cordón umbilical para su pinzamiento (personal de atención de parto). - Limpiar y clampar el cordón umbilical - Valorar el esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, tono muscular y el color del recién nacido.	Recién nacido sin complicaciones durante el periodo de adaptación.

		- Evaluación del APGAR al minuto y cinco minutos después del parto - Realizar la Antropometría. - Administrar profilaxis oftálmica, hemorrágica y vacuna. - Determinar la edad gestacional - Realizar la permeabilidad anal. - Realizar el examen físico. - Tomar la huella plantar del pie derecho. - Identificar al recién nacido. - Vestir y trasladar junto a su madre. - Tomar muestra para Tamizaje Neonatal (a las 36 horas de vida).	
DOMINIO 11: Seguridad /Protección. **00005** Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C adaptación al medio extrauterino.	**0801Termorregulación: recién nacido.** Indicadores: - Termogénesis sin tiritona - Hipotermia	**3900 Regulación de la temperatura** - Asegurar un ambiente térmico de 26°c. - Disponer de campos o toallas precalentadas para el secado del R.N. - Mantener una temperatura adecuada del recién nacido: secar al	Paciente regula temperatura corporal

		lactante y colocar en contacto piel a piel, cubrir la cabeza con un gorro. - Colocar al recién nacido en una incubadora si es preciso.	
DOMINIO11: Seguridad/ Protección **Clase1:** Infección **00004** Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	**1902** Control del riesgo. Indicadores: - Controla los factores de riesgo ambientales. - Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	**6540 Control de infecciones** - Lavarse las manos antes y después de cada actividad en el cuidado del recién nacido(aplicar los 5 momentos) - Mantener limpio y seguro el ambiente de Atención Inmediata del Recién Nacido. - Realizar los procedimientos de enfermería con técnica aséptica. - Instruir a la madre sobre técnica correcta de higiene de manos. - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.	Paciente con menor riesgo de infección.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	RESULTADOS ESPERADOS
DOMINIO 11: Seguridad /Protección. **CLASE 2.** Lesión física. **00031** Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C mucosidad excesiva E/x depresión respiratoria.	**0410** Estado respiratorio: vías aéreas permeables **Indicadores:** - Frecuencia respiratoria - Ritmo respiratorio	**3160 Aspiración de las vías aéreas** - Lavado de manos y usar precauciones universales. (guantes mascarilla, mandil) - Colocar al recién nacido en posición dorsal con la cabeza lateralizada. - Aspiración de secreciones boca, nariz. - Auscultar sonidos respiratorios después de la aspiración. - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente(nivel de saturación de oxígeno, estado neurológico, estado hemodinámico) - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	Recién nacido con vía aérea permeable.
DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio **CLASE 4:** Función	**0415** Estado respiratorio Indicadores:	**6974: Reanimación: neonato** - Preparar el equipo de reanimación antes del nacimiento y probar la bolsa de	Recién nacido responde a maniobras de

respiratoria. **00030** Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión e/x apnea, respiración bloqueante, bradicardia, cianosis.	- Frecuencia respiratoria - Saturación de oxígeno.	reanimación, equipo de aspiración, intubación y flujo de oxígeno para un buen funcionamiento. - Evaluar: ¿Nacido a término?¿Tiene buen tono?¿Respira o llora? - Contar con la presencia del Médico de Turno. - Aplicar los pasos iníciales de reanimación: proporcionar calor, posicionar la vía aérea, aspirar secreciones si es el caso, secar y estimular. - Realizar VPP si FC< 100 lpm (boqueo o apnea). - Ventilar a una frecuencia de 40 a 60 respiraciones por minuto utilizando presiones de 20 a 40 cm de agua. - Monitorización de saturación de oxígeno. - Si frecuencia cardiaca es menor de 100 por minuto: Verificar movimientos toráxicos, aplicar pasos correctivos de la ventilación: MR.SOPA: Ajuste mascara, reubicación de la cabeza, succión de boca y nariz, boca abierta, aumente la presión (incremento de 5 a 10 cm hasta un	reanimación: Frecuencia cardiaca en valores normales, Respiración y saturación de oxigeno adecuado.

		máximo de 40 cm de H20, alterne a otra vía aérea (intubación o mascara laríngea). - Si FC menor de 60 latidos por minuto, considerar intubación si no se hizo antes, compresiones torácicas y VPP, si FC < 60 lpm. utilizar oxígeno al 100% . - Administrar adrenalina EV, si Frecuencia Cardiaca continúa< 60 lpm.	
DOMINIO 11: Seguridad /Protección. **Clase 6.** Termorregulación **00005:** Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c lesión cerebral aguda.	**0801** Termorregulación: recién nacido Indicadores: - Inestabilidad de la temperatura - Termogénesis sin tiritona.	**3900. Regulación de la temperatura** - Asegurar un ambiente térmico a 26 °C. - Disponer de campos o toallas precalentadas. - Colocar al recién nacido en la servo cuna a una T° adecuada. - Monitorizar la temperatura del Recién Nacido de manera continua hasta que se estabilice. - Aplicar medios físicos si presenta inestabilidad térmica.	Recién nacido Mantiene temperatura corporal en el rango normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Heart Association, American Academy of Pediatrics, Texto Reanimation Neonatal, 7ma. Edición 2016.
- Guía Técnica Clínica para la Atención del Recién Nacido (Minsa).
- Guías de Práctica Clínica para la atencion del Recién Nacido: Guía Técnica/ Ministerio de Salud 2007.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015 – 2017.
- Sue Moorhead, Marion Jhonson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería(NOC).5ta. Edicion 2014 Elsevier España, S.L.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC) 6ta. Edición 2014 Elsevier España, S.L.
- Jhon P. Cloherty, Erik C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. Stark, Manual de Neonatologia 7ma. Edición 2012.
- Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, Instituto Nacional Materno Perinatal 2007.
- Norma Técnica de Salud 106: Atencion Integral de Salud Neonatal, MINSA 2013

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA



SERVICIO DE CIRUGIA

2019

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Marlene CASTILLO WARTHON

ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

Mg.: Gregoria CHOQUE FLORES.

ENFERMERA ENCARGADA DE LA REVISION DE GUIAS:

Lic. Marisol JURO MEDINA.

SERVICIO DE CIRUGIA:

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA:

Lic. Roxana CHOQUE DURAND

Segunda Especialidad Enfermería Quirúrgica

Lic. Martha Valer

Segunda Especialidad Enfermería Quirúrgica

Lic. Juan Carlos GÓMEZ GONZALES

Segunda Especialidad Cuidados Quirúrgicos

Lic. Chela ELGUERA CURÍ

Segunda Especialidad Enfermería Quirúrgica

Lic. Esther LÓPEZ VILLENA

Segunda Especialidad Enfermería Quirúrgica

Lic. AEDO CARRIÓN Eddy Sari

Enfermera Asistencial

Lic. H. Raúl BORDA ORIHUELA

Segunda Especialidad Gerencia en Servicios de Salud:

Lic. VALDIVIA MOSTAJO Rosa

Segunda Especialidad Salud Pública y Gerencia de Servicios de Salud

PRESENTACION

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial Enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizada tratando las necesidades del paciente, familia y comunidad. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, NOC, Y EL NIC, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN. Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería , ya que son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad Enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Los registros de enfermeria son fundamentales pues van a posibilitar el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería. Además favorece la investigación clínica y docencia de enfermería, permitiendo así la formulación de protocolos y procedimientos específicos, necesarios para cada área de trabajo.También Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico. Los registros enfermeros tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del enfermero respecto a su conducta y cuidados al paciente.

INDICE

GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (GI)

1. Introducción.....5
2. Fundamentación.....6
3. Guía de Intervención de Enfermería en TEC moderado y grave.....10
4. Guía de Intervención de Enfermería en cáncer de colon.....15
5. Guía de Intervención de Enfermería en herida infectada post Quirúrgica.....19
6. Guía de Intervención de Enfermería en HPB.....24
7. Guía de Intervención de Enfermería en colecistitis aguda.....28
8. Guía de Intervención de Enfermería en apendicitis aguda.....34
9. Guía de Intervención de Enfermería en hernias. 41
10. Guía de Intervención de Enfermería en Quemaduras. 47
11. Guía de Intervención de Enfermería en Oclusión Intestinal.....53

INTRODUCCION

Las Guías clínicas de Intervención de Enfermería, es el documento que fundamenta el quehacer profesional durante el proceso de atención de Enfermería. Estas guías, han sido elaboradas como una necesidad para modificar la situación existente y para facilitar el trabajo del profesional de enfermería, considerando además, las primeras causas de morbilidad del Servicio de Cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega. Estas Guías de los cuidados de enfermería fueron desarrolladas con criterios de validez, confiabilidad, uso práctico, flexibilidad, claridad; para lo cual se establecieron sesiones de discusión entre todos las enfermeras/os del Servicio. Finalmente fueron revisadas y aprobadas por el Departamento de Enfermería. Cada Guía en su contenido considera las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, como son la valoración que se evidenciada en los datos objetivos: el diagnóstico de enfermería, las intervenciones y finalmente la evaluación o el logro al que se quiere llegar. Se ha visto por conveniente estandarizar y unificar criterios de cuidados en enfermería para brindar una atención con calidad en los cuidados de Enfermería sobre todo de las patologías con mayor incidencia como son: Apendicitis aguda, colecistitis, traumatismo encéfalo craneano, hemorragia subaracnoidea y otras afecciones. Las guías clínicas de intervención de enfermería en cirugía, han sido elaboradas para proporcionar la información necesaria a ser aplicada en el continuo del cuidado de enfermería que se proporciona al paciente en las diferentes patologías quirúrgicas. Estas han sido elaboradas a través de la búsqueda de información bibliográfica, experticia y necesidad de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada al paciente. Para la elaboración de las guías clínicas, se partió de ediciones anteriores de manuales de protocolos de cirugía, revisión bibliográfica actual y la experiencia de profesionales de enfermería en dicha especialidad. El contenido de cada una cuenta con: concepto de la patología, etiología o causa que originan la enfermedad, manifestaciones clínicas y las intervenciones de enfermería; estas últimas, agrupadas en: Tratamiento, curación y rehabilitación,

MARCO CONCEPTUAL COMPENDIO DE GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA

I.- FUNDAMENTACIÓN.

Uno de los indicadores de evaluación de la calidad de los servicios de salud es tener protocolizado las atenciones que se realizan según las patologías en los diferentes servicios de nuestro hospital.

Por ello la necesidad de contar con las Guías de consulta para los cuidados de enfermería de las patologías más comunes.

La ejecución y aplicación de las Guías de Atención y de los cuidados de enfermería es una actividad continua, como es continuo el avance del conocimiento y experiencia en nuestra práctica habitual.

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los diferentes servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, para garantizar la calidad y eficiencia de la atención. Además, su existencia es requisito de acreditación.

Así lo entiende la enfermera de nuestro Servicio, es por ello que se ha realizado de forma consensuada como referencia de la mejor práctica que hoy por hoy se están aplicando, las guías como consulta de los cuidados de enfermería, considerando que esto repercutirá en la mejor calidad de atención de nuestros pacientes hospitalizados.

II.- OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad, con equidad, eficiencia y eficacia en las unidades y áreas de atención del Servicio de Cirugía

-Aplicar las Guías de Intervención por el personal de Enfermería y brindar una adecuada atención

-Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en el Servicio de Cirugía.

- Contribuir a reducir costos de la atención.

- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de Enfermería.

- Unificar criterios.

III.- ALCANCE.

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en el Servicio de cirugía.

IV.- BASE LEGAL.

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres, aprobado por D.S. N° 001-A-2004-DE/SG.
- Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud, aprobado por D.S N° 009-2004-SA.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley N° 27669 - Capitulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la de la Enfermera(o), aprobado por DS. N° 004-2002-SA-Capítulo II Art. 8, 9, inciso a- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA que aprueba Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"

V.- DEFINICIONES OPERACIONALES.

1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

Es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico, modelo predominante de investigación clínica para enfermería profesional desde hace 25 años.

Proceso de atención de enfermería cuya finalidad es proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería.

El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA2 ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:

- *Respuesta humana*: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.



- *Factores relacionados*: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnosticador puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

3. META



Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA



Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.

El proceso de enfermería consta de cinco fases, según Schoemaker: valoración, diagnóstico, intervención y evaluación.

5. GRADO DE DEPENDENCIA



Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- *Grado de dependencia I*, totalmente independiente.
- *Grado de dependencia II*, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- *Grado de dependencia III*, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.

- *Grado de dependencia IV*, requiere de apoyo total.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

6. INDICADOR DE SEGUIMIENTO

Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

7. GUÍA DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA

Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

8. GUÍA DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERÍA

Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (GI)

1. Guía de Intervención de Enfermería en TEC moderado y grave
2. Guía de Intervención de Enfermería en cáncer de colon.
3. Guía de Intervención de Enfermería en herida infectada post Quirúrgica.
4. Guía de Intervención de Enfermería en HPB
5. Guía de Intervención de Enfermería en colecistitis aguda.
6. Guía de Intervención de Enfermería en apendicitis aguda.
7. Guía de Intervención de Enfermería en hernias.
8. Guía de Intervención de Enfermería en Quemaduras.
9. Guía de Intervención de Enfermería en Oclusión Intestinal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TEC MODERADO Y GRAVE.

1. DEFINICION

Es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo. Desde un punto de vista biomecánico los traumatismos craneoencefálicos suceden cuando se aplica una fuerza sobre un cuerpo animado, éste se deforma y acelera de forma directamente proporcional al área de contacto y a la energía aplicada. Los traumatismos craneoencefálicos constituyen la primera causa de muerte y discapacidad.

2. CLASIFICACION

El traumatismo craneoencefálico se clasifica según Gennarelli en: leve, moderado o severo dependiendo del nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow valorada durante la evaluación inicial de la víctima.

2.1. Leve. - En el TEC leve los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a 30 minutos e incluyen dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.

2.2. Moderado. - En el TEC moderado el paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TEC moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica además están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome pos conmoción y esto se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un TEC leve o moderado. Las características principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración

2.3. **Grave.** -En el TEC grave o severo el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso a la unidad de cuida-

dos intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TCE grave no sobrevive más de un año

3. ETIOLOGIA:

En los países sin guerra, la mayoría de TEC son causados por accidentes de vehículos de motor con el 78% de los casos de TEC severo de los cuales 53% fueron accidentes por automóvil, 22% accidentes de motocicleta y 3% atropellados.

Otras causas importantes son los accidentes laborales, con 19% de los casos donde 2.5% es un accidente in itinere. Las lesiones en eventos deportivos constituyen un 1.8% de los casos y las agresiones representan 2%,20, pero se considera que menos del 10% de las agresiones son por arma de fuego.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor de cabeza que empeora o no desaparece
- Vómitos o náuseas repetidos
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques
- Incapacidad para despertarse del sueño
- Agrandamiento de la pupila (el centro oscuro) de uno o ambos ojos
- Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas
- Pérdida de coordinación
- Aumento de la confusión, el desasosiego o la agitación
- Pérdida del conocimiento que dura de unos pocos minutos a algunas horas

5. OBJETIVOS.

- Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el estado de salud del paciente.
- Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.
- Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes con TEC.

- Evitar complicaciones y establecer un pronóstico favorable de evolución del paciente

6. RECURSOS HUMANOS.

- Lic. Enfermería.

7. EQUIPOS

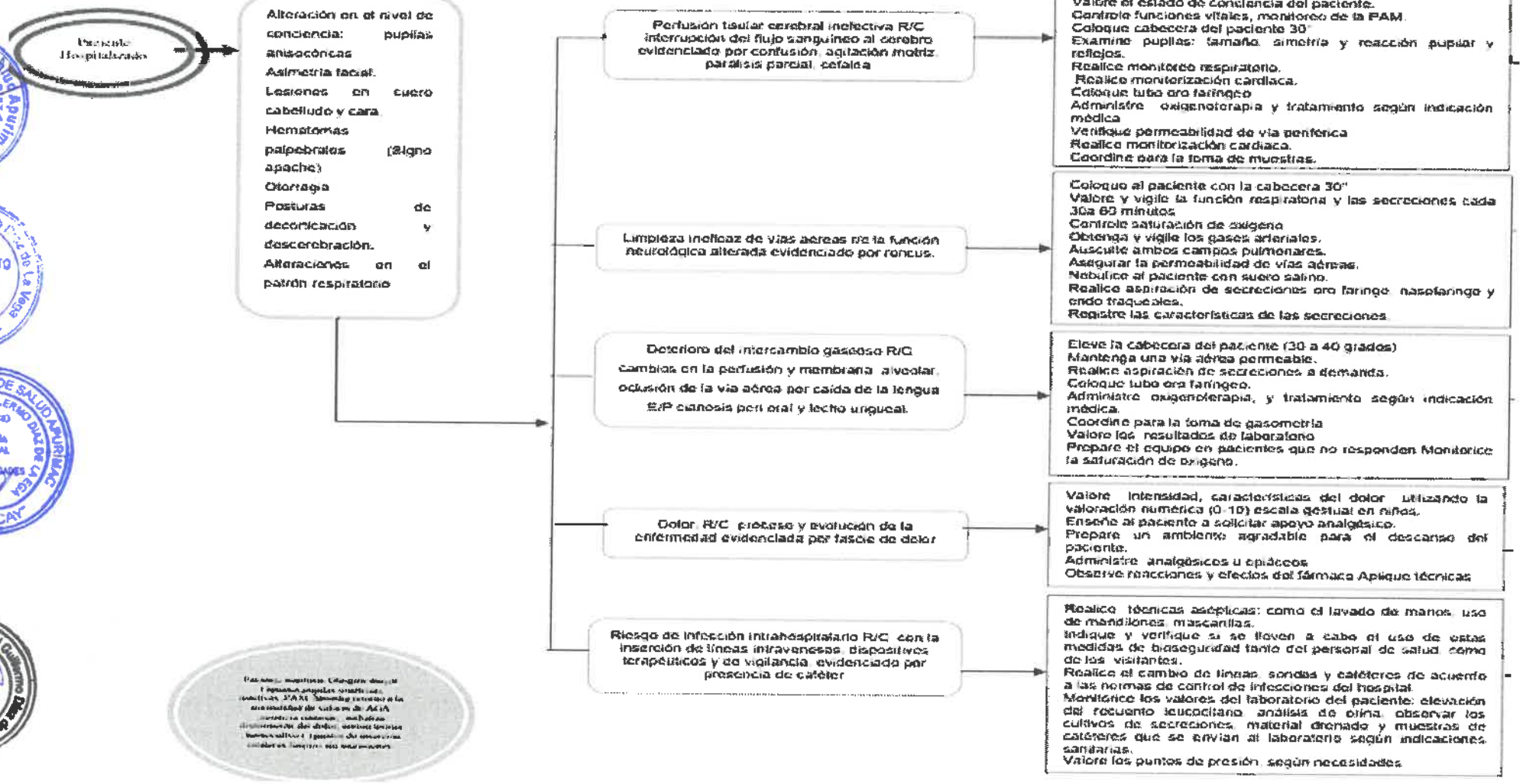
- Dispositivos Para Oxigenoterapia
- Materiales Para Canalización De Vía Endovenosa
- Guantes Estériles
- Soluciones Endovenosas
- Sondas De Aspiración
- Monitor Cardiaco
- Dispensador De Oxigeno
- Martillo De Percusión
- Aspirador De Secreciones
- Equipo De Nebulización
- Medicación A Administrar
- Materiales Para Colocación De CVC

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TEC MODERADO Y GRAVE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONS NIC	EVALUCION
DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO CLASE 4. FUNCION RESPIRATORIO **CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES** **(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c la interrupción del flujo arterial.**	**(0406) Perfusión tisular: Cerebral:** - Cefalea - Reflejos neurológicos alterados - Ansiedad inexplicable - Nivel de conciencia disminuido	**(2620) - Monitorización Neurológica** Evaluar estado de conciencia mediante la escala de Glasgow Mantener en una posición semifouler Observar pupilas, tamaño, simetría, reacción a la luz	Paciente mantiene indicadores: Glasgow de 12 a 14 puntos Pupilas foto reactivas a la luz
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE **4: FUNCIÓN RESPIRATORIA** **(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c lesión neurológica m/p disnea, cianosis, alteración de los movimientos torácicos**	**(0415 Estado respiratorio: ventilación**	**3350 Monitorización respiratoria** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares - Valorar ampliación y simetría torácica - Valorar coloración de la piel y mucosas **3120 Estabilización de las vías aéreas** - Armado y comprobar el funcionamiento de ventilador - Preparar el material y set de intubación - Asistir la intubación - Administración de sedo analgesia **3320 Administración de oxigenoterapia** **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Monitoreo de parámetros ventilatorios	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM, resultados de gasometría en parámetros aceptables. Sincronía paciente venti-

		- Tomar muestra para gases arteriales - Valorar resultados de gases arteriales - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador **3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca - Valorar características de las secreciones	lador. Alteración de gases arteriales.
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN **CLASE:2 LESIÓN FÍSICA** (00155) Riesgo De Caídas R/C Disminución Del Estado Mental	**(1909) Conducta de prevención de caídas** • Uso correcto de dispositivo de ayuda • Colocación de barreras para prevenir caídas	**0840 Cambio de posición** 1800 Ayuda al autocuidado 6486 manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas - Identificar déficit cognitivos y físicos - Utilizar barandillas laterales de longitud.	

FLUXOGRAMA DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON TEC



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CANCER DE COLON

1. DEFINICION

El cáncer de colon es una enfermedad que se desarrolla debido a que la mucosa del colon contenida en un pólipo existente evoluciona por diferentes causas hasta convertirse en un tumor maligno. Normalmente las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso.

Este tipo de cáncer es uno de los más comunes a nivel mundial y también de los más fáciles de diagnosticar. Además, las tasas de curación son elevadas si se detecta precozmente y tarda mucho en desarrollarse.

El colon, junto con el recto (porción final del intestino grueso) es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal adecuado evitan-do el estreñimiento.

2. TIPOS DE CÁNCER DE COLON

2.1. **Adenocarcinoma**.- El adenocarcinoma tiene su origen en las células mucosas que recubren y lubrican el tracto intestinal, y suele desarrollarse a partir de un pólipo en principio benignos.

2.2. **Tumor carcinoide**. - Se origina en las células neuroendocrinas, que están implicadas en la producción de algunos tipos de hormonas. Apenas representa el 1% de todos los tumores colorrectales.

2.3. **Linfoma primario color rectal**. - Linfoma no Hodgkin que afecta a los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco que se encuentra en el sistema linfático y que ayuda a combatir las infecciones. Los linfomas pueden originarse en muchas partes del cuerpo, incluido el colon y el recto, y suele ser más frecuentes en hombres que en mujeres.

2.4. **Tumor de estroma gastrointestinal**. - Conocidos como GIST, se originan en unas células que recubren el tracto intestinal llamadas células intersticiales de

Cajal. Llevan el nombre de su descubridor, el médico y Premio Nobel de Medicina español Santiago Ramón y Cajal. Después del estómago y del intestino delgado, el recto es la tercera localización más frecuente de este tipo de tumor.

2.5. **Leiomiosarcoma de colon**. - Se origina en las células del músculo liso de la pared intestinal. Es un tipo de tumor muy poco frecuente, que apenas supone el 0,1 % de todos los tumores colorrectales.

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Anemia
- Constipación
- Nauseas
- Diarrea crónica
- Vómitos
- Tumor palpable
- Astenia
- Obstrucción intestinal baja
- Fiebre

4. OBJETIVOS

• Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el del paciente.

• Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.

• Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes hospitalizados con Cáncer de Colon.

• Evitar complicaciones y establecer un pronóstico de evolución del paciente

5. RECURSOS HUMANOS

- Lic. Enfermería.

6. EQUIPOS:

- Equipo de curación
- Guantes quirúrgicos
- Sonda nasogástrica
- Bolsa de colostomía
- Soluciones para hidratación
- Recipientes para medir la cantidad de drenaje

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER A COLON

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION.
DOMINIO: 3 ELIEMINACIÓN **CLASE 1: SISTEMA URINARIO.** **(00014.)** Incontinencia fecal r/c Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.	**(0501) Eliminación intestinal** Indicadores: - color de las heces - cantidad de heces en relación con la dieta - facilidad de eliminación de heces	**(0410) Cuidados de la incontinencia intestinal** - Controlar la dieta y las necesidades de líquidos - Mantener la cama y la ropa de camas limpias - Instruir al paciente/cuidador de la dieta adecuada - Controlar las pautas de eliminación	Paciente logra la adecuada eliminación fecal
Dominio: 4 ACTIVIDAD y REPOSO **Clase: 1 REPOSO y SUEÑO** **(00095)** Deterioro del patrón del sueño r/c Trastorno de la cantidad y calidad del sueño. m/p Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.	**(0004) Sueño** **Indicadores** - Horas de sueño - Calidad del sueño - Hábito de sueño - Duerme toda la noche	**(1850) Mejorar el sueño** - Explicar la importancia de un sueño adecuado - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias que lo - interrumpen - Ajustar el ambiente para facilitar el sueño - Enseñar al paciente o controlar las pautas de sueño	Paciente logra conciliar el sueño

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERIDA INFECTADA POST QUIRURGICA

1. DEFINICION:

Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel esta normalmente colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección. Definir una infección de herida quirúrgica (IHQ) requiere evidencia de signos y síntomas clínicos más que evidencia microbiológica por sí sola Sin embargo se tiende a subestimar las Infección de Herida Quirúrgica (IHQ) ya que muchas de estas ocurren cuando el paciente fue dado de alta del hospital.

Clínicamente una herida se considera infectada cuando hay presencia de pus en el sitio de la incisión; la secreción purulenta puede estar asociada a calor local, eritema, edema, dehiscencia de sutura o absceso en formación.

2. CLASIFICACIÓN INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.

Puede ser superficial o Profunda

2.1. **Infección de la herida quirúrgica superficial**. - La infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico, involucra solamente la piel o el tejido subcutáneo de la incisión y el paciente tiene al menos 1 de lo siguiente:

- Drenaje de purulento de la incisión superficial
- Microorganismos obtenidos de un cultivo asépticamente obtenido de fluido o tejido de la incisión superficial. Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas de la infección: dolor o molestia fuerte, inflamación localizada, rubor o calor y la incisión superficial es abierta deliberadamente por el cirujano y es cultivo positivo o cultivo no realizado. Un resultado de cultivo negativo no cubre este criterio.
- Diagnóstico de Infección superficial de la herida quirúrgica incisional hecha por el cirujano o el médico a cargo.
- ***Hay 2 tipos específicos de Infección superficial de la herida quirúrgica incisional:***
    - **Incisión superficial primaria (ISP):** una infección de la incisión superficial que está asociado con la incisión principal en un paciente que ha tenido una intervención quirúrgica con 1 o más incisiones.

- **Incisión superficial secundaria (ISS):** una infección incisional superficial que es asociado con la incisión secundaria en un paciente que ha tenido una intervención quirúrgica con más de 1 incisión

2.2. **Infección de la herida quirúrgica del órgano/espacio. - Una** infección de la herida quirúrgica de órgano/espacio involucra cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión de la piel, fascia o capas de músculo, que son abiertas o manipuladas durante un procedimiento quirúrgico. Los sitios específicos son atribuidos a infecciones de la herida quirúrgica órgano/espacio para identificar la ubicación de la infección, además.

3. SIGNOS Y SINTOMAS:

- Abscesos
- Celulitis
- Flogosis
- Supuración
- Pus
- Retraso de la curación
- Dolor o inflamación
- Olor anormal

4. OBJETIVOS

Establecer medidas tendientes a prevenir la infección de herida quirúrgica post quirúrgica.

Disminuir complicaciones mayores asociadas a la infección post quirúrgica,

Disminuir las secuelas y el tiempo de incapacidad laboral de las pacientes con infección de la herida quirúrgica

Favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de los pacientes

PERSONA RESPONSABLE

- Lic. en Enfermera.

6. EQUIPOS

- Coche De Curaciones
- Equipo De Sutura
- Dispositivos Para Drenajes
- Guantes Quirúrgicos
- Medicamentos Analgésicos
- Soluciones Endovenosas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERIDA INFECTADA POST QUIRURGICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
Dominio: 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN **Clase:1 INFECCIÓN** **(00004) Riesgo de infección R/C herida quirúrgica**	**(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas** **(01103) Curación de la herida: por segunda intención**	**(3440) Cuidados del sitio de incisión** Observar si hay signos y síntomas de infección **(6550) Protección contra las infecciones** - Inspeccionar el estado de cualquier signo de alarma. - Mantener las normas de asepsia para el paciente. - Observar los signos y síntomas de infección.	Paciente logra mejoría y se evidencia el proceso de cicatrización
DOMINIO: 12 CONFORT **CLASE: 1 CONFORT FÍSICO** **(00132) Dolor agudo R/C Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)**	**(1605) - Control Del Dolor** Reconocer síntomas de dolor. Utilizar medidas preventivas. **(2102) Nivel Del Dolor** Duración de los episodios de dolor. Expresiones faciales de dolor. **(2100) Nivel De Comodidad** Bienestar físico. Control del síntoma.	**(1400) Manejo del dolor** Considerar el tipo y fuente de dolor **(2210) Administración de analgésicos.** Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o algún otro cambio. **(2380) Manejo de la medicación** Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	Paciente muestra tolerancia al dolor

DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **CLASE: 1 INFECCIÓN** **(00046)Deterioro De La Integridad Cutánea R/C Dehiscencia En La Herida Quirúrgica**	**(1102) Curación de la herida: por primera intención.** Aproximación de los bordes de la herida Formación de cicatriz	**(0910) inmovilización** **(2316) administración tópica de medicamentos.** **(3584) cuidados de la piel: tratamiento tópico** **(3590) vigilancia de la piel** - Comprobar la temperatura de la piel - Inspeccionar el estado de incisión - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario - Observar si hay enrojecimiento y perdida de integridad de la piel	

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPERPLACIA BENIGNA DE PROSTATA

1. DEFINICION

La hiperplasia benigna prostática (HBP) consiste en un crecimiento no maligno (no cancerígeno) en el tamaño de la próstata. Este aumento del tamaño de la glándula prostática es producto del estímulo androgénico.

La próstata, al crecer, puede ir comprimiendo progresivamente la uretra y provocar, por tanto, dificultad al orinar. Esto sucede porque esta compresión impide el flujo de la orina desde la vejiga hacia la uretra hasta el exterior. Las posibles consecuencias son retenciones de orina en la vejiga o reflujo de la orina hacia los riñones y una necesidad de orinar frecuentemente. Si la inflamación fuera muy grave, puede bloquearse por completo el sistema urinario.

La HBP es una enfermedad muy común en los hombres: aunque generalmente comienza a partir de los 30 años, es muy raro que se manifieste antes de los 40. A los 60 años, aproximadamente, más del 50% de los hombres padece HBP y entre los 70 y 80 años hasta el 90% presenta alguno de sus síntomas.

2. **SIGNOS Y SINTOMAS**. - Asintomático al inicio

2.1. **Enfermedad Avanzada**: nicturia, incontinencia, urgencia miccional hematuria, dolor óseo, anemia, edema de miembros inferiores

Los síntomas se clasifican como:

- **Obstructivos (o de vaciado)** incluyen vacilación, intermitencia, vaciado incompleto, chorro débil y goteo post-miccional.
- **Irritativos** (o de llenado) e incluyen frecuencia de orinar, llamada nicturia cuando ocurre en horarios nocturnos, y urgencia (sensación de orinar urgente, cuando no es necesario). Esos síntomas obstructivos e irritativos se evalúan usando el cuestionario Score Internacional de Síntomas de Próstata (IPSS), diseñado para juzgar la severidad del HBP.

3. OBJETIVO GENERAL.

Garantizar calidad en los cuidados y necesidades de cada paciente durante su estancia hospitalaria en el Servicio de Cirugía

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS. -

- Favorecer la mejora de la efectividad, seguridad, y calidad contribuyendo de esta manera el bienestar del paciente.
- Normar decisiones cobre el diagnóstico y tratamiento de la HPB
- Mejorar la calidad de atención a los pacientes con HPB
- Normar las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento de HBP

5. RECURSOS HUMANOS

- Lic. Enfermería.

6. EQUIPOS

- Equipo De Control De Funciones Vitales
- Formato De BHE
- Sondas Vesicales
- Jeringas De Mayor Calibre
- Guantes Estériles
- Coche De Curación
- Soportes
- Solución Salinas Para Irrigación

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPERPLACIA BENIGNA DE PROSTATA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO:9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS **CLASE: 1 RESPUESTA POSTRAUMÁTICA** **(00146) Ansiedad. R/C Intervención quirúrgica**	**(1404) Control del miedo** -Busca información para reducir el miedo. - Utilización de técnicas de relajación para reducir el miedo	**(5240) Asesoramiento** - Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. - Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede. **(5610) Informar al paciente de la duración esperada de la operación.** - Evaluar la ansiedad del paciente relacionado con la cirugía. - Describir las rutinas preoperatorias.	Paciente muestra aceptación sobre su estado de enfermedad y adaptación al entorno, para la intervención quirúrgica
DOMINIO:12 CONFORT **CLASE: 1 CONFORT FISICO** **(002014) Di confort intranquilidad y molestias r/c la colocación de sonda uretral para irrigación continua tras la intervención y m/p informes de sentirse incómodo.**	**(2008) Estado de comodidad.** **(1204)Equilibrio emocional.**	**(5602) Enseñanza proceso enfermedad.** **(6482)Manejo ambiental: confort.**	Paciente muestra aceptación sobre su estado de enfermedad y cuidados a la sonda
Dominio: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN	**(204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.**	**(876) Cuidados del catéter urinario.** **(2440) Mantenimiento de los dispositivos de acceso ve-**	

Clase: 1 INFECCIÓN (00004) Riesgo de Infección r/c el traumatismo de los tejidos derivado de la intervención.	(1842) Conocimiento: Control de la infección. (1908) Detección del riesgo.	noso. (3440) Cuidados del sitio de incisión. (3662) Cuidados de las heridas: drenaje cerrado.	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES COLECISTIS AGUDA

1. DEFINICION:

Es la inflamación aguda de la vesícula debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo impactado. La colecistitis aguda es un cuadro clínico-quirúrgico, caracterizado por un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, que clínicamente se presenta con dolor abdominal acentuado en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre y leucocitos. Alrededor del 20% presentan ictericia con bilirrubina inferior a los 4 mg/dl.

2. CLASIFICACION

2.1. **Primera Etapa**. Colecistitis edematosa (2 a 4 días): La vesícula tiene fluido intersticial acompañada de dilatación capilar y linfática; la pared se encuentra edema tizada.

2.2. **Segunda Etapa Colecistitis Necrotizante** (3 a 5 días):la vesícula edematosa presenta cambios con áreas hemorrágicas y necróticas. Cuando la pared vesicular está expuesta a altas presiones, existe obstrucción en el flujo vascular con evidencia histológica de obstrucción y trombosis vascular, no compromete las capas tisulares de la pared vesícula

2.3. **Tercera Etapa Colecistitis Supurativas** (7 a 10 días): La pared de la vesícula biliar presenta áreas necróticas y supuradas. En esta etapa la inflamación es evidente, la totalidad de la vesícula comienza a contraerse y la pared se torna más delgada y con proliferación fibrótica. Presenta abscesos intramurales, no envuelve la totalidad de las capas tisulares de la pared vesicular, se pueden encontrar abscesos pericolecísticos.

2.4. **Cuarta Etapa Colecistitis Crónica**: ocurre cuando hay múltiples episodios inflamatorios, se caracteriza por atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared vesicular. También puede ser causada por una irritación crónica por la presencia de grandes litos que eventualmente pueden ocasionar colecistitis aguda

3. SIGNOS Y SINTOMAS:

- Dolor intenso en la parte superior derecha o en el centro del abdomen
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda
- Dolor con la palpación del abdomen
- Náuseas
- Vómitos
- Fiebre
-

4. **BJETIVOS:**
   - Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación disminuir posibles complicaciones de lesión miocárdica
   - Homogenizar la atención de enfermería.
5. **RECURSOS HUMANOS:**

   LIC. En Enfermería

   Técnico en enfermería
6. **RECURSOS MATERIALES:**

- Equipo de curaciones,
- sonda nasogástrica,
- bolsa colectora,
- formato de BHE,
- soluciones para hidratar,
- guantes quirúrgicos,
- jeringa y recipiente para medir el drenaje.

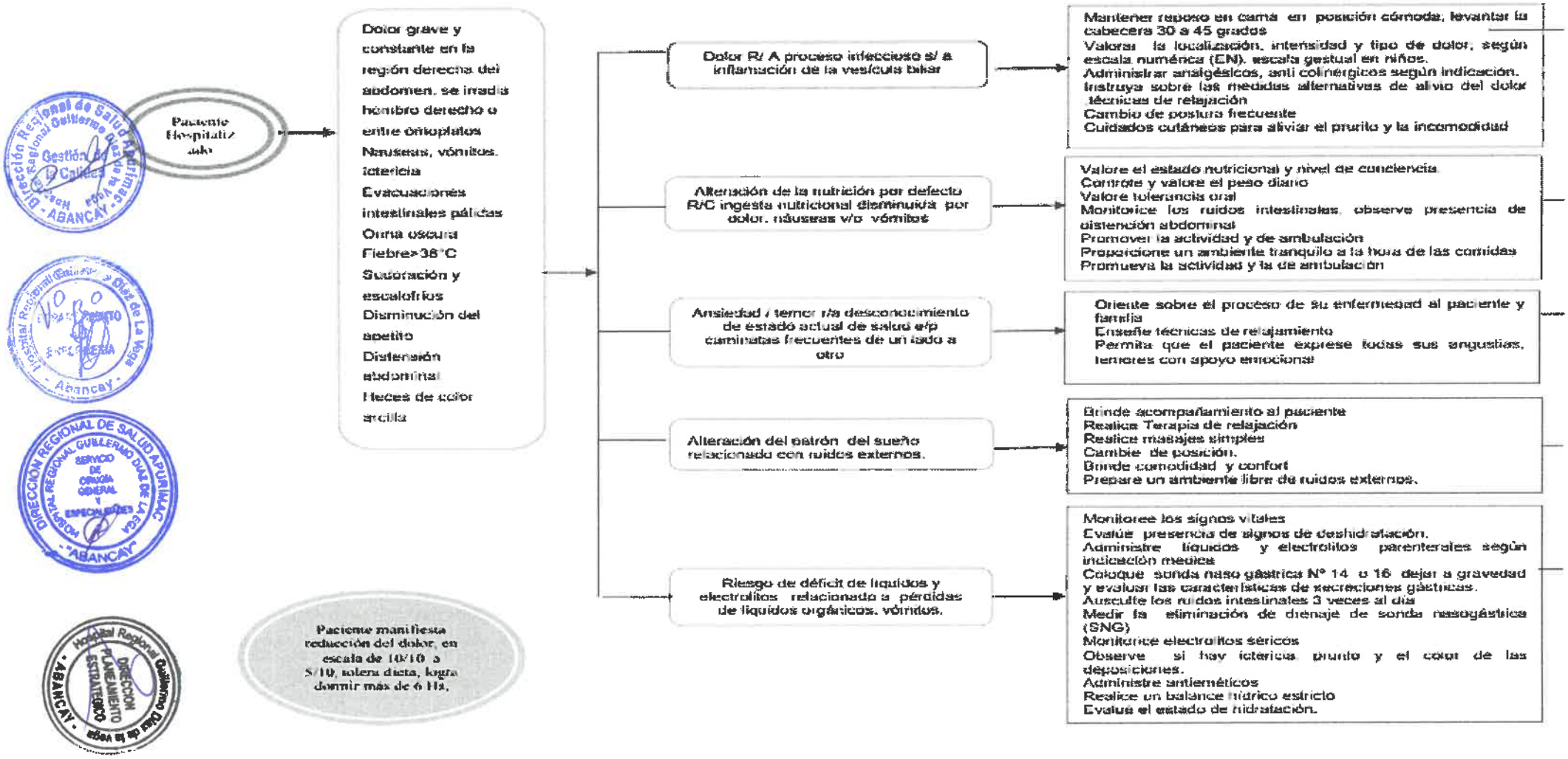
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN COLECISTITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 12: CONFORD CLASE 1: CONFORD FISICO. **00132 DOLOR AGUDO R/C. al proceso infeccioso secundario e inflamación de la vesícula bilia evidenciada facies de dolor.**	**1605 control del dolor.** Disminución del dolor.	**1400MANEJO DEL DOLOR.** - Valorar grado de dolor según escala EVA. - Valorar estado de conciencia. - Valorar estado de ansiedad y reducir el temor del paciente - Administración de oxígeno. - Vigilancia continúa para el alivio del dolor torácico. **2380 MANEJO DE LA MEDICACION: -** - Control de signos vitales - Pedir al paciente que comunique sus síntomas. - Canalizar vía periférica de grueso calibre. - Administración de analgésicos opiáceos Al máximo suficiente para romper el ciclo del dolor. - Vigilar el nivel de conciencia durante la administración para prevenir depresión respiratoria. Si el dolor continua, iniciar la - administración de opiáceos en infusión continúa según prescripción médica.	El paciente verbaliza que el dolor se ha reducido hasta un grado tolerable. La valoración del dolor por el paciente en la escala de 1 a 10.

		- Establecer la dosis analgésica óptimo	
Dominio: 2 NUTRICIÓN **Clase: 1 INGESTIÓN** **(00027) Riesgo de déficit de líquidos y electrolitos R/C pérdidas orgánicas evidenciado por vómitos y aspiración gástrica**	**(00601) Equilibrio hídrico** **(00602) Hidratación** **(01008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos**	**(4120) Intervención: Manejo de líquidos.** -. Pesar a diario y controlar la evolución. - Contar o pesar pañales, si procede. - Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. **(4130) Monitorización de líquidos** - Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. - Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea). - Vigilar peso. - Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo. - Comprobar niveles de electrolitos en suero y orina, si procede. - Valorar niveles de albúmina y proteína total en suero.	Paciente hidratado Ausencia de signos de deshidratación Electrolitos en límites normales BHE positivo

		(4180) Manejo de la hipovolemia - Mantener una vía IV permeable. - Observar los niveles de hematocrito y hemoglobina, si procede. - Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragias, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea). - Vigilar signos vitales, cuando proceda. - Calcular las necesidades de líquidos según la zona de superficie corporal y el tamaño de la quemadura, si es el caso. - Controlar la respuesta del paciente a la estimulación de líquidos. - Administrar soluciones hipotónicas o isotónicas para la rehidratación intracelular o extracelular, según sea el caso. - Combinar soluciones cristaloides (salina normal y soluciones Ringer lactato) y coloides (sepan y Hemocé Plasmanato) para reemplazar el volumen extravascular, según prescripción. - Iniciar la administración de líquidos prescrita, si procede.	

FLUXOGRAMA DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON COLECISTITIS



GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA

1. DEFINICION

Apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice cecal y se constituye en la entidad quirúrgica más frecuentemente intervenida por el cirujano general en los servicios de urgencias, siendo el 1% de todas las cirugías abdominales. El mecanismo principal es la obstrucción de la luz apendicular. La obstrucción del apéndice se produce por:

Fecalitos	Cuerpo extraño	Parásitos
Bario espeso	Tumores	Hiperplasia

2. CLASIFICACION:

2.1. **Fase congestiva o edematosa**: se caracteriza por hiperemia de la pared y Congestión vascular de predominio venoso

2.2. Fase **supurativa**: se caracteriza por mayor congestión vascular, compromiso venoso, linfático, aparición de exudado fibrino purulento y comienza la proliferación bacteriana.

2.3. **Fase gangrenosa**: Hay compromiso arterial, venoso y linfático que origina necrosis de la pared del apéndice, gran componente inflamatorio y mayor cantidad de material purulento.

2.4. **Fase perforada**: La pared apendicular se perfora y libera material purulento y fecal hacia la cavidad abdominal, esta puede evolucionar a uno de los siguientes cuadros:

- **Peritonitis localizada**: Colección purulenta peri apendicular que se puede extender hacia la gotera cólica derecha o hacia la pelvis, el resto de la cavidad no se encuentra comprometida.
- **Peritonitis generalizada**: Presencia de material purulento en toda la cavidad abdominal (inter asas, goteras cólicas y espacios subfrénicos).
- **Plastrón apendicular**: El epiplón y las asas adyacentes envuelven el apéndice perforado para limitar la extensión del proceso inflamatoria y evitar la contaminación de la cavidad abdominal.

3. SIGNOS Y SINTOMAS

Inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región peri umbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones). Puede haber fiebre de 38° C o más, el dolor se incrementa al caminar y al toser.

A la exploración física se encuentran datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rowsing.

4. **OBJETIVO.**
   - Establecer medidas tendientes a prevenir la infección de herida quirúrgica post quirúrgica.
   - Disminuir complicaciones mayores asociadas a la infección post quirúrgica,
   - Disminuir las secuelas y el tiempo de incapacidad laboral de las pacientes con infección de la herida quirúrgica
   - Favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de los pacientes
5. **RECURSOS HUMANOS:**

   LIC. En Enfermería.
6. **RECURSOS MATERIALES.**
   - Ambiente adecuado para hospitalización,
   - Equipo de funciones vitales
   - Equipo de curación,
   - Solución hidroelectrolítica
   - Medicación a administrar,
   - Formato de BHE

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN **PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA**

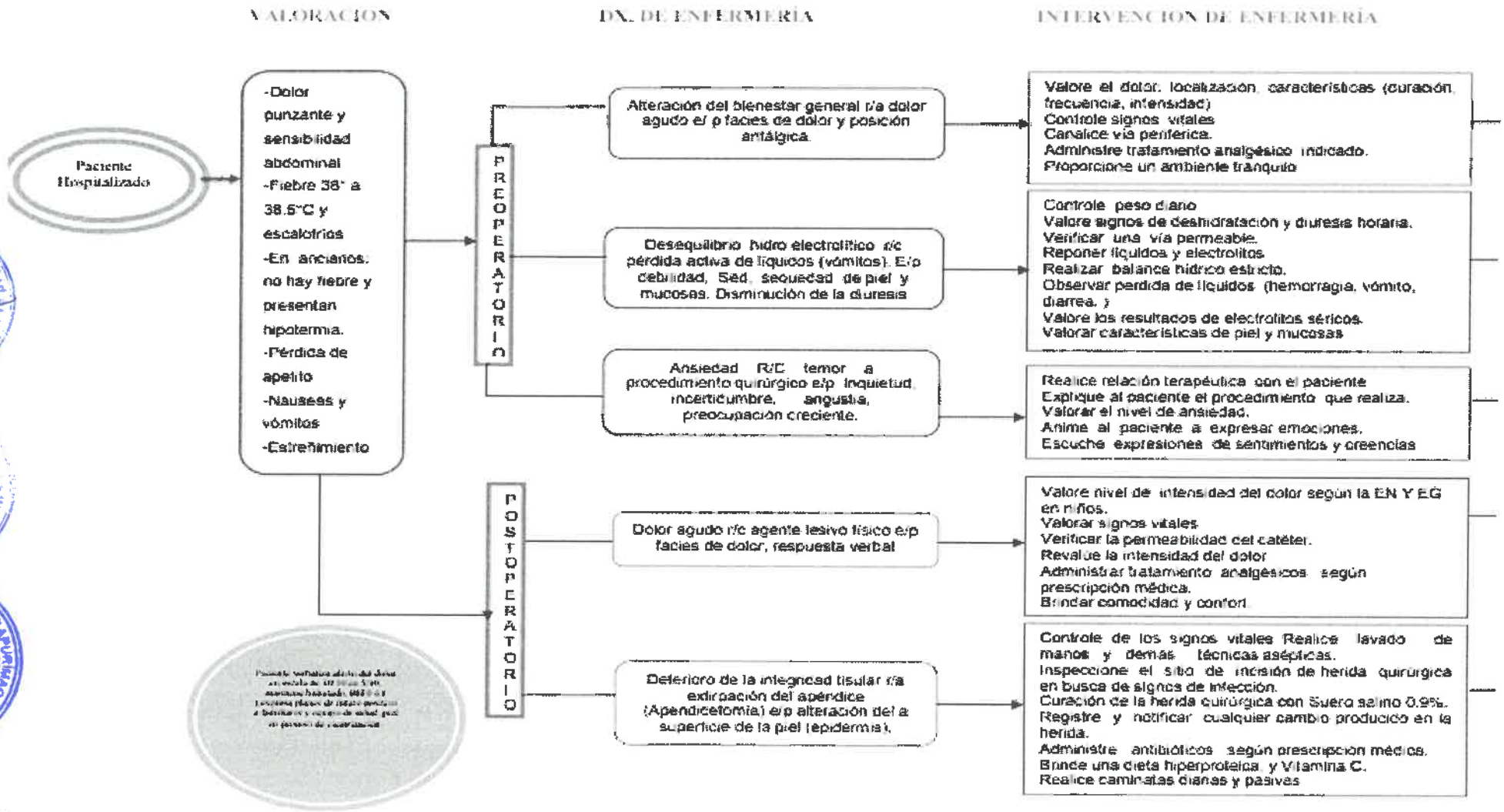
DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 12 CONFORT **CLASE 1CONFORT FISICO** **(00134) Nauseas R/C medicación del anestésico intervención quirúrgica y cambios en e estado de salud**	**(1618) Control De Náuseas Y Vómitos** **(0602) Hidratación** **(2107) Severidad De Las Náuseas Y Vómitos**	**(1450) Manejo de las náuseas** - Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas. - Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas - Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de autocuidado, Escala analógica visual, Escala descriptiva de Duque e índice de Rhodes de náuseas y vómitos. - Identificar factores (p. ej. Medicación y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas. **(1570) Manejo del vómito** -Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis. - Medir o estimar el volumen de la emesis. - Aconsejar que se lleven bolsa de plástico para recoger las emesis.	Restablecer el peristaltismo intestinal Mantener el equilibrio hidroelectrolítico

		Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. - Mantener las vías aéreas abiertas **(2380) Manejo de la medicación** - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. - Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. - Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de loa medicación. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los Fármacos	
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN INFECCIÓN CLASE 1: INFECCION. (00004) Riesgo De Infección R/C Alteraciones De Las Defensas Primarias Rotura De	**(1902) Control Del Riesgo De Infección (01807) control de la infección (1908) Detección Del Riesgo**	**(3660) Cuidados de las heridas** Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas. - Anotar las características de la herida. - Anotar las características de cualquier drenaje producido. - Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. - Mojar en solución salina, si procede. - Administrar cuidados en la zona IV, si procede.	

Piel, Alteración Y Procedimientos Invasivos	**(01101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas**	- Administrar cuidado en la zona de la línea Hickman, si procede. - Proporcionar cuidados en el sitio de la vía venosa central, si es necesario **(6540) Control de infecciones** Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según los consejos de los Centros para el control de enfermedades. - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. - Aislar a las personas expuestas a enfermedades trasmisibles. - Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede. - Mantener técnicas de aislamiento, si procede. - Limitar el número de visitas, si procede. - Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados. - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de la-	

		vado de manos. **(6550) Protección contra las infecciones** - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciados. - Seguir las precauciones propias de una neutropenia, si es el caso.	

FLUXOGRAMA DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA



GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HERNIAS

1. DEFINICION.

Se define una hernia como una protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos, ya sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared, el contenido protruido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario (intestino delgado, epiplón y colon).

2. CLASIFICACION

2.1. POR SU LOCALIZACIÓN ANATOMICA

a. **H. Inguinales:** Las más frecuentes el saco herniario se encuentra en el conducto inguinal, a su vez las hernias inguinales se dividen en directas u oblicuas internas cuando el contenido herniario protruye de forma medial a los vasos epigástricos; e indirectas u oblicuas externas, cuando protruyen de forma lateral a los vasos epigástricos. Las indirectas son las más frecuentes dentro de este grupo y su recorrido es por dentro del cordón inguinal pudiendo llegar hasta el escroto (hernia inguino-escrotal).

b. **H. Umbilicales**: Son frecuentes sobre todo en pacientes obesos, con ascitis o embarazadas, porque distienden el anillo umbilical

c. **H. Crurales**: Son más frecuentes en mujeres, en la exploración clínica, a veces, no son fáciles de distinguir de las hernias inguinales. A diferencia de éstas protruyen por debajo del ligamento inguinal a nivel del triángulo de Scarpa. Estas hernias son las que más frecuentemente se complican, debido a que el anillo herniario es más rígido

d. **H. Epigástricas**: Se producen a nivel de la línea media, entre el apéndice xifoides y el Ombligo, por defectos aponeuróticos de la línea alba

2.2. POR LA PRESENTACIÓN CLÍNICA:

a. **Hernia encarcelada:** Es éstas la irreductibilidad se acompaña de un trastorno del tránsito intestinal, con un cierto grado de obstrucción intestinal, pero sin existir compromiso vascular ni isquemia intestinal. La encarcelación se suele seguir de la estrangulación

b. **Hernia incoercible**: Son aquellas en las que, a pesar de poder reducirse con facilidad, vuelven a salir por el orificio inguinal rápidamente

c. **Hernia estrangulada**: Son aquellas que presentan un riesgo de necrosis por compromiso vascular e isquemia de la víscera herniada.

3. SIGNOS Y SINTOMAS

El primer síntoma de una hernia suele ser una tumefacción debajo de la piel, generalmente es indoloro, pero provoca molestia y agrandarse durante las actividades extenuantes o al toser. En esta etapa, la hernia es reducible porque su contenido (el intestino) puede empujarse para que regrese al abdomen, si la hernia crece, puede tornarse irreducible (no puede hacerse regresar al abdomen). Si se interrumpe la circulación sanguínea a través del intestino irreducible, se produce la estrangulación, que va acompañada de dolor, a menudo náuseas, vómitos o estreñimiento

4. COMPLICACIONES:

Una hernia puede derivar en la compresión de otros órganos (como la vejiga o el colon) o los nervios, que produce estreñimiento, problemas con la micción y actividad sexual. Una hernia estrangulada constituye una emergencia quirúrgica porque parte del intestino puede necrosarse y provocar una peritonitis, potencialmente mortal que necesita una intervención quirúrgica, problemas psicológicos, déficit de movimiento articular, dehiscencia de herida operatoria, cicatriz queloide.

5. OBJETIVO:

- Brindar cuidados posoperatorios adecuados de acuerdo a las alteraciones que el paciente presente
- Diseñar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades que se encuentren alteradas
- Brindar los cuidados de enfermería generales correspondientes
- Brindar los cuidados específicos para evitar posibles complicaciones en la herida quirúrgica
- Brindar apoyo y tratamiento psicológico Ayudar a la deambulación precoz para una pronta recuperación

6. RECURSOS HUMANOS.

- Licenciada en enfermería.

RECURSOS MATERIALES.

- Equipo de funciones vitales
- Equipo de curación
- Formato de BHE
- Soportes
- Soluciones hidroelectrolíticas

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN HERNIAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO:9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS **CLASE: 01 RESPUESTA POSTRAUMÁTICA** **(00146) Ansiedad R/C intervención quirúrgica** **M/P: Preocupación, nerviosismo sobre el procedimiento que se va a realizar**	**(01300) Aceptación estado de salud** **(01305) Adaptación psicosocial: cambio de vida** **(01402) Control de la ansiedad**	**(5820) Disminución De La Ansiedad** - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. **(5270) Apoyo Emocional** - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansie-	Paciente disminuirá la Ansiedad Tendrá un mejor Control emocional

		dad, ira o tristeza. - Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. **(5230) Aumentar el afrontamiento** - Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. - Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. - Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. - Disponer un ambiente de aceptación. - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.	
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE: 1 REPOSO / SUEÑO** **(00085) deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular, disminución de la masa muscular.**	**(00208) Nivel de movilidad** **(00209) Función muscular** **(02102) Nivel del dolor**	**(180) Manejo de energía.** - Determinar las limitaciones físicas del paciente. - Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido.	**Mejorar El Movimiento Articular Movimiento Articular**

		- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones. - Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos) - Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física. **(224) Terapia de ejercicios: movilidad articular** Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. - Explicar al paciente / familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento / actividad. - Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. - Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo / activo **(4310) Terapia de actividad** - Colaborar con terapeutas ocupacionales, físicos y/o recreacionales, en la planificación y control de un programa de actividades.	

		- Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gana de actividades. - Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente (p. ej. Trabajo) y/o actividades de pasatiempo favoritas. - Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. - Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficits. - Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. - Ayudar a obtener el transporte para las actividades, si procede. - Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades. - Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

1. DEFINICION:

Lesión producida por agentes físicos o químicos que producen desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados.
La característica que diferencia la quemadura de otras lesiones de la piel es la rápida destrucción del tejido cutáneo y la pérdida importante de líquidos que se puede producir.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, con un espesor que varía entre 1-3 milímetros y es una barrera impermeable que también contribuye a la termorregulación. Se compone de 3 capas: epidermis, dermis e hipodermis.

2. CLASIFICACION

2.1. **Quemaduras de primer grado (superficiales).-** Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo. Es raro el daño de largo plazo al tejido y generalmente consiste de un aumento o disminución del color de la piel.

2.2. **Quemaduras de segundo grado (espesor parcial).-** Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.

2.3. **Quemaduras de tercer grado (espesor total).-** Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.

2.4. **Quemaduras de cuarto grado. -** Las quemaduras de cuarto grado también dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas.

3. SEGÚN SU EXTENSIÓN

Para valorar la extensión de una quemadura de una forma rápida (en adultos), la superficie corporal se expresa en porcentajes que calculamos mediante la regla de los "9" o de Wallace. En quemaduras no tan extensas, la valoración se puede hacer sabiendo que la palma de la mano del herido representa el 1% de su superficie corporal, siendo válida para todas las edades

ADULTOS: "Regla de los 9 de Wallace"

- Cabeza y cuello: 09%
- Tórax (ant) y (post) 36%
- MSD-I 18%

-	MID-I	36%
-	Genitals	01%
	TOTAL	**100**

4. LOCALIZACIÓN

Zonas de afectación grave:

- **CARA:** boca, nariz, ojos.
- **MANOS Y PIES:** pérdida de movimientos digitales.
- **GENITALES Y PERINEO:** esfínteres, sexualidad, infección.
- **ORIFICIOS NATURALES:** boca, nariz, ano.
- **ARTICULACIONES y ZONAS DE FLEXIÓN:** compresión vascular o nerviosa.
- **QUEMADURAS CIRCUNFERENCIALES:** compresión vasculo-nerviosa

5. COMPLICACIONES

- Infección
- Desnutrición
- Síndrome compartimental
- Obstrucción urinaria por edema
- Alteración estética y funcional del área afectada
- Contractura articular
- Schok (neurogénico, hipovolémico, séptico)
- Pulmonares: inhalación de gases tóxicos y humo.
- Gastro-intestinales: vómitos/hemorragia digestiva.

6. SIGNOS Y SINTOMAS

Dolor: intenso o leve

Piel: ampolla, descamación, enrojecimiento o pérdida total de color

Todo el cuerpo: rubor o sudoración

También comunes: hinchazón, sensibilidad o sensibilidad al dolor

7. OBJETIVO

- Garantizar una atención adecuada
- Los síntomas
- Promover la cicatrización de las heridas (quemaduras)
- Prevenir las complicaciones (infección, cicatrices)

8. RECURSOS HUMANOS.

- Lic. en Enfermera.

9. RECURSOS MATERIALES

EQUPOS:

- Ambiente adecuado,
- Equipo de curaciones,
- Soluciones y analgésicos a administrar.
- Ropa de cama indumentaria quirúrgica para ingresar y
- Realizar la curación

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **CLASE: 1 INFECCIÓN** **(00046) Deterioro de la Integridad Cutánea R/C factores externos (llamas de fuego, sustancias químicas , corriente eléctrica, radiación**	**(01101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.** Indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.	**(3660) Cuidados de las heridas (quemaduras)** Anotar las características de la quemadura - Anotar las características de cualquier drenaje producido. - Sacar el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea necesario. Con cuidado -Aplicar un ungüento adecuado a la piel / lesión si procede. - Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. - Enseñar al paciente o miembro de la familia realizar la cura de la herida. **(840) Cambio de posición** - Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos. - Proporcionar un colchón firme. - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. - Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición. - Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede. - Colocar en la posición terapéutica indicada. - Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada. - Colocar en posición de alineación corporal correcta. - Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede. - Elevar la parte afectada, si está indicado.	Se facilita los cuidados al paciente Paciente logra la estabilidad cutánea de la piel

		(3500) Manejo de presiones -Minimizar la presión sobre las partes corporales. Actividades: - Vestir al paciente con prendas no ajustadas. - Cortar y abrir la escayola para aliviar la presión. - Almohadillar los bordes de yesos ásperos y las conexiones de tracción, si procede. - Colocar al paciente sobre un colchón / cama terapéutica. - Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, si procede. - Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. - Administrar fricciones en la espalda / cuello, si está indicado. - Elevar la extremidad lesionada. - Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con el programa específico. - Facilitar pequeños cambios del peso corporal.	
DOMINIO 2 NUTRICION **CLASE 5: HIDRATACION.** **(00027) Déficit De Volumen De Líquidos R/C** **Perdida Activa Del Volumen De Líquidos Extravascular.**	**(00601) Equilibrio hídrico** **(00602) Hidratación** **(01008) ingestión alimentaria y de líquidos**	**(4120) Manejo de líquidos** - Pesar a diario y controlar la evolución. - Contar o pesar pañales, si procede. - Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. - Administrar terapia IV, según prescripción. - Monitorizar el estado nutricional. - Administrar líquidos, si procede. - Administrar los diuréticos prescritos, si procede. - Administrar líquidos IV a temperatura ambiente	

		(4130) Monitorización de líquidos - Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. - Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea). - Vigilar peso. - Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo. - Comprobar niveles de electrolitos en suero y orina, si procede. - Valorar niveles de albúmina y proteína total en suero. - Observar niveles de os molaridad de orina y suero. - Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio. - Observar presión sanguínea ortostática y cambios del ritmo cardíaco, si resulta oportuno. - Vigilar parámetros hemodinámicas invasivos, si procede.	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON OCLUCION INTESTINAL

1. **DEFINICION.**

   Es un bloqueo parcial o total del intestino que impide que se puedan evacuar con normalidad el contenido intestinal, ya sea debido a un trastorno de la estimulación neurológica del peristaltismo intestinal o debido a que existe algo que interfiere en el flujo normal del contenido intestinal y que se manifiesta con dolor abdominal de tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y detención de gases y heces

2. **SIGNOS Y SINTOMAS**

   - Los signos y síntomas de la obstrucción intestinal incluyen:
   - Dolor abdominal tipo cólico intermitente
   - Pérdida del apetito
   - Estreñimiento
   - Vómitos
   - Incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases
   - Inflamación del abdomen

3. **OBJETIVOS.**

   - Representar La Serie Prioritaria De Diagnósticos Para El Paciente
   - Proporcionar Criterios De Resultados Y Objetivos De Enfermeria Para La Revisión Y Evaluación De Cuidados
   - Dirigir La Intervención Específicas A Ejecutar Por El Cliente, Familia Y Otros Miembros Del Personal De Enfermería

4. **RECURSOS HUMANOS:**

   Lic. En Enfermería.

5. **RECURSOS MATERIALES.**

   - Equipo De Funciones Vitales
   - Equipo De Curación
   - Hoja Grafica Y De BHE
   - Guantes Quirúrgicos

CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON OCLUCION INTESTINAL.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
DOMINIO:12 CONFORT **CLASE: 1 CONFORT FÍSICO (00134)** **Diagnóstico: Nauseas** R/C **Distensión gástrica debido a retraso en el vaciado gástrico, por obstrucción intestinal**	**(01008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.** **(02100) Nivel de comodidad** **(02103) Gravedad del síntoma**	**(1450) Manejo de las náuseas** - Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas. - Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas - Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de autocuidado, Escala analógica visual, Escala descriptiva de Duque e índice de Rhodes de náuseas y vómitos **(1570) Manejo del vómito** - Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis. - Medir o estimar el volumen de la emesis. - Aconsejar que se lleven bolsa de plástico para recoger las emesis. - Determinar frecuencia y duración del vómito, utilizando escalas como la Descriptiva de dure, Índice de Rhodes de náuseas y vómitos. - Conseguir un historial completo, pretratamiento. - Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten los vómitos (ansiedad, miedo, fatiga, y ausencia de conocimientos). **(2080) Manejo de líquidos / electrolitos** - Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales, si existe disponibilidad. - Obtener muestra para el análisis en el laboratorio de los	No presentará signos ni síntomas de nauseas Manifestará controlar la sensación nauseosa y los vómitos

		niveles de líquidos o electrolitos alterados (niveles de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), si procede. - Pesar a diario y valorar la evolución. - Restringir la libre ingesta de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel de Na en suero inferior a 130 MEQ por litro. - Administrar líquidos, se está indicado. - Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar paja para beber y agua fresca), si resulta oportuno	
DOMINIO: 2 NUTRICIÓN **CLASE: 1 INGESTIÓN** **(00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Pérdidas excesivas a través de vías normales**	**(00602) Hidratación** Valorar La cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo. **(01608) Control del síntoma** Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.	**(4120) Manejo de líquidos** Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. - Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. - Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario. - Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión), si procede. **(4130) Monitorización de líquidos** - Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. - Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de	Disminuirá el volumen de líquido expulsado Realizará balances positivos

		líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea). - Comprobar presencia o ausencia de vértigo al levantarse. - Administrar líquidos, si está indicado. - Restringir y repartir la ingesta de líquidos, si procede. - Mantener nivel de flujo intravenoso prescrito. - Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. - Realizar diálisis, si procede, tomando nota de la respuesta del paciente.	

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA



SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

GUIA CLINICA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAUMATOLOGICOS

- FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA
- FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO
- FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO
- FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR
- FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR
- FACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
- FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO
- FRACTURA DE LA CLAVICULA
- CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
- FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

ABANCAY-PERU

2019

GUIA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAUMATOLOGICOS

EQUIPO TECNICO

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Carmen Marlene, CASTILLO WARTHON

ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

Mg.: Gregoria, CHOQUE FLORES.

ENFERMERA ENCARGADA DE LA REVISION DE GUIAS:

Lic. Marisol, JURO MEDINA.

SERVICIO DE CIRUGIA

LIC. Sofía Susan, QUISPE PORTILLO
Jefe de servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

LIC. Aurelia, CISNEROS DE GUZMAN
Enfermera Asistencial del servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

LIC. Eloy, Eduardo TOTTES CORDOVA
Enfermera Asistencial del servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

LIC. Rosa, SEGOVIA PALOMINO
Enfermera Asistencial del servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

LIC. Martha Isabel, BENITES MUÑOZ
Enfermera Asistencial del servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

LIC. Jacqueline, MEDINA COLLAVINO
Enfermera Asistencial del servicio Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega

NDICE

I. PRESENTACION..... 1
II. INTRODUCCION..... 2
III. GUIAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAUMATOLOGICOS..... 3
IV. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA..... 4
V. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO..... 8
VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO..... 12
VII. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR..... 16
VIII. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR..... 21
IX. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURAS DEL OTRO DEDO DE LA MANO..... 27
X. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL MALÉOLO INTERNO..... 30
XI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA CLAVÍCULA..... 35
XII. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS..... 39
XIII. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL PERONÉ..... 43

PRESENTACION

El Hospital Guillermo Díaz de la Vega es, en la actualidad, uno de los mayores complejos hospitalarios del Sistema Sanitario Público de la provincia de Abancay departamento de Apurímac. Su elevada producción asistencial como hospital referencial, su destacada posición dentro de la investigación en cuidados y su estrategia organizativa y de gestión, facilita en todo momento el desarrollo de sus profesionales y la aportación que hacen éstos a la organización.

Nuestros profesionales se caracterizan por una clara orientación a la mejora continua de los cuidados dirigidos a los pacientes y sus familias, sensibles en todo momento a sus necesidades y expectativas.

La Guía que presento: "Guía Clínica de Intervención de Enfermería", es fruto del trabajo en equipo de los profesionales del servicio de Traumatología y Ortopedia que componen nuestro centro. Tiene por objetivo dar continuidad a la normalización de la práctica de enfermería, estrategia iniciada y consolidada desde hace años.

Los procedimientos generales que componen esta publicación están sustentados por la mejor evidencia científica, y están disponibles para ser consultados en todo momento por los profesionales, con la certeza de prestar cuidados de enfermería con los mismos estándares de calidad.

Los profesionales de enfermería, parte del equipo de salud, deben mejorar permanentemente sus procesos de atención, teniendo como base instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención de salud. En tal sentido las guías de intervención son un instrumento importante para promover una mejor y más eficiente práctica clínica.

INTRODUCCION

La Guía Clínica de Intervención de Enfermería del Hospital Guillermo Díaz de la Vega del servicio de Traumatología y Ortopedia, es un documento técnico de sistematización normativa, que contiene descripción detallada de la secuencia de acciones de ejecución de los procesos o actividades, en los que intervienen uno o más unidades operativas incluyendo además los cargos o puestos de trabajo que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación. Debe ser utilizado como un instrumento y herramienta útil para la sistematización de los flujos de información y funciones.

La protocolización de los cuidados se conforma como instrumento indispensable de soporte para la práctica clínica. Entre sus numerosas ventajas cabe destacar, la reducción en la diversidad inapropiada de la práctica clínica, propiciando una atención más justa y equitativa a nuestros pacientes. Unifican, así mismo, criterios de actuación que nos sirven de punto de partida para una evaluación de la calidad del proceso asistencial.

Los procedimientos clínicos son instrumentos de protocolización que se definen como una secuencia pormenorizada de acciones que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados. Los procedimientos, además, tienen un carácter claramente normativo, aspecto que vincula al profesional con su práctica constituyendo en sí mismos un respaldo legal, que proporciona a los profesionales seguridad en su quehacer cotidiano.

Por último, la implantación de una guía de procedimientos es la herramienta inicial e imprescindible para plantear una metodología de trabajo basada en los Cuidados Integrales o de Calidad, facilitando la elaboración de la Cartera de Servicios de Enfermería y la unificación de criterios en las actividades e intervenciones enfermeras de nuestra profesión.

GUIAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAUMATOLOGICOS

FUNDAMENTACION

Las Guías de atención de enfermería son fundamentos teóricos y metodológicos que constituyen la base y las orientaciones del pensamiento enfermero para actuar desde una perspectiva propia. Proporcionan los conocimientos, metodología, habilidades y técnicas distintivos de sus áreas de conocimiento y su práctica. El texto que se presenta es una guía importante, desde una perspectiva de enlazar la vertiente teórica hacia su aplicación en la práctica, para profundizar en sus conocimientos a través de la investigación buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios, y el uso racional de recursos en las instituciones de salud.

OBJETIVO

Brindar una atención integral, oportuna, efectiva y de calidad a los pacientes del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, estandarizando criterios que la enfermera(o) debe realizar a los pacientes para evitar complicaciones.

BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
4. D. S. Nº 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. R. M. Nº 768-2001-SA/DM Sistema de Gestión de Calidad en Salud

ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en los servicios de Traumatología y Ortopedia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA

I. **DEFINICION:** Se considera como fractura de la diáfisis de la tibia, aquélla que ocurre entre dos líneas: la superior coincidente con el plano diáfiso-metafisiario proximal, y la inferior con el plano diáfiso-metafisiario distal.

Las fracturas que ocurren por encima de este límite superior, corresponden a fracturas de la metáfisis superior de la tibia, o de los platillos tibiales; cuando ocurren por debajo del límite inferior, corresponden a fracturas de la metáfisis distal o del pilón tibial; más hacia abajo ya son fracturas epifisiarias (tobillos).

II. OBJETIVO:

- Objetivos o Favorecer la cicatrización de las suturas.
- Reducir colonización e infección de las heridas operatorias y de inserción de fijadores externos.
- Favorecer la disminución del edema de partes blandas.
- Describir los diferentes tipos de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico

III. RECURSOS HUMANOS:

- Licenciados En Enfermería.
- Técnico En Enfermería
- Medico

IV. RECURSOS MATERIALES.

- Aspirador de secreciones
- Balón de oxígeno + humidificador
- Dispensador de oxigeno
- Guantes estériles
- Sonda de aspiración
- Estetoscopio
- Coche de paro
- Equipo de protección
- Termómetro
- Pulsioximetro
- Jeringas
- Medicamentos
- Vendas

- Gasas
    - Cloruro de sodio
    - Espadrapo
    - Algodón
    - Agua oxigenada
    - Isodine en solución
    - Isodine en espuma
    - Agua oxigenada

V. INDICACIONES.

- pacientes con fractura de la diáfisis de la tibia

VI. COMPLICACIONES

- lesiones vasculares
- síndrome compartimental
- complicaciones trombo-embólicas
- lesiones nerviosas
- trastornos tróficos.

• **Infecciones**: Son más frecuentes en lesiones abiertas, por lo que requieren una cuidadosa valoración de la lesión, eliminando los tejidos necrosados y desvitalizados.

• **Retardo de consolidación y pseudoartrosis:** Hay que evitar fijaciones excesivamente rígidas que impiden la compresión interfragmentaria y procurar que el paciente realice una carga precoz del miembro. Toda fractura de tibia que presente movilidad en el foco de fractura pasados seis meses desde la lesión, debe ser abordada quirúrgicamente para refrescar los extremos óseos y aplicar un autoinjerto óseo.

• **Consolidación viciosa:** Suele aparecer en tratamientos cerrados (5%). Toda deformidad (varo, valgo, recurvatum) que supere los 20º debe ser corregida, ya que no sólo es antiestética, sino que predispone a la artrosis de tobillo.

VII. PERSONAL RESPONSABLE.

Enfermera especialista asistencial

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO 12:CONFORT **CLASE 1:**CONFORT FISICO. **00132DOLOR AGUDO** **R/C** agentes lesivos físico (perdida de la continuidad ósea) **M/P** conducta expresiva (agitación, llanto, irritabilidad, facies de dolor) e informe verbal	**(1605)** Control del dolor **(2102)** Nivel del dolor	• **(1400)** Manejo del dolor • Evaluación de dolor (escala de Eva) • **(2210)** Administración de analgésicos • **(6484)** Manejo ambiental: comodidad • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1850)** fomentar sueño • **(0840)** Cambio de posición • **(4160)** Control de hemorragias • **(6540)** Control de infecciones • **(1380)** Aplicación de calor o frío	Paciente logra disminuir el dolor por administración de analgésicos e intervenciones de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCION **CLASE: 1** INFECCION **00004 RIESGO DE INFECCIÓN R/C** rotura de la piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, traumatismo.	**(1902)** Control del riesgo (1842) Conocimiento: control de la infección (1908) Detección del riesgo	• **(6680)** Monitorización de los signos vitales; priorizando la temperatura • **(6540)** Control de infecciones • **(1610)** Baño • **(3660)** Cuidados de las heridas • **(3590)** Vigilancia de la piel • **(2300)** Administración de medicación de antibióticos • **(4220)** Cuidados del catéter central insertado periféricamente • **(6610)** Identificación de riesgos • **(7610)** Análisis de laboratorio	Paciente adopta conductas que reduce el riesgo de infección

		• **(6545)** Control de infecciones: intraoperatorio • **(7690)** Interpretación de datos de laboratorio	
DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE: 2** FUNCION GASTROINTESTINAL **00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C** actividad física insuficiente (reposo prolongado) dolor al mover la zona afectada "tibia"	**(050**Eliminación intestinal **(1622)** Conducta de cumplimiento: dieta prescrita **(0602)** Hidratación	• **(0430)** Manejo intestinal • **(0450)** Manejo del estreñimiento • **(1020)** Etapas en la dieta; ricos en fibra • **(1120)** Terapia nutricional • **(4310)** Terapia de actividad • **(6610)** Identificación de riesgos • **(2304)** Administración de medicación: oral (lactulosa) • Vigilar signos/síntomas de estreñimiento • Control de deposiciones • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado • Valorar necesidad y eficacia de tratamiento laxante	Paciente logra evacuar con dieta rico en fibra

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO

I.DEFINICION:

Las fracturas de antebrazo son sumamente frecuentes debido a que el hombre utiliza el brazo como protección al momento de una caída. Las fracturas pueden ocurrir cerca la muñeca en el extremo más lejos (distal) del hueso, en medio del antebrazo, o cerca del codo en la cabeza (proximal) del hueso.

II. OBJETIVO:

- Disminuir el dolor y el edema.
- Evitar lesiones cutáneas por el uso de sistemas de contención y la maceración de los pliegues.
- Recuperar la movilidad de la articulación glenohumeral y del resto de articulaciones del miembro superior:
- en pacientes jóvenes nuestro objetivo será lograr un hombro móvil y estable; en pacientes de edad avanzada intentaremos lograr un hombro funcional.
- Enseñar al paciente el uso de los sistemas de inmovilización (adiestrar en la forma de colocar y retirar los mismos al paciente y/o a sus cuidadores
- Aportar ayudas técnicas para facilitar las actividades de la vida diaria si el paciente las necesitara.
- Realizar movilizaciones diarias domiciliarias del miembro superior afectado
- Controlar y vigilar el adecuado posicionamiento del miembro superior tanto durante el descanso nocturno como durante el día.
- Crioterapia tres veces al día sobre el hombro, calor local en zonas de contracturas.
- Vigilar y actuar de forma precoz ante la sospecha clínica de desarrollo de un SDRC (síndrome de dolor regional complejo).

III.RECURSOS HUMANOS:

- Licenciados En Enfermería.
- Técnico En Enfermería
- Medico

IV. RECURSOS MATERIALES.

- Aspirador de secreciones
- Balón de oxígeno + humidificador

- Dispensador de oxigeno
- Guantes estériles y Sonda de aspiración
- Estetoscopio
- Coche de paro
- Equipo de protección
- Termómetro
- Pulsioximetro
- Guantes estériles
- Jeringas
- Medicamentos
- Vendas
- Gasas
- Cloruro de sodio
- Espadrapo
- Algodón
- Agua oxigenada
- Isodine en solución
- Isodine en espuma
- Hielo

V. INDICACIONES.

- Pacientes con fractura de la epífisis inferior del humero

VI. COMPLICACIONES

- **Lesiones vasculares** (arteria axilar) o neurológicas (nervio axilar) acaecidas en el momento de la lesión.
- **Necrosis avascular** (3-34%): Suele ser proporcional a la complejidad de la fractura y a la amplitud del abordaje quirúrgico. Se asocia normalmente a las fracturas del cuello quirúrgico o fracturas muy desplazadas.
- **Lesión del manguito rotador**.
- **Consolidación en mala posición:** En el caso del troquiter puede ocasionar un síndrome de compromiso subacromial (ascenso) o un bloqueo para la rotación externa al impactar este contra el reborde glenoideo (desplazamiento posterior).
- **Pseudoartrosis:** Más frecuente en ancianos con osteoporosis.
- **Infecciones**: Son más frecuentes en lesiones abiertas, por lo que requieren una cuidadosa valoración de la lesión, eliminando los tejidos necrosados y desvitalizados.

VII. PERSONAL RESPONSABLE: Enfermera especialista asistencial

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO **CLASE :1** REPOSO SUEÑO **00095 INSOMNIO R/C** malestar físico (dolor e incomodidad del yeso, ansiedad) **M/P** el paciente informa de dificultad para conciliar el sueño	**(0003)**Descanso **(1605)** Control del dolor **(1402)** Autocontrol de la ansiedad	• **(2210)** Administración de analgésicos • **(4680)** Biblioterapia • **(5820)** Disminución de la ansiedad • **(5900)** Distracción • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1400)** Manejo del dolor • **(5330)** Control del humor	Paciente logra conciliar el sueño gracias a las intervenciones de enfermería,
DOMINIO:4 ACTIVIDAD Y REPOSO **CLASE: 2** ACTIVIDAD Y EJERCICIO **00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS** **R/C** incapacidad de realización del ocio habitual por proceso de rehabilitación postraumática **E/P** los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital	**(1502)** Habilidades de interacción social **(1604)** Participación en actividades de ocio	• **(4480)** Facilitar la autorresponsabilidad • **(7560)** Facilitar las visitas • **(4310)** Terapia de actividad • **(5360)** Terapia de entretenimiento • **(4330)** Terapia artística • **(4420)** Acuerdo con el paciente • **(4430)** Terapia de juegos • **(4480)** Facilitar la auto responsabilidad • **(5100)** Potenciación de la socialización	Paciente logra interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio

DOMINIO: 11SEGURIDAD / PROTECCIÓN **CLASE: 2** LESIÓN FÍSICA O DAÑO CORPORAL **00046DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA** **R/C** prominencias Oseas (fractura humero) **E/P** alteración de la superficie de la piel, invasión de las estructuras corporales	**(1102)**Curación de la herida **(0305)** Autocuidados: higiene **(1004)** Estado nutricional	• **(3584)** Cuidados de la piel: • **(3660)** Cuidados de las heridas • **(1020)** Etapas en la dieta; proteica • **(6486)** Manejo ambiental: seguridad • **(2380)** Manejo de la medicación • **(6550)** Protección contra las infecciones • **(3590)** Vigilancia de la piel • **(0840)** Cambio de posición	Paciente logra mejoría y se evidencia el proceso de cicatrización
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE:** 1 REPOSO / SUEÑO **00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE, R/C** deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético, dolor. **E/P** Incapacidad para lavar el cuerpo o sus partes, Incapacidad para obtener o acceder a la fuente del agua.	**(300)** Cuidados personales: actividades de la vida diaria **(301)** Cuidados personales: baño **(305)** Cuidados personales: higiene	• **(1610)**Baño • **(1680)**Cuidados de las uñas • **(1801)**Ayuda con los autocuidados: baño / higiene • **(4360)**Modificación de la conducta • **(4420)**Acuerdo con el paciente • **(5606)**Enseñanza: individual • **(7040)**Apoyo al cuidador principal	Paciente mejora con su cuidado personal gracias a los intervenciones y apoyo de enfermería

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO

I. **DEFINICION:** La fractura del maléolo es una lesión relativamente frecuente. Se caracteriza por la ruptura de la prominencia ósea en la parte externa o interna del tobillo. La parte inferior de la pierna se compone de dos huesos largos que se encuentran uno al lado del otro: la tibia y el peroné

II. **OBJETIVO:**

- Disminución de la inflamación y el dolor
- Aumento la movilidad articular
- Ganancia de fuerza muscular
- Control motor en el tobillo
- Tratamiento de la cicatriz para evitar adherencias post-quirúrgicas
- Puesta en carga y reeducación de la marcha

III. **RECURSOS HUMANOS:**

- Licenciados En Enfermería.
- Técnico En Enfermería
- Medico

IV. **RECURSOS MATERIALES.**

- Guantes estériles
- Jeringas
- Medicamentos
- Vendas
- Gasas
- Cloruro de sodio
- Espadrapo
- Algodón
- Agua oxigenada
- Isodine en solución
- Isodine en espuma
- Hielo (crioterapia)
- Aspirador de secreciones
- Balón de oxígeno + humidificador
- Dispensador de oxigeno
- Guantes estériles
- Sonda de aspiración

- Estetoscopio
- Coche de paro
- Equipo de protección
- Termómetro
- Pulsioximetro

V. INDICACIONES.

- pacientes con fractura del maléolo externo

VI. COMPLICACIONES

- **Inestabilidad crónica de tobillo**. En la sintomatología destaca una sensación de falta de control sobre la articulación que se debe estudiar con técnicas de imagen para visualizar una articulación parcialmente incompetente.
- **Movilidad limitada** Se trata de una complicación frecuente en las fracturas de tobillo. La mayoría de los pacientes recuperan casi la totalidad de la función de movilidad tras la fractura de tobillo por rotación
- **Artrosis de tobillo** La artrosis de tobillo normalmente se hace evidente en los dos o tres primeros años después de la lesión y en muchos pacientes no evoluciona. 24 25 Es más frecuente en fracturas que están desplazadas inicialmente, en fracturas bimaleolares y en fracturas con afectación del maléolo posterior. El tratamiento quirúrgico de las fracturas inestables parece que produce menos artrosis que el tratamiento conservador y la calidad de la reducción tiene una gran influencia en el desarrollo de la artrosis. Los pacientes ancianos y las mujeres tienen un riesgo mayor de desarrollar una artrosis de tobillo tras una fractura.
- **Infecciones**: Son más frecuentes en lesiones abiertas, por lo que requieren una cuidadosa valoración de la lesión, eliminando los tejidos necrosados y desvitalizados.
- **Retardo de consolidación y pseudoartrosis:** Hay que evitar fijaciones excesivamente rígidas que impiden la compresión interfragmentaria y procurar que el paciente realice una carga precoz del miembro. Toda fractura de tibia que presente movilidad en el foco de fractura pasados seis meses desde la lesión, debe ser abordada quirúrgicamente para refrescar los extremos óseos y aplicar un autoinjerto óseo.

- **Consolidación viciosa:** Suele aparecer en tratamientos cerrados (5%). Toda deformidad (varo, valgo, recurvatum) que supere los 20º debe ser corregida, ya que no sólo es antiestética, sino que predispone a la artrosis de tobillo.
- **Pseudoartrosis:** Más frecuente en ancianos con osteoporosis.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
DOMINIO: 11SEGURIDAD / PROTECCIÓN **CLASE: 2** LESIÓN FÍSICA O DAÑO CORPORAL **00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA** **R/C** prominencias Oseas (fractura tobillo) **E/P** alteración de la superficie de la piel, invasión de las estructuras corporales	**(1102)** Curación de la herida **(0305)** Autocuidados: higiene **(1004)** Estado nutricional	• **(3584)** Cuidados de la piel: • **(3660)** Cuidados de las heridas • **(1020)** Etapas en la dieta; proteica • **(6486)** Manejo ambiental: seguridad • **(2380)** Manejo de la medicación • **(6550)** Protección contra las infecciones • **(3590)** Vigilancia de la piel • (0840) Cambio de posición	Paciente logra mejoría y se evidencia el proceso de cicatrización
DOMINIO 12:CONFORT **CLASE 1:** CONFORT FISICO **C00132 DOLOR AGUDO** **R/C** agentes lesivos físico (perdida de la continuidad ósea) **M/P** conducta expresiva (agitación, llanto, irritabilidad, facies de dolor) e informe verbal	**(1605)** Control del dolor **(2102)** Nivel del dolor	• **(1400)** Manejo del dolor • Evaluación de dolor (escala de Eva) • **(2210)** Administración de analgésicos • **(6484)** Manejo ambiental: comodidad • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1850)** fomentar sueño • **(0840)** Cambio de posición • **(4160)** Control de hemorragias • **(6540)** Control de infecciones	Paciente logra disminuir el dolor por administración de analgésicos e intervenciones de enfermería







		• **(1380)** Aplicación de calor o frío	
DOMINIO: 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN **CLASE: 1** INFECCIÓN **00155 RIESGO DE CAÍDAS** **R/C** problemas en los pies (fractura de tobillo), uso de dispositivos de ayuda (muletas)	**(1909)** Conducta de prevención de caídas **(1828)** Conocimiento: prevención de caídas **(1908)** Detección del riesgo	• **(1800)** Ayuda al autocuidado • **(0846)** Cambio de posición: silla de ruedas • **(0764)** Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo • **(5612)** Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito • **(6610)** Identificación de riesgos • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(6490)** Prevención de caídas	Paciente logra disminuir el riesgo

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR

I. **DEFINICION:** La fractura del cuello femoral o, comúnmente conocida como fractura de cadera es una lesión característica y habitual en la vejez, la fractura del cuello del fémur se produce más bien debido a un fuerte traumatismo, como consecuencia de un accidente de tráfico o una caída desde gran altura

II. **OBJETIVO:**

- Aliviar el dolor.
- Prevenir y/o tratar el edema de la extremidad operada.
- Prevenir la luxación de la prótesis de cadera operada.
- Iniciar la activación progresiva de la extremidad operada.
- Mantener y mejorar los rangos articulares.
- Activar el tronco, el abdomen y las extremidades remanentes.
- Mejorar la musculatura de la extremidad afectada
- Higiene postural, evitando vicios posturales.
- Reeducar la marcha con ayuda técnica de bastón o andador.
- Educar al paciente y a la familia.

III. **RECURSOS HUMANOS:**

- Licenciados En Enfermería.
- Técnico En Enfermería
- Medico

IV. **RECURSOS MATERIALES.**

- Aspirador de secreciones
- Balón de oxígeno + humidificador
- Dispensador de oxigeno
- Guantes estériles
- Sonda de aspiración
- Estetoscopio
- Coche de paro
- Equipo de protección
- Termómetro
- Pulsioximetro
- Guantes estériles

- Jeringas
- Medicamentos
- Vendas
- Gasas
- Cloruro de sodio
- Espadrapo
- Algodón
- Agua oxigenada
- Isodine en solución
- Isodine en espuma
- Hielo (crioterapia)

V. INDICACIONES.

- pacientes con fractura del cuello de fémur

VI. COMPLICACIONES:

- Mortalidad 13-37% mayor en ASA III y IV.
- Desplazamiento secundario.
- Necrosis avascular
- Fractura sub trocantérea.
- Prominencia de material de osteosíntesis.
- Fractura periprotésica.
- **Movilidad limitada** Se trata de una complicación frecuente en las fracturas de tobillo. La mayoría de los pacientes recuperan casi la totalidad de la función de movilidad tras la fractura de tobillo por rotación
- **Artrosis de tobillo** La artrosis de tobillo normalmente se hace evidente en los dos o tres primeros años después de la lesión y en muchos pacientes no evoluciona. 24 25 Es más frecuente en fracturas que están desplazadas inicialmente, en fracturas bimaleolares y en fracturas con afectación del maléolo posterior. El tratamiento quirúrgico de las fracturas inestables parece que produce menos artrosis que el tratamiento conservador y la calidad de la reducción tiene una gran influencia en el desarrollo de la artrosis. Los pacientes ancianos y las mujeres tienen un riesgo mayor de desarrollar una artrosis de tobillo tras una fractura.
- **Infecciones**: Son más frecuentes en lesiones abiertas, por lo que requieren una cuidadosa valoración de la lesión, eliminando los tejidos necrosados y desvitalizados.

- **Retardo de consolidación y pseudoartrosis:** Hay que evitar fijaciones excesivamente rígidas que impiden la compresión interfragmentaria y procurar que el paciente realice una carga precoz del miembro. Toda fractura de tibia que presente movilidad en el foco de fractura pasados seis meses desde la lesión, debe ser abordada quirúrgicamente para refrescar los extremos óseos y aplicar un autoinjerto óseo.
- **Consolidación viciosa:** Suele aparecer en tratamientos cerrados (5%). Toda deformidad (varo, valgo, recurvatum) que supere los 20° debe ser corregida, ya que no sólo es antiestética, sino que predispone a la artrosis de tobillo.
- **Pseudoartrosis:** Más frecuente en ancianos con osteoporosis.

VII. PERSONAL RESPONSABLE.

Enfermera especialista asistencial

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE: 1** REPOSO / SUEÑO **CÓDIGO: 00085** **DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA** **R/C** perdida de la integridad de las estructuras oseas (fractura de femur) **E/P** movimiento limitados de la articulación	**(0200)** Ambular **(1613)** Autogestión de los cuidados **(1614)** Autonomía personal	• **(0840)** Cambio de posición • **(0740)** Cuidados del paciente encamado • **(0200)** Fomento del ejercicio • **(6540)** Control de infecciones • **(6545)** Control de infecciones: intraoperatorio • **(2395)** Control de la medicación • **(3540)** Prevención de úlceras por presión	Paciente logra mover independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.
CODIGO:00108 **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE,** **R/C** deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético, dolor. **E/P** Incapacidad para lavar el cuerpo o sus partes, Incapacidad para obtener o acceder a la fuente del agua.	**(300)** Cuidados personales: actividades de la vida diaria **(301)** Cuidados personales: baño **(305)** Cuidados personales: higiene	• **(1610)**Baño • **(1680)**Cuidados de las uñas • **(1801)**Ayuda con los autocuidados: baño / higiene • **(4360)**Modificación de la conducta • **(4420)**Acuerdo con el paciente • **(5606)**Enseñanza: individual • **(7040)**Apoyo al cuidador	Paciente mejora con su cuidado personal gracias a los intervenciones y apoyo de enfermería

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE: 1** REPOSO / SUEÑO		principal	
DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE: 2** FUNCION GASTROINTESTINAL **00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO** **R/C** actividad física insuficiente (reposo prolongado) dolor al mover la zona afectada "tibia"	**(0501)** Eliminación intestinal **(1622)** Conducta de cumplimiento: dieta prescrita **(0602)** Hidratación	• **(0430)** Manejo intestinal • **(0450)** Manejo del estreñimiento • **(1020)** Etapas en la dieta; ricos en fibra • **(1120)** Terapia nutricional • **(4310)** Terapia de actividad • **(6610)** Identificación de riesgos • **(2304)** Administración de medicación: oral (lactulosa) • Vigilar signos/síntomas de estreñimiento • Control de deposiciones • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado • Valorar necesidad y eficacia de tratamiento laxante	Paciente logra evacuar con dieta rico en fibra
DOMINIO 12:CONFORT **CLASE 1:**CONFORT FISICO **CÓDIGO:00132** **DOLOR AGUDO** **R/C** agentes lesivos físico (perdida de la continuidad ósea) **M/P** conducta expresiva (agitación, llanto, irritabilidad,	**(1605)** Control del dolor **(2102)** Nivel del dolor	• **(1400)** Manejo del dolor • Evaluación de dolor (escala de Eva) • **(2210)** Administración de analgésicos • **(6484)** Manejo ambiental: comodidad	Paciente logra disminuir el dolor por administración de analgésicos e intervenciones de enfermería

facies de dolor) e informe verbal		• **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1850)** fomentar sueño • **(0840)** Cambio de posición • **(4160)** Control de hemorragias • **(6540)** Control de infecciones • **(1380)** Aplicación de calor o frío	







GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR

I. DEFINICION: La fractura de la diáfisis femoral es un gran clásico de la traumatología. Afecta sobre todo a personas jóvenes, de sexo masculino, y a veces en un accidente de tráfico de alta energía, frecuentemente en un contexto poli traumatológico

II. OBJETIVO:

- Aliviar el dolor.
- Restablecer la longitud normal del fémur, evitando acortamiento y acabalgamiento
- Restablecer los ejes normales, eliminando angulaciones y rotaciones
- Evitar rigidez en la rodilla con inmovilización precoz Prevenir y/o tratar el edema de la extremidad operada.

III. RECURSOS HUMANOS:

- Licenciados En Enfermería.
- Técnico En Enfermería
- Medico

IV. RECURSOS MATERIALES.

- Guantes estériles
- Jeringas
- Medicamentos
- Vendas
- Gasas
- Cloruro de sodio
- Espadrapo
- Algodón
- Agua oxigenada
- Isodine en solución
- Isodine en espuma
- Hielo (crioterapia)

V. INDICACIONES.

- pacientes con fractura de la diáfisis del fémur

VI. COMPLICACIONES:

- Mortalidad 13-37% mayor en ASA III y IV.
- Desplazamiento secundario.
- Necrosis avascular
- Fractura sub trocantérea.
- Prominencia de material de osteosíntesis.
- Fractura periprotésica.
- **Movilidad limitada** Se trata de una complicación frecuente en las fracturas de tobillo. La mayoría de los pacientes recuperan casi la totalidad de la función de movilidad tras la fractura de tobillo por rotación
- **Infecciones**: Son más frecuentes en lesiones abiertas, por lo que requieren una cuidadosa valoración de la lesión, eliminando los tejidos necrosados y desvitalizados.
- **Retardo de consolidación y pseudoartrosis:** Hay que evitar fijaciones excesivamente rígidas que impiden la compresión interfragmentaria y procurar que el paciente realice una carga precoz del miembro. Toda fractura de tibia que presente movilidad en el foco de fractura pasados seis meses desde la lesión, debe ser abordada quirúrgicamente para refrescar los extremos óseos y aplicar un autoinjerto óseo.
- **Consolidación viciosa:** Suele aparecer en tratamientos cerrados (5%). Toda deformidad (varo, valgo, recurvatum) que supere los 20º debe ser corregida, ya que no sólo es antiestética, sino que predispone a la artrosis de tobillo.

VII. PERSONAL RESPONSABLE.

Enfermera especialista asistencial

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE: 1**REPOSO / SUEÑO **00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA** **R/C** perdida de la integridad de las estructuras Oseas (fractura de fémur) **E/P** movimiento limitados de la articulación	**(0200) Ambular** **(1613) Autogestión de los cuidados** **(1614) Autonomía personal**	• **(0840)** Cambio de posición • **(0740)** Cuidados del paciente encamado • **(0200)** Fomento del ejercicio • **(6540)** Control de infecciones • **(6545)** Control de infecciones: intraoperatorio y post operados • **(2395)** Control de la medicación • **(3540)** Prevención de úlceras por presión	Paciente logra mover independiente e intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.
DOMINIO: 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE: 2** FUNCION GASTROINTESTINAL **00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO** **R/C** actividad física insuficiente (reposo prolongado) dolor al mover la zona afectada	**(0501)** Eliminación intestinal **(1622)** Conducta de cumplimiento: dieta prescrita **(0602)** Hidratación	• **(0430)** Manejo intestinal • **(0450)** Manejo del estreñimiento • **(1020)** Etapas en la dieta; ricos en fibra • **(1120)** Terapia nutricional • **(4310)** Terapia de actividad • **(6610)** Identificación de riesgos • **(2304)** Administración de medicación: oral (lactulosa) • Vigilar signos/síntomas de estreñimiento • Control de deposiciones • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado • Valorar necesidad y eficacia de tratamiento laxante	Paciente logra evacuar con dieta rico en fibra

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO **CLASE: 1**REPOSO / SUEÑO **00088 DETERIORO DE LA DEAMBULACION R/P** Deterioro de musculoesquelético (fractura de fémur) **E/P** deterioro de la habilidad para caminar	**(0208)** Movilidad **(1909)** Conducta de prevención de caídas **(0206)** Movimiento articular	• **(0840)** Cambio de posición • **(5612)** Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(3540)** Prevención de úlceras por presión • **(1050)** Alimentación • **(5270)** Apoyo emocional • **(1803)** Ayuda con los autocuidados: alimentación • **(1804)** Ayuda con los autocuidados: aseo • **(1801)** Ayuda con los autocuidados: baño/higiene • **(1806)** Ayuda con los autocuidados: transferencia • **(1802)** Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	Paciente
DOMINIO 12: CONFORT **CLASE 1:** CONFORT FISICO **00132 DOLOR AGUDO** **R/C** agentes lesivos físico (perdida de la continuidad ósea) **M/P** conducta expresiva (agitación, llanto, irritabilidad, facies de dolor) e informe verbal	**(1605)** Control del dolor **(2102)** Nivel del dolor	• **(1400)** Manejo del dolor • Evaluación de dolor (escala de Eva) • **(2210)** Administración de analgésicos • **(6484)** Manejo ambiental: comodidad • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1850)** fomentar sueño • **(0840)** Cambio de posición • **(4160)** Control de hemorragias • **(6540)** Control de infecciones • **(1380)** Aplicación de calor o frío	Paciente logra disminuir el dolor por administración de analgésicos e intervenciones de enfermería
DOMINIO: 9 AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS **CLASE: 2** RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO	**(1211)** Nivel de ansiedad **(1212)** Nivel de estrés **(1402)** Autocontrol de la ansiedad	• **(5270)** Apoyo emocional • **(4680)** Biblioterapia • **(1800)** Ayuda al autocuidado • **(5330)** Control del humor	Paciente mejora su ansiedad

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURAS DEL OTRO DEDO DE LA MANO

I. Definición:

Las fracturas de las yemas de los dedos (también denominadas fracturas de la falange distal) se producen generalmente como consecuencia de una lesión por aplastamiento, por ejemplo, por el golpe de un martillo. Por lo general, la sangre se acumula debajo de la uña (lo que se denomina hematoma subungueal). La uña adquiere un aspecto negro azulado y puede levantarse. El lecho de la uña, que se encuentra debajo de la uña, puede desgarrarse. Esta lesión produce mucho dolor. El dedo está hinchado y duele.

Después de una fractura grave del dedo, a veces aumenta la sensibilidad en la zona (lo que se denomina hiperestesia) y permanece aumentada mucho después de que la fractura se haya curado. La zona afectada puede resultar muy dolorosa a la palpación.

II. Objetivo:

1. Conocerán que es el dolor y las causas de la enfermedad.
2. Identificarán las clasificaciones del dolor.
3. Identificarán el tratamiento adecuado para el dolor.
4. Conocerán los métodos utilizados para medir el dolor.

III. Recursos humanos:

- Lic. en enfermería

IV. Recursos materiales:

- Aspirador de secreciones
- Dispositivos para oxigeno
- Dispensador de oxigeno
- Guantes estériles
- Sondas de aspiración
- Materiales necesarios para ventilación mecánica
- Monitor cardiaco
- Estetoscopio
- Bombas de infusión parenteral

00146 ANSIEDAD R/C estrés, el entorno hospitalario, estado de salud **E/P** preocupación, temor a consecuencias inespecíficas		• **(5310)** Dar esperanza • **(8100)** Derivación • **(5820)** Disminución de la ansiedad • **(5900)** Distracción • **(5602)** Enseñanza: proceso de enfermedad • **(7170)** Facilitar la presencia de la familia • **(7(6482)** Manejo ambiental: confort • **560)** Facilitar las visitas • **(5395)** Mejora de la autoconfianza • **(4400)** Musicoterapia	

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay
Servicio de Medicina



Guía de Intervención De Enfermería

2019

GUIA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA

EQUIPO TECNICO

EQUIPO TECNICO:
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE CALIDAD
Lic. Carmen Marlene, CASTILLO WARTHON
ENFERMERA EN JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Mg. Gregoria, CHOQUE FLORES
ENFERMERA ENCARGADA DE LA REVISION DE GIAS
Lic. Marisol, JURO MEDINA

SERVICIO DE MEDICINA

Jefa de Enfermeras del Servicio de Medicina.
Lic. Enf. Carmen DAVILA PORTOCARRERO.
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Jose Manuel SACHEZ SIERRA.
Enfermero Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Edith Micaela ESPINOZA PACHECO.
Enfermera Especialista en Pediatría.
Lic. Enf. Rosa SALCEDO ROBLES.
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Dina Victoria CCAYPANI GALINDO.
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Hilda GAMARRA CCANRE.
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Julia CUELLAR ALEGRIA.
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Lic. Enf. Samuel Eugenio GUEVARA MONTALVO.
Licenciado en Enfermeria.
Lic. Enf. Yuki Faner GONZALES ÑAHUIS.
Enfermera Especialista en Salud Mental.

INDICE

PRESENTACION.

INTRODUCCION.

MARCO CONCEPTUAL.

I.- GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA.....10

II.-GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....23

III.-GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA. 29

IV.-GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN DIABETES MALLITUS TIPO II..... 38

V.-GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.....43

VI.-GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....53

VII.-GUIA EN INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR..... 59

PRESENTACION

En la actualidad se considera la Enfermería como una disciplina que brinda cuidado integral al ser humano sano y enfermo y como tal tiene un soporte teórico que integra las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales de las personas, lo cual se refleja en la satisfacción plena del paciente y familia, siendo responsable el personal de enfermería.

El cuidado de enfermería es un conjunto de actividades y actitudes humanas orientadas a minimizar riesgos futuros de salud y a mejorar la calidad de vida, logrando el bienestar de la población.

Esto implica contar con un instrumento de gestión del cuidado, que nos facilite la aplicación del método científico (PAE) en el quehacer cotidiano de enfermería para lo cual se requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos como soporte teórico.

Dentro de este contexto el servicio de medicina, en vista que afronta una demanda cada vez mayor de pacientes con riesgo de vida y daños irreversibles, se evidencia la necesidad de contar con un instrumento técnico como una herramienta eficaz que nos permita la estandarización de criterios, con tendencias a mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

Respondiendo a esta necesidad y la disposición emitida por el Departamento de enfermería es que se elabora las diferentes **"GUIAS CLINICAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA"** basadas en las normativas actuales, aplicando la taxonomía II que es el sistema clasificatorio Codificado en el que aparecen ordenados los diagnósticos de enfermería aprobadas por la NANDA, Intervenciones (NIC) y evaluación (NOC) de enfermería fundamentado científicamente que en su conjunto constituye el Proceso de Atención de

enfermería y que nos permitirá en una forma sistemática y metodológica alcanzar los estándares de calidad.

Cabe mencionar que las Guías se elaboraron con la participación del personal de enfermería del servicio.

Todo este trabajo realizado es con el propósito de fortalecer la práctica profesional de enfermería como algo inherente a la conducción humana y al compromiso del trabajo en equipo.

INTRODUCCION

Las guías clínicas de intervención de enfermería, en el servicio de medicina, han sido elaboradas para proporcionar la información necesaria para ser aplicada en la continuidad del cuidado de enfermería que se proporciona a la persona durante la vida en los diferentes problemas de salud de la población.

Estas han sido elaboradas a través de la búsqueda de información bibliográfica, experticia de los profesionales y la necesidad de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada al paciente, así mismo se tomó como base de guías anteriores y la revisión actualizada de las mismas más la experiencia del personal con especialidad. El contenido de cada guía cuenta con: concepto de la patología, etiología, manifestaciones clínicas de la enfermedad y las intervenciones de enfermería enfocadas en prevención, curación y rehabilitación.

El desarrollo del documento cuenta con 7 patologías de mayor incidencia en el servicio con perfil epidemiológico, durante la elaboración se tuvo varias fases con el objetivo de garantizar el cuidado de calidad y el mejor aprovechamiento de los recursos.

Los profesionales enfermeros del servicio de medicina están conscientes que estas guías son una herramienta útil que guiara el accionar diario de sus atenciones con el fin de dar respuesta a la necesidad de salud y lograr la satisfacción del usuario.

MARCO CONCEPTUAL COMPENDIO DE GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

JUSTIFICACION.

Uno de los indicadores de evaluación de la calidad de los servicios de salud es tener protocolizado las atenciones que se realizan según las patologías en los diferentes servicios de nuestro hospital.

Por ello la necesidad de contar con las Guías de consulta para los cuidados de enfermería de las patologías más comunes.

La ejecución y aplicación de las Guías de Atención y de los cuidados de enfermería es una actividad continua, como es continuo el avance del conocimiento y experiencia en nuestra práctica habitual.

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los diferentes servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, para garantizar la calidad y eficiencia de la atención. Además su existencia es requisito de acreditación.

Así lo entiende la enfermera de nuestro Servicio, es por ello que se ha realizado de forma consensuada como referencia de la mejor práctica que hoy por hoy se están aplicando, las guías como consulta de los cuidados de enfermería, considerando que esto repercutirá en la mejor calidad de atención de nuestros pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS.

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en el Servicio de Medicina.

- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios y el fortalecimiento técnico y científico de los profesionales.

ALCANCE.

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en el Servicio de Medicina.

BASE LEGAL.

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley Nº 27669 – Capitulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la Ley de la Enfermera(o), aprobado por D.S. Nº 004-2002-SA - Capítulo II Art. 8, 9, inciso a.
- Resolución Ministerial N° 826-2005-MINSA. Norma para la atención de Documentos Normativos del Ministerio de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES.

1. Proceso de Atención de Enfermería

Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

Es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico.

La finalidad Proceso de atención de enfermería es proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud.

2. Diagnóstico de Enfermería

Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería.

El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA2 ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:

- *Respuesta humana*: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.
- *Factores relacionados*: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnosticador puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

3. Meta

Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.

4. Intervenciones de Enfermería

Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados.

El proceso de enfermería consta de lo sgte: valoración, diagnóstico, intervención y evaluación.

5. Grado de Dependencia

Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- *Grado de dependencia I*, totalmente independiente.
- *Grado de dependencia II*, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.

- *Grado de dependencia III*, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- *Grado de dependencia IV*, requiere de apoyo total, se da especialmente en pacientes pediátricos.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

6. Indicador de seguimiento

Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

7. Guía de intervención en enfermería

Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

8. Guía de procedimiento en enfermería

Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA.

I.- DEFINICION.

La neumonía consiste en la inflamación de las vías respiratorias bajas que afectan al parénquima pulmonar, incluyendo alveolos y estructura de soporte. Pueden deberse a una amplia variedad de agentes etiológicos, incluyendo bacterias, virus, hongos y micro bacterias.

Su clasificación radica en el lugar donde se adquiere:

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

Ha sido definida como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. Este tipo de neumonía se adquiere en el seno de la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL (NIH)

Presentan mayor mortalidad que la neumonía adquirida en la comunidad. Ocurre a las 48 horas o más después de la admisión hospitalaria, se deben excluir las enfermedades que se encontraban en período de incubación al ingreso. En el hospital se da la conjunción de una población con alteración de los mecanismos de defensas, junto a la existencia de unos gérmenes muy resistentes a los antibióticos, lo que crea dificultades en el tratamiento de la infección.

SIGNOS Y SINTOMAS.

- Fiebre
- Anorexia
- Vómitos
- Mal estado general
- Disnea
- Polipnea
- Aleteo nasal
- Tiros costales
- Cianosis
- Tos (seca al principio, húmeda después)

COMPLICACIONES

- Insuficiencia cardiaca
- Sepsis
- Choque séptico
- Empiema
- Absceso pulmonar
- Atelectasia
- Enfisema
- Neumatocele
- Neumotórax
- Neumomediastino
- Acidosis respiratoria
- Acidosis mixta

II.- POBLACION OBJETIVA.

- Pacientes adultos y adultos mayores que se Hospitalizan en el Servicio de Medicina con Neumonía.

III.- OBJETIVOS.

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

- Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes con Neumonía.
- Evitar complicaciones e iatrogenia y establecer un pronóstico de evolución del paciente.

IV.- PERSONA RESPONSABLE.

- Licenciadas (o) en Enfermería.

V.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO **R/C:** • Cambios de la membrana alveolar – capilar. • Desequilibrio ventilación – perfusión. **E/P:** • Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales. • Gasometría arterial anormal. • Hipoxemia. • Hipoxia. • PH arterial anormal.	**0402 Estado Respiratorio: intercambio gaseoso.** • Facilidad de la respiración. • PaO2. • PaCO2. • pH arterial. • Saturación de oxígeno. • Volumen corriente CO2. • Hallazgos en la radiografía de tórax. • Equilibrio entre ventilación y perfusión.	**3160 aspiración de las vías aéreas.** • Pre oxigenar al paciente antes del procedimiento. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Disponer precauciones universales; equipo de bio seguridad Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. • Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. • Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.	Vías aéreas permeables

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
	0600 Equilibrio electrolítico y acido – base.	• Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. • Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede. • Limpiar la zona alrededor de la estoma traqueal y suministrar oxigeno suplementario si el paciente experimentara. • Observar el estado de oxigeno del paciente y estado hemodinámica inmediatamente • Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos. • Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.	Hidratación favorable

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
	0403 Estado Respiratorio: ventilación. • Frecuencia respiratoria. • Ritmo respiratorio. • Profundidad respiratoria. • Expansión torácica simétrica. • Utilización de los músculos accesorios. • Ruidos respiratorios a la auscultación. • Volumen de corriente. • Capacidad vital. • Pruebas de función pulmonar.	**3140Manejo de vías aéreas** • Administrar aire u oxigeno humidificado, si procede. • Administrar broncodilatadores, si procede. • Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. • Realizar fisioterapia torácica, si está indicado. **3200 precaución para evitar la aspiración.** • Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible. • Comprobar los residuos nasogástricos, antes de la alimentación.	Oxigenoterapia Valorar posición y residuo gastrico

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
	0706 Respuesta alérgica: sistémica. • Taquicardia. • Arritmias. • Edema pulmonar. • Secreciones mucosas. • Aumento de la temperatura cutánea. • Fiebre. • Diarrea.	• Realizar monitoreo permanente en alteraciones de signos vitales. • Observación de secreción cantidad y características. • Observar signos de infección en procedimientos invasivos.	Signos de infección intra hospitalaria

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		3320 oxigenoterapia. • Administrar oxigeno suplementario, según órdenes. • Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxigeno cada vez que se extrae el dispositivo. • Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de O2. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. • Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. • Observar si existe toxicidad por parte del O2 y atelectasia por absorción. • Proporcionar O2 durante los traslados del paciente. • Vigilar el flujo de litro de O2.	

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
	0802 Signos vitales. • Temperatura corporal. • Frecuencia de pulso apical. • Frecuencia de pulso radial. • Frecuencia respiratoria. • Presión arterial sistólica. • Presión arterial diastólica. • Presión del pulso.	**Monitorización de Signos Vitales.** • Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. • Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos. • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). • Controlar periódicamente la oximetría del pulso. • Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. • Controlar periódicamente los tonos cardíacos. • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.	Alteración de signos vitales Polipnea taquicardia

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		• Observar si hay cianosis central y periférica. • Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso. • Observar si hay pulso alternante. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay relleno capilar normal. • Observar si se presenta el trío Cushing (presión de pulso ancha, bradicardia y aumento de la presión sistólica). • Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (CheyneStokes, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos). **0840 cambio de posición.** • Colocar en la posición terapéutica indicada. • Colocar en posición de alineación corporal correcta.	Presencia de UPP

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		• Colocar en posición para el alivio de disnea. • Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión. • Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos. • Elevar el cabecero de la cama, si no resulta contra indicado. • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según programa específico. • Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos. • Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. • Proporcionar un colchón firme. • Vigilar el estado de oxigenada antes y después del cambio de posición.	
	1400 manejo del dolor.	• Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.	Facies de dolor

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
	2080 manejo de líquidos / electrolitos.	• Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. • Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. • Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede. • Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado. • Consultar con el medico si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.	Signos de deshidratación

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		• Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos. • Instaurar medidas para controlar la perdida excesiva de electrolitos, según sea el caso. • Irrigar la sonda nasogástrica con solución salina normal. • Llevar un registro preciso de ingesta y eliminación. • Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso. • Observar si existe perdida de líquidos (hemorragias, vómitos, transpiración y taquipnea).	

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUMONIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		• Observar manifestaciones de desequilibrio de líquidos. • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquido. • Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales, si existe disponibilidad. • Valora las mucosas bucales del paciente, la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos.	

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

I.- DEFINICION.

Las vías intestinales o gastrointestinales incluyen el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso o colon, el recto y el ano. La HDA se define por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de treitz, este sangrado puede proceder propio el tubo digestivo o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en el espacio comprendido.

Su incidencia varía según el área estudiada y entre sus causas destacan la úlcera péptica, gástrica o duodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica, gastritis y las varices esofagogástricas. Todos los hospitales que atienden a pacientes de estas características deben de disponer de protocolos que permitan un abordaje multidisciplinar de este problema incluyendo la disponibilidad de un gastroenterólogo endoscopista y un personal de enfermería entrenado para ello.

SIGNOS Y SINTOMAS.

- Los signos de HDA son la melena, hematemesis, Los síntomas que acompañan estos signos varían dependiendo de la causa subyacente.

HDA leve: Paciente asintomático, constantes normales, piel normo coloreada, templada y seca. Indica una pérdida de hasta un 10 % de la volemia circulante.
HDA moderada: TA sistólica > 100 mmHg, FC < 100 x', discreta vasoconstricción periférica (Palidez, frialdad), signos posturales negativos. Pérdida de un 10-25 % de la
Volemia.
HDA grave: TA sistólica: < 100 mmHg, FC: 100-120 x', intensa vasoconstricción Periférica (palidez intensa, frialdad, sudoración, etc.), inquietud o agitación,

Oliguria, signos posturales positivos. Pérdida del 25-35 % de la volemia.

HDA masiva: Shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, Agitación, estupor o coma, anuria. Pérdida superior al 35 % de la volemia

COMPLICACIONES

La más relevante y afortunadamente poco frecuente, es la perforación, especialmente en úlceras y las HDA activas presentando:

- Shock Hipovolémico:
- Hipotensión severa.
- Taquicardia.
- Sudoración.
- Insuficiencia Renal Aguda por Necrosis Tubular:
- Oliguria.
- Neumonía por aspiración:
- Fiebre.
- Disnea.
- Ángor hemodinámico:
- Dolor torácico.
- Sudoración.

II.- POBLACION OBJETIVA.

- Pacientes adultos y adultos mayores que se Hospitalizan en el Servicio de Medicina con Hemorragia Digestiva Alta.

III.- OBJETIVOS.

- Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el estado hemodinámico del paciente adulto y adulto mayor con HDA.

- Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.
- Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes hospitalizados con HDA.
- Evitar complicaciones e iatrogenia y establecer un pronóstico de evolución del paciente.

IV.- PERSONA RESPONSABLE.

- Licenciadas (o) en Enfermería.

V.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION INDICADORES
0024 Alteración en la perfusión tisular periférica R/C con disminución de concentración de hemoglobina en sangre	**407 Perfusión Tisular Periférica** Paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular periférica	**4150 Regulación Hemodinámica** Valorar llenado capilar y pulsos distales Monitorización del trazado del EKG Monitorización del PAM > 65 mmmHg Valorar estado de conciencia mediante la escala de Glasgow **4022 Disminución de la Hemorragia Gastrointestinal** Asistencia en la canalización de catéter venoso central Valorar resultados de hemograma, perfil de coagulación Examen de laboratorio de tamizaje y prueba cruzada Transfundir paquete globular **3320 Administración de oxigeno** Administración de oxigeno suplementario por cánula binasal	Valorar estado de conciencia.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION INDICADORES
0025 Riesgo del desequilibrio del volumen de líquidos R/c Perdida activa del volumen de líquidos E/V Perdidas sanguíneas	**601 Equilibrio hídrico** Paciente mantendrá un equilibrio electrolítico	**4180 manejo de hipovolemia** Disminución de la Hemorragia Manejo de la hipovolemia Manejo de líquidos y electrolitos Manejo del shock: volumen Prevención del Shock Administración de electrolitos prescritos Administración de Fluidos Control e diuresis horaria Balance Hídrico estricto Cuidados cardíacos: agudos Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) Monitorización de electrólitos Monitorización de líquidos Monitorización de los signos vitales Precauciones con hemorragias Vigilancia	Paciente mejora su equilibrio electrolítico

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION INDICADORES
0030 Deterioro del Intercambio gaseoso R /C desequilibrio ventilación perfusión	600 Equilibrio electrolítico y acido bases 802 estado de signos vitales 402 Estado respiratorio Intercambio gaseoso Paciente mantendrá una adecuado intercambio gaseoso	**2000 Manejo de electrolitos** Interpretación de datos de laboratorio Manejo ácido-base Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria Manejo ácido-base: acidosis respiratoria Monitorización ácido-base Monitorización respiratoria Monitorización de los signos vitales Manejo de electrolitos **6680 Monitorización de signos vitales** Monitorización de signos vitales Manejo de las vías aéreas Oxigenoterapia **3350 Monitorización respiratoria** Análisis de laboratorio Ayuda a la ventilación Mejorando la tos Cuidados del embolismo: pulmonar Regulación hemodinámica	Paciente con vías aéreas permeables

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION INDICADORES
132 Dolor Agudo (abdominal) R/C Agentes lesivos físicos E/V con irritación de la mucosa gástrica.	**1605 Control del Dolor** **2102 Nivel de dolor** Disminución de dolor	**2400 Asistencia en la analgesia controlada** Manejo del dolor Administración de la medicación prescrita Valorar la escala de dolor **2380 manejo de la Medicación** Administración de fármacos antagonista inhibidores de jugo gástrico Administrar sedación Consiente Realizar manejo ambiental confort	paciente no evidencia facies de dolor
146 Ansiedad R/C cambio en el estado de salud.	**1402 Control de la ansiedad** Disminuir nivel de ansiedad.	**5820 Valorar nivel de ansiedad** Brindar seguridad y confianza Informar al paciente sobre su enfermedad y procedimientos a realizar Enseñar al paciente técnicas de relajación.	1402 Paciente con auto control ansiedad.

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PANCREATITIS AGUDA

I.- DEFINICION:

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que afecta a la glándula pancreática. Producido por una gran variedad de causas, tiene la característica de que con cierta frecuencia es capaz de activar una serie de sistemas inflamatorios y antiinflamatorios de efectos sistémicos que conducen a la aparición de fallo orgánico cuyas consecuencias pueden ser fatales. Su síntoma guía es un dolor abdominal agudo cuya intensidad obliga al paciente a acudir prácticamente en todos los casos a un Servicio de Urgencias determinando su ingreso hospitalario. De acuerdo con la aparición o no de complicaciones el episodio de pancreatitis aguda se clasifica como grave o leve respectivamente.

Clasificación:

PANCREATITIS AGUDA LEVE.

Está asociada compromiso orgánico mínimo y recuperación sin complicaciones.

PANCREATITIS AGUDA SEVERA.

Está asociada con falla orgánica y o complicaciones locales como necrosis, abscesos o pseudoquistes.

PANCREATITIS NECROTIZANTE.

Área del parénquima pancreático no viable, focal o difuso, asociada a necrosis grasa peripancreática; y que si está infectada aumenta la tasa de mortalidad.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS AGUDA:

- Dolor abdominal agudo en epigastrio que se irradia al dorso o el tórax aumentando progresivamente hasta 30- 60 minutos.
- Malestar general acompañado de inquietud.

- Síntomas digestivos: Nauseas, vómitos que pueden ser intensos de carácter alimenticio y bilioso.
- Disminución del volumen intravascular con pérdida de líquidos en la cavidad peritoneal.
- Alteración hemodinámicas: Hipotensión arterial y taquicardia.
- Distención abdominal, sensación de llenura.
- Alteraciones respiratorias por desequilibrio en la membrana alveolo capilar.
- Disminución de los ruidos hidro aereos intestinal: estreñimiento.
- Inflamación de la parte superior del abdomen.
- Deshidratación (taquicardia e hipotensión ortos tatica y disminución de la turgencia de la piel).
- Hematocrito: Se eleva en un 50% si hay perdida de líquido en el peritoneo y retro peritoneo
- Recuentro leucocitario: Aumentado. Si el valor es mayor a 20,000 hay una inflamación intensa posible absceso.

COMPLICACIONES:

- Colección líquida aguda peripancreática
- Pseudoquiste
- Colección necrótica aguda
- Necrosis encapsulada
- Infección de la necrosis pancreática y de los tejidos peripancreáticos
- Fístulas
- Complicaciones vasculares
- Complicaciones orgánicas

II.- POBLACION OBJETIVA.

- Pacientes adultos y adultos mayores que se Hospitalizan en el Servicio de Medicina con Pancreatitis Aguda.

III.- OBJETIVOS.

- Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el estado de salud y minimizar las complicaciones propias de la enfermedad.

- Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.
- Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes hospitalizados con Pancreatitis aguda.
- Evitar complicaciones e iatrogenia y establecer un pronóstico de evolución del paciente.

IV.- PERSONA RESPONSABLE.

- Licenciadas (o) en Enfermería.

V.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
DOMINIO 12: CONFORT **CLASE1 CONFORT FISICO.** 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos	**1605** control del dolor. Disminución del dolor.	**(6680)** Monitorización de los Signos vitales. **(1400)** Manejo del dolor: -Realizar examen físico -Valoración de escala del dolor del 1/10. -Valoración de las características del dolor: Inicio, intensidad, localización, radiación, duración y Frecuencia. **(2210)**Administración de analgésico Adm. de tratamiento específico para la causa del dolor - Canalización de catéter periférico o verificación de permeabilidad de la vía - Evaluar la eficacia de la analgesia administrada. **(5270)** Brindar apoyo emocional: - Utilización de técnicas distractivas - Educar sobre técnicas de Relajación. **(6482)** Manejo ambiental del confort - Reducir los estímulos Ambientales. - Reducir al máximo ruidos molestos. -Proporcione un ambiente libre de ruidos.	Dolor Manejo adecuado

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
DOMINIO 2: NUTRICION **CLASE 1: INGESTION** **00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO** r/c NPO, hipercatabolismo por stress, motilidad intestinal alterada evidenciado por RHA disminuidos.	**1009 Estado nutricional.** El paciente mantendrá su peso corporal.	**100 Manejo de la Nutrición:** • Valore estado nutricional. • Colocar en posición 30º para evitar reflujo gástrico por la acción de la gravedad **1874 cuidados de sonda nasogástrica.** • Valorar características del residuo gástrico • Valorar la ubicación de la sonda nasogástrica • Administración de la nutrición prescrito • Valorar la tolerancia de nutrición enteral • Auscultar ruidos hidroaereos.	Presencia de residuo gástrico.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		• Cuidados frecuentes de la boca para evitar la colonización de la orofaringe con bacterias y la inoculación en las vías aéreas Inferiores. • Confirmar que el manguito endotraqueal este insuflado correctamente • Administración de dieta prescrita. • Valorar tolerancia gástrica. • Evalúe signos de desnutrición y comunique al médico tratante. • Realice balance hídrico. • Controle glucosa y electrolitos.	

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
DOMINIO 2: NUTRICION **CLASE 5:HIDRATACION** **00195 riesgo de desequilibrio de electrolitos** R/C alteración de mecanismos reguladores.	**0600 Equilibrio de ácido base.**	**6680 Monitoreo de funciones vitales.** **4130 Monitoreo de líquidos** • Valore hidratación del paciente. • Administre líquidos endovenosas como salinos o coloide, según indicación. • Valorar la turgencia de la piel. • Monitoreo de diuresis horaria. **2020 Monitoreo de electrolitos.** • Toma de muestra de gases arteriales • Valorar los resultados de electrolitos • Administración de reto de electrolitos • Control de diuresis • Monitoreo de balance hídrico	Desequilibrio electrolítico y acido base Gases arteriales. PH : 7.25 K : 2.2 mEq. Na : 165 mEq

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00004) Riesgo de infección **R/C** disminución de las defensas y procedimientos invasivos.	**(0703) Estado de infección:** Paciente no presentará signos de Infección. Paciente disminuirá riesgo de infección.	**(6540)** Control de infección. • Valoración física. • Evaluación de signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar signos de flogosis. • Durante todo el procedimiento tener presente la asepsia médica y quirúrgica así como prácticas de las normas de bioseguridad. • Realizar cambio de vía E.V cada 3 días. • Cambiar las SNG Y Sonda vesical al 7mo día de colocación. **(2314)** Administración de medicación indicado. **(6680)** Monitorización de los Signos vitales. • Control de la temperatura. **(3900)** Regulación de la temperatura. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia y coloración de la piel. • Disminuir cobertores. • Brindar medios físicos. • Administración de antipiréticos según prescripción.	Signos de infección.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) Ansiedad **R/C** estado de salud **E/P** inquietud, no aceptación de su enfermedad	**(1402)Autocontrol de la ansiedad.** Paciente será Capaz de controlar su ansiedad.	**(5270)** Apoyo emocional: • Escuchar sus dudas, inquietudes y temores. • Ayudar que exprese sus sentimientos de ansiedad, creencias, ira o tristeza. • Facilitar las visitas de sus familiares.	Alteración emocional.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN DIABETES MELLITUS TIPO II.

I.- DEFINICION.

Es aumento de los niveles de glucosa en sangre (Hiperglucemia), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Es multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis.

ETIOLOGIA.

La causa de la diabetes mellitus (DM) es multifactorial y su origen puede variar según el tipo, todos ellos caracterizados por hiperglucemia como resultado de defectos en la secreción de insulina y/o la acción de la misma.

Clasificación.

La DM es una enfermedad que se clasifica fundamentalmente en base a su etiología y características fisiopatológicas.

La clasificación de la diabetes mellitus contempla cuatro grupos:

Diabetes Tipo 1 (DM1): Es mediada generalmente por autoinmunidad, existiendo otro grupo con anticuerpos negativos (idiopático), los que condicionan una destrucción de las células beta (β) del páncreas. El tratamiento de este tipo de diabetes consiste en un plan de alimentación adecuado, actividad física y aplicación de Insulina.

Diabetes Tipo 2 (DM2: La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de la misma, que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Si bien no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos. Este tipo de diabetes es el más frecuente alrededor de 95% de pacientes diabéticos y el tratamiento incluye un plan de alimentación, actividad física, antidiabéticos orales e Insulina.

Diabetes Gestacional (DMG): Ésta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y excluye pacientes con diabetes preexistente. La prevalencia de DMG varía según el criterio diagnóstico utilizado. En nuestro medio, los estudios realizados han encontrado una prevalencia alrededor del 4%2 al 5%3. La prevalencia de DMG se ha ido incrementando en las últimas décadas. Resultados preliminares del estudio que viene realizando el Instituto Nacional Materno Perinatal, (INMP) informan que la DMG llega a afectar aproximadamente a una de cada seis gestantes.

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, diazoxido) entre otros.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Aumento de la sed (Polidipsia)
- Aumento de la micción (Poliuria)
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Nauseas, vomito
- Visión borrosa
- Infecciones que sanan lentamente

COMPLICACIONES

- Daños oculares
- Problemas de la piel (ulceras difícil de curar, pie diabético)
- Problemas cardiovasculares
- Problemas digestivos
- Daños renales

II.- OBJETIVO

- Regular la secreción de la hormona insulina.
- Evitar el deterioro cutáneo.
- Valorar la respuesta al tratamiento intrahospitalario.

- Evitar complicaciones e iatrogenia y establecer un pronóstico de evolución del paciente.
- Valorar la orientación nutricional.

6.- POBLACION OBJETIVO.

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes que presenten la patología de Diabetes Mellitus tipo II en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

8.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN DIABETES MELLITUS TIPO II

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCOSA INESTABLE. **R/C:** • Insuficiente secreción de la hormona insulina. **E/P:** • Hiperglicemia. • Hipoglicemia.	**Regulación Metabólica.** • Glucosa estable.	**2120 Manejo de la hiperglicemia.** Previo control de glucosa con HGT administrar insulina R escala móvil utilizada en el servicio. 200-249 3UI 250-299 4UI 300-349 5UI >=350 7UI Monitorear al paciente en forma permanente y reconocer signos de alarma en forma oportuna. Anotar el resultado de control de glucosa en el cardex según la programación. Disponer precauciones universales; Lavado de manos, equipo de bio seguridad. Limpiar y desinfectar la zona de punción para la extracción de la sangre. Realizar adecuadamente la segregación de residuos biocontaminados. **2130 Manejo de la hipoglicemia.** Previo control de glucosa administrar ampollas de dextrosa al 33.3% e.v o agua azucarada según valoración de glucosa. Monitorear al paciente en forma permanente y reconocer signos de alarma en forma oportuna. Anotar el resultado de control de glucosa en el cardex según la programación.	Hiperglicemia, hipoglicemia

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN DIABETES MELLITUS TIPO II

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NOC)	EVALUACION INDICADORES
00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO. **R/C:** • Poliuria secundaria a diabetes. **E/P:** Labios y mucosas secas	**0601 Equilibrio de líquidos.**	**2080 Manejo de líquidos/electrolitos.** Administrar líquidos endovenosos como salinos o coloide, según indicación. Monitorizar diuresis según indicación. Monitorizar constantes vitales según evolución del paciente. Monitoree electrolitos según indicación. Coordine con laboratorio para que los exámenes sean rápidos y seriados.	Equilibrio Hídrico Mucosas húmedas Piel turgente
00234 RIESGO DE SOBREPESO. **R/C:** • Efectos catabólicos de la deficiencia de la insulina, exceso de hormonas de estrés. **E/P:** Polifagia.	**1004 Estado nutricional.**	**1160 Monitorización nutricional.** Vigilar el aporte dietético Coordinar con el área de nutrición Educar y orientar en régimen dietético al paciente y a la familia. Evitar polifagia durante la hospitalización.	Dieta para diabéticos
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA. **R/C:** • Disminución de la circulación sanguínea. **E/P:** Pie diabético.	**1101 Integridad tisular.**	**3590 Vigilancia de la piel.** Vigilar la integridad de la piel. Vigilar llenado capilar.	Pie diabético

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

I.- DEFINICION.

La infección del tracto urinario (ITU) consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y la pelvis renal, cistitis si implica a la vejiga, uretritis si afecta a la uretra y prostatitis si la infección se localiza en la próstata.

CLASIFICACIÓN.

Las ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

- **ITU BAJA:** Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye a la cistitis y uretritis.

Cistitis: Es una infección de la vejiga causada principalmente por gérmenes Gram negativos como la E. Coli y en ocasiones también por Gram positivos como Staphylococcus.

La frecuencia de las infecciones de vías urinarias y en especial la cistitis es más frecuente en mujeres que en varones, más en niñas que en niños, por un simple hecho: La uretra femenina es muy corta de 3.5 a 4cm, la masculina es mucho más larga: La uretra femenina está muy cerca de la vagina y del recto, lo que favorece las infecciones a nivel del periné.

Los síntomas más definidos son: urgencia urinaria, micciones frecuentes, dolor suprapubico, hematuria.

Uretritis: La uretritis es una infección de la uretra masculina, o el conducto que se encuentre en el pene y que transporta la orina de la vejiga hasta afuera del cuerpo.

La uretritis causada por una infección de trasmisión sexual (ITS) y para la cual se recibe tratamiento puede tener como consecuencia dolor e inflamación de uno o ambos testículos y podría causar infertilidad.

Algunas complicaciones potenciales de la uretritis no tratada incluyen:

Inflamación y dolor de uno o ambos testículos, lo que también se cómo epidimitis.

Infertilidad

Artritis reactiva

- **ITU ALTA:** Presencia de signos y síntomas de ITU baja, asociada a colonización bacteriana a nivel ureteral y del parénquima renal, con signos y síntomas sistémicos como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos. En este grupo se encuentran las pielonefritis.

Pielonefritis: Se define como el proceso infeccioso que afecta la pelvis y el parénquima renal y que se refleja en un cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y bacteriuria.

Es uno de los cuadros clínicos más frecuentes en los servicios de urgencias, responsables de 3-5 de las consultas.

Los factores de riesgo asociados con pielonefritis aguda más relevantes son la coexistencia de patología urológica, como la litiasis y reflujo vesicouretera, alteraciones neurológicas como la vejiga neurogénica, como la diabetes. La presencia un catéter uretral.

Cuadro clínico: fiebre (37.8) con escalofrío intenso, dolor constante en el flanco (fosa renal), disuria, polaquiuria, nicturia, malestar general y postración, piuria (con cilindros de pus en la orina), nauseas, vómitos, diarrea.

La distinción entre ITU baja y superior sigue siendo clásicamente aceptada. Sin embargo, es solo de utilidad para el médico si determina que la infección está limitada a las mucosas de la vejiga y la uretra o compromete órganos sólidos, como riñones o próstata. Por este motivo, hablar de ITU complicada o no complicada es de mayor utilidad clínica para el médico.

- **ITU NO COMPLICADA:** La que ocurre en pacientes que tienen un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas, sin una historia reciente de instrumentación (sondaje, uretrocistoscopia) y cuyos síntomas están confinados a la uretra y vejiga. Estas infecciones son muy frecuentes en mujeres jóvenes con una vida sexual activa.

- **ITU COMPLICADA:** Ocurre debido a factores anatómicos, funcionales o farmacológicos que predisponen al paciente a una infección persistente o recurrente o a fracaso del tratamiento. Estos factores incluyen condiciones a menudo encontradas en ancianos causando ampliación de la próstata, obstrucciones y otros problemas que requieren la colocación de dispositivos urinarios y a la presencia de bacterias resistentes a antibióticos múltiples. Su espectro comprende desde una cistitis complicada hasta una urosepsis con choque séptico.

- **ITU O BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:** Muchos pacientes pueden tener una bacteriuria significativa (≥ 105 UFC/mL de orina) sin presentar síntomas.

- **ITU RECURRENTE:** Más de tres episodios de ITU demostrados por cultivo enunperiododeunaño.

- **ITU NOSOCOMIAL:** Aparición de infección urinaria a partir de las 48 horas de la hospitalización de un paciente sin evidencia de infección, asociada a algún procedimiento invasivo, en especial, colocación de un catéter urinario.

- **HEMÁTICA:** Se debe a la localización renal de ciertos procesos generalizados, por ejemplo sepsis.
- **LINFÁTICA:** Muy rara; debido a la existencia de conexiones linfáticas entre la vejiga y los riñones a través del tejido submucoso uretral.

SIGNOS Y SINTOMAS.

- **ITU ALTA:** Nauseas, vómitos, malestar general, dolor y/o puño percusión positiva en fosas renales.
- **ITU BAJA:** Disuria, polaquiuria, urgencia miccional, nicturia, dolor suprapúbico, hematuria. En ancianos puede manifestarse como alteración confunsional.

COMPLICACIONES.

Cuando se tratan rápida y adecuadamente, es poco común que las infecciones de las vías urinarias inferiores tengan complicaciones. Pero si una infección urinaria se deja sin tratar, puede tener consecuencias graves.

Las complicaciones de una infección urinaria pueden comprender:

- Infecciones recurrentes, en especial, en mujeres que sufren dos o más infecciones de las vías urinarias en un período de seis meses, o cuatro o más en un año.
- Daño renal permanente debido a una infección renal aguda o crónica (pielonefritis) provocada por una infección urinaria sin tratar.
- Riesgo elevado para las mujeres embarazadas de tener un bebé de bajo peso al nacer o prematuro.

- Estrechamiento (constricción) de la uretra en hombres con uretritis recurrente que anteriormente tuvieron uretritis gonocócica.
- Septicemia, una complicación de las infecciones que puede poner en riesgo la vida, especialmente si la infección se extiende hacia arriba, más allá de las vías urinarias, hasta los riñones.

II.- POBLACION OBJETIVO.

Esta guía de enfermería está dirigida para aquellos pacientes que presenten la patología de ITU que se encuentran en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

III.- OBJETIVOS.

- El paciente podrá realizar las excreciones de la orina de manera satisfactoria por sí mismo y la eliminación urinaria será un proceso normal fisiológicamente.
- El paciente disminuirá el grado del dolor y quedara cómodamente en su unidad hospitalaria, después de administrarle el tratamiento prescrito.

V.- PERSONAL RESPONSABLE.

- Lic. De Enfermería.

V.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00016) Deterioro de la eliminación urinaria **R/C** infección del tracto urinario **M/P** incontinencia urinaria y retención urinaria.	**(0503)** Eliminación urinaria. Indicadores: **(50209)** Vacía la vejiga completamente. **(50211)** Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal **(50214)** Infección del tracto urinario. Escala desde gravemente comprometido a no comprometido	**(590) Manejo de la eliminación urinaria:** Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda. Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.	Buena Diuresis. Eliminación adecuada Educación

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		(1804) Ayuda con el autocuidado: micción/defecación: Instaurar un programa de eliminación, cada 3-4 horas antes de que aparezca tenesmo vesical. Por la noche antes de acostarse y a mitad de noche. Instaurar idas al baño, a demanda cuando exista tenesmo vesical. Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo), sondas urinarias para sondaje vesical intermitente. Controlar la integridad cutánea del estoma del paciente. **(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria:** Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia, en este caso vejiga neurógena. Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. Por si existen retención urinaria, oliguria por fallo renal, color turbio de la orina que puede indicar bacteriuria.	Evacuación correcta de fs biológicas.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
		Enseñar al paciente a beber de 2 a 3 litros de líquido al día. Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (gaseosas, café, té y chocolate). Obtener muestras de orina para un cultivo y antibiograma, si es necesario. Monitorizar los hábitos intestinales. **(0620) Cuidados de la retención urinaria:** Monitorizar los efectos de los fármacos prescritos, anticolinérgicos Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos). Realizar la maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario. Monitorizar las entradas y salidas. Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal. Monitorizar el grado de distensión vesical mediante la palpación y percusión.	Ausencia de distención vesical

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	INDICADORES EVALUACION
		Ayudar con las micciones a intervalos regulares. Utilizar el sondaje. **(0582) Sondaje vesical:** Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria y problemas urinarios anteriores). Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento. Utilizar una técnica limpia o estéril para el sondaje. Cabecero elevado 30-45° para evitar el reflujo vesicoureteral. Realizar un urocultivo cuando aparezcan síntomas y signos de infección. Llevar un registro del programa de sondaje, ingesta de líquidos y diuresis Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario. Monitorizar el color, olor y claridad de la orina.	Ausencia de IIH

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	INDICADORES EVALUACION
		(6550) Protección contra las infecciones: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria. Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos. Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. Fomentar el descanso. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, pero evitar el esfuerzo físico intenso debido a la sintomatología alérgica que refiere.	Paciente mantiene: T° menor de 37°C FC menor de 80 X' Leucocitos menos de 10000 Zonas de inserción limpias.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NOC)	EVALUACION INDICADORES
		Utilizar los antibióticos con sensatez. No administrar un tratamiento con antibióticos para las infecciones virales. Instruir al paciente y a la familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloración e hipercalentamiento. Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones. Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.	

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

I. DEFINICION:

La insuficiencia cardíaca es un síndrome consecuencia de la incapacidad del corazón para bombear la cantidad de sangre que necesita el organismo. Como resultado, se puede acumular líquido en las piernas, los pulmones y en otros tejidos del cuerpo.

También conocida como insuficiencia cardíaca congestiva, es un síndrome o un conjunto de síntomas derivados de la incapacidad del corazón para bombear la suficiente sangre que el cuerpo humano necesita.

CAUSAS

La insuficiencia cardíaca normalmente se desarrolla lentamente después de una lesión en el corazón. Como puede ser un ataque cardíaco, tensión arterial alta no tratada durante muchos años o una válvula coronaria dañada.

Entre las causas comunes de insuficiencia cardíaca se incluyen:

- Arteriopatía coronaria
- Infarto de miocardio)
- Tensión arterial alta (hipertensión)
- Valvulopatías
- Enfermedad cardíaca congénita (de nacimiento)
- Cardiomiopatía (corazón dilatado)
- Endocarditis
- Miocarditis (infección del corazón)
- Diabetes

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas de insuficiencia cardíaca no siempre son fáciles de detectar. Algunas personas en las fases más tempranas de la insuficiencia cardíaca puede que no tengan ningún síntoma en absoluto. Otras personas pueden considerar síntomas como la fatiga o la falta de aire como signos de envejecimiento.

A veces, sin embargo, los síntomas de insuficiencia cardíaca son más obvios. Debido a la incapacidad del corazón para bombear sangre y llegar a ciertos órganos (como los riñones y el cerebro) eficazmente, puede experimentar diversos síntomas, incluyendo:

- Dificultades respiratorias
- Edema de los pies y las piernas
- Falta de energía, sensación de cansancio.
- Latidos del corazón rápido o irregulares.
- Dificultad para dormir por la noche debido a problemas respiratorios
- Abdomen hinchado o blando.
- Falta de apetito y nauseas.
- Tos con flemas o mocos "espumosos"
- Aumento de la micción por la noche
- Confusión
- Memoria deteriorada

DIAGNÓSTICO

Sólo su médico puede diagnosticar si tiene insuficiencia cardíaca y en que estado se encuentra. Su médico evaluará su historial médico, incluyendo enfermedades presentes y pasadas, antecedentes familiares y estilo de vida. Como parte del reconocimiento médico, el médico hará una revisión de su corazón, pulmones, abdomen y piernas para ver si existen signos de insuficiencia cardíaca.

Para descartar o confirmar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, el médico puede pedir una o varias de estas pruebas:

- Ecocardiograma
- Electrocardiograma (ECG)
- Radiografía torácica
- Prueba de esfuerzo
- Cateterismo cardíaco

Si tiene insuficiencia cardíaca, su médico también puede realizar un seguimiento de su fracción de eyección a lo largo del tiempo. La fracción de eyección se define

como el porcentaje de sangre que se bombea desde el corazón durante cada latido. Es un indicador clave de la salud de su corazón y los médicos lo usan frecuentemente para determinar hasta qué punto su corazón bombea la cantidad de sangre necesaria.

COMPLICACIONES.

- Daño o insuficiencia renal.
- Problemas en las válvulas cardiacas.
- Problemas del ritmo cardiaco.
- Daño hepático.

II. POBLACION OBJETIVA.

- Pacientes adultos y adultos mayores que se hospitalizan en el servicio de medicina con Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

III. OBJETIVOS.

- Disminuir la tasa de re hospitalización en pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, la cual provoca una limitación significativa, sobre todo en etapas avanzadas de la enfermedad.
- Garantizar la calidad de intervención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca en forma efectiva.

IV. PERSONAL RESPONSABLE.

- Lic. En Enfermería.

V. PLAN DE CUIDADOS

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00029) Disminución del gasto cardiaco **R/C** Deterioro de los factores eléctricos del corazón (frecuencia, ritmo y conducción) **E/P** arritmias	**(0400) Efectividad de la bomba cardiaca.** Paciente mejorara gasto cardiaco durante su hospitalización en la unidad de UVI.	**(4040)Cuidados cardiacos Actividades.** • Monitorizar el estado cardiovascular. • Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión, eliminación, peso diario). • Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos). • Disponer de terapia anti arrítmica. • Vigilar la respuesta del paciente ante medicamentos anti arrítmicos. • Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. • Promover la disminución del estrés. **(2314)** Administración de fluidos. • Colocación de vía periférica. **(4170)** Manejo de hipovolemia: • Administración de fluidos (retos). • B.H.E. • Valorar presencia de edemas. **(2314)**Administración de tratamientos endovenosos. • Administre fármacos (Vasodilatadores e inotrópicos) según prescripción médica.	Paciente con adecuado gasto cardiaco GC: 4 – 6 Litros por minuto. PAM: 70 – 110mmHg. P/A: 120/70 mmHg. FC: 60 – 100 latidos X' Llenado capilar 2" Diuresis: 30 cc/h.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(0030) Deterioro del intercambio gaseoso **R/C** Aumento de la presión en la membrana alveolo capilar pulmonar secundario a la congestión pulmonar **E/P** saturación de oxigeno bajo de los valores normales, disnea, fatiga persistente.	**(0410) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso:** Paciente mantendrá buen intercambio gaseoso.	**(3350) Monitorización respiratoria: Actividad:** • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las espiraciones. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática. • Observe color de la piel, mucosas, llenado capilar. • Controle AGA seriado • Ausculte campos pulmonares. **(3140) Manejo de las vías aéreas.** • Coloque en posición semifowler o fowler. • Vigilar el estado respiratorio y oxigenación. **(3320)Oxigenoterapia.** • Administre oxigeno según requerimientos. • Controlar la eficacia de oxigeno terapia (pulsometria, gasometría en sangre arterial).	Paciente mejora el intercambio gaseoso. -Saturación O2 >95%. -Frecuencia respiratoria dentro de valores 12- 20 respiraciones por minuto. -AGA dentro de los Parámetros normales.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
(00092) Intolerancia a la actividad **R/C** desequilibrio en el aporte de oxigeno **E/P** malestar, disnea al esfuerzo	**(005) TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD:** Paciente será capaz de realizar paulatinamente Sus actividades físicas.	**(1800)** Ayuda con los autocuidados. • Colaborar con el paciente para que realice sus actividades cotidianas durante este periodo. **(200)** Fomento de ejercicio: • Mantenga en reposo, cama o en silla. • Permita períodos de descanso ininterrumpidos, en el día y en la noche.	Paciente realiza sus actividades físicas sin fatiga ni esfuerzo de Músculos respiratorios.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA TUBERCULOSIS PULMONAR

I.- DEFINICIONES.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (Mycobacterium tuberculosis). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por M. tuberculosis suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. El síntoma de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses.

ETIOLOGIA

Es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis llamado también "Bacilo de Koch"*).

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dificultad respiratoria
- Dolor en el pecho
- Tos (algunas veces con expectoración de moco)
- Expectoración con sangre
- Sudoración excesiva, especialmente en la noche
- Fatiga
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sibilancias

COMPLICACIONES

Cuando se manifiesta dando una enfermedad primaria o post primaria lo más frecuente es que evolucione a la curación, pero en un 5% de los casos pueden quedar secuelas y/o complicaciones tanto en el pulmón como en otros órganos. Estas secuelas o complicaciones pueden dividirse en leves (tuberculoma, cicatrices, cavidades y micetoma) y graves. Las graves pueden subdividirse en: Lesiones parenquimatosas (destrucción pulmonar y carcinoma broncogénico); lesiones de la vía aérea (bronquiectasias, estenosis traqueobronquial y broncolitiasis); lesiones vasculares (arteritis pulmonar o bronquial, trombosis, dilatación de arterias bronquiales y aneurisma de Rasmussen); lesiones mediastínicas (adenopatías calcificadas, fístulas esofagomediastínicas o esofagobronquiales, pericarditis constrictiva y mediastinitis fibrosante); lesiones pleurales (empiema crónico, fibrotórax, fístula broncopleural y neumotórax); lesiones de la pared torácica (espondilitis tuberculosa, TBC costal y complicaciones asociadas a empiema crónico).

III.- OBJETIVO

- Mejorar el pronóstico, lo que permite optimizar una estrategia ventilatoria.
- Para detectar cambios en el estado clínico del paciente.
- Valorar la respuesta a un determinado tratamiento o cambio ventilatorio.
- Evitar complicaciones e iatrogenia y establecer un pronóstico de evolución del paciente.
- Evaluar el curso del destete.

IV.- POBLACION OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes que presenten la patología de TB Pulmonar en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

GRADO DE DEPENDENCIA

Los pacientes que presenten esta patología tendrán el grado de dependencia II y III según corresponda, el paciente en estado crítico obtendrá un puntaje q lo amerite en el grado de dependencia IV.

V.- PLAN DE CUIDADOS.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS. **R/C:** • Acumulo de secreciones bronquiales. **E/P:** • tos inefectiva • Hemoptisis. • Cianosis. Ruidos respiratorios anormales (roncus, sibilancias.	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de vías respiratorias. • Frecuencia respiratoria. • Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias. • Facilidad respiratoria.	**3160 aspiración de las vías aéreas.** Pre oxigenar al paciente antes del procedimiento Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Disponer precauciones universales; equipo de bio seguridad Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. Aspirar la orofaringe. Determinar la necesidad de la aspiración oral. Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede. Observar el estado de oxigeno del paciente y estado hemodinámica inmediatamente antes, durante y después de la succión. Utilizar equipo estéril y desechable para cada procedimiento de aspiración traqueal.	Buena ventilación

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
		3350 monitorización respiratoria. Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. **3250 mejorar la tos.** Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente u a que tosa al final de la exhalación. **0840 cambio de posición.** Colocar en la posición terapéutica indicada. Colocar en posición de alineación corporal correcta. Colocar en posición para el alivio de disnea. Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión. Elevar el cabecero de la cama, si no resulta contra indicado. Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según programa específico. Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. Proporcionar un colchón firme. Vigilar el estado de oxigenada antes y después del cambio de posición.	Vías aéreas permeables.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS EVALUACION
		Monitorización de Signos Vitales. Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos. Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). Controlar periódicamente la oximetría del pulso. Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. Controlar periódicamente los tonos cardíacos. Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. Observar si cianosis central y periférica. Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso. Observar si hay pulso alternante. Observar si hay pulso paradójico. Observar si hay relleno capilar normal. Observar si se presenta el trío Cushing (presión de pulso ancha, bradicardia y aumento de la presión sistólica). Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (CheyneStokes, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos).	No infecciones sobre agregadas.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL **R/C:** • Tuberculosis Pulmonar. **E/P:** • falta de apetito. Pérdida de peso.	0303 Autocuidados: comer. 1004 Estado nutricional. • Ingestión de nutrientes. • Ingestión alimentaria. • Energía. • Relación peso/talla. • Ingestión de líquidos. • Hidratación.	**1100 manejo de la nutrición.** Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso. Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales. Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso. Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede. Determinar en colaboración con el dietista, si procede – el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. Determinar las preferencias de comidas del paciente. Ofrecer tentempiés (bebidas y frutas frescas / zumo de frutas), cuando sea preciso. Realizar una selección de comidas.	Buen peso corporal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. • Ingestión alimentaria oral. • Ingestión de líquidos orales.	**1860 terapia de deglución.** Ayudar al mantener una posición sentada durante 30 min después de terminar de comer. Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución. Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer. Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar. Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. Enseñar a la familia / cuidador a comprobar si han quedado restos de la comida en la boca después de comer. Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para atragantamientos. Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración. Proporcionar cuidados bucales si es necesario. Proporcionar descanso antes de comer / hacer ejercicio, para evitar la fatiga excesiva. Vigilar hidratación corporal (ingesta, salidas, turgencia de la piel y membranas). Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.	Vaciamiento correcto de transito intestinal.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
.	1014 Apetito. • Deseo de comer. • Ansias por la comida. • Disfrute con la comida. • Gusto agradable de la comida. • Informa de energía para comer. • Ingesta de alimentos. • Ingesta de nutrientes. • Ingesta de líquidos. • Estímulos para comer.	**5246 asesoramiento nutricional.** Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Determinar actitudes y creencias de los queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Discutir el significado de la comida para el paciente. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. **5614 enseñanza: dieta prescrita.** Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser queridos acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético. Informar al paciente de las posibles infecciones de fármacos / comidas, si procede.	Consumo de alimentación balanceada.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCINES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
00094 RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD **R/C:** Desequilibrio entre el aporte y demanda de O2, lesiones pulmonares.	0001 Resistencia. • Patrón alimentario. • Concentración sanguínea oxígeno. 0002 Conservación de energía. • Adapta estilo de vida al nivel de energía. • Mantiene una nutrición adecuada. 0005 Tolerancia de la actividad. • Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad.	**0180 manejo de energía.** Ayudar a identificar las preferencias de actividades. Ayudar al paciente a programar periodos de descanso. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. Determinar las limitaciones físicas del paciente. Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de O2 a las funciones corporales vitales. **0200 fomento de ejercicio.** Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. **1100 manejo de nutrición.** Determinar las preferencias de comidas del paciente. Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. **6680 monitorización de los signos vitales.** Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comprar, si procede. Controlar la presión sanguínea mientras el paciente este acostado, sentado y de pie, si procede.	Buen intercambio gaseoso.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (TB PULMONAR) **R/C:** • TB pulmonar (mecanismos de transmisión y régimen terapéutico). **E/P:** Seguimiento inexacto de las instrucciones, demanda de información.	1800 Conocimiento. • Descripción de la enfermedad. • Descripción de la fisiopatología. • Descripción de signos y síntomas. • Descripción del tratamiento. • Información del ¿Por qué? Terminar el tratamiento.	**5520 facilitar el aprendizaje.** Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida / rutina del paciente. Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso. Fomentar la participación del paciente. Proporcionar información adecuada al nivel del desarrollo. Repetir la información importante. Utilizar lenguaje familiar. Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.	Buena adherencia al tratamiento.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
00052 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL. **R/C:** • Aislamiento terapéutico. **E/P:** • Expresión de soledad y rechazo. Aislamiento físico.	0116 Participación de juegos. • Participación de juegos. • Expresión de placer con el juego. • Uso de habilidades sociales durante el juego. • Uso de habilidades físicas durante el juego. • Uso de imaginación durante el juego. • Expresión de emociones durante el juego.	**4362 modificación de la conducta: habilidades sociales.** Animar al paciente / seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos y solucionen los problemas con los objetivos. Animar al paciente / seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos y solucionen problemas menos deseables. Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta.	Aceptación de la enfermedad.

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION RESULTADOS
	1502 Habilidades de interacción social. • Uso de asertividad. • Afrontaciòn. • Mostrar consideración. • Mostrar verdad. • Comprometerse. • Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos. 1503 Implicación social. • Interacción con amigos íntimos. • Interacción con vecinos. • Interacción con miembros de la familia. • Interacción con miembros de grupos de trabajo. • Participación como miembro de una iglesia. • Participación como miembro de un grupo de voluntarios. 2601 Clima social de la familia. • Participa en actividades conjuntas. • Asiste de forma regular a los servicios. • Participa en actividades recreativas. • Fija normas. • Sigue el programa. • Mantiene el hogar limpio. • Comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia.	**4430 terapia con juegos.** Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. Comunicar el objeto de la sesión de juegos. Comunicar la aceptación de sentimientos, tanto positivos como negativos, expresados por medio juego. **5360 terapia de entretenimiento** Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. Ayudar al paciente / familia a identificar los déficits de movilidad.	Conocimiento pleno de la enfermedad

BIBLIOGRAFIA

1.- NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2015 – 2017 Edit. Elsier España 2017.

2.- Manual del NOC-NIC.2015-2017

3.- Direccion general de calidad y educación en salud.(disponible en red) http://www.salud.gop.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/jornadatec08/Boletin_14%5b1%5d.pdf Consultado Mayo 02,2010.2 Charrier J, Ritter B. El plan de cuidado estandarizado un soporte del diagnóstico enfermero. Barcelona España: Ed Masson; 2005.p.3-5.

4.- Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. Revista de Gastroenterología de México. 2013;78(2):92-113. 8. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015;47(10): a1-a46. 9. Bai Y, Li ZS. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-var.

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY SERVICIO DE PEDIATRÍA



Guía de Intervención De Enfermería

ABANCAY- PERÚ

2019

EQUIPO TÉCNICO

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Marlene CASTILLO WARTHON

ENFERMERA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

Mg.: Gregoria CHOQUE FLORES.

ENFERMERA ENCARGADA DE LA REVISION DE GUIAS:

Lic. Marisol JURO MEDINA.

SERVICIO DE PEDIATRIA

JEFA DE SERVICIO DE PEDIATRIA

Lic. Enf. María, FLORES NOA

Enfermera Especialista en Pediatría

Lic. Enf. Juana Elizabeth, SAAVEDRA PASTOR

Enfermera Especialista en Pediatría

Lic. Enf. Simiona, PEÑA ORTIZ

Enfermera Especialista en Pediatría

Lic. Enf. Virginia, ORTIZ FERNANDEZ

Enfermera Especialista en Pediatría

Lic. Enf. María Julia, LEÓN DÁVALOS

Enfermero Asistencial.

INDICE

Presentación..... 4
Introducción..... .5
Guías de intervención de Enfermería 6
Fundamentación..... 7
Objetivos.....8
Alcance.....8
Base legal.....8
Definiciones operacionales..... 9
1. **Guía de intervención de enfermería en pacientes con problemas respiratorios** ..... .12
   1.1. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con bronquiolitis.....12
   1.2. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con neumonía.....15
   1.3. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con asma.....19
   1.4. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con síndrome de obstrucción bronquial (SOB) 23
   1.5. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con síndrome de coqueluche.....27
2. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda.....32
3. Guía de intervención de enfermería en pacientes con infección del tracto urinario.....38
4. Guía de intervención de enfermería en paciente pediátrico con enfermedades de la piel y tejido celular sub cutáneo 42
5. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con anemia.....45
6. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con hepatitis.....50
7. Guía de intervención de enfermería en pacientes con intoxicación por sustancia desconocida y órgano fosforado.....54
8. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con desnutrición..... 59
9. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con síndrome convulsivo..... .63
10. Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con fiebre tifoidea 67

PRESENTACIÓN

Esta guía tiene el propósito de presentar las principales características de las intervenciones de enfermería y orientarles para un desarrollo exitoso del mismo.

Las Guías de Intervenciones de Enfermería actualizado es un trabajo de todos los profesionales que laboramos en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, con el único objetivo de estandarizar los cuidados de enfermería en niños y niñas con diferentes patologías que se presentan en el servicio, del mismo modo garantizar una atención de calidad y calidez ligado a la satisfacción de los usuarios.

Las guías de Intervención de Enfermería brinda la oportunidad para desarrollar capacidades y habilidades específicas del enfermero para la valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación, el cual contribuirá en la mejora continua de la calidad de atención de nuestros usuarios.

Las Guías de Intervención, es un soporte en el que hacer de enfermera (o) donde tienen que plasmar sus habilidades y destrezas, así mismo servirá también de guía a los estudiantes e internos en su formación Profesional de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La enfermería se considera como una disciplina que brinda cuidado directo e integral al ser humano sano y/o enfermo con una base científico-metodológica y humanística en las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales de las personas, lo cual se refleja en la satisfacción plena del paciente y familia. En este sentido, las intervenciones de enfermería es un conjunto de actividades y actitudes humanas orientadas a minimizar riesgos futuros de salud, basándose en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales que los sujetos sanos o enfermos presentan.

Esto implica contar con instrumentos de gestión de guías de intervención de enfermería, que nos facilite la aplicación del método científico en el quehacer cotidiano de la enfermera (o).

Dentro de este contexto el servicio de pediatría afronta una demanda cada vez mayor de pacientes con riesgo de vida y casos irreversibles, evidencia la necesidad de contar con un instrumento técnico como una herramienta eficaz que nos permite la estandarización de criterios a mejorar la calidad del cuidado de enfermería. Respondiendo a esta necesidad y a la directiva emitida por el Departamento de enfermería, es que se elaboró las guías de intervención de enfermería lo cual establece una serie de pautas que en su conjunto constituye el Proceso de Atención de Enfermería que nos permitirá actuar de forma sistemática y metodológica, asegurando que se alcancen los estándares de calidad.

Cabe resaltar que han participado en la elaboración del presente guía, las enfermeras con experiencia en la atención al paciente hospitalizado en el servicio de pediatría, sustentado en una revisión juiciosa y exhaustiva de la bibliografía disponible.

GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA

FUNDAMENTACIÓN

Las Guías de Intervención de Enfermería están basadas en las normativas actuales, aplicando la Taxonomía NANDA, Intervenciones NOC, NIC y Evaluación, que en su conjunto constituye el Proceso de Atención de Enfermería, que nos permitirá en una forma sistémica y metodológica alcanzar los indicadores de evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud. Las Intervenciones de enfermería es una actividad continuo de conocimiento y experiencia en nuestra práctica habitual. La calidad del cuidado de enfermería en los servicios de pediatría está orientado a brindar una atención integral y superar las expectativas del niño, niña y familia durante la interacción enfermera paciente conciliando las diferentes dimensiones del ser humano; en tal sentido se requiere además del personal profesional altamente calificado y contar con instrumentos que viabilice el trabajo coordinado, eficaz, eficiente, bajo un mismo criterio que garantice el cuidado de calidad reflejándose en la satisfacción plena del usuario.

La formalización y estandarización de las intervenciones de enfermería permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería y además su existencia es un requisito para la acreditación de nuestro Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega,

Por tal motivo es necesario e importante contar con guías de intervención de enfermería de las patologías más comunes, ya que nos permite brindar cuidados de calidad de atención de salud bajo los mismos criterios y por ende la satisfacción plena del usuario pediátrico hospitalizado.

3. OBJETIVOS.

- Garantizar una atención de calidad ligado a la satisfacción de los usuarios pediátricos
- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en el Servicio de Pediatría
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.
- Aplicar las Guías de Intervención por el personal de Enfermería para brindar una adecuada atención al paciente pediátrico.
- Unificar criterios de Guías de intervención de Enfermería en base a una secuencia lógica de acuerdo a los problemas reales o potenciales del paciente pediátrico.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en niños con diferentes patologías

4. ALCANCE.

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en el Servicio de Pediatría del HRGDV.

5. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27669, Ley del Trabajo del Enfermero/a, Capitulo II, Art.7 inciso a, Capítulo II Art. 8, 9, inciso a.
- Decreto Supremo N° 004-2002-SA - Reglamento de la Ley de la Enfermera(o)
- Resoluci6n Ministerial N° 826-2005-Minsa, Norma para la elaboraci6n de Documentos Normativos del Ministerio de Salud

6. DEFINICIONES OPERACIONALES.

- **GUÍA DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA**

  Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

- **GUÍA DE PROCEDIMIENTO EN ENFERMERÍA**

  Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad. La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual y espiritual

- **GRADO DE DEPENDENCIA**

  Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

  - ✓ *Grado de dependencia I*, totalmente independiente.
  - ✓ *Grado de dependencia II*, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
  - ✓ *Grado de dependencia III*, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
  - ✓ *Grado de dependencia IV,* requiere de apoyo total. Se da especialmente en pacientes pediátricos.

- **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

  Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional de enfermería, cuya finalidad es proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud, tiene 5 etapas:

  a. Valoración de Enfermería

- En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

b. Diagnóstico de Enfermería

- En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior.
- Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería.
- El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones de enfermería. La NANDA2 ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:
  - ✓ **Respuesta humana**: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos.
  - ✓ **Factores relacionados**: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnosticado puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

c. Resultados esperados (NOC)

- Es el logro que se desea alcanza, producto de las intervenciones.

d. Intervenciones de Enfermería (NIC)

- Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los

resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.

- El proceso de enfermería consta de cinco fases, según Schoemaker: valoración, diagnóstico, Planificación, intervención y evaluación.

e. Evaluación

- Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

1. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

1.1. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON BRONQUIOLITIS

I. DEFINICION

Es una inflamación aguda de las vías aéreas inferiores (bronquiolos). Con un cuadro agudo de dificultad respiratoria, con sibilancias con o sin aumento de trabajo respiratorio dentro de un proceso catarral de vías aéreas superiores que afecta principalmente a los niños menores de dos años. La causa más frecuente es el virus sincitial respiratoria (VSR).es el causante de 20 a 40% de los casos en época epidémica hasta el 60% en los hospitalizados son VSR (+)

II. POBLACION OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO:

- Estandarizar los cuidados de Enfermería en pacientes con bronquiolitis
- Reducir riesgo de complicaciones

IV. COMPLICACIONES

- Insuficiencia respiratoria
- Hipoxemia
- Paro cardiorrespiratorio
- Deshidratación
- Shock Hipovolémico
- Acidosis metabólica
- Alcalosis respiratoria

V. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por taquipnea, uso de músculos accesorios para respirar, prolongación de las fases espiratorias	(0802)Estado de los signos vitales -temperatura -frecuencia cardiaca - frecuencia respiratoria	(6680)Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio - Controlar periódicamente la oximetría del pulso - Observar si hay cianosis central y periférica (3390) Mantener una vía aérea permeable -Iniciar y mantener el suplemento de oxígeno, según prescripción (3140) Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible -Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación (3350) Vigilar frecuencia ritmo, profundidad y el esfuerzo de las respiraciones. -Observar si aumenta la intranquilidad ansiedad o la falta de aire -Anotar aparición, características y duración de la tos	SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad secreciones bronquiales, evidenciado por cianosis, cambios en la frecuencia y ritmo espiratorio, agitación.	(0402)Facilidad de la respiración - Ausencia de disnea en reposo y de cianosis	(3390)Mantener una vía aérea permeable -Colocar al paciente de forma tal que se alivie la disnea - Ayudar a los frecuentes cambios de posición - Colocar al paciente de forma tal que se minimice los esfuerzos respiratorios (3320) administrar oxigeno suplementario -Vigilar el flujo de litro de oxigeno -Observar si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxigeno -Observar si hay signos de toxicidad atelectasia por observación	0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de vías aéreas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00092) Intolerancia a la actividad R/C debilidad generalizada, desequilibrio v entre aporte y d3emanda de oxigeno	0002 Observación de la energía de equilibrio entre actividad y descanso 005 esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	- Limitar los estímulos ambientales (luz ruidos) para relajación y el sueño - Favorecer el reposo/limitado de actividad - Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales - Ayudar en las actividades físicas regulares, si es necesario - Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad -	Paciente tolera actividad física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(000146) Ansiedad r/c amenaza de muerte, amenaza en el estado de salud, cambio en el estado de salud, evidenciado por angustia, aumento de la sudoración, palpitaciones, taquicardia, fatiga	(1402) Control de la ansiedad. - Utilizar las técnicas de relajación para reducir la ansiedad -Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad 1300) Aceptación de estado de salud. -Tranquilidad superación de la situación de salud	Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que sean de experimentar durante el procedimiento - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo - Proporcionar objetos que simbolicen la seguridad - Administrar masajes en la espalda/ cuello - Técnica de relajación (5230)Aumentar el afrontamiento: -Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad -Disponer de un ambiente de aceptación -Fomentar las actividades sociales y comunitarias -Disminuir los estímulos del ambiente - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponible.	-El paciente evidencia disminución del ansiedad -Disminución de la irritabilidad -Comunicación y participación activa.

1.2. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON NEUMONIA

I. DEFINICION

Neumonía: Es un proceso infeccioso del pulmón causado por agentes patógenos como bacterias, virus, rikettsias y micosis, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en región afectado del tórax, tos y expectoración. Se clasifican en el lugar donde se adquiere: neumonía adquirida en la comunidad, neumonía adquirida en el hospital.

II. POBLACION OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Mantener permeabilidad de las vías aéreas
- Mantener adecuado aporte de oxigeno

IV. COMPLICACIONES

- Derrame pleural
- Necrotizante
- Absceso pulmonar y pio neumotórax

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEUMONIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00030)Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios en la ventilación	Mantener adecuado intercambio gaseoso	- Valoración del estado general del paciente - Control de signos vitales - Valorar la permeabilidad de la vía aerea - Monitoreo de la respiración - Valorar la saturación de oxígeno - Administración de oxigeno si la saturación es menor a 90% por mascarilla/ cánula binasal - Posicionar semi fowler - Administrar medicamento según prescripción médica	Paciente mejora el intercambio gaseoso SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032)Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C secreciones E/P ruidos respiratorios, expectoración ineficaz, taquicardia y aumento de frecuencia respiratoria.	Mantener vía aérea permeable	- Valoración de reflejo de la tos - Mantener una hidratación adecuada - Valorar características de secreciones - Verificar sistema de humidificación en oxigenoterapia - Administrar medicamentos indicados (Nebulización) - Aspiración naso- faríngea - Realizar nebulizaciones según indicación - Control estricto de balance hídrico	SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032)Incapacidad para mantener la respiración espontánea R/C fatiga de los músculos respiratorios y/o disminución de la expansión pulmonar E/P disnea,hipo ventilación, hiperventilación y taquipnea	Disminuir el trabajo de los músculos respiratorios.	- Oxigenoterapia para ayudar a superar el trabajo respiratorio - Monitorización de signos vitales - Monitorización respiratoria y saturación de oxigeno - Posición semifowler - Mantener vía aérea permeable - Manejo nutricional para evitar el exceso de producción de dióxido de carbono - Promover el sueño del paciente - Administración de medicamento prescrito -	SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables - Ausencia de disnea,

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00060)Interrupción de los Procesos Familiares R/C cambios en el estado de salud en un miembro de la familia E/P preocupación familiar, cambio de roles, falta de apoyo familiar, pronostico, días de hospitalización.	Mejorar los procesos familiares	- Informar a la familia sobre estado de salud de paciente. - Fomentar vínculo paciente - familia mediante la facilitación de visitas. - Permitir el acompañamiento permanente del familiar - Permitir la participación activa de familiares en la recuperación del paciente	Familiares se tornan más tranquilos y colaboradores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00007)Hipertermia R/C enfermedad infecciosa pulmonar E/P temperatura 39°C, taquicardia, hemograma con leucocitosis.	Disminuir temperatura corporal	- Control de temperatura - Aplicación de medios físicos - Administración de antipiréticos - Administración de antibióticos - Mantener hidratado - Efectivizar exámenes auxiliares	Paciente mantiene temperatura corporal normal: Axilar 36°c a 36.5°c, Oral 36.5°c a 37°c Rectal 37°c a37.5°c Frecuencia cardiaca normal: - Recién nacido hasta 3 meses 120 -160 X ´ - Niños de 3 Meses a 2 años 100 a 140 X´ - Niños de 2 a 10 años 80-120 X´ - Niños >10 años 60 – 100 X´

1.3. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ASMA

I. DEFINICION

El asma es una enfermedad crónica en la que se inflaman los bronquios, en forma recurrente o continua, lo que produce una obstrucción de intensidad variable de los tubos bronquiales y se caracteriza por Hiper-secresión, edema, broncoespasmo, destrucción y cicatrización de la membrana celular superficial de los bronquios, Debido a que el Asma Bronquial es casi siempre la consecuencia de un fenómeno inflamatorio de tipo alérgico, y que las alergias en general tienen un carácter hereditario, es frecuente encontrar antecedentes de Asma ú otros problemas alérgicos en una o ambas líneas familiares.

En función de la edad:

1. **Asma del lactante**. La gran mayoría son de origen viral, por los mismos virus que causan las bronquiolitis.
2. **Asma de la edad escolar**. Afecta sobre todo a varones (de 2:1 a 4:1, según los grupos de edad), y se asocia con alergia a neumoalergenos en la mayor parte de los casos.
3. **Asma de la adolescencia**. Se caracteriza por la negación de síntomas y de regímenes terapéuticos, y es el rango de edad con mortalidad más alta.

Síntomas más frecuentes son:

Tos: Generalmente seca al inicio, y progresivamente flemosa, puede ocurrir en forma esporádica ó por accesos y puede llegar a producir fatiga ó vómitos de flemas. Casi siempre es el primer síntoma de una recaída.

Dificultad Respiratoria: Esta aparece en forma progresiva y puede llegar a ser muy severa, con sensación de ahogo ó "falta de aire"; Sin embargo, es necesario recalcar que no es imprescindible su presencia para el diagnóstico de asma bronquial.

Sibilancias: Es el ruido inspiratorio o espiratorio agudo que aparece en el árbol bronquial como consecuencia de una estenosis de las vías bronquiales.

Flemas: Son las secreciones bronquiales que al producirse en forma abundante en las vías aéreas, suenan al paso del aire como ronquido o estertores.

Otras molestias: Generalmente son menos frecuentes: dolor torácico, dolor abdominal, sensación de opresión en el pecho, angustia, cianosis sudoración profusa, manos y pies fríos, palidez, etc.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Mantener permeabilidad de las vías aéreas
- Mantener adecuado aporte de oxigeno

IV. COMPLICACIONES

Insuficiencia respiratoria y la muerte

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ASMA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032)Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la ansiedad y la expansión pulmonar reducida.	Disminuir la ansiedad del paciente para así mejorar el patrón respiratorio.	- Observe los cambios en la frecuencia y profundidad respiratorias. - Observar el patrón respiratorio en busca de disnea, aleteo nasal, respiración con los labios fruncidos o fase espiratoria prolongada con uso de los músculos accesorios y retracciones intercostales. - Observe los cambios en la conciencia, orientación y comportamiento. - Monitorice la gasometría. - Valore la respuesta emociones. - Administre oxigeno según la prescripción. - Coloque al paciente en la posición corporal, óptima, en una posición fowler alta para la respiración. - Administre broncodilatadores, según la prescripción. - Estimule el uso de espirómetros incentivadores o artilugios para soplar. - Ayude al paciente a utilizar las técnicas de relajación. - Ausculte los pulmones en busca de roncus, estertores o sibilancias.	-Paciente mejora patrón respiratorio - El paciente evidencia disminución de la ansiedad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00031)Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con las secreciones viscosas y el broncoespasmos.	Durante la estancia hospitalaria se logrará permeabilizar las vías aéreas.	- Valore el color la viscosidad y la cantidad de esputo. - Valore el estado de hidratación del paciente: turgencia de la piel, membranas mucosas, lengua, ingesta y excreta durante 24 hr. - Ayude al paciente a toser, si es necesario. - Coloque la paciente en posición semifowler - Mantenga un ambiente libre de alérgenos. - Ayude al paciente en la deambulación y cambios de posición. - Nebulizar al paciente según la indicación médica. - Realice fisioterapia respiratoria - Evitar suprimir el reflejo de la tos, a menos que la tos sea frecuente y no productiva.	Paciente con vías aéreas permeables SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00092)Intolerancia a la actividad relacionada con la fatiga y el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno.	Durante la hospitalización el paciente mejorará su tolerancia a la actividad.	- Observar la respuesta a la actividad. - Identificar los factores contribuyentes a la intolerancia: estrés, efectos secundarios a los fármacos, disnea. - Valorar el patrón de sueño del paciente. - Estimule el uso de las técnicas respiratorias adaptativas durante la actividad. - Apoyar en las actividades del paciente hasta que sea capaz de realizarlas por sí mismo. - Incrementar de manera progresiva el nivel de actividad hasta lo tolerable. - Mantener al alcance los objetos que usa el paciente.	Paciente tolera actividad física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00004) Potencial riesgo de infecciones relacionado con la corticoterapia	Disminuir en el paciente el potencial de infecciones.	- Monitorizar los leucocitos y la albumina. - Valorar el estado nutricional del paciente. - Monitorizar la temperatura corporal del paciente. - Estimule la tos eficaz y la respiración profunda.	Paciente a febril sin signos de infección temperatura corporal normal: Axilar 36°c a 36.5°c, Oral 36.5°c a 37°c Rectal 37°c a37.5°c

1.4. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DE OBSTRUCIÓN BRONQUIAL (SOB)

I. DEFINICION

Síndrome obstructivo bronquial (SOB): Es un grupo de enfermedades que ocurren generalmente en lactantes y niños menores de 2 años, que afecta a los bronquios, se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de la pared bronquial, hipersecreción, tos, sibilancias y respiración prolongada, de variable intensidad, producida por un conjunto de causas exógenas o endógenas.

II. POBLACION OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Mantener permeabilidad de las vías aéreas
- Mantener adecuado aporte de oxigeno
- Mantener una adecuada hidratación

IV. COMPLICACIONES

- Neumonía
- Atelectasia
- Insuficiencia respiratoria

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SINDROME DE OBSTRUCIÓN BRONQUIAL (SOB)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00030) Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la ventilación perfusión cambio de la membrana capilar	0402. Estado respiratorio: Intercambio gaseoso. El paciente mantendrá estable el patrón respiratorio	**3550:Monitorización respiratoria** ✓Control de signos vitales. ✓Valorar la permeabilidad de la vía aérea. ✓Aspirar las secreciones **1910: Gestión el equilibrio acido/base:** ✓Valorar el estado neurológico (conciencia y comportamiento) ✓Preparar el equipo de oxigenación. **1914: Manejo de ácido- base:** ✓Canalizar una vía periférica venosa ✓Interpretar datos de laboratorio ✓Manejo de líquidos/ electrolitos ✓Realizar BHE ✓ Observar signos de alarma: aleteo nasal, cianosis, tiraje, retracción xifoidea, apnea. **3320:oxigenoterapia:** ✓ Colocar al niño en posición semifowler de manera que el potencial de oxigeno sea al máximo. ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (saturación de oxígeno). ✓ Observo la ansiedad del niño relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. ✓ Observar signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno ✓ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno **3230:Fisioterapia respiratoria** ✓Administro corticoides por prescripción médica ✓Aplicar nebulizaciones con broncodilatadores según indicación médica ✓Aspirar secreciones.	0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de vías aéreas - SatO2> 95%.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C expansión Pulmonar reducida.	El paciente mantendrá el patrón respiratorio dentro de los valores normales.	**0802: Signos vitales** ✓ Monitorizar FC, FR, PA, SaO2, temperatura y peso. **0410 permeabilidad de vías respiratorias** ✓ Coloque al paciente en posición corporal óptima: fowler o semifowler ✓ Aspirar secreciones de las vías aéreas **0403Estado respiratorio: ventilación** ✓ Administre oxigenoterapia en forma continua para mejorar el intercambio gaseoso y reducir el trabajo respiratorio ✓ Realice fisioterapia respiratoria (drenaje postural, percusión y vibración) después de cada nebulización ✓ Observe signos de alarma : aleteo nasal, cianosis, tirajes, retracción xifoidea, desbalance toraco-abdominal ✓ Observe los cambios en la conciencia, orientación y comportamiento.	SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) Ansiedad del paciente y familia R/C desconocimiento de la enfermedad, tratamiento y pronóstico.	El paciente y familia evidenciará tranquilidad y disminución del temor y la ansiedad.	✓ Valore el nivel de ansiedad del paciente y familia. ✓ Incentive la participación directa de la familia, en la atención del paciente. ✓ Brinde apoyo emocional al paciente y familia en todo momento motivando la seguridad de ellos. ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico ✓ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo ✓ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos ✓ Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.	El paciente más comunicativo (a). Participación activa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00027) Déficit en el volumen de líquidos r/c el aumento de perdidas insensibles	El paciente se mantendrá con un equilibrio hidroelectrolítico	**0601:Equilibrio de líquidos** ✓ Valorar el estado de hidratación del niño (turgencia de piel y mucosas) ✓ Monitorizar SV: T°, FC, FR, PA, SPO2 y peso ✓ Canalizar una vía periférica endovenosa con catéter de calibre según la edad del paciente. ✓ Administre líquidos por vía endovenosa, según prescripción médica. ✓ Controlar el esquema de hidratación. ✓ Regularizar el goteo por minuto y volumen a administrar. ✓ Realizar el balance hídrico estricto. ✓ Observar signos de alarma (vómitos, ojos hundidos, mucosa oral seca, compromiso de sensorio).	0602 No se evidencia signos de deshidratación. Equilibrio de Balance Hídrico Diuresis normal: 0.5 a 5ml/ hr

1.5. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SIDROME DE COQUELUCHE.

I. DEFINICIÓN

Enfermedad clínicamente similar a la tos ferina, el cuadro clínico se caracteriza por una tos quintosa paroxística y causante de emesis y cianosis, con protrusión de la lengua que termina con un estridor laríngeo inspiratorio prolongado con intervalos breves de apnea, característicos de la tos ferina, pero sin que se pueda establecer el diagnóstico de la misma. Puede causar neumonía. Lesiones cerebrales y hasta la muerte. Algunos niños que han recibido la vacuna DPT presentan niveles de anticuerpos e IGA secretorios insuficientes, presentando un cuadro clínico menos severo y que es capaz de activar los Adenovirus latentes.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 días a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes pediátricos con síndrome coqueluchoide.

IV. COMPLICACIONES

- Insuficiencia respiratoria
- Hipoxemia
- Paro cardiorrespiratorio

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN COQUELUCHE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00030)Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la ventilación perfusión cambio de la membrana alveolar capilar, desequilibrio ventilación perfusión E/x tos quintosa, somnolencia, irritabilidad, hipoxia ,disnea y aleteo nasal	Paciente mejorará el intercambio gaseoso	**3550:Monitorización respiratoria** ✓Control de signos vitales. ✓Valorar la permeabilidad de la vía aérea. ✓Aspirar las secreciones **1910: Gestión el equilibrio acido/base:** ✓Valorar el estado neurológico (conciencia y comportamiento) ✓Preparar el equipo de oxigenación. **1914: Manejo de ácido- base:** ✓Canalizar una vía periférica venosa ✓Interpretar datos de laboratorio ✓Manejo de líquidos/ electrolitos ✓Realizar BHE ✓ Observar signos de alarma: aleteo nasal, cianosis, tiraje, retracción xifoidea, apnea. **3320:oxigenoterapia:** ✓ Colocar al niño en posición semifowler de manera que el potencial de oxigeno sea al máximo. ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (saturación de oxígeno). ✓ Observo la ansiedad del niño relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. ✓ Observar signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno ✓ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno **3230:Fisioterapia respiratoria** ✓Administro corticoides por prescripción médica ✓Aplicar nebulizaciones con broncodilatadores según indicación médica Aspirar secreciones.	Pacientes con ventilación espontaneo, no disnea SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032) Patrón respiratorio Ineficaz R/C hiper ventilación, deformidad de la pared toxica, fatiga de músculos respiratorio.	**0802**. Signos vitales **0403** Estado respiratorio: Ventilación. Paciente presentará un eficacia de su estado ventilatorio	**6680. Monitorización de signos vitales** - Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio - Controlar periódicamente la oximetría del pulso. - Controlar periódicamente los ruidos pulmonares - Observar si hay cianosis central y periférica. **3390 Ayuda a la ventilación** - Mantener una vía aérea permeable - Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria - Colocar al paciente de forma tal que minimicen los esfuerzos respiratorios y disminuyas la disnea (posesión sentado o semi sentado) **3140. Manejo de las vías aéreas** - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación si es posible. **3350. Monitorización respiratorio** - Vigilar la frecuencia. Ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. - Anotar aparición, duración, características de la tos quintosa. **3320. Oxigenoterapia** - Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado - Administrar oxígeno suplementario según indicaciones - Vigilar el flujo de oxígeno - Observar si hay signo de toxicidad por el oxígeno y atelecsia por absorción - Controlar la eficacia de la oxígeno terapia (pulsoxímetría) - Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar por parte del paciente.	Pacientes con respiración y torax simétrico, escasos sibilancias, no disnea SatO2> 95%. FR Normales: - Neonatos: 50-60 x' - Lactantes: 40-50x' - Pre-escol: 30-40x' - Escolares: 20-30x - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones bronquiales **00039.** Riesgo de aspiración R/C presencia de secreciones	**0402.** Estado respiratorio: Intercambio gaseoso. **0410.** Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas	**3160. Aspiración de las vías aéreas** - Determinar la necesidad de aspiración oral - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración - Informar al paciente y la familia sobre la aspiración de secreciones - Destilar con suero fisiológico cada fosa nasal a temperatura corporal. **3200. Precauciones para evitar la aspiración.** - Vigilar nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad de deglutir - Controlar el estado pulmonar - Colocación vertical o lo más incorporado posible. - Mantener equipo de aspiración disponible y operativo - Alimentación en pequeñas cantidades. - Mantener la cabecera de la cama levantado después de la alimentación. **0180. Manejo de la energía** - Determinar causa de fatiga - Limitar estímulos ambientales (luz, Ruidos)para facilitar la relajación - Limitar la cantidad de visitas y la interrupciones por parte de los mismo - Favorecer el reposo	Paciente elimina secreciones bronquiales y no cianosis SatO2> 95%. - Vías aéreas permeables

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) ansiedad R/C Amenaza de muerte, amenaza de estado de salud, cambios en el estado de salud	**0005.** Tolerancia a la actividad **1402** Autocontrol de la ansiedad	**5802. Disminución de la ansiedad** - Explicar todos los procedimientos que se han realizado - Proporcionar objetos que simbolicen seguridad. - Administrar masajes en la espalda. - Permitir a la madre permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. **5850. Técnica de relajación** - Hablar suavemente o cantar al niño. - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. - Identificar los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente. - Utilizar distracción. - Ofrecer baño caliente. **1850. Mejorar el sueño.** - Disponer llevar acabo medidas agradables: masajes. - Agrupar actividades para minimizar el número de despertares. - Fomentar incrementar las horas de sueño	- Paciente se muestra tranquilo

2. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

I. DEFINICIÓN

Es la disminución de la consistencia de heces, mayor de tres deposiciones liquidas o semi liquidas sin sangre visible en 24 horas y que dura en menos de 14 dias y diarrea persistente cuando la duración es mayor, pueden acompañarse de vómitos, fiebre, disminución del apetito.

II. POBLACION OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO.

- Prevenir o minimizar las complicaciones y secuelas del paciente pediátrico con enfermedad diarreica aguda.
- Manejar la inestabilidad del paciente con cuadro de enfermedad diarreica aguda en el servicio de hospitalización.
- Contribuir al enfoque multidisciplinario de pacientes con EDA.

IV. COMPLICACIONES

- Deshidratación
- Shock Hipovolémico
- Trastorno metabólica
- Complicaciones digestivas: íleo paralítico, invaginación intestinal, enteritis necrotizante, peritonitis y apendicitis
- Complicaciones renales: ITU, síndrome hemolítico urémico

V. PERSONA RESPONSABLE

Enfermera especialista asistencial

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C disminución de ingesta de líquidos, aumento del metabolismo y pérdidas insensibles diarrea, vómitos.	**0802 hidratación.** - Membranas y mucosas húmedas. - Ingesta adecuada de líquidos. - Diuresis - Perfusión tisular - Orina oscura - Globos oculares hundidos. - Pérdida de peso. - Diarrea **0600 equilibrio electrolítico y acido base.** - Sodio sérico - Potasio sérico. - Cloruro sérico. - PH sérico. - Bicarbonato sérico. - PH urinario fuerza muscular - Ausencia de irritabilidad neuromuscular. Paciente mantendrá el equilibrio de volumen de líquidos.	**4180. Manejo de hipovolemia.** - Vigilar la perdida de líquidos - Vigilar signos vitales - Iniciar la administración de líquidos prescritos - Controlar la perdida de líquidos insensibles - Control estricto de peso - Observar indicios de deshidratación - Instruir al paciente o familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipovolemia. **4120 Manejo de líquidos.** - Peso diario - Realizar un registro estricto de ingesta y eliminación - Pesar pañales (con heces y orina) - Vigilar el estado de hidratación - Administrar líquidos según indicación médica - Animar al familiar a que ayude al paciente con las comidas. **2080 Manejo de líquidos y electrolitos** - Observar los niveles de electrolitos - Mantener vía periférica permeable - Infusión de soluciones parenterales según indicación médica. - Favorecer la ingesta oral - Controlar y vigilar valores de laboratorio - Balance hídrico estricto - Control estricto de peso - Observar si existen perdidas de líquidos.	- Equilibrio de volumen de líquidos y electrolitos - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m^{2kg}/hr - Densidad de la orina normal:1010-1013cm H2O BH: positivo - Ausencia de signos de deshidratación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00132) dolor agudo R/C calambres abdominales, diarrea y vómitos.	**2102 nivel de dolor.** - Expresiones faciales de dolor - Inquietud - Pérdida de apetito - Sudoración **1605 control de dolor** - Reconoce el comienzo de dolor 3011 satisfacción del paciente. Control de los síntomas. - Identificación de gravedad y cuidados de los síntomas para eliminar - Cuidados para eliminar y reducir el dolor - Control del confort 2100 Nivel de comodidad - Bienestar físico - Control de dolor. Paciente mantendrá el bienestar de salud.	1400 manejo del dolor - Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluyen la localización, característica, aparición, duración frecuencia intensidad o severidad del, dolor y factores desencadenantes. - Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo - Proporcionar información acerca del dolor tal como causas del dolor, el tiempo de duración y las incomodidades. 0430 manejo intestinal - Observar si hay sonidos intestinales - Instruir al miembro de la familia para el registro del color volumen, frecuencia y consistencia de las heces - Enseñar a la familia las comidas específicas que ayuden a conseguir un adecuado ritmo intestinal.	- Paciente tranquilo sin dolor - Test de dolor negativo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00007) Hipertermia R/C diarrea infecciosa	**0800 termorregulación** ✓ Disminución de temperatura cutánea. Paciente mantendrá la temperatura dentro de los parámetros normales	3900 Regulación de temperatura - Monitorizar la temperatura cada hora - Administrar antipiréticos - Observar el color y la temperatura de la piel 3740 tratamiento de la fiebre. - Control de la temperatura cada hora - Administrar medicación antipirética indicada - Administrar medios físicos	- Paciente mantiene temperatura dentro de los parámetros normales

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) Ansiedad R/C separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido y procedimiento invasivos.	1402 Autocontrol de la ansiedad - Monitoriza la intensidad de la ansiedad - Controla la respuesta de la ansiedad. 1301 Adaptación del niño a la hospitalización - Mantenimiento de la relación padre – hijo - Reconocimiento de la necesidad de hospitalización. - Autocontrol.	5820 disminución de la ansiedad - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducción del miedo. - Crear un ambiente que facilite la confianza - Identificar los cambios en el nivel ansiedad.	Paciente comunicativo, estable

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00195) Riesgo de desequilibrio hidroeléctrico r/c deposiciones liquidas y pérdida de líquido extracelular	0601Paciente mantendrá el equilibrio hidroelectrolítico	**2000 Manejo de líquidos y electrolitos** - Observar niveles de electrolitos - Valorar el estado de hidratación del paciente - Mantener vía periférica permeable - Infusión de soluciones parenterales según indicación médica - Valorar la tolerancia oral - Vigilar la ingesta de la dieta adecuada - Evaluar presencia náuseas y frecuencia de vómitos - Control estricto de peso - Realizar balance hídrico estricto **0460 Manejo de la diarrea** - Realizar control de signos vitales - Medir la pérdida por deposiciones - Reponer perdida de líquidos con SRO volumen a volumen - Evaluar presencia RHA - Vigilar la preparación segura de las comidas - Aplicar medidas de bioseguridad - Educar a la madre y/o familiar sobre medidas de higiene	- Equilibrio de volumen de líquidos y electrolitos - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m^{2kg}/hr - Densidad de la orina normal:1010-1013cm H2O BH: positivo Ausencia de signos de deshidratación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00039) Riesgo de aspiración R/C compromiso de sensorios y vómitos.	1908 detección del riesgo - Reconoce signos y síntomas que indican riesgo - Coteja los riesgos percibidos 0909 estado neurológico - Conciencia - Tamaño pupilar - Reactividad pupilar. 2107 severidad de náuseas y vómitos. - Frecuencias de nauseas - Intensidad de nauseas - Frecuencia de los esfuerzos para vomitar - Intensidad de vómitos - Pérdida de peso 1918 prevención de la aspiración - Identificación de factores de riesgo. - Se incorpora para comer o beber - Evita factores de riesgo. Paciente mantendrá vías aéreas permeables	6650 vigilancia - Determinar los riesgos de salud del paciente - Comprobar el estado neurológico - Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras o el deterioro en la condición del paciente. - Establecer la prioridad de acciones en función del estado del paciente 2620 monitorización neurológica. - Comprobar el tamaño, forma simetría y capacidad de reacción de las pupilas - Vigilar el nivel de conciencia - Vigilar las tendencias en la escala de Glasgow - Notificar al médico los cambios en el estado del paciente. - controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos - Pesar al paciente con regularidad 3200 precaución para evitar la aspiración. - Vigilar el nivel de conciencia - Mantener una vía aérea permeable - Mantener elevada la cabecera de la cama durante 30 a 45 minutos - Mantener el equipo de aspiración disponible. - Alimentación en pequeñas cantidades o fraccionadas.	- Paciente sin riesgo de aspiración - Vías aéreas permeables

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C efectos irritantes de las deposiciones liquidas y desnutrición.	**1902 control de riesgos** - 44. **1101 integridad tisular. Piel.** - Hidratación - Piel intacta - Lesiones cutáneas - Eritema. **1004 estado nutricional.** - Ingestión de nutrientes - In gestión de líquidos - Relación peso/talla.	**3690 vigilancia de la piel** - Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel. - Vigilar el control de la piel - Instaurar las medidas para evitar mayor deterioro - Instruir a la madre acerca de los signos de perdida dela integridad de la piel. **6550 protección contra las infecciones** - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones - Fomentar una ingesta nutricional suficiente - Fomentar la ingesta de líquidos enseñar al familiar e evitar las infecciones.	- Paciente sin riesgo de lesiones - Piel libre de lesiones

3. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON INECCIÓN DE TRACTO URINARIO (ITU)

I. DEFINICION.

Es la alteración funcional o morfológica de la vía urinaria producida por gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. La causa más frecuente en los varones, de infecciones a repetición es una infección bacteriana persistente en la próstata. Las mujeres contraen con frecuencia infecciones después de una relación sexual, probablemente porque la uretra ha sufrido contusiones durante la misma. En casos muy particulares, los ITU a repetición en las mujeres son por una conexión anómala entre esta y la vagina cualquier anormalidad que provoque una obstrucción del flujo de orina (piedras en el riñón, estructuras anómalas.) puede inducir a una infección urinaria.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVOS

Mejorar el manejo clínico de los niños y niñas con infección del tracto urinario (ITU)

Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológico que se asocian a estas sintomatologías.

IV. COMPLICACIONES

- Pielonefritis
- Pionefrosis
- Absceso renal

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(0007) Hipertermia R/C proceso infeccioso del tracto urinario evidenciado por piel caliente y T° 38.5 °C	(0800) termorregulación paciente mantendrá temperatura corporal en límites normales.	(3740) Manejo de la hipertermia - Control de las funciones vitales - Aplicación de medios físicos - Disminuir cubiertas. - Administrar antipirético indicado por el médico - Monitorizar la temperatura - Revaluar temperatura corporal.	Paciente mantiene la temperatura dentro de los parámetros normales

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00132) dolor agudo r/c proceso inflamatorio/infeccioso de las vías urinarias. R/C agente lesivo biológico evidenciado por quejidos y facies de dolor.	(1605) Paciente referirá alivio del dolor en la escala del dolor del 1/10-4	(1400) Manejo del dolor. - Explicar al paciente la causa del dolor - Valorar la intensidad del dolor - Posición antalgica ✓ Administrar analgésico prescrito por el médico. - Monitorización de signos vitales. - Efectivizar exámenes auxiliares - Aseo perineal para muestra de urocultivo. - Reevaluación del dolor.	- Paciente manifiesta alivio del dolor - Test de dolor negativo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00134) Náuseas y vómitos R/C proceso inflamatorio – infeccioso secundario a ITU	(1618) control de náuseas y vómitos luego del tratamiento administrado.	(1450) manejo de las náuseas y vómitos - Canalizar vía periférica - Valorar y registrar si presento vómitos - Administrar antiemético indicado por el médico - Iniciar tolerancia oral, enseñar técnicas de relajación - Si continua con náuseas y vómitos suspender vía oral y reiniciar hidratación E.V	Paciente Manifiesta no presencia de nauseas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto r/c ingesta insuficiente de alimentos por náuseas y vómitos secundario a ITU	(1009) Estado nutricional. Paciente recuperará el estado nutricional normal	(2314) Manejo nutricional - Administrar terapia endovenosa - Valorar intensidad y cantidad de vómitos. - Reposición de líquidos según indicación medica - Probar tolerancia oral - Coordinar con nutrición sobre dieta adecuada - Ofrecer dieta fraccionada	Paciente tolera vía oral Disminuye náuseas y vómitos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00024) Perfusión tisular inefectiva: renal r/c delirio del transporte de O2 evidenciado por hematuria y elevación dela creatinina.	(407) perfusión tisular Paciente mantendrá perfusión normal	(6680) monitorización de funciones vitales y sat. O2 - Monitorización de función renal - Observación de características de la orina - Coordinar exámenes de laboratorio	Paciente mantiene adecuada perfusión renal. - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m^{2kg}/hr - Densidad de la orina normal:1010-1013cm H2O BH: positivo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00126) déficit de conocimiento r/c falta de información sobre medidas sanitarias para el cuidado de la salud	(1609) conducta terapéutica Paciente recibirá información sobre su enfermedad	(5618) enseñanza procedimiento y tratamiendo - Establecer diálogo empático con el paciente en forma sencilla y clara. (5602) enseñanza de proceso de enfermedad - Explicar al paciente sobre su enfermedad, cuidados procedimientos y tratamiento sugerir ingesta adecuada de líquidos, higiene adecuada, ropa adecuada y acudir en forma periódica a su control al centro de salud.	Paciente mejora nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Paciente se encuentra informado sobre el proceso de la enfermedad

4. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

I. DEFINICION

Dentro de este grupo se encuentra la celulitis que es una inflamación aguda de la piel y el tejido celular subcutáneo. El agente etiológico más frecuente es el estreptococos del grupo a o el staphylococo aureus. Se observa más frecuente en niños de sexo masculino (70%) y por su localización en los miembros inferior (85%), laceraciones.Es una enfermedad grave por la propensión de la infección a extenderse por medio de los linfocitos y el torrente sanguíneo.

II. POBLACION OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Garantizar el cuidado de enfermería en forma oportuna de acuerdo a los trastornos fisiopatológicas que se asocian a la enfermedad.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones del paciente pediátrico con celulitis.

IV. COMPLICACIONES

- Daño del sistema de drenaje linfático
- Absceso
- Sepsis
- Osteomielitis
- Linfangitis
- Endocarditis
- Necrosis
- Meningitis (si la celulitis se presenta en la cara)

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUB CUTANEO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00046) Deterioro de la integridad tisular r/c alteración de la circulación , factores mecánicos(presión, cizallamiento, fricción, factores nutricionales (déficit o exceso nutricional) M/p alteración de la superficie de la piel (epidermis) destrucción tisular.	Paciente será capaz de mantener la integridad de la piel	(3660) Valoración de la circulación periférica (pulso periférico, edema, llenado capilar y signos de flogosis) - Ayudar con medidas de higiene (piel limpia y seca, uso de cremas ungüentos). - Valorar el estado de la piel. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas - Observar si hay erupciones y abrasiones en piel - Curación de herida - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada prescrito por el médico - Administración de antibióticos por el médico - Limpieza con suero salino, solución de burow o compresas de nitrato de plata al 0,25%	Paciente mantiene la integridad cutánea

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00046)Alteración de la integridad de la piel r/c lesiones cutáneos M/p destrucción de la continuidad de la piel	- Paciente mantendrá integridad de la piel/ cutanea - Paciente mantendrá una piel sana libre de lesiones	- Valorar los signos vitales - Mantener la piel limpia y seca - Mantener los vestidos y ropa de cama limpios y secos - Higiene perianal - Aplicar cremas indicadas por el médico - Proteger los pliegues y superficies cutáneos que rosen entre sí - Enseñar al paciente y/o familiar los hábitos positivos de higiene de manos y piel - Administrar dieta bien equilibrada - Mantener uñas cortas y limpias - En caso de niños pequeños o que no cooperen establecer métodos para evitar la infección secundaria de la lesión: poner guantes o sujeción de los codos, vestir con mangas o perneras largas. - Aplicación de calor local, compresas húmedas, hielo según la indicación médica	- Mantiene la integridad de la piel - Piel sana limpia e intacta

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00004) Riesgo de infección r/c destrucción tisular m/p abscesos. Riesgo potencial de lesión de la integridad de la piel r/c con inmovilidad secundaria a parálisis y déficit de perfusión tisular.	- Paciente disminuirá el riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos - Paciente mantendrá piel sana libre de infecciones	- Vigilar los signos vitales - Monitorizar la temperatura corporal - Efectivizar los exámenes auxiliares - Observar signos de infección - Curación de la herida - Manejo de líquido / electrolitos - Administrar medicamentos con la técnica y vía adecuada (3660) Cuidado de la herida - absceso: - Controlar las características de la herida(color tamaño, olor y drenaje) - Cambio de apósito según la cantidad de exudado y drenaje - Colocar mecanismo de alivio de presión (6550) Protección contra las infecciones: - Mantener las normas de asepsia en la manipulación de catéteres y demás procedimientos invasivos - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Proporcionar los cuidados adecuados de la piel en zonas afectadas - Cambio de posición según la necesidad del paciente - Valorar la presencia o aparición de zonas de presión: enrojecimiento, palidez	Paciente disminuye riesgo de infección

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) ansiedad r/c cambio en el estado de salud, entorno físico crisis situacional m/p agitación movimientos extraños, inquietud, sobre excitación, aumento de la respiración y/o del pulso, aumento de transpiración	Paciente disminuirá el nivel de ansiedad	- Valorar el nivel de ansiedad del niño - Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los cambios - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Instruir al paciente y familiar sobre el uso de técnica de relajación (terapia musical, tv, relajación muscular, etc.) - Promover permanencia de familiar para reducir riesgo de ansiedad y seguridad y reducir el miedo. - Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos - Acompañar al paciente y familia permitiendo que exprese todas sus angustias y temores brindando apoyo emocional.	Paciente se muestra tranquilo y disminuye el llanto, aumento de la comunicación, disminución de la irritabilidad, comunicación y participación activa de los padres.

5. GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE PEDIATRICO CON ANEMIA EN NIÑOS MENORES.

I. DEFINICIÓN.

LA ANEMIA INFANTIL.- La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina es un congregado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. Los principales síntomas de la anemia son: fatiga, mareo, dolor de cabeza, palidez y palpitaciones. Las consecuencias están asociadas al bajo rendimiento intelectual, alteraciones de la conducta y baja productividad. La población más afectada son los niños menores de tres años que se encuentran en un periodo de rápido crecimiento, motivo por el cual se ha priorizado a los menores de tres años para todas la intervenciones y acciones en la reducción de la anemia. Según ENDES 2017, la anemia en niños menores de 3 años en el departamento de Apurímac fue de 54.2%, 10.6 puntos porcentuales por encima del promedio nacional (Perú) que tuvo una prevalencia de 43.6%. A partir del año 2011 se mantuvo y fue incrementando de 47.4% a 56.8% al año 2015, para el año 2016 se tiene una ligera disminución de 3.3 puntos porcentuales. Sin embargo, para el año 2017 se incrementa en 0.7 puntos porcentuales. Constituyéndose en un problema severo de salud pública.

Manifestaciones clínicas tempranas son:

Fatiga, mareo, dolor de cabeza, palidez y palpitaciones disminución de la tolerancia al ejercicio, debilidad, irritabilidad y cefalalgia. Las manifestaciones clínicas son debidas en parte a la anemia y en parte a la falta de hierro tisular:

II. POBLACIÓN OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO.

- Mantener adecuado aporte de nutrientes
- Niños de 6 meses a 36 meses.
- Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con anemia, manteniendo una ventilación y oxigenación adecuada.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas al paciente pediátrico con anemia.
- Estandarizar la atención de enfermería al niño con anemia.

IV. COMPLICACIONES.

- Bajo rendimiento académico
- Alteraciones en el desarrollo
- Debilidades mentales y de coordinación física
- Deshidratación.
- Shock Hipovolémico

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ANEMIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00093)Fatiga R/C disminución de hemoglobina y la capacidad de sangre para transportar oxígeno.	El paciente disminuirá la fatiga, mantendrá el nivel de oxigeno normal, aumento de la circulación con el mínimo esfuerzo.	- Controle funciones vitales y saturación de oxígeno - Ayudar al paciente a priorizar sus actividades - Establecer un equilibrio entre la actividad y el reposo que es aceptable por el paciente.	Valores normales: Hematocrito: 33 a 36 % Hemoglobina > de 12g/dl

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00002)Desequilibrio nutricional por defecto R/C Ingesta inadecuada de nutrientes	El paciente mantendrá una nutrición adecuada.	- Asesoramiento nutricional - Manejo de la nutrición - Enseñanza de la dieta prescrita (al familiar). - Manejo del peso - Administración dieta fraccionada - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida - Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro - Determinar el peso corporal ideal del paciente.	Paciente tolera dieta fraccionada Familiar con conocimiento fortalecido sobre la nutrición adecuada

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00092)Intolerancia a la actividad física R/C déficit de aporte de oxígeno a los tejidos.	Tolerancia de la actividad.	- Educar al paciente acerca de su patología. - Suministrar oxigeno ya que los niveles es bajo, y no hay suficiente oxigenación en los tejidos. - Adam. De medicamentos según prescripción medica - Vigilar la ingesta de líquidos adm. Y eliminados - Transfundían sanguínea si es necesario.	Paciente tolera actividad física

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00025)Riesgo a desequilibrio hidroelectrolítico R/C efecto de tratamiento diurético osmótico (manitol).	El paciente mantendrá equilibrio hidroelectrolítico.	- Control de peso y balance hídrico - Valore los signos de deshidratación y flujo urinario - Restituya la pérdida de líquidos de acuerdo a las necesidades del paciente. - Controle y valore la densidad urinaria. - Valore los resultado de electrolitos séricos - Revalué el estado de hidratación	- Equilibrio de volumen de líquidos y electrolitos - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m² kg/hr

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00003)Riesgo de desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir alimentos por disminución del nivel de conciencia, somnolencia.	Paciente mantendrá equilibrio nutricional mediante un adecuado aporte calórico proteico	- Valore el estado nutricional y nivel de conciencia - Controle y valore ganancia de peso - Realice Balance Hídrico Estricto. - Coloque Sonda oro gástrica o Sonda Naso gástrica - Cuidados en alimentación enteral - Valore el residuo gástrico - En caso de formula semi digerida difiera la toma 1 hora.	- Sat 02 > de 95% - Nivel de conciencia lúcido - Paciente sin riesgo de desequilibrio nutricional - Paciente tolera dieta fraccionada

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) Ansiedad/ temor r/c con la separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido, procedimientos invasivos. (00146)Ansiedad de los padres R/C Déficit de conocimientos acerca de la enfermedad, Procedimientos realizados, amenaza de muerte EV/ nerviosismo y expresión de angustia.	Paciente manifestará disminución de la ansiedad Padres disminuirá el nivel de ansiedad incrementando sus conocimientos	- Valorar el nivel de ansiedad del niño - Coordinar para la permanencia del familiar acompañante - Tranquilizar al paciente adoptando una actitud firme y comprensiva - Brindar seguridad al paciente - Interaccione con el paciente y familia. - Estimule e incremente el contacto físico con el niño - Brindar educación sobre la importancia de los procedimientos. - Explique la importancia de la alimentación - Brinde orientación sobre el sistema de seguro y/o apoyo social que brinda la institución. - Brinde orientación sobre el apoyo espiritual con que cuenta la institución (Capilla o Capellanía).	- Paciente comunicativo, con disminución del llanto, irritabilidad, aumento de la comunicación con el personal - Padres informados, comunicativo y participativo

6. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDITRICOS CON HEPATITIS

I. DEFINICION

La hepatitis en los niños es una inflamación del hígado. Está causada por virus, pero también por otros factores como bacterias, fármacos y agentes tóxicos. De todas las hepatitis virales, la más frecuente en la infancia es la hepatitis A y se transmite fundamentalmente por vía fecal oral.

II. POBLACION OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con hepatitis.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas al paciente pediátrico con hepatitis.
- Estandarizar la atención de enfermería al niño con hepatitis.

IV. COMPLICACIONES

- Deshidratación
- Cirrosis
- Cáncer de hígado.
- Insuficiencia hepática

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HEPATITIS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c Perdidas por el estado de dieta, náuseas y/o vómitos	**0802 hidratación.** - Membranas y mucosas húmedas. - Ingesta adecuada de líquidos. - Diuresis - Perfusión tisular - Orina oscura - Globos oculares hundidos. - Pérdida de peso.	**4120 Manejo de líquidos.** - Peso diario - Realizar un registro estricto de ingesta y eliminación - Pesar pañales (con heces y orina) - Administrar líquidos según indicación médica - Animar al familiar a que ayude al paciente con las comidas. - Observar signos de deshidratación. - Controlar la respuesta del paciente a la terapia de hidratación.	- Equilibrio de volumen de líquidos y electrolitos - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m^{2kg}/hr - Densidad de la orina normal:1010-1013cm H2O BH: positivo - Ausencia de signos de deshidratación - Paciente tolera dieta fraccionada - No presencia de náuseas ni vómitos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00092)Intolerancia a la actividad R/C: debilidad generalizada	0005.- Tolerancia de la actividad. 18. Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVDA)	**4310.-Terapia de actividad** - Enseñar al/a la paciente y/o a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita - Ayudar al/a la paciente y/o a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas - Facilitar la sustitución de actividades cuando el/la paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento **0180.-Manejo de energía** - Determinar las limitaciones físicas del/de la paciente - Ayudar al/a la paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía	- Paciente tolera la actividad física en forma gradual -

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00095)Deterioro del patrón de sueño	0004.- Sueño 03. Patrón del sueño 04. Calidad de sueño	**1850.-Fomentar el sueño** - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del/de la paciente - Comprobar el esquema de sueño del/de la paciente y observar las circunstancias físicas (dolor, molestias) y/o psicológicas que interrumpen el sueño - Comentar con el/la paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo	Pacientes mantiene sueño tranquilo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00004)Riesgo de Infección del personal de salud y/o familiar	1807.-Conocimiento: control de la infección - Descripción del modo de transmisión - Descripción de las prácticas que reducen la transmisión	Control de infecciones: Actividades: - Promover la limpieza adecuada después del uso de cada paciente. - Aislar a las personas expuestas. - Mantener técnicas de aislamiento apropiado. - Instruir al paciente y/o familiar los síntomas y signos de infección. - utilizar precauciones universales de bioseguridad	- Personal capacitado mantiene bioseguridad - Familiar con conocimientos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00132)Dolor en hipocondrio derecho r/c hepatomegalia	Nivel del dolor. Intensidad del dolor referido o manifestado. Indicadores: - Dolor referido - Frecuencia del dolor. - Duración de los episodios del dolor. - Expresiones faciales del dolor	Manejo del dolor. Actividades: - Realizar valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición duración, frecuencia, intensidad. - Observar claves no verbales de molestias. - Asegurarse que el paciente reciba analgésicos correspondientes	- Paciente logra disminuir el dolor - Test de dolor negativo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146)Ansiedad del paciente y /o familiar r/c ictericia	Ansiedad del paciente y /o familiar r/c ictericia	- Proporcionar información objetiva respecto a la ictericia. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad.	- Disminución de la irritabilidad, familiar tranquilo

7. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INTOXICACION POR SUSTANCIA DESCONOCIDA Y ORGANO FOSFORADO.

I. DEFINICIÓN.

Los órganos fosforados son esteres del ácido fosfórico, con estructura química inestable.

Se hidrolizan fácilmente en medio alcalinos y tienen baja persistencia en el ambiente.

Los insecticidas son los más usados en la actualidad.

Los hechos que anteceden a este cuadro, está dado básicamente en el entorno familiar, laboral, por la intencionalidad o por el hecho accidental en que ocurre. La forma que estos agentes ingresen al organismo (ingestión, inhalación, contacto), causan efectos graves en el organismo sobre todo a nivel del sistema nervioso central y autónomo inhibiendo la acción de las enzimas colinesterasas.

La sintomatología se reduce al síndrome colinérgico agudo:

- Síndrome Muscarinico (diarrea, incontinencia urinaria, miosis, hipotensión, bradicardia, broncorrea, broncoespasmo, lagrimacían y salivación excesiva).
- Síndrome Nicotínico (diarrea, incontinencia urinaria, midriasis, fasciculaciones, debilidad muscular, insuficiencia respiratoria de origen neurológico periférico).
- Efecto en SNC (alteración en la conciencia, ansiedad, irritabilidad, obnubilación, deterioro cognitivo, convulsiones, insuficiencia respiratoria de origen central y muerte).

II. POBLACIÓN OBJETIVO

- Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Definir adecuadamente la intoxicación por órganos fosforados.
- Adquirir conocimiento sobre los principales signos y síntomas de este mecanismo de absorción.
- Establecer un diagnostico precoz de la intoxicación por órganos fosforados.

IV. COMPLICACIONES.

- Alteraciones neurológicas.
- Falla renal.
- Falla hepática.

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INTOXICACIÓN POR ORGANO FOSFORADO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00204)Perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con síndrome colinérgico e/p hipoxemia, hipotensión, acidosis metabólica de origen toxico.	Paciente mantendrá perfusión cerebral adecuada.	- Monitorización de funciones vitales. - Control hemodinámico. - Valoración del estado de consciencia mediante la escala de Glasgow. - Valorar el tamaño y la reactividad pupilar, la miosis bilateral puede sugerir intoxicación por anticolinesterasicos (órganos fosforados). - Mantener via aérea permeable. - Administrar oxigeno suplementario a elevadas concentraciones (50% a mas) a través de mascarilla de Venturi o bolsa de reservorio. - Valorar patrón respiratorio y esfuerzo respiratorio. - Colocar al paciente en posición semifowler. - Administración de oxigeno según lo requiera el paciente. - Auscultar sonidos respiratorios tomando zonas de disminución o ausencia de ventilación. - Aspiración de secreciones si fuera necesario. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria. - Considerar intubación endotraqueal en paciente con compromiso de consciencia, riesgo de aspiración, apnea, depresión del sistema nervioso central, hipo ventilación, acidosis respiratoria, fracaso respiratorio inminente.	✓ Escala de Glasgow leve 13 – 14. ✓ Moderado 9 – 12. ✓ Diámetro pupilar entre 2 – 5 mm. Sat de O_2: 94 -100 %. FR: 15 – 40 x' Gasometría: PH: 7.35 – 7.42. $Pa0_2$: 75 – 100mmHg. HC U Gases Arteriales: PH = 7.35-7.45 $P0_2$ = 75- 100% PCO_2=35-45 HCO_3: 22 – 26meq/L

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00029)Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco E/P bradicardia.	Paciente mejorara gasto cardiaco.	- Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica del pulso, llenado capilar, color y perfusión tisular distal. - Control de las funciones vitales. - Monitorización del estado cardiovascular. - Administración de inotrópicos según indicación médica. - Observar signos de alarma (disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea).	Se evidencia. FC: 70 – 130x' FR: 15 – 40 x' Llenado capilar < 2"

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00027)Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos e/p vómitos, diarrea, hiporexia y sialorrea.	Paciente mantendrá equilibrio hidroeléctrico.	- Valoración de funciones vitales. - Valoración de la piel y mucosas. - Canalización de vía periférica con catéter Nº 22. - Efectivizar toma de muestra para exámenes de laboratorio. - Administración de líquidos y electrolitos según indicación. - Balance hídrico estricto. - Registro de enfermería en HCI.	Piel y mucosas. Húmedas. Balance hídrico positivo. Na: 136 – 145 meq/L. K: 3.5 – 4.5 meq/L. Densidad urinaria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00204)Perfusión tisular cardiopulmonar ineficaz relacionada con hipotensión y envenenamiento enzimático.	Paciente será capaz de mantener estado hemodinámico estable.	- Brindar soporte vital avanzado si lo requiera. - Descontaminar al paciente como medida preventiva para evitar que el toxico continúe absorbiéndose (baño en ducha). - Si hubo contaminación cutánea retirar la ropa del paciente y luego lavado con abundante agua y jabón. - Administrar antídoto (atropina) según prescripción médica y observar reacción de la atropina (midriasis, taquicardia, piel seca y rojiza). - Monitorización de funciones vitales y EKG.	Se evidencia. P/A: 80/40 – 90/60 MmHg. FC: 70 – 130x' EKG: No arritmias. Llenado capilar <2" Toxico ausente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00132)Dolor agudo relacionado con agente lesivo químico. Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de consciencia, depresión del sistema nervioso central, depresión del reflejo nauseas, incremento de secreciones (vómitos, sialorrea, nauseas).	Alivia el dolor en el paciente. Paciente no presentara signos de aspiración. Paciente mantendrá vía respiratoria permeable.	- Controlar las constantes vitales. - Realizar una valorización exhaustiva del dolor que incluye la localización, característica, frecuencia y factores descontaminantes. - Asegurar que el paciente reciba cuidados analgésicos. - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, capacidad de deglución. - Mantener vía aérea permeable - Aspiración de secreciones (contenido gástrico). - Mantengan la apertura de la boca y evite la caída de la lengua hacia atrás. - Mantener al paciente en decúbito lateral izquierdo evitando la caída de la lengua y permitiendo el drenaje de secreciones o vomito fuera de la boca - Verificar la Sat. 0_2	FR: 15 – 40 x` FC: 70 – 130x` Campos pulmonares libre de estertores. SPO_2 > 95% FR: 15 – 40 x` No se evidencia cianosis.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	**RESULTADOS ESPERADOS (NOC)**	**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)**	**EVALUACION INDICADORES**
(00036)Alto riesgo de asfixia relacionado con la depresión del sensorio y deterioro de la función motora e hipoxia.	El paciente mantendrá la vía aérea permeable y la función respiratoria dentro de los valores normales.	- Valore la permeabilidad de la vía aérea. - Aspirar secreciones y administrar oxigenoterapia. - Ausculte los pulmones - Coloque paciente en posición corporal óptima.	Paciente se mantiene con vías aéreas permeables sin riesgo de asfixia

8. GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES.

I. DEFINICIÓN

Hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fístula que estos sufren. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

En los últimos años se le había restado importancia a la valoración nutricional de los pacientes, ya que los parámetros hasta ahora desarrollados no han sido aprobados debido a que en algunos casos se ven afectados por la respuesta a la enfermedad, además de representar una relación costo-beneficio importante para el paciente. Pero ahora debido al impacto que tiene la nutrición en la evolución clínica, se ha acrecentado el interés por encontrar un marcador preciso de mal nutrición.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano con el fin de disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados. Manifestaciones clínicas tempranas son:

Fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

- Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con desnutrición, manteniendo una ventilación y oxigenación adecuada.
- Como primer paso para alcanzar ese objetivo se realizó un estudio de ámbito nacional para determinar la tasa de desnutrición en el ingreso.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas al paciente pediátrico con crisis de desnutrición
- Estandarizar la atención de enfermería al niño con desnutrición.

IV. COMPLICACIONES.

- Retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, mayor riesgo de morbilidad con efectos adversos a largo plazo, incluyendo disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual en la edad escolar
- Marasmo
- kwashiorkor

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESNUTRICIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00002)Desequilibrio nutricional por defecto R/C Ingesta inadecuada de nutrientes	El paciente mantendrá una nutrición adecuada.	- Asesoramiento nutricional - Manejo de la nutrición - Enseñanza de la dieta prescrita (al familiar). - Manejo del peso - Administración de una dieta fraccionada - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. - Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro - Determinar el peso corporal ideal del paciente.	Tolera dieta indicada fraccionada

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00003)Desequilibrio nutricional por defecto R/C la mala alimentación	El paciente recibirá una dieta supervisada, por peso corporal.	- Manejo de la nutrición. - Enseñar dieta prescrita. - Ayudar para ganar peso. - Ingesta de líquidos. - Utilización de complementos nutricionales.	Paciente se evidencia con ganancia de peso progresivo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00093)Fatiga R/C disminución de hemoglobina y la capacidad de sangre para transportar oxígeno.	El paciente disminuirá la fatiga, mantendrá el nivel de oxigeno normal, aumento de la circulación con el mínimo esfuerzo.	- Controle funciones vitales y saturación de oxígeno - Ayudar al paciente a priorizar sus actividades - Establecer un equilibrio entre la actividad y el reposo que es aceptable por el paciente.	Pacientes sin signos de fatiga Hemoglobina Lactante =11-12.5 g/dl Niños = 12 – 14 g/dl

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
Riesgo de desequilibrio nutricional R/C incapacidad para ingerir alimentos por disminución del nivel de conciencia, somnolencia.	Paciente mantendrá equilibrio nutricional mediante un adecuado aporte calórico proteico.	- Valore el estado nutricional y nivel de conciencia - Controle y valore ganancia de peso - Realice Balance Hídrico Estricto. - Coloque Sonda oro gástrica o Sonda Naso gástrica - Cuidados en alimentación enteral - Valore el residuo gástrico - En caso de formula semi digerida difiera la toma 1 hora.	Paciente sin riesgo de equilibrio nutricional:

9. GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDÍATRICOS CON CRISIS CONVULSIVA

I. DEFINICIÓN

Epilepsia: Estado patológico crónico de etiologías múltiples, caracterizado por la presencia de crisis convulsivas recurrentes que no guardan relación ni con fiebre, no con lesiones cerebrales agudas.

Convulsión: Fenómeno paroxístico ocasional involuntario que puede inducir a la alteración de la conciencia, movimientos anormales o fenómenos autonómicos tales como cianosis, bradicardia y obedece a una descarga anormal en el SNC.

Crisis Convulsiva: Es un resultado de una descarga eléctrica paroxística del cerebro, si no se trata o se trata inoportunamente y/o adecuadamente hay secuelas neurológicas severas, llegando a producir inclusive la muerte

Status Convulsivo: Intensificación paroxística de los síntomas. Son crisis convulsivas por más de 30 minutos ó más de 2 crisis inclusive sin recuperación de la conciencia.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVOS

- Unificar la atención del niño que acude con un cuadro de Crisis Convulsiva.
- Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a éste daño.

- Disminuir las complicaciones en el paciente pediátrico con Crisis Convulsiva.

IV.COMPLICACIONES

- Insuficiencia respiratoria
- Hipoxemia
- Paro cardiorrespiratorio
- Deshidratación
- Shock Hipovolémico
- Acidosis metabólica
- Alcalosis respiratoria

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CRISIS CONVULSIVA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00031)Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C relajación de la lengua y acumulo De secreciones.	El paciente mantendrá la vía aérea Permeable.	- -Valore la permeabilidad de la vía y patrón respiratorio, aspire secreciones - -Instale tubo orofaringeo. - Coloque al paciente en posición - Corporal óptima: decúbito lateral.	- Vía aérea permeable. - Ruidos respiratorios audibles en ambos campos pulmonares.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00032)Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación y con disfunción Neuromuscular.	El paciente mantendrá el patrón respiratorio dentro de los valores normales	- Administre anticonvulsivante por - prescripción médica - Administre oxigenoterapia - Monitorice FC, FR, PA, SaO2, Temperatura y peso. - Observe los cambios en la conciencia, orientación y Comportamiento. - Canalice una vía periférica venosa con catéter de calibre Según la edad del paciente. - Administre anticonvulsivante por Prescripción médica. - Nebulice al paciente con broncodilatadores o suero fisiológico según prescripción médica. - Realice fisioterapia respiratoria (drenaje postural, percusión y vibración) después de cada nebulización (GP A5). - Observe signos de alarma: aleteo nasal, cianosis, tirajes, retracción xifoidea, desbalance toraco abdominal.	FR Normales: Neonatos 50-60 x' Lactantes:40-50x' Pre-escolar: 30-40 X' Escolares:20-30 X'

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00146) Ansiedad R/C estado de salud **E/P** inquietud, no aceptación de su enfermedad Ansiedad del paciente y familia R/C desconocimiento de la enfermedad, tratamiento y pronóstico.	**(1402)Autocontrol de la ansiedad.** El paciente y familia evidenciará tranquilidad y disminución del temor y la ansiedad.	- (5270) Apoyo emocional al paciente y familia - Escuchar sus dudas, inquietudes y temores. - Ayudar que exprese sus sentimientos de ansiedad, creencias, ira o tristeza. - Facilitar las visitas de sus familiares. - Valore el nivel de ansiedad del paciente y familia. - Incentive la participación directa de la familia en la atención del paciente. - Dé seguridad al paciente y familia en un ambiente adecuado. - Brinde educación sanitaria sobre los factores de riesgos ambientales (tabaco, polvo, clima, animales domésticos, alimentos, sustancias químicas y otros.	-El paciente evidencia disminución de la ansiedad -Disminución de la irritabilidad -Comunicación y participación activa.

10. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON FIEBRE TIFOIDEA.

I. DEFINICIÓN

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa aguda, febril, que se conoce también con el nombre de fiebre entérica, es producida por Salmonella typhi, se adquiere al ingerir agua o alimentos contaminados, es de curso prolongado

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 29 dias a 14 años con 11 meses y 29 días

III. OBJETIVO

Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes pediátricos con fiebre tifoidea.

IV. COMPLICACIONES

- Perforación intestinal
- Miocarditis
- Hemorragia intestinal grave
- Perforación intestinal
- Neumonía
- Sepsis
- Presión intracraneal
- Trombosis cerebral
- Sordera
- Ataxia cerebelosa aguda

V. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

VI. GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FIEBRE TIFOIDEA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C disminución de ingesta de líquidos evidenciado por mucosa oral seca y ojos hundidos.	El paciente será capaz de estabilizar su estado hidroelectrolítico durante su hospitalización.	- Control de signos vitales. - Evaluar el estado hidroelectrolítico, buscando signos de deshidratación. - Cateterización de vía periférica. - Administrar líquidos endovenosos de acuerdo a la indicación médica - Realizar examen de heces. - Administrar antibiótico terapia indicado.	- Equilibrio de volumen de líquidos y electrolitos - Diuresis horaria: <10kg=0.5ml/kg/hr >10kg=12 a 18 ml/m²ᵏᵍ/hr - Densidad de la orina normal:1010-1013cm H2O BH: positivo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00002)Alteración del patron nutricional relacionado un insuficiente aporte de nutrientes secundario a la intolerancia oral.	Durante la estancia hospitalaria el paciente mejorará su estado nutricional.	- Evaluar constantemente la tolerancia oral. - Una vez que el paciente inicie a tolerar es necesario administrar sales de hidratación oral en forma gradual. - Iniciar los alimentos con sustancias liquidas y que la consuma lentamente. - Siempre monitorizar si hay nauseas, vómitos o diarreas. - Una vez que el paciente es capaz de tolerar adecuadamente sus alimentos, es necesario administrar una dieta blanda rica en calorías y proteínas. - Favorecer una buena presentación de los alimentos. - Fomentar y brindar una ambiente agradable durante la alimentación del paciente.	Tolerancia gradual y mejora su estado nutricional Valores normales: Hematocrito: 33 a 36 % Hemoglobina > de 12g/dl

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(00126)Conocimiento deficiente de la madre relacionado a insuficiente educación sanitaria.	Durante la hospitalización se ampliará los conocimientos de la madre respecto a salud ambiental e higiene del paciente y del hogar.	- Orientar a la madre respecto a la higiene con los alimentos. - Orientar a la madre respecto al lavado de manos y exigir siempre a que sus hijos lo hagan. - Indicar a la madre que siempre se debe consumir el agua y los alimentos cocidos. - Orientar a la madre que antes y después de ir al baño siempre hay que lavarse las manos. - Mantener los utensilios de cocina cubiertos. - Guardar el agua en recipientes cubiertos. - Favorecer una adecuada higiene de la cocina y el hogar. - Asegurar que los silos o letrinas estén distanciados del hogar y que siempre estén tapados. - Favorecer una separación de ambientes adecuado promoviendo el orden y la limpieza.	Madre con conocimientos básicos sobre la higiene

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	EVALUACION INDICADORES
(1201) Dolor agudo R/c secundario a proceso infeccioso.	Durante el turno de disminuirá el dolor del paciente.	- Controlar y Vigilar los signos vitales del paciente. - Fomentar y alentar al paciente a expresar el grado de dolor. - Tratar de brindar un ambiente tranquilo y confortable física y emocionalmente. - Administrar antibiótico terapia por vía endovenosa lento y diluido; previa indicación médica.	- Paciente logra disminuir el dolor - Test de dolor negativo

BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación completa de diagnósticos enfermeros Nanca-I https://www.salusplay.com › blog › diagnosticos-enfermeros-nanda-2017; 3 oct. 2017.
2. Guia de Intervención de enfermería en pacientes pediatricos- hospital dde Emergencias pediatricas,www hospitalemergenciaspediatricas.gop.pe. 08 de junio 2012
3. Guia de Intervención de enfermería en pacientes pediatricos - Hospital Cayetano Heredia www.hospitalcayetano.gop.pe. 18 de enero del 2013.
4. NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007.



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

PERÚ
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA

GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DE GINECO-LOGÍA



ABANCAY – PERÚ

2019

EQUIPO TECNICO

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Marlene CASTILLO WARTHON

LICENCIADA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Mg. Gregoria CHOQUE FLORES

LICENCIADA ENCARGADA DE LA REVISION DE LAS GUIA

Lic. Marisol JURO MEDINA

Lic. LADY ELENA BOLUARTE CONTRERAS

JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Especialista en Ginecología

Lic. FRIDA TEÓFILA BARRIENTOS CHECCO

Especialista en Salud de la Madre y el Niño

ÍNDICE

PRESENTACION....4

INTRODUCCION....5

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN GINECOLOGÍA....6

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON EMBARAZO ECTOPICO....10

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA DEL HRGDV....14

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUISTE ANEXIAL DEL HRGDV....20

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL DEL HRGDV....25

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DEL HRGDV....31

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL DEL HRGDV....37

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE POST-CESAREADA DEL HRGDV....42

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INFECCION DEL SITIO OPERATORIO DEL HRGDV....49

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ABORTO DEL HRGDV....55

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HIPEREMESIS GRAVIDICA DEL HRGDV....59

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON FIBROADENOMA MAMARIO....66

Dirección Regional de Salud Ancash - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Gestión de la Calidad - ABANCAY

Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega - Departamento de Enfermería

Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega - Servicio de Ginecología - ABANCAY

Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega - Dirección Planeamiento Estratégico - ABANCAY

PRESENTACION

El Servicio de Ginecología tienen como misión principal dar atención especializada e integral a la mujer en su salud reproductiva, patologías y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. En el país durante los últimos años la tasa global de fecundidad ha ido disminuyendo. Por otra parte, la falta de atención prenatal, ha conllevado a la desnutrición y deficiente calidad en la atención del parto, estos son algunos factores que constituyen a incrementar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; repercutiendo de forma directa en la salud del recién nacido.

Es por ello que la atención de las complicaciones en el embarazo está a cargo del personal de enfermería, fortaleciendo las acciones que persiguen el desarrollo de una cultura de autocuidado, considerando que la mayor parte de los problemas de salud infantil se pueden resolver a través de acciones preventivas. En esa atención la enfermera especialista en ginecología en colaboración con otros profesionales de la salud, con la característica principal de que la atención está centralizada en la mujer gestante de alto riesgo, puérpera normal, puérpera patológica y su familia.

Frente a esta situación, se ha considerado necesaria la elaboración de guías de intervenciones de enfermería para la atención ginecológica, a fin de que sea una herramienta eficaz para el profesional de enfermería y estudiantes del sector salud.

INTRODUCCION

La Guía de intervención de cuidados de enfermería, es un documento de gestión que orienta el cuidado especializado del profesional de enfermería, con base y principios científicos para una atención con calidad al paciente.

Las patologías de origen ginecológico en los últimos años en nuestra localidad de Abancay y nuestra región de Apurímac se han incrementado considerablemente es por eso que el profesional de enfermería del servicio de ginecología presentamos la siguiente guía con las patologías más resaltantes y frecuentes.

Agradecemos a todos los profesionales que de manera proactiva participaron en la elaboración y redacción de las guías de intervención de enfermería en ginecología y un reconocimiento especial a las enfermeras que participaron en la elaboración de la presente guía. Licenciada en Enfermería Lady Elena Boluarte Contreras y Licenciada en Enfermería Frida Teófila Barrientos Checco, quienes impulsaron la elaboración y realización de las siguientes guías.

También agradecemos al personal en general de enfermería que hicieron posible el funcionamiento del servicio, a las colegas que laboraron y laboran actualmente en el servicio.

GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN GINECOLOGÍA

FUNDAMENTACION

Las guías de enfermería facilitan el cumplimiento de la labor del profesional de enfermería, a la vez sirve como base legal para sustentar todo procedimiento y toma de decisión frente a la solución del problema de salud del paciente, que en algunos casos pudieran ocasionar demandas legales en contra de nuestro quehacer profesional.

El Servicio de Ginecología atiende pacientes que ingresan por consultorio externo, emergencia obstétrica y SOP, los procedimientos realizados en cada paciente demanda tiempo y preparación, por ello el personal que labora en el servicio debe contar con conocimientos y habilidades para solucionar problemas de urgencia e incluso de emergencia que pongan en peligro la vida del paciente.

El proceso de atención de enfermería es sistemático, implica el planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, esto hace sea dinámico pues responde a un cambio continuo y es interactivo ya que la relación enfermera – paciente y familiares permiten la acreditación de una atención con calidad y calidez.

OBJETIVOS

- Brindar una atención integral de calidad a pacientes con problemas ginecológicas.
- Contribuir a mejorar los indicadores de calidad del HRGDV.
- Manejo uniforme y sistematizado de las patologías ginecológicas.

ALCANCE

La siguiente guía de procedimientos de enfermería está dirigida para licenciados en enfermería del Servicio de Ginecología.

BASE LEGAL

- Ley general de salud, Ley N° 26842
- Ley del Trabajo de Enfermeras (o), Ley N° 27669-Capitulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la ley de enfermera(o), aprobado por D.S N° 0042002-SA-Capitulo II Art.8, 9 inciso a.
- Ley N 27657, Ley del ministerio de Salud
- Norma Técnica N°027-MINSA /DGSP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica-Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA junio.
- RM 777-2005 / MINSA /ROF HNAL
- RD.486-HNAL / DG -2012 (MOF DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA)

DEFINICIONES OPERACIONALES

1) **Proceso de Atención de Enfermería**

   Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación de método científico.

2) **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

   Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. La NANDA ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de los partes:

   a) **Respuesta Humana:** identificación de problemas a través de la valoración y análisis de los datos.

   b) **Factores Relacionados:** Pueden reflejar no solo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo

3) **OBJETIVO.**

   Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones

4) **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

   Es actuar directo de la enfermera que le permitirá alcanzar los resultados esperados.

5) **GRADO DE DEPENDENCIA.**

   Se categoriza en:

   Grado de Dependencia I, totalmente independiente.

   Grado de Dependencia II, requiere apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.

   Grado de Dependencia III, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.

   Grado de Dependencia IV, requiere de apoyo total. La dependencia requerida del profesional no solo es física sino también intelectual.

Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

6) **Guía de Intervención en Enfermería**

Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

7) **Guía de procedimiento en enfermería.**

Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON EMBARAZO ECTOPICO.

I. ASPECTOS GENERALES:

Se considera embarazo ectópico a toda la gestación localizada fuera de la cavidad uterina, de acuerdo al sitio donde se desarrolla (tubárico, ovárico, abdominal o cervical) siendo el tubarico el más frecuente, por tanto, las posibilidades a que lleguen a buen término son bajas. Además, existen muchos casos de embarazos ectópicos que no se detectan a tiempo con el consiguiente riesgo para la salud de la madre.

SIGNOS Y SINTOMAS

La triada clásica es amenorrea, sangrado irregular y dolor en la región inferior del abdomen. Sin embargo, esta triada solo se ve en la mitad de las pacientes y es más frecuente en los casos de rotura uterina. El síntoma más común es el dolor abdominal intenso de inicio súbito, que se observa en más del 90% de las pacientes. Estos síntomas inespecíficos, que también pueden presentarse en otras patologías ginecológicas, tienen la particularidad:

- Metrorragias Irregulares: suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces es intermitente, y suelen ir precedidas de un retraso menstrual no superior a 2 o 3 semanas en el 75 – 90% de los casos, aunque muchas veces la paciente lo confunde con la menstruación, puede o no ser acompañado de dolor vago en hipogastrio.
- Dolor Abdominal: referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas iliacas. El dolor grave en puñalada que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura del ectópico, especialmente si se acompaña de signos y síntomas de

shock hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia habida

Además, se pueden presentar síntomas generales de gestación: náuseas y vómitos.

Esta patología constituye una urgencia ginecológica y requiere tratamiento y diagnóstico precoz con el fin de preservar la función reproductora de la paciente, y en casos más grave la vida.

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico

III. OBJETO:

Brindar una atención efectiva, oportuna identificando signos, síntomas de alarma para prevenir complicaciones.

IV. PERSONAS RESPONSABLES:

- Licenciada en Enfermería.

V. COMPLICACIONES:

- Ruptura Uterina
- Shock Hipovolémico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00134- Nauseas **R/C** embarazo ectópico **M/P** sensación nauseosa e informe de inapetencia	**(1618)** Control de náuseas y vómitos Paciente controlara náuseas durante el turno	• **(1450)** Manejo de las náuseas • **(2300)** Administración de medicación; antiemético • **(1020)** Etapas en la dieta NPO • **(5880)** Técnica de relajación	Paciente utiliza medidas preventivas para el control de nauseas: • Hace uso de medicación antiemética • Forma sobre el control de sus nauseas
00132-Dolor agudo **R/C** agentes lesivos biológico (embarazo fuera cavidad uterina) **E/P** conducta expresiva (agitación, llanto, irritabilidad, facies de dolor) e informe verbal	**(2102)** Nivel del dolor Paciente será capaz de disminuir el dolor utilizando los analgésicos indicados	• **(1400)** Manejo del dolor • Evaluación de dolor (escala de Eva) • **(2210)** Administración de analgésicos • **(6484)** Manejo ambiental: comunidad • **(6482)** Manejo ambiental: confort • **(1850)** fomentar sueño	Paciente logra disminuir el dolor por medicación e intervención quirúrgica
00027-Déficit del volumen de líquidos R/C hipovolemia producida **E/P** sangrado vaginal	**(0601)** Equilibrio hídrico Paciente recuperara líquidos perdidos después de fluidoterapia	• **(6680)** Monitorización de los signos vitales • **(4180)** Manejo de la hipovolemia • **(4190)** Punción intravenosa (i.v.) periférico con catéter nº 18 • **(0580)** Sondaje vesical • **(4120)** Manejo de líquidos • **(2080)** Manejo de líquidos/electrólitos • **(2020)** Monitorización de electrólitos	Paciente estable durante el turno con balance hídrico positivo • Presión arterial estable • Pulsos periféricos normales • Hidratación cutánea • Humedad en mucosas • Hematocrito de 44%

		• **(4260)** Prevención del shock • Control de diuresis • **(2380)** Manejo de la medicación • **(1876)** Cuidados del catéter urinario	
00004-Riesgo de infección R/C intervención quirúrgica	**(1902)** Control del riesgo Paciente reducirá los riesgos de infección por intervención quirúrgica	• **(6680)** Monitorización de los signos vitales; priorizando la temperatura • **(6540)** Control de infecciones • **(1610)** Baño • **(3660)** Cuidados de las heridas • **(3590)** Vigilancia de la piel • **(2300)** Administración de medicación de antibióticos • **(4220)** Cuidados del catéter central insertado periféricamente • **(6610)** Identificación de riesgos • **(7610)** Análisis de laboratorio • **(7690)** Interpretación de datos de laboratorio	Paciente adopta conductas que reduce el riesgo de infección

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA DEL HRGDV

DEFINICION

Es una neoplasia benigna del útero, los cuales surgen en el tejido muscular del útero, están formados por fibras musculares lisas con cantidades variables de tejido fibroso. Los miomas pueden ser únicos o múltiples, y varían desde pequeños nódulos hasta tumores enormes que ocupan la cavidad abdominal.

El origen actualmente se desconoce. Se manifiesta el criterio de que el mioma proviene de elementos musculares inmaduros (genitoblastos) del mesodermo y de las células embrionarias, y que responden a un estímulo estrogenito.

Los miomas se pueden clasicar según su localización de la forma siguiente miomas submucosos: ocupan entre el 15 y 25% y se sitúan por debajo del endometrio, pueden ser pediculados y hacer protrusión por el canal cervical

- Miomas subserosos: ocupan 10% y están localizados por debajo del peritoneo
- Mioma intramural: ocupa entre el 60 y 70% y se encuentra en la masa muscular dispersando o disociando las fibras intersticiales. Puede ser único o múltiple.

SIGNOS Y SINTOMAS. - Los síntomas dependen del número, tamaño y localización del mioma. Entre los más comunes se encuentran: sangrado genital, dolor pelviano, síntomas compresivos y alteraciones del proceso reproductivo, como se explica a continuación:

Sangrado genital: el más frecuente es la pérdida de sangre excesiva en cantidad y prolongada en días (hiperpolimenorrea), se asocia a miomas intramurales y es el responsable del cuadro de anemia microcitica e hipo crómica que, con frecuencia, acompaña del mioma, expresándose por debilidad y taquicardia.

- La otra forma de sangrado genital frecuente es la metrorragia (sangrado abundante, irregular, aciclico o continuo), característico de los miomas submucosos.

- Dolor pelviano: cuando este aparece se asocia con alguna complicación del mioma (torcimiento o necrosis), o por asociación con alguna otra enfermedad (endometriosis, infección pélvica, diverticulitis, etc.).
- Síntomas compresivos: los más frecuentes son:

URINARIOS:

- Polaquiuria.
- Dificultad en la iniciación de la micción.
- Urgencia miccional.
- Incontinencia por rebosamiento (globo vesical).
- Disuria.

RECTALES:

- Estreñimiento.
- Dolor al defecar.

- Alteraciones del proceso reproductivo:

Infertilidad: incapacidad para llevar a cabo a término el producto concebido.

Esterilidad: incapacidad de una pareja para conseguir el embarazo en un lapso de 1 o 2 años de relaciones sexuales sin protección.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. - En una paciente con mioma uterino se deben orientar los complementarios siguientes:

Histerosalpingografia: examen radiográfico de la cavidad del útero y las trompas, empleando en una sustancia de contraste opaca a los rayos X que se inyecta a través del cuello uterino.

- ❖ Ultrasonido.
- ❖ Laparoscopia: visualización de los órganos internos, tanto del abdomen como de la cavidad pélvica, mediante un laparoscopio.

Resonancia magnética.

Tomografía axial computarizada (TAC).

DIAGNOSTICO. - Se realiza por la clínica en la mayoría de los casos, donde las pacientes refieren que se palpan una "pelota" o que tienen metrorragia y dolor intenso. También se realiza por el examen físico mediante la palpación abdominal o bimanual donde se detecta el tamaño del útero y sus características específicas. Al examen con especulo se comprueba una masa tumoral que sale por el cuello.

POBLACION OBJETIVO:

En pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de miomatosis uterina.

OBJETIVO:

Brindar un cuidado oportuno, eficaz y eficiente de enfermería en los cuidados pre y post operatorio de las pacientes con esta patología.

RESPONSABLES:

Licenciada en Enfermería.

COMPLICACIONES:

Dolor intenso o sangrado excesivamente abundante que puede requerir una cirugía urgente.

Retorcimiento del mioma, lo cual causa un bloqueo en los vasos sanguíneos cercanos que irrigan el tumor (se puede necesitar cirugía si esto sucede).

Anemia.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
(00206) RIESGO DE SANGRADO R/C traumatismo	**(4130) SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE.** • Indicadores: • Pérdida sanguínea visible • Disminución de la presión arterial sistólica. Disminución de la presión diastólica. • Aumento de la frecuencia cardíaca apical. • Pérdida de calor corporal. Palidez de las membranas cutáneas y mucosas. • Ansiedad. • Disminución de la hemoglobina. • Disminución del hematocrito.	**CONTROL DE HEMORRAGIAS (4160):** • Monitorización de constantes vitales • Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito. • Control de constantes vitales, volumen drenado, y aparición de hematuria. • Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. • Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. • Evitar esfuerzos. • Mantener al paciente en reposo.	Se logra los resultados según las actividades intervenidas
(00132) DOLOR AGUDO R/C	**(1605) CONTROL DEL DOLOR** **Indicadores**	**1400) MANEJO DEL DOLOR** **ACTIVIDADES:** • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características,	Se logra los resultados según las actividades intervenidas

• Agente lesivo biológicos, físicos. Características definitorias • Cambios en la presión arterial • Cambios en la frecuencia cardiaca • Conducta expresiva Máscara facial	• Reconoce el comienzo del dolor. • Reconoce factores causales. • Refiere dolor controlado	aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, ruido e iluminación). **(2210) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS ACTIVIDADES:** • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias a medicamentos. • Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	
(00025) **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos**	**0601)** **Equilibrio de líquidos** **(0602)** **Hidratación Membranas mucosas húmedas (/02)** **(0802)**	**Manejo de líquidos (4120):** • Administrar terapia intravenosa según prescripción. • Realizar registro preciso de ingesta y eliminación.	Se logra los resultados según las actividades intervenidas

	Diuresis (/11) Estado de los signos vitales	• Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática. Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia positiva	

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUISTE ANEXIAL DEL HRGDV.

I.- ASPECTOS GENERALES:

Los quistes anexiales son de carácter benigno, son considerados, como una parte común del ciclo menstrual. Sin embargo, presentan un problema cuando persisten durante mucho tiempo o se vuelven anormalmente grandes, requiriendo intervención quirúrgica. En las mujeres pre-menopaúsicas, las causas del quiste anexial, son los embarazos ectópicos, la endometriosis, los ovarios poliquisticos, el absceso tubo-ovárico, etc. Por otro lado, el cáncer, los miomas, fibromas, el absceso, pueden ser la causa de un quiste anexial en las mujeres post- menopaúsicas.

CAUSAS

En las mujeres, es bastante común que los ovarios que están funcionando normalmente, produzcan 6 o 7 quistes foliculares al año. Estos quistes anexiales son de carácter benigno y se resuelven por si solos. Estos son considerados, como una parte común del ciclo menstrual. Sin embargo, presentan un problema cuando persisten durante mucho tiempo o se vuelven anormalmente grandes. En las mujeres pre-menopaúsicas, las causas del quiste anexial, son los embarazos ectópicos, el endometrio, los ovarios poliquisticos, el absceso tubo-ovárico, etc. Por otro lado, el cáncer, los miomas, los fibromas, el absceso diverticular, etc. Pueden ser causa de un quiste anexial en las mujeres post-menopaúsicas. La neoplasia, que forma parte de la formación del quiste anexial, puede ser benigna la mayor parte del tiempo, especialmente en las mujeres pre-menopaúsicas. El quiste anexial maligno, es una enfermedad muy grave, que precisa de la intervención médica inmediata.

SINTOMAS

En la mayoría de mujeres, el quiste anexial no produce ningún síntoma en absoluto. A menudo, se les informa de una forma accidental, mientras se realiza el examen ginecológico de rutina. En muy pocos casos, los síntomas pueden provocar un dolor en la región pélvica. En el caso de las mujeres pre menopaúsicas, el quiste anexial puede causar la irregularidad en los periodos. En raras ocasiones, se puede producir un sangrado en la zona del quiste. Un quiste grande, a menudo produce presión sobre la vejiga

o el recto, esto hace que sea muy difícil orinar y también puede conducir a la constipación. El aumento de la frecuencia de la micción es otro síntoma de esta afección. Los trastornos gastrointestinales son comunes en los casos de los quistes anexiales malignos.

DIAGNOSTICO

La historia clínica de la mujer, es vital en el diagnóstico del quiste anexial. Los periodos irregulares, las fases largas de amenorrea, etc. Pueden indicar la posibilidad de un quiste anexial. También es importante identificar el tipo de quiste, de modo que pueda ser decidido el curso del tratamiento. Un instrumento llamado especulo, se usa ampliamente en el diagnóstico del quiste anexial, que ensancha el canal vaginal, para que el medico pueda obtener una mejor visión de la región pélvica. Si el medico sospeche de una neoplasia, entonces podrá pedirle que realice una prueba de ultrasonido o una ecografía pélvica. La ecografía detectara con éxito cualquier crecimiento anormal en la región anexial.

TRATAMIENTO

Si los quistes anexiales desaparecen por su propia cuenta, entonces no será necesario ningún tratamiento para estos quistes. Estos quistes funcionales suelen ser inofensivos, pero pueden tomar su propio tiempo para resolverse. Los anticonceptivos orales pueden ser prescritos para fijar este proceso en las mujeres durante la edad reproductiva. Los quistes anexiales en las mujeres post menopaúsicas, necesitan de una supervisión durante bastante tiempo. Tienen que ser estrechamente monitorizados, para poder observar los niveles de crecimiento y la posibilidad de que puedan aparecer quistes nuevos. Se pueden eliminar mediante una cirugía. Si la presencia del quiste se observa en una mujer joven (esto es posible, ya que se puede encontrar incluso en los fetos del sexo femenino), entonces la cirugía será la única opción para la cura.

El quiste anexial es un término muy genérico, que no indica la magnitud de la gravedad. Dado que a menudo se detecta durante un examen de rutina, es importante conseguir ser examinada sistemáticamente por su ginecólogo, más aún si está por encima de los 40 años de edad. También debe ser informada cualquier irregularidad en el patrón o en la duración de la menstruación.

II. POBLACION OBJETIVO:

En pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de quiste anexial.

III. OBEJTIVO:

Brindar un cuidado oportuno, eficaz y eficiente de enfermería en los cuidados pre y post operatorio de las pacientes con esta patología.

IV. RESPONSABLES:

- Licenciada en enfermería

V COMPLICACIONES:

- Dolor agudo, con náuseas y vomito
- Necrosis tumoral, siendo necesario el tratamiento quirúrgico (ooforectomia)
- Sangrado excesivamente abundante intraquistica o intraperitoneal que conlleva a una anemia.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00146) ANSIEDAD **Relacionado** Entorno. Estado de salud. Crisis situacional.	**(1402)** **Autocontrol de la ansiedad** **(2002)** **Bienestar**	**(5820)** **Disminución de la ansiedad:** • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	Se logra los resultados según las actividades intervenidas
00047 Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea R/C Procedimiento quirúrgico	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas** Indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas. **1902 Control del riesgo** **1908 Detección del riesgo**	**3590 Vigilancia de la piel** -Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede. - Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. - Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas.	La herida quirúrgica es curada con éxito y la paciente comprende los cuidados que debe tener. herida limpia en proceso de cicatrización

(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario R/C • Cateterización Múltiple • Uso de catéter urinario de gran calibre • Uso de catéter urinario durante tiempo prolongado	**CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD** **192104 Conocimiento de los potenciales riesgos y complicaciones** Controlar el riesgo y lograr que el paciente pueda realizar eliminación urinaria	Entrenamiento del habito urinario. Manejo de la eliminación urinaria. Ayudar aliviar la distención en la vejiga.	Se lograra controlar el riesgo de lesión mediante el entrenamiento del habito urinario y la paciente lograra mocionar espontáneamente

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL DEL HRGDV.

I.- ASPECTOS GENERALES:

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, a través de la vagina y dirección a la vulva, que se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal. El prolapso puede considerarse como una hernia visceral a través de un punto débil del piso pelviano (hiato urogenital), que puede generar una patología multisistemica, constituyendo una parte importante de la disfunción del sueño pélvico. Esta patología está casi siempre asociada al embarazo y parto, aunque también se observa como consecuencia de climaterio y senectud y en más raras ocasiones, por deficiencias congénitas o fracturas pélvicas.

ETIOLOGIA. - Es poco frecuente encontrar un único factor etiológico del prolapso, siendo habitual la coexistencia de varios factores causales.

1. CONGENITO. La frecuencia es baja, pero hay casos de prolapso en pacientes jóvenes o nulíparas, generalmente asociado al síndrome de marfan o en mujeres con predisposición a padecer hernias. También se ha descrito asociado a malformaciones del SNC tipo meningocele, espina bifica y extrofia vesical.
2. TRAUMATICO. El embarazo y el parto son las causas más importantes en la fisiología del prolapso, existiendo grandes variaciones individuales en lo que respecta a la resistencia y recuperación de los tejidos, como lo demuestra la ausencia de prolapso en mujeres que han tenido numerosos partes vaginales, traumatismos directos como accidentes, agresiones, o en el coito y traumatismos indirectos, como fracturas pélvicas, son causas de traumatismos menos frecuentes.
3. HORMONAL. Afecta sobre todo el climaterio y senectud, especialmente a mujeres con sobrepeso, cuando cesa el estímulo estrogenico sobre los tejidos del soporte de la pelvis.
4. OTROS. Incrementos de la presión intraabdmonial consecuencia de la obesidad, ejercicios físicos intensos, acción de levantar objetos pesados, tos crónica, estreñimiento crónico, existencia de tumores pélvicos o de ascitis y de forma iatrogénica el prolapso de cúpula vaginal o de cérvix restante tras histerectomía abdominal o vaginal.

CLASIFICACION

1. Prolapso uterino o histerocele: descenso del útero respecto a su posición anatómica, que de forma casi constante se asocia a distintos grados de descenso de vejiga y / o recto. Es debido a un fallo de los ligamentos de sostén uterinos. Puede existir además elongación del cérvix aislada o junto al prolapso uterino.

2. Colpocele: hernia vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través de la vulva. Puede ser anterior o posterior, aunque rara vez se presenta de forma aislada a anterior descenso de la pared anterior vaginal sola (colpocele anterior) o asociada a:

- **Cistocele:** Colpocele anterior, sobre todo en su mitad superior, que asocia el descenso de la vejiga, por alteración de los ligamentos pubovesicouterinos.
- **Uretrocele:** Colpocele anterior, sobre todo de su mitad inferior, que incluye la uretra, por alteración del ligamento triangular. B. Posterior: descenso de la pared vaginal posterior sola (colpocele posterior) o asociada con mayor frecuencia rectocele, enterocele o ambos.
- **Rectocele:** Colpocele posterior, que incluye recto en su descenso, por alteración del tabique recto-vaginal.

3. Enterocele, douglascele o elitrocele: prolapso de la porción superior de la pared vaginal, con hernia del fondo de saco de Douglas, que suele contener intestino delgado o epiplón, por lesión de los ligamentos uterosacros.

4. Prolapso de cúpula vaginal o cérvix restante: caída o descenso de la cúpula vaginal o cérvix en pacientes con histerectomía abdominal o vaginal previas.

- **Compartimento anterior.** Uretrocele (colpocele anterior) Cistocele: central, lateral o ambos cistouretrocele
- **Compartimiento anterior.** Uretrocele (colpocele anterior) cistocele central lateral ambos cistouretrocele
- **Compartimento medio.** Prolapso uterino (histerocele), prolapso de cúpula vaginal, enterocele.
- **Compartimento posterior.** Rectocele

GRADO I Descenso entre posición normal e introito

GRADO II Descenso a nivel del introito

GRADO III Descenso por fuera del nivel del introito

GRADO IV Prolapso total, fuera del plano vulvar

SIGNOS Y SINTOMAS

- Sensación de cuerpo extraño o tumoración en vagina o vulva que uncialmente solo aparece con los esfuerzos (tos, defecación) y cede con el decúbito, para hacerse progresivamente más intensa
- Habitualmente, las pacientes no presentar otra sintomatología, aunque puede aparecer algunos de los siguientes síntomas.

❖ Dolor en el hemiabdomen inferior, región sacra o lumbar.
❖ Dificultad o dolor con las relaciones sexuales.
❖ Alteraciones urinarias debidas a la alteración del Angulo uretrovesical posterior. Puede aparecer incontinencia urinaria de esfuerzo, y en ocasiones puede ocurrir el fenómeno contrario, dificultad para la micción con aumento de la orina residual que lleva a cistitis de repetición. En ambos casos la polaquiuria y la disuria son síntomas comunes.

- Alteraciones en la defecación: constipación y tenesmo. Puede aparecer incontinencia fecal cuando el prolapso se asocia a la lesión del esfínter anal.
- Hemorragia: generalmente debida a ulceras en el órgano prolapsado, suele ser de pequeña cuantía, pero deben descartarse otras patologías susceptibles de producirla.
- En los casos de procidencia de todo el trígono vesical, los uréteres son arrastrados y acodados pudiendo obstruirse y originar hidronefrosis y mayor tendencia a infecciones repetidas de las vías urinarias superiores. En casos extremos, si el prolapso no es corregido puede derivar en insuficiencia renal por destrucción parenquimatosa.

TRATAMIENTO

- **Tratamiento médico conservador**

❖ Ejercicios de kegel para fortalecer la musculatura pélvica.
❖ Tratamiento hormonal local con estrógenos.
❖ Tratamiento mecánico mediante el uso de pesarios. Existen distintos tipos de pesarios, el mejor es aquel que eleva el prolapso y lo mantiene durante la deambulación.

Tratamiento quirúrgico. El objetivo es obtener la satisfacción funcional de la paciente, restauración de la longitud y eje de la vagina, restablecimiento de la continencia urinaria y fecal, y obtención de resultados duraderos. La mayor parte de la cirugía correctora del prolapso pélvico se realiza por vía vaginal (son alternativas la vía abdominal abierta o laparoscópica), y en muchos casos incluye: histerectomía, colporrafia anterior (reparación anterior) y colporrafia posterior (reparación posterior o colpoperineoplastia).

POBLACION OBJETIVO:

Pacientes que acuden al servicio de ginecología con diagnóstico de prolapso genital

OBJETIVO:

Brindar atención oportuna en la preparación del pre operatorio para contribuir al tratamiento quirúrgico óptimo, garantizar la calidad de la intervención de enfermería en el postoperatorio para evitar complicaciones

RESPONSABLES:

Licenciada en Enfermería.

COMPLICACIONES:

Se puede presentar infección y ulceración del cuello uterino y de las paredes vaginales en los casos graves de prolapso uterino.

Es posible que se presenten infecciones urinarias y otros síntomas urinarios debido al cistocele, asimismo se puede presentar estreñimiento y hemorroides debido al rectocele.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00046 ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN SU ESTADO DE SALUD	**1402 Control de la ansiedad** Monitoriza la intensidad de la ansiedad Planea estrategias para superar situaciones estresantes	**5270 Apoyo emocional** - Proporcionar seguridad y bienestar. - Escuchar los miedos del paciente. - Contestar de formar clara y objetiva sobre sus dudas. - Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se van a experimentar. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Enseñarle al paciente técnicas de relajación. - Facilitar contacto con el equipo de salud.	Se muestra colaboradora y comunicativa. - Demuestra orientación y conocimiento sobre su tratamiento. - Selecciona y responde a estímulos relevantes.
00016 DETERIORO DE ELIMINACIÓN URINARIA R/C olguracion anatómica secundaria a desplazamientos de la vejiga hacia el orificio vaginal.	**0503 Eliminación urinaria**	**0590 manejo de la eliminación urinaria** -Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia y volumen -Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria -Anotar la hora de la última eliminación urinaria y registrar la diuresis -Restringir los líquidos si procede	La paciente mejora la eliminación urinaria
00132 dolor aguda R/C entre lesivo fisico	**1605 Control del dolor**	**1400 Manejo del dolor** ·Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, -calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. ·Asegurarse de que el paciente reciba los. Cuidados analgésicos correspondientes.	La paciente expresa reducción del dolor y las molestias

		·Enseñar el uso de técnicas no. farmacológicas: relajación., junto con otras medidas de alivio. **Administración de analgésicos (2210)** ·Comprobar órdenes médicas de medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito ·Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos	
00026 Riesgo sangrado R/C conocimiento insuficiente de las precauciones contra sangrado	**1902 control de riesgo** **0413 - Severidad de la pérdida de sangre**	**4028) Disminución de la hemorragia heridas** -limitación de la pérdida de sangre de la herida ocasión por proceso quirúrgico -Vigilar la presencia del tapón vaginal -Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad y molestias mecánicas -Instruir al paciente y/o a los familiares sobre los signos de hemorragias y avisar. -Vigilar el tamaño y carácter del hematoma si los hubiera	Paciente incremento los conocimientos para controlar el riego de sangrado

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DEL HRGDV.

I.- ASPECTOS GENERALES:

La displasia cervical se refiere a cambios anormales en las células de la superficie del cuello uterino. Se encuentra en la parte inferior del útero que desemboca en la parte superior de la vagina.

Estos cambios no es cáncer, pero pueden considerarse cambios pre- cancerosos. Esto quiere decir que pueden desarrollar a cáncer de cuello uterino si no se trata a tiempo.

Es el crecimiento celular anormal que se produce en el revestimiento de la superficie del cuello del útero, la abertura entre el útero y la vagina, está asociado en el virus del papiloma humano de transmisión sexual (VPH), la displasia cervical es más común en mujeres menores de 30 años, pero puede aparecer a cualquier edad.

Pueden ser lesión escamosa intraepitelial (LIE) de bajo grado, alto grado y posiblemente cancerosos.

También usan el termino de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y se agrupa en tres categorías: NIC I (displasia leve), NIC II (displasia moderada) y NIC III (displasia severa a carcinoma in situ)

CAUSAS

La displasia cervical se puede presentar a cualquier edad. Sin embargo, el seguimiento y tratamiento depende de su edad.

Con mucha frecuencia, la displasia cervical es causada por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se disemina a través del contacto sexual. Hay muchos tipos de VPH. Algunos tipos llevan a cáncer de cuello uterino o displasia cervical. Otros tipos de VPH pueden causar verrugas genitales.

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de displasia cervical:

- Tener relaciones sexuales antes de los 18 años de edad
- Tener un bebe antes de los 16 años
- Tener múltiples parejas sexuales

- Tener otras enfermedades, como diabetes o VIH
- Usar medicamentos que inhiben el sistema inmune
- Fumar

SINTOMAS

Generalmente no hay síntomas. Por lo que es muy importante su detección temprana.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende del grado de la displasia. La displasia leve (LEIBG O NIC I) puede desaparecer sin tratamiento.

Lo único que puede ser necesario es una observación cuidadosa con citologías repetidas cada 6 a 12 meses.

Si los cambios no desaparecen o empeoran, es necesario el tratamiento.

El tratamiento para la displasia de moderada a grave o la displasia leve que no desaparece puede incluir:

- Criocirugía para congelar las células anormales
- Terapia con láser, la cual usa luz para quemar el tejido anormal
- Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP), el cual utiliza electricidad para eliminar tejido anormal
- Cirugía para extirpar el tejido anormal (conización quirúrgica)
- Histerectomía (en raras ocasiones)

Asegúrese de recibir la vacuna del VPH para prevenir cáncer de cuello uterino.

II. POBLACION OBJETIVO

En pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de displasia cervical.

III. OBJETIVO:

Brindar atención oportuna en la detección precoz de células pre cancerígena y atención durante su tratamiento pre quirúrgico y post quirúrgico garantizando la calidad de la intervención de enfermería y evitar complicaciones.

IV. RESPONSABLES:

- Licenciada en Enfermería

V. COMPLICACIONES:

Mujeres que no se diagnostican o que no reciben la atención adecuada se encuentran en mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical, proceso que suele tardar muchos años.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEA-MIENTO OBJE-TIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
(00146) ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN SU ESTADO DE SALUD	**(1211) Nivel de ansiedad**	**5270 Apoyo emocional** ·Comentar la experiencia emocional con el paciente ·Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. ·Escuchar con atención las expresiones de sentimientos y creencias ·Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional ·Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos.	La paciente expresó reducción de niveles de ansiedad

(0072) NEGACIÓN INEFICAZ R/C AMENAZA DE UNA REALIDAD DESAGRADABLE. **Evidenciado por** incapacidad para emitir el impacto de la enfermedad en su estilo de vida	**1300 aceptación de su estado de salud**	**5230 Aumentar el afrontamiento** ·Informar al paciente acerca de la situación actual constituye un estado temporal ·Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia ·Evitar disfrazar la verdad ·Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados fomentar las relaciones terapéuticas. con los Iteres queridos Crear un ambiente que facilite al yaciente la práctica de su religión cuando sea posible **5250 Apoyo en la toma de decisiones** ·Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales ·Informar al paciente sobre la existencia de puntos de visto alternativos y. las soluciones de forma clara y con todo el apoyo ·Establecer ubicación con el paciente al principio de su ingreso	La paciente expresó reducción de niveles de ansiedad

(00133) DOLOR CRÓNICO R/C Incapacidad física crónica manifestando por la expresión verbal y no verbal	**(1605) CONTROL DE DOLOR**	**Manejo del dolor (1409)** · **Valoración exhaustiva del dolor: localización,** características, aparición/duración, frecuencia, -calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. · Asegurarse de que el paciente reciba los. Cuidados analgésicos correspondientes. · Enseñar el uso de técnicas no .farmacológicas: relajación., junto con otras medidas de alivio **Administración de analgésicos (2210)** •comprobar ordenes de medicas de medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito •comprobar el historial de alergias a medicamentos	La paciente expresó reducción del dolor y las molestias

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL DEL HRGDV.

ASPECTOS GENERALES:

La HUD, se define como un sangrado originado en el útero cuyas características no coinciden con las del patrón menstrual esperado según la edad y condiciones biológicas de la paciente. Durante la menopausia cualquier sangrado que proviene del útero se cataloga como anormal. Durante la edad reproductiva, la hemorragia uterina puede coincidir con la menstruación o aparecer en tiempo inesperado. La menstruación excesiva se denomina menorragia, se caracteriza por un aumento del volumen de sangrado y también se estima anormal. El sangrado menstrual habitual es de 30 a 40 ml/ciclo. El 90% de las mujeres presentan un sangrado menstrual inferior a 80ml/ciclo, por lo que una perdida por encima de esa cantidad significara la existencia de menorragia. La duración media del ciclo menstrual es de 28 días y se define como patológico cuando es menor de 21 días o superior a 35 días. La duración habitual de la menstruación es de 4 días y es excesiva si sobrepasa los 8 días.

CAUSAS

Una vez descartada la posibilidad de que otras patologías sean las causantes del sangrado patológico, se descubre que la hemorragia uterina disfuncional sería provocada, en su gran mayoría, por un descontrol en el balance entre las hormonas progesterona y estrógeno, bien sea que una de ellas este anormalmente aumentada o disminuida con respecto a la otra, las hormonas secretadas por las glándulas suprarrenales y la tiroides también pueden afectar la función de los ovarios y menstruación. En especial por trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. En un 15% de los casos, el sangrado disfuncional puede presentarse en mujeres que ovulan, mientras que la restante mayoría en pacientes que no ovulan (anovulatorias).

Si la deficiencia es la producción de progesterona, el ciclo menstrual se vuelve anovulatorio, el endometrio es continuamente estimulado, se vuelve hiperplasico y sangra intermitentemente por falta de sostén.

En las mujeres de mayor edad, la baja de la respuesta gonadotropina es por una insuficiencia ovárica, mientras que, en las mujeres en edad reproductiva, fracasa el efecto de retroalimentación positiva del estrógeno. En las adolescentes, el eje hipotálamo-hipófisis-ovario es aun inmaduro, por lo que no responde a la retroalimentación positiva del estrógeno. En todos los casos el resultado es un periodo de anovulación.

Otras causas de anovulación por interacción a nivel del hipotálamo, incluyen:

- Estrés emocional
- Obesidad excesiva
- Ejercicios vigorosos
- Cambios bruscos de peso
- Prolactina elevada.

SITOMATOLOGIA

La hemorragia uterina disfuncional cursa con sangrado vaginal caracterizado por ser intenso, irregular y prolongado, con ausencia de signos de ovulación. No hay dolor a mitad de ciclo, ausencia del moco vaginal, mastalgia, dismenorrea y alteraciones de peso. Un gran porcentaje de las pacientes son obesas con hirsutismo y otros signos de exceso de andrógenos.

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial de una hemorragia uterina disfuncional es exclusivamente hormonal, por razón de que la etiología es la disfunción hormonal, por ello, el llegar al diagnóstico correcto es crítico para un tratamiento eficaz. En principio, un sangrado uterino que no cesa con tratamiento hormonal, no es un sangrado uterino disfuncional sino orgánico.

No es necesario el tratamiento de adolescentes cercanas a su edad menarquica, solo si el sangrado es muy voluminoso que cause anemia requiere tratamiento, la razón de ello es que el tratamiento de adolescentes puede empeorar ya que al suprimir el eje de interrelación hormonal entre el hipotálamo y el ovario.

La regulación del desbalance hormonal puede imponerse con anticonceptivos orales con combinaciones entre estrógenos y progesterona a elección del médico tratante. El objetivo de este enfoque es la regulación del ciclo menstrual,

usado incluso en mujeres que no sean sexualmente activas y en las que no tienen planeado quedar embarazadas. Aunque la hemorragia puede detenerse en menos de24hrs con anticonceptivos hormonales, el tratamiento habitual continuo, con dosis menores, durante al menos 3 meses

POBLACION OBJETIVO:

Pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de HUD

OBJETIVO:

Brindar atención oportuna durante su tratamiento pre quirúrgico y post quirúrgico, garantizado la calidad de la intervención de Enfermería y evitando complicaciones.

RESPONSABLES:

- Licenciada en enfermería

COMPLICACIONES:

- Infertilidad por falta de ovulación
- Anemia severa por el sangrado menstrual profuso o prolongado
- Acumulación del revestimiento interno uterino sin sangrado, menstrual suficiente (un posible factor en el desarrollo de cáncer endometrial)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
(00085) Deterioro de la movilidad física R/C la disminución de la fuerza astenia M/P verbalización, falta de aliento en el movimiento.	**208 Nivel de movilidad.** **020806 Deambulación: camina**	**0180 Manejo de energía** **Actividades:** -Determinar las limitaciones físicas de la paciente -Determinar la causa de la fatiga. -Vigilar la respuesta cardio respiratoria a la actividad (taquicardia, palidez etc.) -Favorecer el reposo -Ayudar a las actividades físicas normales deambulación realización de las actividades de la vida diaria	La paciente expresó reducción dolor y las molestias
(00146) Ansiedad R/C amenaza de cambio en el estado de salud	**1402 Control de la ansiedad.** **140204 Busca información para reducir la ansiedad**	**5820 Disminución de la ansiedad.** **ACTIVIDAD** **-Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento.** **5340 Presencia**	

M/P inquietud, incertidumbre		**-Escuchar las preocupaciones de la paciente.** **-Permanecer con la paciente para fomentar seguridad y disminuir los miedos.**	
00148 Temor R/C la hospitalización y procedimientos hospitalarios, **M/P nerviosismo, inquietud, verbalización, falta de sueño.**	**1404 Control del miedo acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos**	**5380 Potenciación de la seguridad.** ACTIVIDAD -Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad Durante los periodos de ansiedad. -Explicar a la paciente y familia todas las pruebas y procedimientos. -Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.	

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE POST-CESAREADA DEL HRGDV.

DEFINICION

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar una gestación cuando existen causas maternas, fetales u ovulares que contraindican el parto por vía vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. Para llegar al útero se ha de realizar una intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras.

La cesárea como toda intervención quirúrgica tienes riesgos y probables complicaciones a pesar de la adecuada elección de la técnica operatoria y su correcta realización entre las cuales tenemos:

- Hemorragia
- Atonía uterina
- Endometritis
- Infección del sitio operatorio

Clasificación

a. Cesárea electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

b. Cesárea en curso de parto o de recurso: se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

c. Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

INDICACIONES.

Indicaciones absolutas:

- Cesárea iterativa.
- Cesareada anterior con periodo íntergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Estrechez pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Situación transversa.
- Macrosomia fetal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Infección por Herpes activa.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal.

Indicaciones relativas:

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.

• Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.

• Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.

• Insuficiencia cardio-respiratoria.

• Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).

• Papiloma virus humano.

Complicaciones

La cesárea es una buena solución a algunos problemas del embarazo/parto, pero posee complicaciones propias del procedimiento que justifican comentar que no es la primera opción para el parto, sino que es una alternativa para las ocasiones en que el parto vaginal no es posible o es de mayor riesgo. En términos generales, el riesgo de mortalidad y morbilidad, materno y fetal, es mayor en la cesárea que en el parto vaginal Entre las complicaciones de la cesárea mencionamos las más frecuentes:

- Quirúrgicas: lesiones vasculares, del tracto urinario o intestino
- Infecciosas: infección de la herida operatoria (3-5%), mayor frecuencia de endometritis puerperal (comparado al parto vaginal)
- Hemorrágicas: mayor frecuencia de inercia uterina y hemorragia post parto
- Tromboembólicas: mayor frecuencia de enfermedad tromboembólica
- Fetales: riesgo de lesión quirúrgica fetal, mayor frecuencia de taquipnea transitoria
- Obstétricas: riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo, aumento del riesgo de placenta previa y acretismo placentario

POBLACION OBJETIVO:

Pacientes que acuden al Servicio de Ginecología Post- cesareadas.

OBJETIVOS

El objetivo de la siguiente guía de procedimientos de enfermería es capacitar a nuestro personal de enfermería para poder brindar los cuidados en enfermería en pacientes pos- cesareadas con calidad y calidez.

RESPONSABLES:

- Licenciada en enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA **r/c:** **• Malestar.** **• Dolor.** **m/p:** **• Limitación de la amplitud de movimientos** **• Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras.** **• Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas**	**0208. Movilidad** INDICADORES: Ambulación. Realización del traslado	(1400) Manejo del dolor. Actividades: • Terapia de ejercicios: ambulación. • Ayuda con los autocuidados baño e higiene. • Ayuda con los autocuidados de alimentación. • Enseñanza de actividad ejercicio.	Paciente logro mejorar la movilidad física con las intervenciones de enfermería
(00132) Dolor agudo **Factores relacionados**	**(1605) Control del dolor**	**(1400) Manejo del dolor** Actividades:	Se logra los resultados según las actividades intervenidas

• **Agente lesivo biológico** • **Informe verbal de dolor** **Características definitorias** • **Cambios en la presión arterial** • **Cambios en la frecuencia cardiaca** • **Conducta expresiva** • **Máscara facial**		• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes según indicación médica. • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. **(2210) Administración** de analgésicos Actividades: • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias a medicamentos.	
(00004) Riesgo de infección **Factores relacionados:** • **Procedimientos invasivos.** • **Aumento de la exposición a agentes patógenos.**	**(1902) Control del riesgo**	6540 Control de infecciones. Actividades: • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • Limitar el número de las visitas, si procede. • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal, • Usar guantes estériles, si procede. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.	Se logra los resultados según las actividades intervenidas

		• Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas	

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INFECCION DEL SITIO OPERATORIO DEL HRGDV.

GENERALIDADES

Las infecciones quirúrgicas continúan siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, a pesar de la mejora en las técnicas operatorias, de la mayor comprensión de su patogénesis y del uso de antibióticos profilácticos. Son responsables de 14% a 16% de todas las infecciones nosocomiales y constituyen la segunda causa de infección intrahospitalaria después de las urinarias

Una infección del sitio quirúrgico es una infección que ocurre después de la cirugía en la parte del cuerpo donde se realizó la operación. La mayoría de los pacientes que tienen cirugías no contraen infecciones. Sin embargo, de cada aproximadamente 100 pacientes que tienen cirugías, entre uno y tres contraen infecciones. Algunos de los síntomas comunes de una infección del sitio quirúrgico son:

• Enrojecimiento y dolor alrededor de la herida o del área donde tuvo cirugía

• Drenaje de líquido purulento de la herida quirúrgica

• Fiebre

La contaminación microbiana del campo quirúrgico es inevitable y un precursor necesario de la ISO la contaminación de la herida quirúrgica– se puede originar de diferentes fuentes. Endógenas exógenas hematógenas o linfáticas.

CAUSAS

ENDÓGENAS. Se refiere a las fuentes de contaminación que provienen de la piel del paciente o de las membranas mucosas cercanas al sitio de la incisión, o bien de una víscera hueca manipulada durante la cirugía. La mayor parte de las ISQ provienen de fuentes endógenas y es la flora del propio paciente la responsable de la contaminación del sitio quirúrgico. La infección ocurre cuando la virulencia expresada por alguno de estos microorganismos sobrepasa las defensas naturales del huésped.5 El riesgo de ISQ se incrementa cuando se alteran los mecanismos de defensa, como en el caso de los pacientes desnutridos, po-

litraumatizados, quemados, con cáncer o que reciben tratamientos inmunosupresores. Factores locales –como edema, tejido desvitalizado, cuerpos extraños o alguna colección (hematoma) también incrementan el riesgo de infección.

EXÓGENAS. Son aquéllas que se originan por el contacto de la herida con el ambiente, el personal del quirófano, el aire que circula en la sala de operaciones, los instrumentos quirúrgicos, etc. Éstas son particularmente importantes en los procedimientos limpios, es decir, cuando el cirujano no incide cavidades contaminadas. En las cirugías limpias el ambiente de la sala de operaciones y los miembros del equipo quirúrgico son vectores importantes para la contaminación. El concepto de mantener estéril el aire del quirófano data de los años sesenta, cuando se observó que la irradiación del quirófano con luz ultravioleta disminuía las cuentas bacterianas y el número de ISQ.12 También se ha observado que los miembros del equipo quirúrgico "liberan" una gran cantidad de bacterias de las áreas no cubiertas de la piel y que, por tanto, son una fuente primaria de infección para el aire del quirófano.5 El área de quirófanos se debe considerar un "área protegida", donde la disciplina y los "rituales" propios del área (vestimenta, cubrebocas, etc.) , los deben respetar todas las personas que ahí se encuentren, independientemente de la magnitud de la cirugía o del diseño de los quirófanos, todo con el mismo fin: mantener las ISQ en el nivel de incidencia más bajo posible.13 Hematógenas o linfáticas. La diseminación hematógena o linfática de los microorganismos se da generalmente durante la intervención quirúrgica y se considera poco probable que ocurra durante los cuidados posoperatorios, ya que 24 horas después de la cirugía las heridas cerradas por primera intención están lo suficientemente selladas, lo que en principio las hace resistentes a su inoculación potencial. En cambio, un foco distante de infección puede diseminarse en forma hematógena o linfática semanas o meses después de la cirugía. Las infecciones de vías urinarias, de vías respiratorias y de tejidos blandos son las, a distancia, involucradas con mayor frecuencia. En pacientes con prótesis o implantes este mecanismo de diseminación es aún más importante y siempre hay que tenerlo presente en el seguimiento de estos enfermos.

TRATAMIENTO

El tratamiento en la patología de infección del sitio operatorio se abarca mediante antibióticos ya sea por vía endovenosa o vía oral de acuerdo a la indicación médica además de curación de herida operatoria.

POBLACION OBJETIVO:

Pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de ISO

OBJETIVO:

Brindar atención oportuna durante su tratamiento, garantizado la calidad de la intervención de Enfermería y evitando complicaciones.

RESPONSABLES:

- Licenciada en enfermería.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
(00146) ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN SU ESTADO DE SALUD	**(1211) Nivel de ansiedad**	**5270 Apoyo emocional** ·Comentar la experiencia emocional con el paciente ·Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. ·Escuchar con atención las expresiones de sentimientos y creencias ·Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional ·Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos.	La paciente expresó reducción de niveles de ansiedad

(0072) NEGACIÓN INEFICAZ R/C AMENAZA DE UNA REALIDAD DESAGRADABLE. **Evidenciado por** incapacidad para emitir el impacto de la enfermedad en su estilo de vida	**1300 aceptación de su estado de salud**	**5230 Aumentar el afrontamiento** ·Informar al paciente acerca de la situación actual constituye un estado temporal ·Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia ·Evitar disfrazar la verdad ·Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados fomentar las relaciones terapéuticas. con los lteres queridos Crear un ambiente que facilite al yaciente la práctica de su religión cuando sea posible **5250 Apoyo en la toma de decisiones** ·Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales ·Informar al paciente sobre la existencia de puntos de visto alternativos y. las soluciones de forma clara y con todo el apoyo ·Establecer ubicación con el paciente al principio de su ingreso	La paciente expresó reducción de niveles de ansiedad

(00133) DOLOR CRÓNICO R/C incapacidad física crónica manifestando por la expresión verbal y no verbal	**(1605) CONTROL DE DOLOR**	**El Manejo del dolor (1409)** **· Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, -calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.** **· Asegurarse de que el paciente reciba los. cuidados analgésicos correspondientes.** **· Enseñar el uso de técnicas no .farmacológicas: relajación., junto con otras medidas de alivio** **Administración de analgésicos (2210)** **•comprobar ordenes de medicas de medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito** **•comprobar el historial de alergias a medicamentos**	La paciente expresó reducción del dolor y las molestias

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ABORTO DEL HRGDV.

DEFINICIONES:

ABORTO: Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.

AMENAZA DE ABORTO: Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

ABORTO EN CURSO (INEVITABLE): Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.

ABORTO INCOMPLETO Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.

ABORTO COMPLETO Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

ABORTO DIFERIDO Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

Aborto séptico Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.

ABORTO TERAPÉUTICO Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de Página 12 de 41 una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando éstas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

ABORTO RECURRENTE Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente: Es la pérdida espontánea en 2 o más ocasiones de manera secuencial o alterna.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las distintas clasificaciones de aborto va variar de acuerdo a cada diagnóstico en los cuales se aplicaran los cuidados e intervenciones de enfermería

POBLACION OBJETIVO

En pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico de aborto

OBJETIVO:

Brindar atención oportuna a las pacientes con diagnóstico de aborto garantizando la calidad de la intervención de enfermería y evitar complicaciones.

IV. RESPONSABLES:

- Licenciada en Enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00146 Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P manifestaciones verbales e inquietud	**1402 Autocontrol de la ansiedad.**	**1850 Mejorar el sueño.** **5820 Disminución de la ansiedad.**	
00136 duelo R/C perdida del feto E/P sufrimiento llanto	**1304 Resolución de la aflicción** **1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida** **2506 Salud emocional del cuidador familiar**	**5210 Guía de anticipación** Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. **5230 Aumentar el afrontamiento** - Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. **5260 Cuidados en la agonía**	**Paciente lograra sobresalir ante su perdida**
00027 déficit de volumen de líquidos.	**0602 – Hidratación** **0601 - Equilibrio Hídrico**	**4120 - Manejo de líquidos** - Pesar a diario y controlar la evolución. - Contar o pesar pañales, si procede.	

R/C la hipovolemia producida E/P hemorragia transvaginal		- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso **4130 - Monitorización de líquidos** Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. - Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea).	
00132 dolor agudo R/C contracciones uterinas M/P posición antialgica, conducta de defensa, llanto, cambios en la respiración y pulso	**1605 Control del dolor**	**2380 Manejo de la medicación** **1400 Manejo del dolor.** Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica/protocolo. Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. Realizar una valoración exhaustiva del dolor Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.	

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HIPEREMESIS GRAVIDICA DEL HRGDV.

DEFINICIÓN

Las náuseas y vómitos son una situación clínica muy frecuente en el embarazo que afecta al 75-80 % de las gestantes. El espectro más grave de esta situación clínica conocido como hiperémesis gravídica es mucho menos frecuente y afecta en realidad al 0,5-2 % de todas las gestaciones. No existe consenso acerca de la definición de la enfermedad, pero la mayoría de las definiciones incluyen vómitos persistentes en ausencia de otras patologías que los expliquen con pérdida ponderal importante (superior al 5% del peso inicial).

ETIOLOGÍA

La etiología de la hiperémesis gravídica es desconocida, aunque diferentes causas han sido propuestas: Niveles elevados de Beta-hCG y estrógenos, la "masa placentaria" (las mujeres con embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica presentan con mayor frecuencia sintomatología de náuseas y vómitos), factores psicológicos y factores familiares (mujeres que tienen madres o hermanas que hayan presentado náuseas y vómitos tienen más probabilidad de presentarlas).

Factores

- Factores hormonales.
- Factores neurológicos
- Factores psicológicos.
- Factores alérgicos o inmunológicos.
- Factores digestivo

Causas

- Embarazos a una temprana edad.
- Primer embarazo.
- Sobrepeso.
- Embarazos múltiples (más de un feto).
- Una dieta alta en grasa.

- Mujeres con trastornos alimenticios.

- Hiperémesis gravídica en embarazos anteriores.
- Estrés emocional.

Síntomas

- Deshidratación.
- Ojos hundidos.
- Lengua seca.
- Taquicardia.
- orina más concentrada.
- Hipotensión.
- Pérdida de peso a consecuencia de la falta de alimentos.
- Cansancio prolongado.
- Mareos o desmayos.
- Salivación excesiva (sialorrea).
- Ausencia de vitaminas y minerales.
- Algunas mujeres afectadas tienen un olor distinto en el aliento (olor a cetonas). O afrutado
- Incapacidad de comer y mantener una nutrición adecuada

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de hiperémesis gravídica es muchas veces un diagnóstico de exclusión y básicamente clínico:

1. Paciente que explica varios vómitos al día en relación o no con las comidas. Intolerancia total o parcial a la ingesta.

2. Ausencia de otra sintomatología: No fiebre, no dolor abdominal, no cefalea, no alteraciones neurológicas. No todas las pacientes que vomitan al inicio de la gestación presentan una hiperémesis (diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan vómitos. Ver tabla anexa)

3. Alteraciones analíticas: Hemograma (hemoconcentración), Alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica), alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT < 300U/L, y Bilirrubina < 4 mg/dl) y alteración del perfil tiroideo (aumento de la T4 y la TSH).

TRATAMIENTO

Suero Glucosado 10 % 500 cc /8 horas alterno con Ringer Lactato o Suero Fisiológico 500 cc/8-12 horas hasta corregir el trastorno electrolítico.

En pacientes que requieren fluidoterapia y que presentan clínica de vómitos durante más de 3 semanas se recomienda añadir suplementos de tiamina (vitamina B1) intravenosa a dosis de 100 mg/d durante 2-3 días 1 vial de 100 mg/d).

En pacientes que presenten alteración en el ionograma se asociará hipersodio y kalium hasta corregir el trastorno hidroelectrolítico

También se puede agregar antieméticos según indicación médica.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
00134 Nausea r/c irritación gástrica, ansiedad y embarazo	**2107 Severidad de las náuseas y vómitos**	**1450** Manejo de las causas ➢ Administrar alimentos fríos, sin colorante, sin olor según convenga. ➢ Hacer que como en pequeñas cantidades. ➢ Controlar la desnutrición. ➢ Evaluar el impacto de las nauseas ➢ Utilizar una higiene bucal frecuentemente. ➢ **1570** Manejo del vómito Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos. Controlar los efectos del control de vómito	**las náuseas.** **Paciente tolerara** **Dienta en poca cantidad.** **Comprometer a la familia en el apoyo emocional, ya que es el mayor pilar para la mujer.** **Hacerle entender a la mujer que no debe sentirse culpable por no querer ver a nadie, que es algo normal y que todo el mundo le comprende.**
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos	**0601 equilibrio hídrico** **0600 equilibrio electrolítico y ácido-base**	• **4120 Manejo de líquidos** • **Administrar líquidos IV si procede.**	

Ç

r/c pérdidas excesivas a través de los vómitos **Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos**		• **Consultar con el médico si los signos y síntomas de deshidratación empeoran.** • **Controlar la ingesta de alimentos y líquidos.** • **Monitorizar el estado nutricional.** • **Pesar a diario y controlar la evolución.** • **Vigilar el estado de hidratación** • **Controlar la ingesta de alimentos y líquidos.** • **Monitorizar el estado nutricional.** • **Pesar a diario y controlar la evolución.** • **Vigilar el estado de hidratación** • **2000 Manejo de electrolitos**	**Paciente se le hidrata y tolera agua pura.**
00092 Intolerancia a la actividad	**0005 Tolerancia de la actividad** **0006 Energía psicomotora**	**0180** Manejo de la energía ➢ Ayudar a identificar las preferencias de la paciente.	**Paciente lograra estar bien en sus actividades diarias**

r/c debilidad generalizada **00093 Fatiga** **r/c embarazo, deprivación del sueño**		➢ Ayudar al paciente a elegir actividades que ➢ reconstruyan su resistencia. ➢ Ayudar a la paciente a programas periodos de descanso. ➢ Determinar las limitaciones físicas de la paciente. ➢ Favorecer el reposo.	

GUIA DE INTERVENCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON FIBROADENOMA MAMARIO

DEFINICIÓN.

Es el tumor benigno más frecuente de la mama, formado por una proliferación
de elementos epiteliales y mesenquimatosos bien diferenciados, predominando
su carácter fibroso frente al glandular. Tumor de tamaño variable entre 2 a 5cm de forma esférica, alargado, lobulado, consistencia dura o elástica, limites bien definidos, generalmente doloroso

CLASIFICACIÓN

a. **Fibroadenoma juvenil** Suelen aparecer en mujeres jóvenes y adolescentes, crecen muy rápidamente, alcanzando un tamaño considerable. Microscópicamente presentan una hiperplasia glandular florida con una mayor celularidad del estroma.

b. **Fibroadenoma gigante:** cuando el tumor alcanza un tamaño mayor a los 5 cm o un peso superior a 500 gramos. No suelen alcanzar más de 10 cm. Es un subtipo infrecuente de fibroadenoma juvenil representando el 0.5-2% de todos los fibroadenomas, aparece típicamente entre los 10-18 años y es la principal causa de macromastia unilateral y asimetría mamaria en adolescentes.

c. **Fibroadenoma complejo:** presenta quistes de más de 3mm de diámetro, adenosis esclerosante, calcificaciones epiteliales o cambios papilares apocrinos. Representan al menos el 2% de los fibroadenomas, y según algunos autores pueden estar asociados a un mayor riesgo de cáncer de mama.

CUADRO CLINICO

- En la mayoría de los casos, el fibroadenoma se presenta como una masa mamaria palpable asintomática, identificada a través del autoexamen de la mama.

- Algunas mujeres se quejan de una discreta incomodidad en la región de la lesión en los días que preceden a la menstruación pero, en general, no provoca ningún síntoma.
- Durante el embarazo o la lactancia, en virtud del estímulo hormonal, la masa puede crecer rápidamente y causar dolor.
- En los casos de fibroadenoma gigante, las mamas suelen quedar de tamaño muy diferente, con una de ellas mucho mayor y más «caída» por el peso que el tumor ejerce en el pecho.

INDICACIONES

Tratamiento no quirúrgico

- La cirugía puede distorsionar la forma y la textura de la mama
- Los fibroadenomas algunas veces se reducen o desaparecen por sí solos
- La mama tiene múltiples fibroadenomas que aparentan ser estables, no se observan cambios en el tamaño en una ecografía, en comparación con una ecografía anterior

Tratamiento quirúrgico

Extracción del tumor o biopsia por escisión. Es operación en quirófano en la cual se hace una incisión en la piel y se procede a la extirpación quirúrgica del fibroadenoma.

Crioablación. El médico inserta un dispositivo delgado con forma de varilla (criosonda) a través de la piel hasta el fibroadenoma. Se utiliza un gas para congelar y destruir el tejido.

POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes de sexo femenino de todos los grupos etarios que reciben intervenciones de enfermería en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.III: OBJETIVOS

Generar intervenciones de enfermería de atención alas pacientes post- quirúrgicos por cesárea estandarizada y unificada según NANDA.

POBLACION OBJETIVO

En pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con diagnóstico Con Fibrodenoma Mamario

OBJETIVO:

Brindar atención oportuna a las pacientes con diagnóstico de Con Fibrodenoma Mamario la calidad de la intervención de enfermería y evitar complicaciones.

IV. RESPONSABLES:

- Licenciada en Enfermería

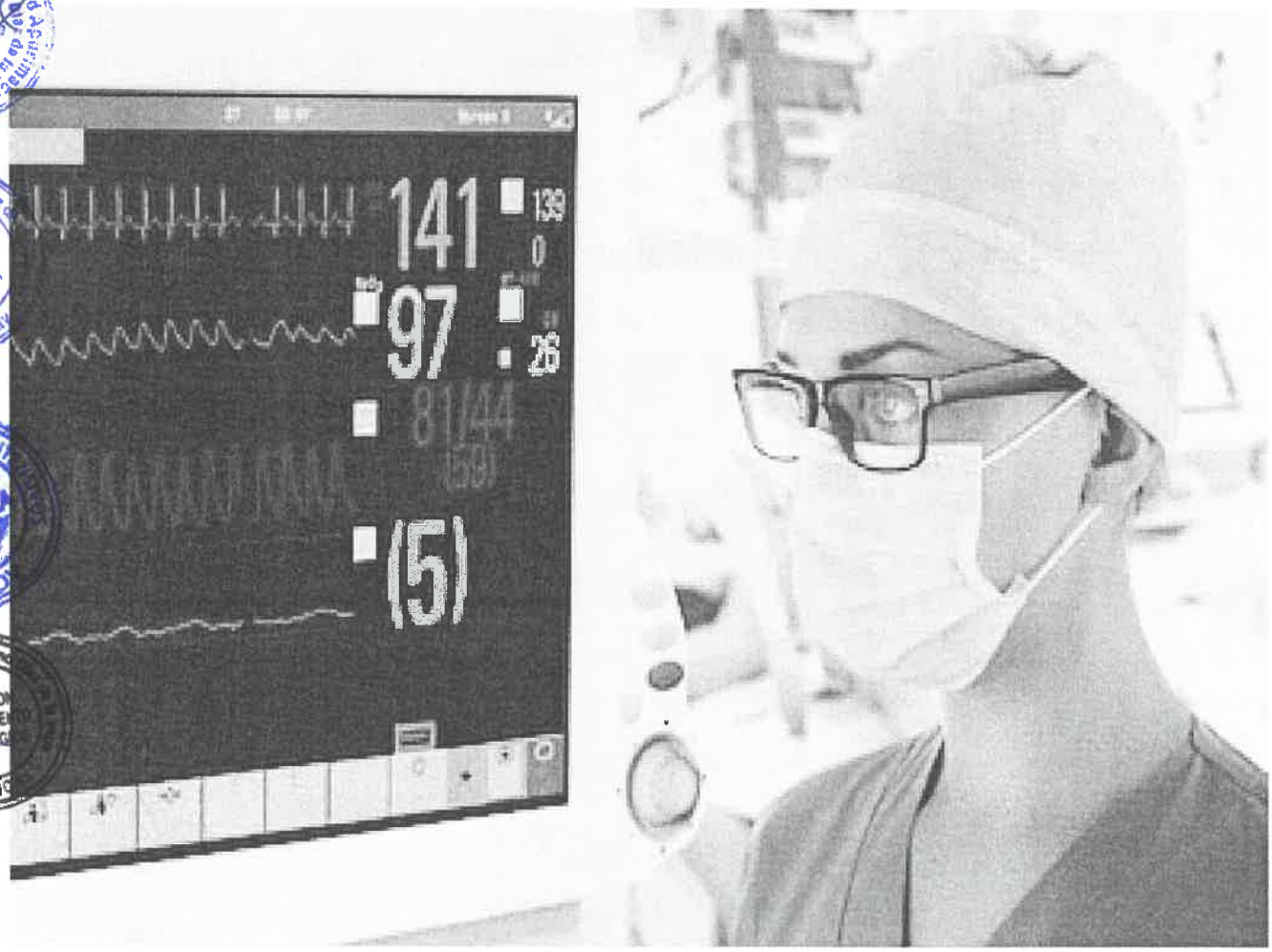
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**PLANEAMIENTO OBJETIVO (NOC)**	**INTERVENCIONES (NIC)**	**EVALUACION**
(00132) Dolor agudo Factores relacionados • Agente lesivo biológico • Informe verbal de dolor Características definitorias • Cambios en la presión arterial • Cambios en la frecuencia cardiaca • Conducta expresiva Máscara facial	(1605) Control del dolor	1400) Manejo del dolor **Actividades:** • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes según indicación médica. • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).	**Se logra los resultados según las actividades intervenidas**

(00004) Riesgo de infección Factores relacionados: • Procedimientos invasivos. Aumento de la exposición a agentes patógenos.	(1902) Control del riesgo	6540 Control de infecciones. **Actividades:** • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • Limitar el número de las visitas, si procede. • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal, • Usar guantes estériles, si procede. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.	Se logra los resultados según las actividades intervenidas

		Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas.	
(00085) **Deterioro de la movilidad física** R/C Malestar. Dolor. E/P Limitación de la amplitud de movimientos. Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas. Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.	(0208) Movilidad. INDICADORES: Ambulación. Realización del traslado.	(1400) Manejo del dolor. **Actividades:** • Terapia de ejercicios: ambulación. • Ayuda con los autocuidados baño e higiene. • Ayuda con los autocuidados de alimentación. • Enseñanza de actividad ejercicio.	Paciente logro mejorar la movilidad física con las intervenciones de enfermería

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

2019

INTRODUCCIÓN

Por sí mismo, el nombre de unidad de cuidados intensivos (UCI) evoca un mundo de sofisticada tecnología y complicados aparatos que mantienen al paciente con vida. La UCI se caracteriza por ser unidades especializadas, constituidas y dotadas adecuadamente para la asistencia de pacientes en estado crítico, y unen un alto nivel tecnológico con la esencia de la enfermería.

Con esta guía se pretende ayudar a los profesionales que trabajan en dichas unidades a desarrollar su trabajo cotidiano. El objetivo es proporcionar una herramienta para avanzar en una formación progresiva y creciente para seguir ayudado a los pacientes críticos, en esta área estamos embarcados todos los profesionales de enfermería, motivo por el cual podemos felicitarnos.

Nuestra aportación aunque modesta quiere ser un impulso más para fomentar el conocimiento y la curiosidad por aprender, y una ayuda en la resolución de las dudas y la búsqueda de respuestas. Hemos pretendido simplificar los conceptos y facilitar la lectura para que la información obtenida sea fácil de aplicar en la práctica.

La elaboración de esta guía hubiera sido imposible sin el apoyo de las Enfermeras del servicio por la cual meritorio enunciarlos. Sin embargo, por encima de todo, estamos en deuda con nuestra profesión y nuestros pacientes, que son el objetivo de nuestro trabajo, de nuestra búsqueda y de nuestro esfuerzo por seguir aprendiendo.

INDICE

Introducción

Guía Nº 1
Guias de intervención de enfermería en pacientes con pancreatitis.....9

Guía Nº 2
Guias de intervención de enfermería en pacientes con soporte.....15
Vital avanzado y cuidados pos parada cardiaca.

Guía Nº 3
Guias de intervención de enfermería en pacientes Edema Agudo.....22
De Pulmón.

Guía Nº 4
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Arritmias.....29
Cardiacas.

Guía Nº 5
Guias de intervención de enfermería en pacientes Infarto Agudo de miocardio
.....37

Guía Nº 6
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Cetoacidosis
Diabética. 44

Guía Nº 7
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Shock
Hipovolémico. 51

Guía Nº 8
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Hematoma
Subdural.....59

Guía Nº 9
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Shock Séptico.....65

Guía Nº 10
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Crisis Hipertensiva.....74

Guía Nº 11
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Síndrome
de Hellp.....81

Guía Nº 12
Guias de intervención de enfermería en pacientes con Neumonía
Asociada a la Ventilación Mecánica.....89

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Marlene CASTILLO WARTHON
LICENCIADA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Mg. Gregoria CHOQUE FLORES
LICENCIADA ENCARGADA DE LA REVISION DE LAS GUIAS
Lic. Marizol JURO MEDINA

EQUIPO TECNICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jefa de Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Lic. Marizol Juro Medina.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Enf. María Elena Segovia Ancco.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Enf María Verónica Casafranca Zambrano.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Enf. Francy Romero León.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Doralisa Camero Bustinza.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Doris Aymara Sarmiento.
Especialista en Cuidados Intensivos
Lic. Laura Karina Orosco López.
Enfermera Asistencial Egresada de la especialidad en Cuidados Intensivos
Lic. Enf. Maruja Huamán Robles.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Lidia Huamanñahui Huamán.
Especialista en Cuidados Intensivos.
Lic. Elizabet Chacón Orqque.
Enfermera Asistencial con Diplomado en Cuidados Intensivos.
Lic. Yoni Zevallos Ochoa.
Enfermera Asistencial con Diplomado en Cuidados Intensivos.
Lic. Mariel Warthon Pereyra
Enfermera Asistencial Egresada de la especialidad en Cuidados Intensivos

GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FUNDAMENTACION

Las unidades de cuidados intensivos son servicios altamente especializados en los que la proximidad que se establece entre los profesionales de enfermería y los pacientes es mucho más estrecha que en cualquier otro servicio hospitalario. La enfermera vigila constantemente a pacientes graves cuya situación puede variar en pocos instantes y requerir de una reacción rápida y precisa.

La unidad de cuidados intensivos donde la máxima tecnología va de la mano de los profesionales cualificados desde el punto de vista técnico y humano. para poder responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes en cuidados intensivos, la enfermera debe poseer conocimientos sólidos en enfermería, que le permitan interpretar e integrar toda la información que le proporciona tanto la observación directa del enfermo como los numerosos y sofisticados sistema de de soporte de monitorización.

Un paciente en estado crítico requiere atención altamente especializados cuyas condiciones son de riesgo para su vida, requieren atención integral y monitoreo constante, cuyo servicio critico está experimentando una situación de cambio y renovación muy dinámica el enfermo de alto riesgo es el centro y motivación fundamental del que hacer asistencial de las enfermeras especialista y personal multidisciplinario que trabaja en esta unidad en la que brindan profesionales de enfermería un cuidado al enfermo agudo o grave una asistencia puntual y continuada ofreciendo mayor calidad en el cuidado de los pacientes críticos y apoyo a sus familias.

Formalizando y estandarizando las intervenciones de enfermería que permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y a la posibilidad de evaluar los resultados que garanticen la calidad del cuidado en beneficio de los pacientes.

OBJETIVOS

- Desarrollar funciones de enfermería de manera eficaz y eficiente en la unidad de cuidados intensivos

- impulsar líneas de investigación relevantes para la práctica clínica avanzadas de cuidados intensivos.

ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos.

BASE LEGAL

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley Nº 27669 - Capitulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la Ley de la Enfermera(o), aprobado por D.S. Nº 004-2002-SA - Capítulo II Art. 8, 9, inciso a.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Proceso de Atención de Enfermería

Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento

Es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico, modelo predominante de investigación clínica para enfermería profesional desde hace 25 años.

Proceso de atención de enfermería cuya finalidad es proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud.

2. Diagnóstico de Enfermería

Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería.

El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA2 ha declarado que los enunciados de los diagnósticos consta de dos partes:

- Respuesta humana: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.
- Factores relacionados: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnostico puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

3. Meta

Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.

4. Intervenciones de Enfermería

Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.

5. Grado de Dependencia

Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- Grado de dependencia I, totalmente independiente.
- Grado de dependencia II, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- Grado de dependencia III, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- Grado de dependencia IV, requiere de apoyo total.

Se da especialmente en pacientes pediátricos.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

6. Guía de Intervención en enfermería.

Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones.

8. Guía de Intervenciones de Enfermería.

Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad.

GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Guía de Intervención de Enfermería en Pancreatitis.

Guía de Intervención de Enfermería en soporte vital avanzado y cuidados pos paro cardiaco.

Guía de Intervención de Enfermería en Edema Agudo de Pulmón.

Guía de Intervención de Enfermería en Arritmias cardiacas.

Guía de Intervención de Enfermería en Infarto Agudo de Miocardio.

Guía de Intervención de Enfermería en Cetoacidosis Diabético.

Guía de Intervención de Enfermería en shock Hipovolémico.

Guía de Intervención de Enfermería en Hematoma Subdural.

Guía de Intervención de Enfermería en Shock Séptico.

Guía de Intervención de Enfermería en Crisis Hipertensiva.

Guía de Intervención de Enfermería en Sindrome de hellp.

Guía de Intervención de Enfermería en Neumonia Asociada a la ventilación Mecanica.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS.

DEFINICION:

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que afecta a la glándula pancreática. Producido por una gran variedad de causas, tiene la característica de que con cierta frecuencia es capaz de activar una serie de sistemas inflamatorios y antiinflamatorios de efectos sistémicos que conducen a la aparición de fallo orgánico cuyas consecuencias pueden ser fatales. Su síntoma guía es un dolor abdominal agudo cuya intensidad obliga al paciente a acudir prácticamente en todos los casos a un Servicio de Urgencias determinando su ingreso hospitalario. De acuerdo con la aparición o no de complicaciones el episodio de pancreatitis aguda se clasifica como grave o leve respectivamente.

La pancreatitis se clasifica:

PANCREATITIS AGUDA LEVE.

Está asociada compromiso orgánico mínimo y recuperación sin complicaciones.

PANCREATITIS AGUDA SEVERA.

Está asociada con falla orgánica y o complicaciones locales como necrosis, abscesos o pseudoquistes.

PANCREATITIS NECROTIZANTE.

Área del parénquima pancreático no viable, focal o difuso, asociada a necrosis grasa peripancreática; y que si está infectada aumenta la tasa de mortalidad.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor abdominal.
- Dolor en la zona abdominal superior.
- Dolor abdominal que se extiende a la espalda.
- Dolor abdominal que empeora después de comer.
- Fiebre.
- Taquicardia.
- Náuseas.

- Vómitos.
- Dolor abdominal a la palpación.

COMPLICACIONES

- Shock distributivo.
- Trastorno de electrolitos.
- Distres respiratorio secundario.

OBJETIVO

- Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación. Homogenizar la atención de enfermería.
- Valorar prioridades de enfermería en el tratamiento sistematizado.

Recursos Humanos

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PACREATITIS.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONS NIC	EVALUACION
DOMINIO 12: CONFORT **CLASE1 CONFORT FISICO.** **00132Dolor agudo** R/C agentes lesivos biológicos	**1605** control del dolor. Disminución del dolor.	**1400 Manejo del dolor** - Toma de signos vitales TA, FC, FR - Valoración del dolor según escala - Administración de analgésicos - Proporcionar ambiente tranquilo y cómodo - Manejo de la ansiedad a través de la comunicación con el personal de salud y su acompañante	El paciente verbaliza que el dolor se ha reducido hasta un grado tolerable.
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO **CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES** **00033 Deterioro de la ventilación espontanea** R/C fatiga de los músculos respiratorio.	**403 Estado respiratorio: ventilación**	**3350 Monitorización respiratoria** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares - Valorar amplexacion y simetría torácica - Valorar coloración de la piel y mucosas **3120 Estabilización de las vías aéreas** - Armado y comprobar el funcionamiento de ventilador - Preparar el material y set de intubación	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM, resultados de gasometría en parámetros aceptables.

		- Asistir la intubación - Auscultar para verificar ubicación del TOT - compruebe la presión del cuff del TOT - Conecte el cafnografo y monitorice - Administración de sedo analgesia **3320 Administración de oxigenoterapia** **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Monitoreo de parámetros ventilatorios - Tomar muestra para gases arteriales - Valorar resultados de gases arteriales - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador **3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca - Valorar características de las secreciones	Sincronía paciente ventilador. Alteración de gases arteriales.

DOMINIO 2: NUTRICION **CLASE 1: INGESTION** **00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO** r/c NPO, hipercatabolismo por stress, motilidad intestinal alterada, estado crítico prolongado	**1009 Estado nutricional.** El paciente mantendrá su peso corporal	**100 Manejo de la nutrición:** - Valore estado nutricional. - Colocar en posición 30° para evitar reflujo gástrico por la acción de la gravedad **1874 Cuidados de sonda nasogástrica** - Valorar características del residuo gástrico - Valorar la ubicación de la sonda nasogástrica - Administración de la nutrición prescrito - Valorar la tolerancia de nutrición enteral - Auscultar ruidos hidroaereos. - Cuidados frecuentes de la boca para evitar la colonización de la orofaringe con bacterias y la inoculación en las vías aéreas Inferiores. - Confirmar que el manguito endotraqueal este insuflado correctamente - Administración de dieta prescrita. - Valorar tolerancia gástrica. - Evalúe signos de desnutrición y comunique al médico tratante.	Paciente presenta residuo gástrico.

		- Realice balance hídrico. - Controle glucosa y electrolitos.	
DOMINIO 2: NUTRICION **CLASE 5:HIDRATACION** **00195 riesgos de desequilibrio de electrolitos** R/C alteración de mecanismos reguladores.	**0600 Equilibrio de ácido base**	**4130 Monitoreo de líquidos** - Valore hidratación del paciente. - Administre líquidos endovenosas como salinos o coloide, según indicación. - valorar la turgencia de la piel. - Monitoreo de diuresis horaria. **2020 Monitoreo de electrolitos.** - Toma de muestra de gases arteriales - Valorar los resultados de electrolitos - Administración de reto de electrolitos - Control de diuresis - Monitoreo de balance hídrico	Paciente con desequilibrio electrolítico y acido base Gases arteriales. PH : 7.25 K : 2.2 mEq. Na : 165 mEq

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SOPORTE VITAL AVANZADO Y CUIDADOS POS PARO CARDIACO.

DEFINICION:

Los cuidados post parada cardiaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia/re perfusión secundarias a la misma.

Los cuidados post PCR son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica.

Cadenas de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y los paros cardíacos extrahospitalarios

PCIH



PCEH



Los componentes clave de este síndrome sobre los que hay que enfocar nuestros esfuerzos son los siguientes:

1. Persistencia de la enfermedad precipitante, que habrá que intentar subsanar lo más precozmente que sea posible.
2. Daño cerebral pos parada como consecuencia de la isquemia, potenciada por la generación de radicales libres de oxígeno tóxico y la pérdida de la autorregulación cerebral, con lo que la presión de perfusión pasa a depender directamente de la presión arterial sistémica. Ésta es la principal causa de muerte según la mayoría de los estudios.

3. Daño miocárdico pos parada, con importante aturdimiento miocárdico y disfunción sistólica y diastólica, producida por depleción de depósitos de alta energía, ATP y subsecuente encharcamiento de calcio en el citoplasma de los miocitos.
4. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), que produce un cuadro hemodinámico similar al que se observa en la sepsis.

OBJETIVOS

- Restablecer la perfusión tisular de los órganos vitales más importantes.
- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente crítico.

Recursos Humanos

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME POST REANIMACION CARDIOPULMONAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION.
DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES. **0029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO** R/C alteración de la precarga. **00200 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ.** **00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA.**	**401estado circulatorio** **909 Estado Neurológico** **406 Perfusión tisular cerebral** Paciente mejorará la perfusión tisular durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.	**4150 Regulación Hemodinámica** - Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico - Asistencia en la canalización de catéter venoso central - Realizar exploraciones frecuentes - Controle y valore funciones vitales. - Monitoreo cardiaco (electrocardiograma), hemodinámica (presión arterial media, presión venosa central, gasto cardiaco). - Administrar inotropos. - Administrar anti arrítmicos. - Evalué del llenado capilar, pulsos, temperatura y el color de las extremidades.	**Paciente con adecuada perfusión tisular:** - Frecuencia cardiaca: 60 – 80 lat. /min. - Presión arterial media: 60 – 90 mmHg. - Frecuencia respiratoria > 20 min.

00203 RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ. M/P piel fría, palidez marcada, taquicardia, oliguria, hipotensión, alteración de la conciencia.		**2550 Mejora de la perfusión cerebral** - Titule inotrópicos, - Valorar RAAS - Monitorizar la presión Arterial media. - Toma de AGA y electrolitos. - Mantener la glucemia dentro del rango referencial. - Precauciones contra las convulsiones - Administre fluidos (coloides, cristaloides) **3350 Monitorización respiratoria.** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares. - Valorar amplexación y simetría torácica. - Valorar coloración de la piel y mucosas. - Auscultar para verificar ubicación del TOT. - compruebe la presión del cuff del TOT. - Conecte el cafnografo y monitorice. - Administración de sedo analgesia.	**Vías aéreas permeables.** Buen pasaje de aire de en ambos campos pulmonares

		3320 Administración de oxigenoterapia. **3300 Manejo de la ventilación mecánica.** - Monitoreo de parámetros ventilatorios. - Tomar muestra para gases arteriales. - Valorar resultados de gases arteriales. - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. **3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca. - Valorar características de las secreciones. **4130 Monitorización de líquidos.** - Valorar hidratación de piel y mucosas. - Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxigeno (PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco. - Monitorizar la función renal niveles de BUN y Cr. - Monitorizar el equilibrio líquido y electrolítico.	- Saturación de oxígeno > 90% - Gases arteriales: Ph: 7.40 PCO2: 35 – 40 mmHg PO2: 80 -90 mmHg. HCO3 : 22 – 24 mEq/lit. FIO2 < 50% **Vías aéreas permeables.** Buen pasaje de aire de en ambos campos pulmonares

		- Monitorizar los valores del laboratorio. - Evaluar las alteraciones de la tensión arterial. **1911 Manejo del equilibrio acido base.** - Administración de soluciones prescritas. - Administrar retos y reposiciones de electrolitos y bicarbonato según -resultados laboratorio. - Control de diuresis horaria. - Balance hídrico estricto.	Paciente con equilibrio de ácido base y electrolitos .
00136 DUELO ANTICIPADO r/c estado de salud critico de paciente Peligro de muerte.	**2600 afrontamiento de los problemas de la familia**	**7114APOYO ALA FAMILIA** - Brinde apoyo psicológico - Conforte a la familia - Solicitar número telefónico a familiares **4920 ESCUCHA ACTIVA**	Familia controla su nivel de ansiedad y dolor.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMON.

DEFINICION:

Síndrome producido por la acumulación de líquido en el intersticio pulmonar y/o alveolos impidiendo la normal oxigenación de la sangre y ocasionando hipoxia tisular. Puede ser cardiogénico y no cardiogénico.

- **Edema pulmonar cardiogénico:** Punto de vista funcional puede ser:

un cuadro clínico que suele secundar la **insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo** o la **estenosis de la válvula mitral**, sumado a un posterior incremento de la presión en los capilares pulmonares y el derramamiento de líquido en el intersticio y en los alvéolos pulmonares.

OBJETIVOS

- Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación.
- Unificar criterios asistenciales en el cuidado de enfermería al paciente con insuficiencia respiratoria.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dificultad para respirar.
- Taquipnea.
- Disnea brusca en reposo.
- Ortopnea severa.
- Tos con expectoración rosada espumosa.
- Diaforesis.
- Cianosis.
- Signos de disminución de gasto cardiaco.
- Alteración de sensorio.
- Oliguria
- Ingurgitación yugular, puede estar presente un tercer ruido cardiaco
- Crepitos, disminución de mormullo vesicular.

COMPLICACIONES

- Derrame pleural.
- Distres respiratorio.
- Parada cardiaca.

PERSONA RESPONSABLE

- Lic. en Enfermera.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON EDEMA AGUDO DEL PULMON.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 2: NUTRICION. **CLASE 5: HIDRATACION** **00026 EXCESO DE LÍQUIDOS** relacionado a mecanismos de Regulación comprometida.	**0601 Equilibrio hídrico.**	**3350 Monitorización respiratorio** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares - Valorar el estado de conciencia del paciente. - Colocación de simifowler o fowler. - Vigilar estrictamente ingresos y egresos - Observar signos y síntomas de deterioro neurológico - Detectar datos de congestión pulmonar por la presencia de crepitantes, sibilantes y roncus etc.	Buen pasaje de aire en ambos campos pulmonares.
DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE 4: FUNCION RESPIRATORIA**	**0402:Estado Respiratorio:** Intercambio de gases	**3350 Monitorización respiratoria** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares - Valorar amplexación y simetría torácica - Valorar coloración de la piel y mucosas	Saturación de oxigeno mayor de 92%

00030: DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/Desequilibrio ventilo perfusión, cambios en la membrana alveolo capilar.	0408:Perfusion tisular pulmonar	**320:OXIGENOTERAPIA** - Control de frecuencia respiratoria saturación de oxígeno. - Administración de oxigeno según lo requiera. - Posición adecuada fowler _ semi fowler **7690:Interpretación de Datos de laboratorio** - Coordinar para la toma de placas radiográficas - Coordinar la toma de muestras de análisis de laboratorio. **3120 Estabilización de las vías aéreas** - Armado y comprobar el funcionamiento de ventilador - Preparar el material y set de intubación - Asistir la intubación endotraqueal	Patrón respiratorio adecuado.

		- Auscultar para verificar ubicación del TOT - compruebe la presión del cuff del TOT - Conecte el cafnografo y monitorice - Administración de sedo analgesia **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Monitoreo de parámetros ventilatorios - Tomar muestra para gases arteriales - Valorar resultados de gases arteriales - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador **3180Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca - Valorar características de las secreciones	
DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES.	**0401Estado circulatorio**	**4150 Regulación Hemodinámica** - Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico	

00024 ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR PULMONAR r/c aumento de la postcarga, aumento de la resistencia vascular pulmonar por la hipertensión pulmonar evidenciado por taquicardia, hipotensión arterial, hipotermia, edema etc.		- Asistencia en la canalización de catéter venoso central - Realizar exploraciones frecuentes - Controle y valore funciones vitales. - Monitoreo cardiaco (electrocardiograma), hemodinámica (presión arterial media, presión venosa centra, gasto cardiaco). - Administrar inotropos. - Administrar anti arrítmicos. - Evalué del llenado capilar, pulsos, temperatura y el color de las extremidades. - Monitorizar gasto cardiaco no invasivo-valorar características de las secreciones. **4130 Monitorización de líquidos.** - Valorar hidratación de piel y mucosas. - Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxigeno (PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco.	El paciente presenta una adecuada perfusión tisular adecuada. Paciente con equilibrio de ácido base y electrolitos

		- Monitorizar la función renal niveles de BUN y Cr. - Monitorizar el equilibrio líquido y electrolítico. - Monitorizar los valores del laboratorio. - Evaluar las alteraciones de la tensión arterial. **1911 Manejo del equilibrio acido base.** - Administración de soluciones prescritas. - Administrar retos y reposiciones de electrolitos y bicarbonato según –resultados. - Control de diuresis horaria. - Balance hídrico estricto.	
DOMINIO 11: CLASE 2: LESION FISICA. **00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS** r/c enfermedad pulmonar, reflejo tusígeno disminuido por efecto de sedoanalgesia	**410 Estado respiratorio**: permeabilidad de las vías aéreas	**3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca - Valorar características de las secreciones - Realizar fisioterapia respiratoria	Vías aéreas libres de secreciones.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ARRITMIAS CARDIACAS.

DEFINICION: una arritmia es cualquier alteración del ritmo cardiaco normal. Por eso, en primer lugar, hay que definir el ritmo cardiaco normal, habitualmente denominado ritmo sinusal.

El ritmo sinusal se origina en el nódulo sinusal y sus características se reflejan en el ECG. Así, se encuentran ondas P positivas en DI, DII, AVF y de V2 a V6 y negativa en aVR. En aVR. En DIII y V1 la onda pude ser positiva, negativa o bifásica. Cada onda P va seguida de un complejo QRS. El intervalo PR es superior 0,12 s e inferior 0,2 s por último, la frecuencia cardiaca oscila, en reposo entre 60 y 100 latidos por minuto en adultos.

Las arritmias cardiacas se clasifican:

ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES.

EXTRASISTOLES AURICULARARES Y NODULARES.

Las extrasístoles son impulsos que se presentan de forma anticipada por disparo prematuro de algún foco ectópico, es decir un foco distinto al nódulo sinusal.

En las extrasístoles auriculares el estímulo se origina en un lugar de las aurículas que no es el nódulo sinusal.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Es un ritmo rápido con frecuencia superior a 100 lpm, cuyo origen está en un foco ectópico auricular o nodular. Al ser frecuencia cardiaca y rápida las ondas T y P quedan superpuestas de manera que ECG solo se percibe una única onda entre los complejos QRS

FLUTTER AURICULAR

Esta arritmia tiene su origen en un foco ectópico auricular que se descarga a una frecuencia entre 250 y 350 lpm, lo que produce una rápida secuencia de despolarizaciones auriculares. En el ECG se observa una sucesión de ondas auriculares denominadas ondas F, todas ellas son iguales entre sí.

FIBRILACION AURICULAR.

Es una arritmia más frecuente después de las extrasístoles con frecuencia se asocia a enfermedad cardiaca y puede presentarse de forma paroxística o crónica. Se detecta por la ausencia de ondas P, que son sustituida por pequeñas oscilaciones irregulares de amplitud y duración variable con una frecuencia entre 350 y 600 lpm.

ARRITMIAS VENTRICULARES.

EXTRASISTOLES VENTRICULARES.

Las extrasístoles ventriculares son complejos prematuros, anormalmente anchos y sin onda P delante de ellos. Esto es así porque el impulso se origine en un foco ectópico ventricular y se transmite por una vía diferente al habitual, lo cual hace que la conducción sea más lenta y el complejo QRS tenga una duración mayor, es decir, que sea más ancho.

TAQUICARDIA VENTRICULAR.

La taquicardia ventricular suele asociarse a patología orgánica cardiaca por lo general su inicio es brusco. Es un ritmo rápido regular o ligeramente irregular con una frecuencia entre 140 y 200 lpm. Suele desencadenarlo una extrasístole ventricular, por lo que el complejo QRS es ancho. Es una arritmia potencialmente peligrosa que puede generar en fibrilación ventricular.

FIBRILACION VENTRICULAR.

Es un ritmo rápido, irregular con complejo QRS cambiantes, anchos y con morfología extraña. Esta arritmia no genera actividad mecánica, por lo que el paciente con fibrilación ventricular está en paro cardiorrespiratorio y requiere actuación inmediata para intentar su recuperación con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

COMPLICACIONES.

La fibrilación auricular se asocia con un elevado riesgo de complicaciones. Las tres más importantes son tromboembolismo, miocardiopatía por frecuencia ventricular rápida (taquimiocardiopatía) y muerte súbita. Se ha descrito que la FA asociada con bloqueo de rama izquierda es un marcador de elevada mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca. La incidencia de episodios embólicos en pacientes con FA es alrededor de 5% al año, sin embargo en los pacientes ancianos la frecuencia puede alcanzar al 36%. El riesgo del accidente vascular cerebral aumenta cuando se combina la FA con otros factores del riesgo como son la hipertensión arterial y la arteriosclerosis. A menudo el embolismo cerebral es asintomático y se descubre mediante la práctica de TAC.

OBJETIVO:

- Establecer intervenciones de enfermería específicas para el paciente con alteraciones en el ritmo cardiaco con el fin de contribuir a la solución rápida de la situación del paciente.
- Homogenizar la atención de enfermería.

Recursos Humanos

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ARRITMIAS CARDIACAS.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE 4: RESPUESTAS CARDIO VASCULARES PULMONARES **00200 Riesgo de disminución de perfusión tisular cardiaca R/c** enfermedad arterial coronaria, taponamiento cardiaco, hipovolemia, hipoxemia.	**401 Estado circulatorio.** Mantener el adecuado gasto cardiaco.	**4150 Regulación hemodinámica.** - Vigilar las tendencias de la frecuencia cardiaca y los parámetros hemodinámicos. - Asistencia en la colocación de catéter venoso central. - Extraer muestras para control de electrolitos - Valorar resultados de gases arteriales. - Administración de fármacos anti arrítmicos protocolos hospitalarios. - Verificar efectos adversos del vasodilatador. - Toma de EKG. - Evalué el llenado capilar, pulsos, temperatura y el color de las extremidades. - Monitorizar gasto cardiaco no invasivo. **4130 Monitorización de líquidos.** - Valorar hidratación de piel y mucosas.	Paciente con adecuada perfusión tisular miocárdica. Presión arterial media de 60 a 80mmHg Frecuencia cardiaca 60 a 80 lat/mn Saturación de oxígeno > del 95% Electrocardiograma dentro de las características anormales.

		- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxigeno (PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco. - Monitorizar la función renal niveles de BUN y Creatinina. - Monitorizar el equilibrio líquido y electroltos. - Monitorizar los valores del laboratorio. - Evaluar las alteraciones de la tensión arterial. **1911 Manejo del equilibrio acido base.** - Administración de soluciones prescritas. - Administrar retos y reposiciones de electrolitos y bicarbonato según -resultados laboratorio. - Control de diuresis horaria. - Balance hídrico estricto.	

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE 4: FUNCION RESPIRATORIA** **00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO** r/c cambios en la membrana alveolar, desequilibrio en la ventilo perfusión m/p agitación hipercapnia o hipoxemia, diaforesis.	**402 Estado respiratorio:** intercambio gaseoso.	**3350 Monitorización respiratoria** - valorar y auscultar ambos campos pulmonares. - Valorar Amplexación y simetría torácica. - Valorar coloración de la piel y mucosas. **3320:OXIGENOTERAPIA** - Control de frecuencia respiratoria saturación de oxígeno. - Administración de oxigeno según lo requiera. - Posición adecuada fowler__semi fowler. **690:Interpretacion de Datos de laboratorio** - Coordinar para la toma de placas de radiografías. - Coordinar la toma de muestras de análisis de laboratorio. **3120 Estabilización de las vías aéreas** - Armado y comprobar el funcionamiento de ventilador. - Preparar el material y set de intubación.	Paciente mantiene adecuada perfusión tisular pulmonar. Saturación de Oxígeno > 95% con FiO2 < 50% Gases Arteriales PH: 7.35-7.45 PCO2: 35 - 45 mmHg. PO2: 80-100mmHg HCO3:22-26 meq/lit.

		- Asistir la intubación endotraqueal. - Auscultar para verificar ubicación del TOT. - Compruebe la presión del cuff del TOT. - Conecte el cafnografo y monitorice. - Administración de sedo analgesia. **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Monitoreo de parámetros ventilatorios. - Tomar muestra para gases arteriales. - Valorar resultados de gases arteriales. - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador **3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal. - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca. - Valorar características de secreciones.	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM. Resultados de gaso-metría en parámetros aceptables.

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION **CLASE 1: INFECCION.** **00004 RIESGO DE INFECCIÓN** relacionado con procedimientos invasivos.	**1924 control de riesgos de proceso infeccioso.**	**6610 Identificación de riesgos de infección** - valorar los procedimientos. - Valorar los días de equipos biomédicos. **7690 Valorar los resultados de hemograma.** **4220 Cuidados de catéter venoso central.** **34340 Cuidados de sitio de incisión.** **1874 Cuidados de sonda nasogástrica.** **1876 Cuidados de sonda vesical.** - Monitoreo de temperatura. - Manejo de bioseguridad. - Administrar antibióticos según prescripción médica. - Toma de muestra para cultivo. - Curación de procedimientos invasivos.	Paciente no presenta signos de infecciones intrahospitalarias. Recuento leucocitario está dentro de sus valores normales.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

El IAM es un cuadro agudo ocurrido como consecuencia de la oclusión brusca, total o parcial, de una arteria coronaria con la consiguiente necrosis miocárdica, evidenciada clínicamente por dolor de pecho (angor), por sus equivalentes anginosos (disnea), por marcadores serológicos y por cambios electrocardiográficos. La presencia de dos de tres de estos elementos permite hacer el diagnóstico.

El Shock Cardiogénico (SC) es una forma extrema de insuficiencia cardíaca aguda, resultante de una disfunción cardíaca primaria, caracterizada por la caída persistente y progresiva de la presión arterial (PA), con una adecuada presión de llenado ventricular, con disminución general y grave de la perfusión tisular, más allá de los límites compatibles necesarios para mantener la función de órganos vitales en reposo.

Hemodinámicamente se define por presentar presión arterial sistólica (PAS) < 90mm Hg durante 30 minutos o más, índice cardíaco (IC) < 2.2 L/min./m2 y presión de oclusión en la arteria pulmonar (PAOP) >18 / 20 mmHg. En el SC lo más característico es encontrar una PAS menor a 90 mm Hg, o disminución > 30 mm Hg en la PAS media en hipertenso, mantenida durante más de 30 minutos, acompañado de signos de hipo perfusión tisular: palidez, sudoración fría, cianosis periférica con moteados. Se presenta oliguria con diuresis < 20 ml/hora, con concentración de sodio urinario < 30 mEq/L; alteración del estado mental, obnubilación, excitación o deterioro del estado de conciencia.

Signos y síntomas

- Dolor tipo opresivo pre cordial o torácica con irradiación al hombro izquierdo.
- Palidez.
- Sudoración profusa.
- Mareos.
- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Disnea al esfuerzo.

- Angustia.
- Deterioro del sensorio.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que sobrevienen luego de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST se dividen en: cardiovasculares .muerte, isquemia.

Recurrente, reinfarto, choque cardiogénico, insuficiencia cardiaca, evento vascular cerebral), arritmias y trastornos de la conducción y mecánicas (insuficiencia mitral por ruptura del aparato subvalvular o isquemia, ruptura ventricular septal o de la pared libre del ventrículo izquierdo, infarto ventricular derecho, pericarditis, aneurisma del ventrículo izquierdo y trombo ventricular izquierdo). Las complicaciones más frecuentes son: insuficiencia cardiaca, arritmias y muerte

OBJETIVOS:

- Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación disminuir posibles complicaciones de lesión miocárdica
- Homogenizar la atención de enfermería.

RECURSOS HUMANOS:

Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 12: CONFORT. **CLASE 1: CONFORT FISICO.** **00132 DOLOR AGUDO R/C.** Transmisión y percepción de Impulsos cutáneos, viscerales musculares o isquémicos.	**1605 control del dolor.** Disminución del dolor.	**1400 MANEJO DEL DOLOR.** - Valorar grado de dolor según escala EVA. - Valorar estado de conciencia. - Valorar estado de ansiedad y reducir el temor del paciente - Administración de oxígeno. - Vigilancia continua para el alivio del dolor torácico. **2380NEJO DE LA MEDICACION:-** **Monitoreo de signos vitales** - Pedir al paciente que comunique sus síntomas. - Canalizar vía periférica de grueso calibre. - Administración de analgésicos opiáceos al máximo suficiente para romper el ciclo del dolor.	El paciente verbaliza que el dolor se ha reducido hasta un grado tolerable. La valoración del dolor por el paciente en la escala de 1 a 10.

		- Vigilar el nivel de conciencia durante la administración de opiáceos para prevenir depresión respiratoria. Si el dolor continua, iniciar la - administración de opiáceos en infusión continúa según prescripción médica. - Establecer la dosis analgésica óptimo	
DOMINIO4: ACTIVIDAD REPOSO. **CLASE4: RESPUESTAS CARDIVASCULARES/ PULMONARES.** **00200 RIESGO DE DISMMINUCION DE LA PERFUSION TISULAR CARDIACA R/C.** -descenso del aporte miocárdico de oxigeno y/o el aumento de la demanda miocárdica.	**0405 perfusión tisular cardiaca.** **0400 efectividad de la BOMBA CARDIACA** **Restaurar la capacidad de transporte de oxigeno.**	**4040 CUIDADO CARDIACO.** - Instalar monitoreo cardiaco. - Valorar estado hemodinámico. - Asistencia en la colocación de CVC. - Monitoreo de EKG. Y valorar los trazos electrográficos para determinar localización, extensión, de la lesión o infarto miocárdico. - Obtener un electrocardiograma de 12 derivadas. **4254 MANEJO DEL SHOCK CARDIACO.** - Administración de oxigeno asegurándose una O2 > 95%.	**Ausencia de angina.** Se normaliza el segmento ST en el ECG. Enzimas cardiacas en intervalos aceptables.

		- Administración de nitroglicerina sublingual prescrito. - Administración de aspirina para reducir la viscosidad de la sangre - Administración de heparina según prescripción médica. - Inicio de terapia antitrombolitica prescrita. - Cumplir con analíticas prescritas: dosaje De enzimas cardiacas, gases arteriales, perfil de coagulación, etc. - Control seriado de enzimas cardiacas. - Control de diuresis horario. - Balance hídrico estricto. - Mantener al paciente encamado en reposo absoluto. - Enseñar al paciente evitar la maniobra de valsalva. - Monitoreo continuo de signos vitales priorizando la presión arterial.	

00043 PROTECCION INEFECTIVA R/C Farmacoterapia	**1913 ESTADO DE SEGURIDAD**	**3219 MANEJO DE MEDIDAS DE PROTECCION.** - Monitoree signos de sangrado. - Valorar continuamente resultado de perfil de coagulación - No administre fármacos por vía IM o SC. - Monitorización cardiaca en busca de arritmias, extrasístoles. - Evitar traumatismos	
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS **CLASE 2:RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO** **00146 Ansiedad R/C** temor de muerte súbita.	**1300 Aceptación: Estado de salud** Paciente disminuirá su ansiedad.	**5820 Disminución de ansiedad** - Explique al paciente los efectos de su enfermedad. Y los procedimientos al que se someterá. - Proporcione un ambiente tranquilo y reposo absoluto, restricción de visitas. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo	Paciente muestra aceptación sobre su estado de enfermedad y adaptación al entorno, participando de su cuidado.

		- Explicar todo los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando. - Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. - Controlar periódicamente la respuesta del paciente a las visitas de la familia. - Establecer una política de visitas flexibles y centradas en el paciente si procede. - Determinar la necesidad de limitación de las visitas según el estado del paciente. **2300 Administración de ansiolíticos prescritos.** **5230 Aumentar el afrontamiento.**	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABETICA.

DEFINICION:

La Cetoacidosis diabética hace referencia a una descompensación de la diabetes mellitus tipo I, junto con el estado hiperosmolar y el coma hipoglucémico, son las principales complicaciones crónicas, estas complicaciones se desarrollan en cuestión de horas y pone en peligro la vida del paciente.

Consiste en la triada bioquímica de hiperglucemia, cetonemia y academia. Una deficiente relativa de insulina y el exceso concurrente de hormonas de estrés, son causa de la perturbación metabólica.

OBJETIVO.

- Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación.
- Garantizar la adecuada evolución del paciente desde su captación y disminuir al máximo el riesgo de complicaciones.

CRITERIOS DE INGRESO A UCI.

- Pacientes con CAD severa y aquellos que estén bajo las circunstancias siguientes:
- Inestabilidad hemodinámica.
- Necesidad de proteger la vía área.
- Obnubilación/coma.
- Imposibilidad de administrar una infusión de insulina en sala abierta.
- Necesidad de monitorización frecuente (cada 1-2 horas)

SIGNOS Y SINTOMAS

- Polidipsia.
- Poliuria.

- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal.
- Debilidad o fatiga.
- Aliento con olor a fruta.
- Alteración de sensorio.

COMPLICACIONES

Las complicaciones en el tratamiento de Cetoacidosis diabética incluyen hipoglucemia, aspiración de contenido gástrico, insuficiencia cardiaca congestiva, edema cerebral y alteraciones electrolíticas (hipokalemia), transtornos de ácido base, hiperlactacidemia.

RECURSOS HUMANOS:

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABETICA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 2. NUTRICION. CLASE 5 HIDRATACION. **0027 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS** R/ C Perdida activa del volumen de líquidos por liberación de las hormonas contrareguladoras. Manifestado por hipotensión, arterial, taquicardia y oliguria. .	**0422 Perfusión tisular.** Mejorar la perfusión tisular y disminuir el nivel de las hormonas contrareguladoras. **0601 Equilibrio hídrico.** **0600 Equilibrio electrolítico y acido base.** Restablecer el volumen de fluido extracelular, restaurar el volumen intravascular.	**4150 REGULACION HEMODINÁMICA** - Monitorizar estado hemodinámico P/A, PAM. - Monitoreo del EKG, valor ritmo cardiaco. - Valorar llenado capilar. - Valorar pulsos distales. - Valorar coloración de mucosas y piel. - Valorar el estado de conciencia - Mantener monitoreo de PAM, hacia el objetivo PAM>70mmHg. **2080 MANEJO DE LIQUIDOS Y ELECTROLÍTICOS.** - Valora estado de hidratación de piel y mucosas. - Administración de líquidos isotónicos e hipotónicos prescritos.	Hemodinamia mantenida. PH sérico, bicarbonato con tendencia a la normalización. Mucosa hidratada, con compuestos azohados en valores aceptables para el caso.

		- Efectivizar exámenes auxiliares (AGA, Hemograma, electrolitos en sangre, urea, creatinina, perfil hepático, etc.,) - Monitoreo electrolítico cada 2 horas, NA. K. **1910 MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDO BASE.** - Monitorizar tendencias del PH arterial, PaO2 y HCO3. - Monitorizar causas del déficit de HCO3. - Monitorizar signos y síntomas de empeoramiento del exceso de H^+ (PH, HCO3, hipopotasemia asociada y déficit de CO2) - Monitorizar determinantes de aporte tisular de O2 (presiones parciales, saturación y hemoglobina). - Valorar urea, creatinina. - Control de diuresis horario. - Balance hídrico estricto. - Valorar creatinina y urea.	

DOMINIO 2: NUTRICION CLASE 4: METABOLISMO. **00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE R/C** déficit de insulina, liberación de las hormonas contrareguladoras	**2801 CONTROL DE RIESGO.** **2300 NIVEL DE GLUCEMIA.** **2301 RESPUESTA A LA MEDICACION**	**2120 MANEJO DE LA HIPERGLICEMIA.** - Vigile los niveles de glucosa en sangre. Identifique la causa posible de la hiperglucemia. - Una vez obtenida la hidratación y corrección hidroelectrolítica, iniciar insulinoterapia según prescripción médica. - Administración de insulina por bomba de infusión titulable Según prescrito. - Monitoreo de la glucemia durante la infusión de insulina deberá ser a 0.1U/Kg/hora, usualmente se produce una disminución gradual de la glucemia a un ritmo de 50 a 75mg/dl por hora, no debiendo excederse a una velocidad mayor de 100mg/dl ya que su corrección rápida incrementa los riesgos de producir edema cerebral. - Monitores de glucosa en sangre cada hora durante las primeras horas.	La glucemia se logra corregir a objetivos trazados. El potasio se mantiene en valores aceptables.

		- Vigilar presencia de cuerpos cetónicos. - Vigilar potasio en sangre, prevenir la hipopotasemia.	
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD REPOSO. **CLASE4:RESPUESTAS CARDIOVASCULARES / PULMONARES.** **0033 DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ES PONTANEA R/C** Alteración del metabolismo (cetoacidosis). Fatiga de los músculos respiratorios M/P respiración de Kussmaul	**0402 ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO.** **0410 ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS.** **0403 ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACION.** Favorecer el intercambio	**3350 MONITORIZACION RESPIRATORIA.** - Valorar es estado de conciencia. - Auscultar ambos campos pulmonares. - Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad, y esfuerzo respiratorio. **3120 ESTABILIZACION DE LAS VÍAS AÉREAS.** - Asistencia en la intubación endotraqueal, - Administración de sedo analgesia según indicación médica. - Fijación de TET, - Medir el cuff. - Toma de rayos x, para verificar la posición del TET. **3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.**	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM, resultados de gasometría en parámetros aceptables

		1914 MANEJO DEL EQUILIBRIO: ALCALOSIS RESPIRATORIA. **3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES.** **3200 precauciones para evitar la aspiración.**	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK HIPOVOLEMICO.

DEFINICION.

El shock es un trastorno complejo del flujo sanguíneo que se caracteriza por una reducción de la perfusión tisular y del aporte de oxígeno por debajo de los niveles mínimos necesarios para satisfacer la demanda de los tejidos, a pesar de la intervención de los mecanismos compensadores. Es un fracaso en el sistema circulatorio. La forma de shock más habitual es el shock hipovolémico, y se caracteriza por un volumen intravascular inadecuado debido a la pérdida o la redistribución de la sangre, el plasma u otro líquido corporal.

ESTRATEGIAS DE RESUCITACIÓN

- La meta de la resucitación en los pacientes con shock hipovolémico es: Corregir la hipovolemia, mejorar el gasto cardiaco y mejorar la entrega de oxígeno a los tejidos

El diagnóstico de la causa que motiva el shock es esencial para su tratamiento adecuado, no obstante existen medidas generales que se deben tomar.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Ansiedad o agitación.
- Piel fría.
- Confusión.
- Disminución o ausencia de la diuresis.
- Debilidad general.
- Palidez marcada.
- Taquipnea.
- Sudoración profusa.
- Pérdida del conocimiento
- Hipotensión.
- Temperatura corporal baja.

- Taquicardia.

OBJETIVO:

- Identificar y detener la fuente de la perdida de líquidos.
- Reponer el volumen circulante.

RECURSOS HUMANOS.

- Licenciada en enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK HIPOVOLEMICO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 2: NUTRICION. CLASE 5: HIDRATACION. **00027 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/CPERDIDA** Perdida activa del volumen de líquidos intravascular. **DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO CLAS 4: RESPUESTA CARDIO-VASCULRES/PULMONARES.** **0029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO** R/C alteración de la precarga.	**0419 SEVERIDAD DEL SHOCK: HIPOVOLÉMICO.** **0416 PERFUSION TISULAR: CELULAR.** Expandir el volumen intravascular. Restaurar la capacidad de transporte de oxígeno. Terapia de los defectos dela hemostasia	**4250 MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN.** - Monitorizar estado hemodinámico P/A, PAM, PVC, etc. - Monitoreo del EKG, valorar ritmo cardiaco por la posible aparición de bradicardias, y/o disritmias - Valorar llenado capilar. - Valorar pulsos distales. - Valorar coloración de mucosas y piel. - Valorar el estado de conciencia. - Mantener monitoreo de PAM, hacia el objetivo PAM>70mmHg. - Asistencia en la colocación del catéter venoso central. - Administración de cristaloides, coloides para aumentar el volumen circulante del paciente.	El paciente presenta una adecuada perfusión tisular evidenciado por PAM>70mmHg, P T° entre 36 – 37, llenado capilar <2".

00200 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ. **00200 RIESGO DE DISM-INUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA.** **00203 RIESGO DE PERFUSIÓN CEREBRAL INEFICAZ.** M/P piel fría, palidez marcada taquicardia, oliguria, hipotensión, alteración de la conciencia.	**0405 perfusión tisular cardiaca.** **0406 perfusión tisular cerebral.** **0407 perfusión tisular pulmonar.**	- Administrar vasopresores titulable si no se logra una PAM objetivo, para contraer el sistema vascular, con lo que aumenta la resistencia vascular y la presión sanguínea. - Efectivizar las analíticas: Hemograma. Perfil Hepático, Perfil de coagulación. Urea, creatinina, gases arteriales, electrolitos en sangre. **4030ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS** - Valorar resultados de hemograma. - Administración de productos sanguíneos (hematíes, plasmas, plaquetas) según el caso. - Vigilar los niveles de glucosa en sangre y tratar los niveles anormales. **4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.** - Buscar la causa de la hipovolemia (si es quirúrgico realizar procedimientos protocolares según en caso como: cuidados pre quirúrgicos, efectivizar el riesgo quirúrgico, y autorización para sala de operaciones). - Control seriado de hemograma y hemoglobina.	

		4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS. - Valorar grado de hidratación de piel y mucosas. - Vigilar signos y síntomas de sobrecarga hídrica. - Valorar perfusión renal. - Valorar compuestos azohados en sangre. - Control de diuresis horario. - Garantizar un adecuado gasto cardiaco >1cc/Kg/hora. - Administración de diuréticos según prescripción médica. - Balance hídrico estricto. **1920 MONITORIZACIÓN DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO.** **2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS.** **2620 MONITORIZACION NEUROLÓGICA.** - Monitoreo del estado de conciencia mediante la aplicación de la escala de Glasgow **3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN.** **3320 ADMINISTRACION DE OXIGENO.**	

		Monitoreo de gases arteriales	
DOMINIO 11: SGUIRDAD/PROTECCION. CLASE 1: INFECCION. **00004 RIESGO DE INFECCION R/c** alteraciones de las defensas primarias (rotura de piel), alteración de las defensas secundarias(disminución de la hemoglobina) - Procedimientos invasivos. - Estancia en área critica.	**1924 CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO.** Paciente o presentará signos y síntomas de infección	**6610 IDENTIFICACION DE RIESGOS.** - Control de temperatura. - Valorar leucocitos en sangre. **6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES.** - Lavarse las manos antes y después del cuidado del paciente. - Uso de técnica aséptica para insertar a manipular los dispositivos de monitorización invasiva. - Minimizar la utilización de llaves de paso y mantener tapados todos los portales de las llaves de paso. - Administración de antibióticos prescritos. - Toma de cultivos según indicación. **3590 VIGILANCIA DE LA PIEL.** **1874 CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA.** **1876 CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL.** **4220 CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL.** **6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD.** **6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES.**	Paciente no presenta signos de infecciones intrahospitalarias. Recuento leucocitario esta dentro de sus valores normales. Se aplican medidas antisépticas. Se disminuyen riesgos infecciosos.

		- Lavarse las manos antes y después del cuidado del paciente. - Uso de técnica aséptica para insertar a manipular los dispositivos de monitorización invasiva. - Minimizar la utilización de llaves de paso y mantener tapados todos los portales de las llaves de paso. - Administración de antibióticos prescritos. - Toma de cultivos según indicación. **3590 VIGILANCIA DE LA PIEL.** **1874 CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA.** **1876 CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL.** **4220 CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL.** **6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD.**	

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA / AL ESTRÉS. **CLASE 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO.** **00146 ANSIEDAD. R/C** Amenaza a la integridad biológica, psicológica y social. Estancia hospitalaria.	**1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD.** **1201 ESPERANZA.** Paciente referirá sentirse menos ansioso	**5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.** - Valorar grado de ansiedad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Informar al paciente sobre su estado de salud. - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. **7560 FACILITAR LAS VISITAS.** **4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS.**	Paciente muestra aceptación sobre su estado de enfermedad y adaptación al entorno, participando de su cuidado.

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES

CON HEMATOMA SUBDURAL.

DEFINICION:

El hematoma subdural es una colección de sangre en el espacio virtual existente entre dos meninges: duramadre y aracnoides. Puede ser de origen venoso o arterial y espontáneo o pos-traumático, si bien la mayoría se presentan tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) y pue-den ser mortales. Se distinguen 3 tipos:

- AGUDO. 1 - 3 días tras traumatismo craneal grave, pero pueden presentar periodo de ventana.
- Subagudo 3 - 7 días.
- Crónico 2 - 3 semanas tras el traumatismo desencadenante.
- Este tipo de hematoma, aparece en 1/3 de los pacientes con TCE severo (valoración de la escala Glasgow menor de 9).

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor de cabeza que empeora.
- Vómitos.
- Somnolencia y pérdida progresiva del conocimiento.
- Mareos.
- Confusión.
- Pupilas anisocoricas.
- Balbuceo.
- Letargo.
- Convulsiones.
- Pérdida de conciencia.

COMPLICACIONES

- Hemiparesia.
- Hemiplejia.
- Shock neurogenico.
- Muerte cerebral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Mejorar la calidad y eficiencia de la atención del paciente con hematoma subdural.
- Elaborar y ejecutar el proceso de atención de enfermería acorde a sus necesidades.

RECURSOS HUMANOS.

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HEMATOMA SUBDURAL.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS. **CLASE 3: ESTRÉS NEUROCOMPARTAMENTAL.** **00049. DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEALR/C** Lesión cerebral, aumento sostenido de la presión intracraneal. **DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO.** **CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES /PULMONARES.**	**0406 PERFUSION TISULAR CEREBRAL.** Restaurar la capacidad de transporte de oxigeno **0913ESTADO NEUROLÓGICO: FUNCIÓN SENSITIVA/MOTORA DE PARES CRANEALES**	**2620 MONITORIZACION NEUROLOGICA.** - Monitoreo del estado de conciencia por medio de la escala de Glasgow. - Examine pupilas: diámetro, simetría y reacción pupilar. - Monitorice simetría facial. - Observar si hay parestesias, entumecimiento y hormigueos. - Monitoreo presencia de babinsky. - Observe presencia de posturas anómalas indicadores de decorticación o descerebración. **2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL.** - Control de signos vitales: F.C, P/A, PAM. - Mantener una presión de perfusión cerebral adecuada, mantener la PAM > 90mmHg, presión sistólica en 150-160mmHG.	Paciente con Glasgow 7. Se estabiliza hemodinamia con apoyo de vasopresor. Se logra disminuir PIC.

00201 RIESGO DE PERFUSION TISULAR CEREBRAL INIFICAZ R/c lesión cerebral.		- Mediante la administración de expansores de volumen como soluciones isotónicas y Vasopresores titulables. - Administración de agentes osmóticos diuréticos, solución hipertónica, según prescripción médica. - Controlar las convulsiones con medidas profilácticas. - Administrar sedantes, barbitúricos, o bloqueantes neuromusculares para reducir las demandas metabólicas. - Mantener la normotermia. - Monitoreo de estado acido base. - Monitoreo de electrolitos en sangre. (sodio sérico) - Control de glucemia. - Elevar la cabecera dela cama 30-45° para facilitar el retorno venoso. - Mantener la cabeza y el cuello en un plano neutro. - Evitar la flexión extrema de las caderas.	

		- Evitar maniobra de valsalva. - Disminuir los estímulos ambientales. -	
DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO. **CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES.** **0033 DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA R/C** disfunción neuromuscular. **0039 RIESGO DE ASPIRACION** R/C Reducción del nivel de conciencia, depresión del reflejo tusígeno.	**0403 ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN.** **0410 ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS**	**3120 INSERCION Y ESTABILIZACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.** - Utilice implementos de protección personal. - Seleccione el tamaño adecuado del tubo endotraqueal según indicación. - Asistencia en la intubación endotraqueal. - Marque la posición del tubo endotraqueal. - Control de cuff. - Control de rayos x para comprobar ubicación del TET. **3350 MONITORIZACION REPIRATORIA.** - Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo delas respiraciones. - Observe si se producen respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos. -	Se logra estabilizar y proteger patrón respiratorio, queda en sedoanalgesia RASS -5 SatO2 >95%. Gases arteriales en parámetros aceptables. Queda vía aérea libre de secreciones.

		3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA - Control de la F: R, SatO2. - Evalué patrón respiratorio, frecuencia y movimientos torácicos, hiperventilación. - Monitorice parámetros ventilatorios. - Compruebe sincronía de paciente-ventilador. - Administración de sedoanalgesia. - Monitoreo de sedación mediante escala RASS. - Efectivizar gases arteriales y valorar resultados. **3160 ASPIRACION DE SECRECIONES.** - Realice higiene de manos según norma. - Use el equipo de protección personal. - Precauciones universales. - Registre el tipo y cantidad de las secreciones. - Uso de sonda de aspiración circuito cerrado. - Aseo bucal.	

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO.

DEFINICION.

El shock séptico es un estado de hipoperfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes vasopresores para mantener la presión de perfusión de los órganos. La típica respuesta cardiovascular hiperdinámica no está presente en todos los enfermos, por lo que su presencia o ausencia no debe usarse para el diagnóstico del shock séptico. El tratamiento exige la normalización de la volemia y la administración de agentes inotropos para normalizar el gasto cardíaco si se encuentra bajo, y aumentar la presión de perfusión de los tejidos. El tratamiento debe ser guiado por una adecuada monitorización. Es preferible el uso de técnicas que permiten valorar la precarga del ventrículo derecho, más que mediciones aisladas de presiones de llenado ventricular (que no se relacionan con la precarga ni con la respuesta del individuo a la sobrecarga de fluidos). Recientemente, se ha puesto de manifiesto que la variación de la presión de pulso está en relación con la respuesta del gasto cardíaco a una sobrecarga de fluidos y con la consiguiente mejoría en la hemodinámica, más que mediciones de presión de llenado del ventrículo derecho o izquierdo. Otras mediciones sensibles a la perfusión de los órganos, incluyendo la monitorización de la acidosis láctica y de la lactacidemia, deben también usarse para guiar la resucitación con fluidos. La precocidad del tratamiento y la rapidez con que se resuelven los signos de hipoperfusión tisular son aspectos fundamentales del manejo, puesto que están en íntima relación con el pronóstico.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Respiración rápida.
- Taquicardia.
- Confusión y mareos por alteración del nivel de conciencia.
- Hipertermia, hipotermia.

- Debilidad generalizada y malestar.
- Hipotensión.
- Disminución de la diuresis.

OBJETIVOS.

- Restablecer la perfusión tisular de los órganos vitales más importantes.
- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente con shock séptico.

COMPLICACIONES

- Hipotensión.
- Trastorno de ácido base.
- Hiperlactacidemia.
- Distres respiratorio.
- Falla multiorganico.

RECURSOS HUMANOS:

- Licenciada en Enfermera.

ATENCION DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON SHOCK SEPTICO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
DOMINIO 2 : NUTRICIÓN METABÓLICA **CLASE 05 : HIDRATACIÓN** **00027 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C** - Perdida activa de volumen sanguíneo - Aumento de la permeabilidad capilar - Vasodilatación **EVIDENCIADOS POR:** - Aumento en la concentración de orina. - Cambio en el estado mental - Disminución de diuresis - Disminución de la turgencia de la piel	**0601: EQUILIBRIO DE LIQUIDOS.** **0603 HIDRATACION**	**4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.** - Mantener vía IV permeable. - Observe niveles de hematocrito y hemoglobina - Vigile perdidas de líquidos(hemorragias, vómito, diarrea y transpiración) - Adm. soluciones cristaloides y coloides según prescripción medica **4200: TERAPIA INTRAVENOSA.** - Canalice dos vías de gran calibre (N° 16-18) Adm. terapia de reposición de las perdidas - Utilice técnica aséptica - Registre el procedimiento **2314: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.** - Adm de vasopresores según prescripción medica - Disponga de bombas de infusión - Monitorice funciones vitales cada 5 minutos	Paciente presenta equilibrio hídrico, mucosas hidratadas

Sequedad de las mucosas.		- Monitorice las tendencias hemodinámicas,(PVC,PAM,PRESION CAPILAR PULMONAR)Monitorice los parámetros de laboratorio - Adm. coloides según prescripción medica - Monitorizar diuresis horaria - Motorizar BHE cada 6 horas **4140.REPOSICION DE LIQUIDOS CRISTALOIDES:** - Adm. líquidos según prescripción medica - Adm. hemoderivados según prescripción medica - Monitorice el estado de oxigenación - Monitorice la eliminación de líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo toráxico según corresponda) - Monitorice respuesta hemodinámica - Monitorice presencia de edema y características - Observe sobre carga de líquidos.	

DOMINIO 4.ACTIVIDAD DE REPOSO **CLASE4 RESPUESTAS CARDIOVASCULRES/PULMONARES.** **00029: DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO R/C:** Disminución de la precarga y descenso de la contractibilidad del miocardio Hipoxia miocárdica E/P Palpitaciones. Taquicardia Bradicardia Hipotensión Cianosis dista oliguria	**0400: EFECTIVIDAD DE LA BOMBA CARDIACA** **4150 : REGULACIÓN HEMODINÁMICA** **0405 : PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA**	**4210: MONITORES HEMODINAMICO INVASIVO.** - Asista en la intubación orotraqueal. - Asista en la colocación CVC - Disponga de un coche de paro - Disponga de aspirador de secreciones - Aplique las medidas de bioseguridad - Registre en la evolución de enfermería. **2314: ADMINISTRACION DE FLUIDOS** - Adm. de fluidos según prescripción medica - Disponga de dos vías de grueso calibre - Controle y registre los ingresos y egresos del paciente - Reponga volumen a volumen las perdidas gastro intestinales **3140: MANEJO DE VIA AEREA.** - Adm. oxigeno - Valore saturación de saturación de oxigeno - Valore estado de sensorio - Mantenga en posición supina	FR 16 a 20x FC.60 a 80x PA: 120/80mmhg Saturación mayor de 90% AGA: -PH 7.35 a 7 .45 -PCO 35ª 45 -PO 80 a 100 -HCO3 21 a 25

		- Revise cavidad oral - Retire prótesis dental - Coloque cánula de mayo - Aspire secreciones.	
DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO **CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES.** **00200 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ.** **00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA.** **00203 RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ.** R/C Deterioro del transporte de oxigeno. Hipovolemia.	**0405 MEJORAR LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA** **0406 MEJORAR LA PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL** **0408 MEJORAR LA PERFUSIÓN TISULAR PULMONAR**	**4044.CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS** - Evalué dolor torácico (intensidad localización, radiación, duración) - Tome EKG - Mantenga en reposo absoluto - Adm. morfina según prescripción medica - Valore circulación periférica **1090 MANEJO DE ARRITMIAS.** - Adm. inotrópicos según prescripción médica. - Adm. fibrinoliticos según prescripción médica. - Monitorizar funciones vitales - Tome EKG seriado - Adm. oxigeno suplementario de ser necesario	Se evidencia en paciente un buen intercambio gaseoso FR: 16-20 FC:60-80 PH:7.45 PO2;80 - 100mmmhg PCO2:35 -45mmhg HCO3 : 20-26mmhg

Interrupción del flujo venoso arterial. EVIDENCIADO POR: Taquicardia. Bradicardia. Hipotencion. Cianosis distal. Oliguria.		**4180MANEJO DE HIPOVOLEMIA** - Adm. drogas Vasopresores según prescripción - BHE - Colocar sonda vesical - Diuresis horario - Registre en la evolución de enfermería. **4040CUIDADOS CARDIACOS :** - Valore circulación periférica(comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar ,color y temperatura de las extremidades) - Monitorice la aparición de arritmias cardiacos ,alteración de ritmo - Monitorice resultado de laboratorio(encimas cardiacas, valores de laboratorio) - Controle EKG - Mantenga en reposo absoluto **4254MANEJO DEL SHOCK CARDIACO**	PAM >65mmHg

		- Verifique disponibilidad del coche de paro - Monitorice funciones vitales - Adm. medicamentos inotrópicos y vaso activos según prescripción medica - Evalué la terapia de líquidos - Mantenga precarga optima por administración de líquidos intravenosos o diluidos según prescripción medica - Realice BHE - Valore estado de sensorio - Valore estado de piel: fría, húmeda, cianótica - Valore llenado capilar y pulsos periféricos.	
DOMINIO 11. SEGURIADD Y PROTECCION **CLASE 6. TERMORREGULACION.** **HIPERTERMIA** R/C A enfermedad.	**0800 TERMORREGULACION**	**3900 Regulación de la temperatura** - Administración de antipirético según prescripción médica. - Administración de medios físicos - Monitorio de temperatura corporal.	Paciente mantiene Temperatura Dentro de los valores normales

		- Valorar la temperatura corporal después de administración de antipiréticos. - Valore signos neurológicos de alarma.	T°. mayor a 37°c

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA.

DEFINICION:

Se define como toda elevación tensional aguda de la PAS/PAD >210/ >120 mmHg (algunos autores admiten la denominación de crisis hipertensivas para aquellas situaciones donde se presenta de forma aguda cifras de PA superiores a 180/110 mm Hg o bien de 115 mmHg de PAD).

CLASIFICACIÓN La crisis hipertensiva se clasifica en diferentes tipos con diferente pronóstico y tratamiento:

A.- Urgencia hipertensiva: situación de elevación de presión arterial (TA) en ausencia de lesión aguda de los órganos diana (cerebro, corazón y riñón), asintomática o con síntomas leves e inespecíficos (cefalea moderada). Requiere descenso progresivo hasta 160/110 mmHg en 24-48 h con tratamiento oral y control ambulatorio. Evitar hipotensión brusca que provoque isquemia coronaria, cerebral o renal.

B.- Emergencia hipertensiva: HTA severa asociada a lesión aguda o progresiva de los órganos diana que puede ser irreversible y de mal pronóstico vital (como cambios neurológicos graves, encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, hemorragia intracraneal, insuficiencia aguda del VI, edema pulmonar agudo, disección aórtica, insuficiencia renal o eclampsia). Requiere una reducción inmediata (en no más de 1 hora) de la TA con tratamiento parenteral. C.- Falsas Urgencias Hipertensivas: son elevaciones tensionales producidas en su mayor parte por estados de ansiedad, patologías provocadas por dolor etc. y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan de tratamiento.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor de pecho intenso.
- Dolor de cabeza intenso, acompañado por confusión y visión borrosa.
- Náuseas y vómitos.
- Ansiedad grave.

- Dificultad para respirar.
- Convulsiones

COMPLICACIONES

- Accidente cerebrovascular hemorrágico
- Accidente cerebrovascular isquémico
- Encefalopatía
- Injuria renal aguda

OBJETIVO:

Brindar atención inmediata al paciente con crisis hipertensivas, aplicando diagnósticos enfermeros basados en la sintomatología, e intervenir en forma oportuna eficaz, previniendo las complicaciones a presentarse.

RECURSOS HUMANOS:

- Licenciada en enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO. CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES. **00029 DISMINUCION DE GASTO CARDIACO R/C** alteraciones de la Frecuencia cardiaca: Cambios electrocardiográficos Taquicardia. Alteración de la post carga:	**0400 efectividad de la bomba cardiaca.** Recuperar paulatinamente el GC del paciente, evidenciándose en la disminución de la TA cerca de los niveles normales mmHg) y FC cerca de los valores normales (60-80 pul/min), apoyados en el tratamiento farma-	**4040 CUIDADOS CARDIACOS.** - Monitorizar de forma rutinaria al paciente desde los puntos de vista físico-psicológico. - Monitorizar el estado cardiovascular - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. - Auscultar los sonidos cardiacos. - Monitorizar la aparición de arritmias cardiacas, incluido los trastornos tanto de ritmo como de conducción - Valorar el llenado capilar. - Valorar pulsos distales. - Valorar temperatura y coloración de la piel. - Valorar presencia de edemas. **4150 Regulación hemodinámica.**	Paciente mantiene adecuada: Presión arterial media entre PAM: 80 - 100 mmHg Gasto cardiaco: 4 -5 lits.

- Alteraciones de la presión arterial. - Oliguria, piel fría y sudorosa. Alteración de la precarga: Fatiga, ingurgitación yugular.	cológico y las intervenciones de enfermería.	- Vigilar las tendencias de la P/A y los parámetros hemodinámicos. - Asistencia en la colocación de Línea arterial. - Extraer muestras analíticas para controlar los niveles de CPK. LDH Y AST si procede. - Administración de fármacos antihipertensivos IV. según protocolos hospitalarios. - Verificar efectos adversos del vasodilatador. - Monitoreo exhaustivo de la P.A, PAM, hasta reducir la hipertensión y llegar a metas planteadas. - Toma de EKG.	
DOMINIO 4 ACTIVIDAD – REPOSO. CLASE4.RESPUESTA CARDIOVASCULARES/ PULMONARES.	**0505 Perfusión tisular.**	**2550 Mejora de la perfusión cerebral.** - Monitorizar el estado neurológico. - Monitoreo del estado de conciencia. - Monitoreo de diámetro pupilar y reactividad. **2690 Precauciones contra las convulsiones.**	Paciente despierto, Glasgow 14/15.

00201 RIESGO DE PERFUSIÓN CEREBRA INEFICAZ. R/C. con aumento de la presión intracraneana.		- Elevar la cabecera de la cama 30-45°.	
	0600 Equilibrio electrolítico y acido base **1902 Control de riesgos.**	**4130 Monitorización de líquidos.** **2020 Monitorización de electrolitos.** - Valorar hidratación de piel y mucosas. - Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxigeno (PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardiaco. - Monitorizar la función renal niveles de BUN y Cr. - Monitorizar el equilibrio líquido y electrolítico. - Monitorizar los valores del laboratorio. - Evaluar las alteraciones de la tensión arterial. **2080 Manejo de líquidos y electrolíticos.** **1911 Manejo del equilibrio acido base.** - Administración de soluciones prescritas. - Administrar retos y reposiciones de electrolitos y bicarbonato según resultados laboratorio lo ameriten. - Control de diuresis horaria.	Paciente con equilibrio electrolítico y acido base

		- Balance hídrico estricto	
DOMINIO 4 ACTIVIDAD – REPOSO. **CLASE4.RESPUESTA CARDIOVASCULARES/ PULMONARES.** **0032 PATRON RESPIRATORIA INEFICAZ** R/C ansiedad, hiperventilación	**403 estado respiratorio: ventilación**	**3350 Control y seguimiento respiratorio** - Auscultar ambos campos pulmonares. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. **3200 Prevención de la aspiración.** **3320 Oxigenoterapia.** **1913 Manejo del equilibrio: acidosis respiratoria.** **1914 Manejo del equilibrio: alcalosis respiratoria.** - Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. - Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.	satO2 >95%, con apoyo oxigenatorio. Queda con parámetros gasométricos aceptables

		- Promover el reposo y la relajación del paciente.	
DOMINIO 2: NUTRICION **CLASE 1: INGESTION** **00105 INTERRRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA** r/c. enfermedad de la madre, separación madre – niño.	**1002 mantenimiento de la lactancia materna.**	**5244 asesoramiento de la lactancia materna** - Coordinar con el servicio de Neonatología Para la extracción de leche materna - Volorar las mamas y secreción calostral.	Madre con vaciamiento adecuado de mamas

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP.

DEFINICION

Preeclampsia. Se define como una tensión arterial mayor o igual a 140 / 90 mm de Hg más proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 horas.

Síndrome de Preeclampsia. Se define por la presencia de criterios como TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg; TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg; proteinuria de al menos 5 gr / 24 horas; elevación de creatinina sérica; edema pulmonar; oliguria; hemólisis microangiopática; trombocitopenia; y aumento de las transaminasas séricas, oligohidramnios y retardo del crecimiento.

Eclampsia. Es la ocurrencia de convulsiones en asociación con el síndrome de Preeclampsia y puede presentarse hasta 10 días posparto.

Hipertensión crónica. Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo, que persiste después de la sexta semana posparto. Puede asociarse con proteinuria.

Hipertensión crónica más Preeclampsia sobre agregada. Es el desarrollo de Preeclampsia - eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

Hipertensión gestacional. Es un diagnóstico provisional que amerita reclasificación en el posparto; si el cuadro es de rápida recuperación y las cifras retornan a lo normal se clasifican como hipertensión transitoria y si las cifras tensionales permanecen elevadas por más de seis semanas se clasifica como hipertensión crónica y no se acompañan de proteinuria.

Hipertensión. Tensión arterial sistólica mayor de 140 mmHg o diastólica mayor de 90 mmHg.

Proteinuria. Es la excreción urinaria de más de 300 mg (0,3 gr) proteínas en orina de 24 horas (ideal) o podría correlacionarse con 100 mg/dl (1+) en una muestra aislada.

Síndrome de Hellp: Se considera una variante atípica de la preeclamsia grave que cosiste en la hemólisis microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Cefalea
- Dolor abdominal habitualmente en hipocondrio derecho o epigastrio, el cual puede irradiarse a la espalda, también puede estar ausente como síntoma inicial
- Náuseas y vómitos.
- Sangrado.
- Shock. Taquicardia materna y fetal
- Cambios en la visión.
- Hipertensión arterial alta.
- Proteínas en la orina.

OBJETIVO:

- Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación.
- Estandarizar sus acciones para identificar factores de riesgo, signos y síntomas de alarma de preclamsia/ eclampsia durante la atención prenatal, el trabajo de parto y posparto.

COMPLICACIONES

- Coagulación intravascular diseminada
- Hemolisis
- Trombocitopenia

- Edema pulmonar
- Edema cerebral
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia y hemorragia del hígado
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Mortalidad materna, perinatal

RECURSOS HUMANOS:

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON SINDROME DE HELLP.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
DOMINIO 2: NUTRICION. CLASE 5: HIDRATACION. **00027 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS R/C PERDIDA** Perdida activa del volumen de líquidos intravascular. **DOMINIO 4. ACTIVIDAD REPOSO** **CLASE 4 RESPUESTA** cardiovascular/pulmonares. **0029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO** R/C alteración de la precarga.	**0419 SEVERIDAD DEL SHOCK: HIPOVOLÉMICO.** **0416 PERFUSION TISULAR: CELULAR.** Expandir el volumen intravascular. Restaurar la capacidad de transporte de oxígeno. Terapia de los defectos dela hemostasia	**4250 MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN.** - Monitorizar estado hemodinámico P/A, PAM, PVC, etc. - Monitoreo del EKG, valorar ritmo cardiaco por la posible aparición de bradicardias, y/o disritmias - Valorar llenado capilar. - Valorar pulsos distales. - Valorar coloración de mucosas y piel. - Valorar el estado de conciencia. - Mantener monitoreo de PAM, hacia el objetivo PAM>70mmHg. - Asistencia en la colocación del catéter venoso central.	El paciente presenta una adecuada perfusión tisular evidenciado por PAM>70mmHg, P T° entre 36 – 37, llenado capilar <2".

00200 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ. **00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA.** M/P piel fría, palidez marcada, taquicardia, oliguria, hipotensión, alteración de la conciencia.	**0405 perfusión tisular cardiaca.** **0406 perfusión tisular cerebral.** **0407 perfusión tisular pulmonar.**	- Administración de cristaloides, coloides para aumentar el volumen circulante del paciente. - Administrar vasopresores titulable si no se logra una PAM objetivo, para contraer el sistema vascular, con lo que aumenta la resistencia vascular y la presión sanguínea. - Efectivizar las analíticas: Hemograma. Perfil Hepático, Perfil de coagulación. Urea, creatinina, gases arteriales, electrolitos en sangre. **4030ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS** - Valorar resultados de hemograma. - Administración de productos sanguíneos (hematíes, plasmas, plaquetas) según el caso. - Vigilar los niveles de glucosa en sangre y tratar los niveles anormales.	

		4410ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS. - Buscar la causa de la hipovolemia (si es quirúrgico realizar procedimientos protocolares según en caso como: cuidados prequirurgicos, efectivizar el riesgo quirúrgico, y autorización para sala de operaciones). - Control seriado de hemograma y hemoglobina. **4130MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS.** - Valorar grado de hidratación de piel y mucosas. - Vigilar signos y síntomas de sobrecarga hídrica. - Valorar perfusión renal. - Valorar compuestos azohados en sangre. - Control de diuresis horario. - Garantizar un adecuado gasto cardiaco >1cc/Kg/hora. - Administración de diuréticos según prescripción médica. - Balance hídrico estricto.	

		1920 MONITORIZACIÓN DEL EQUILIBRIO ACIDO-BÁSICO. **2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS.** **2620 MONITORIZACION NEUROLÓGICA.** - Monitoreo del estado de conciencia mediante la aplicación de la escala de Glasgow **3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN.** **3320 ADMINISTRACION DE OXIGENO.** Monitoreo de gases arteriales	
0033 DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTANEA R/C Fatiga de los músculos respiratorios.	**0402 ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO.**	**3350 MONITORIZACION RESPIRATORIA.** - Valorar es estado de conciencia. - Auscultar ambos campos pulmonares. - Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad, y esfuerzo respiratorio. **3120 ESTABILIZACION DE LAS VÍAS AÉREAS.** - Asistencia en la intubación endotraqueal,	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM, resultados de gasometría en parámetros aceptables

	0410 ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS. **0403 ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACION.** Favorecer el intercambio	- Administración de sedo analgesia según indicación médica. - Fijación de TET, - Medir el cuff. - Toma de rayos x, para verificar la posición del TET. **3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.**	
DOMINIO 8: SEXUALIDAD CLASE 3: REPRODUCION. **029 RIESGO DE LA ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO FETAL.** Relacionado con Complicaciones del embarazo Compromiso del trasporte de oxigeno.	**1092 Control del Riesgo**	**6650 Vigilancia** - Realizar las maniobras de leopol para determinar la posición fetal - Monitorizar y Valorar latidos cardiacos fetal - Realizar y valorar el test estresante	Paciente presenta una adecuada diada materno fetal evidenciada por latidos cardiacos fetales 120 a 160 latidos por minuto

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA.

DEFINICION:

Se define como la neumonía nosocomial, proceso inflamatorio del parénquima pulmonar de origen infeccioso, que se desarrolla después de las 48 horas después s de ser intubado y sometido a la ventilación mecánica.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica ocurre en pacientes sometidos a este tipo de ventilación por periodos mayores de 48 horas. La incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica reportada en literatura médica comprende de 10 a 20% de los pacientes. La neumonía asociada a la ventilación mecánica de inicio temprano es definida como aquella diagnosticada entre el tercero y el séptimo día. La de inicio tardío es la diagnosticada después del séptimo día. Muchos factores de riesgo contribuyen al desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica. La etiología asociada más frecuente incluye bacilos Gram negativos: Pseudomonas aeuriginosa, Acinetobacter baumannii, y Stenotrophomonas maltophilia (40%), Enterobacter sp (29%), y cocos Gram positivos: Staphylococcus aureus (21%). Establecer un diagnóstico adecuado de neumonía asociada a la ventilación mecánica es uno de los requisitos más importantes y difíciles en el cuidado de pacientes en estado crítico. Existen estrategias para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica; sin embargo, sólo algunas han demostrado ser efectivas. La mortalidad atribuible aún es tema de debate, y se ha asociado con rangos de 20 a 70%.

Para hablar de los factores pronósticos podemos agrupar a la NAV en 2 grandes grupos:

NAV DE INICIO TEMPRANO:

la cual se instala en los primeros 4 días de intubación, causada por la flora normal orofaríngea y con una mortalidad baja. Dentro de este grupo podemos incluir las neumonías causadas por micro o macro aspiraciones de la flora orofaríngea del pro-

pio paciente, a causa sobre todo de la alteración de los reflejos de la vía aérea. Generalmente son infecciones por cocos gram positivos o Haemophilus influenzae. Se asocian a buen pronóstico.

NAV DE INICIO TARDÍO:

la cual aparece en enfermos que previamente han recibido tratamiento antibiótico, lo que facilita la colonización y sobreinfección por gérmenes como Pseudomonas aeruginos, enterobacterias multirresistentes, Staphylococcus aureus meticillín resistente y las levaduras. Aparece después de los 5 días de ventilación y se asocia a mortalidad elevada por ser cepas multirresistentes.

SIGNOS Y SINTOMAS

Una NAV es un paciente en ventilación mecánica que presenta fiebre y secreciones purulentas por el tubo traqueal. El diagnóstico no ha cambiado, en esencia, en los últimos años. La presencia de una opacidad en la radiología de tórax junto con evidencia de infección local (secreciones purulentas por el tubo endotraqueal), y sistémica (fiebre y/o leucocitosis), nos da el diagnóstico clínico.

OBJETIVO

- Brindar atención inmediata al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación. Homogenizar la atención de enfermería.
- Valorar prioridades de enfermería en el tratamiento sistematizado

Recursos Humanos

- Licenciada en Enfermería.

ATENCION DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NOC	EVALUACION
DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO **CLASE 4: FUNCION RESPIRATORIA** **00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO** r/c cambios en la membrana alveolar, desequilibrio en la ventilo perfusión m/p agitación hipercapnia o hipoxemia, diaforesis.	**402 Estado respiratorio:** intercambio gaseoso	**3350 monitorización respiratoria** - valorar y auscultar ambos campos pulmonares. - Valorar Amplexación y simetría torácica. - Valorar coloración de la piel y mucosas. **3320:OXIGENOTERAPIA** - Control de frecuencia respiratoria saturación de oxígeno. - Administración de oxigeno según lo requiera. - Posición adecuada fowler__semi fowler. **7690:Interpretacion de Datos de laboratorio** - Coordinar para la toma de placas de radiografías.	Paciente mantiene adecuada perfusión tisular pulmonar. Saturación de Oxígeno > 95% con FiO2 < 50% Gases Arteriales PH: 7.35-7.45 PCO2: 35 -45 mmHg PO2: 80-100mmHg HCO3:22-26 meq/lit.

		- Coordinar la toma de muestras de análisis de laboratorio. **3120 estabilización de las vías aéreas** - Armado y comprobar el funcionamiento de ventilador mecánico. - Preparar el material y set de intubación. - Asistir la intubación endotraqueal. - Auscultar para verificar ubicación del TOT - compruebe la presión del cuff del TOT. - Conecte el cafnografo y monitorice. - Administración de sedo analgesia. **3300 Manejo de la ventilación mecánica** - Monitoreo de parámetros ventilatorios. - Tomar muestra para gases arteriales. - Valorar resultados de gases arteriales. - Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.	Se logra estabilizar vías aéreas, paciente queda en VM. Resultados de gasometría en parámetros aceptables.

		3180manejo de las vías artificiales - Fijación de tubo endotraqueal. - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca. - Valorar características de las secreciones. -	
DOMINIO 11: CLASE 2: LESION FISICA. **00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS** r/c presencia de TET, reflejo tusígeno disminuido por efecto de sedo analgesia.	**410 Estado respiratorio:** permeabilidad de las vías aéreas	**3180 Manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal. - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca. - Valorar características de las secreciones. - Realizar fisioterapia respiratoria. **3350 monitorización respiratoria** - Valorar y auscultar ambos campos pulmonares. - Valorar Amplexación y simetría torácica. - Valorar coloración de la piel y mucosas. - Observe y valore la dinámica respiratoria y expansión toráxica.	Vías aéreas libres de secreciones.

		- Valore ruidos respiratorios en ambos campos pulmonares. - Realice fisioterapia respiratoria (Vibroterapia respiratoria, drenajes posturales y nebulizaciones). **3180manejo de las vías artificiales** - Fijación de tubo endotraqueal. - Realizar aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y boca. - Valorar características de las secreciones	
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION **CLASE 1: INFECCION** **00004 Riesgo de infección** relacionado con procedimientos invasivos	**1924 control de riesgos de proceso infeccioso.**	**6610 Identificación de riesgos de infección** - valorar los procedimientos. - Valorar los días de equipos biomédicos. **7690 Valorar los resultados de hemograma.** **4220 Cuidados e catéter venoso central.** **34340 Cuidados de sitio de incisión.** **1874 Cuidados de sonda nasogástrica.** **1876 Cuidados de sonda vesical.**	

		- Monitoreo de temperatura. - Manejo de bioseguridad. - Administrar antibióticos según prescripción médica. - Toma de muestra para cultivo. - Curación de procedimientos invasivos.	

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay EMERGENCIA



Guía de Intervención De Enfermería

2019

EQUIPO TECNICO:
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Marlene CASTILLO WARTHON
LICENCIADA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Mg. Gregoria CHOQUE FLORES
LICENCIADA ENCARGADA DE LA REVISION DE LAS GUIAS
Lic. Marizol JURO MEDINA

EQUIPO TÉCNICO DEL SERVICIO

JEFE DE SERVICIO DE EMERGENCIA GENERAL
Lic. Alex Bedia Molina
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Yolanda Perpetua Ramos Chavarría
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Micaela Iris Carnero Bustinza
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Eliza Ancca Cruz
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Sandra Alarcón Quispe
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Sumaya Celeste Sierra Amao
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Daniel Mendoza Peña
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Rosendo Cárdenas Inca
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Ruth Sierra Gómez
Especialista en Cuidados Intensivos
Lic. Sánchez Córdova Diva
Especialista en Cuidados Intensivos
Lic. Yudi Salas Loayza
Especialista en Cuidados Intensivos
Lic. Marianela Arce Juro
Especialista en Centro Quirúrgico
Lic. Cintya Prada Dávalos
Enfermera Asistencial
Lic. María Antonieta Leguía Caballero
Especialista en Emergencia y Desastres
Lic. Juvenal Duran Ferro
Enfermero Asistencial
Lic. Yuki Faner Gonzales Ñahuis
Enfermera Asistencial
Lic. Vilma Chalco Soto
Especialista en Emergencia y Desastres

MARCO CONCEPTUAL COMPENDIO DE GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

FUNDAMENTACIÓN

Las emergencias y desastres son situaciones impredecibles y pueden llegar a ser de grandes magnitudes, donde la muerte, discapacidad, alteración de las dinámicas familiares, sociales y económicas son sus grandes repercusiones.

Los servicios de emergencia afrontan una demanda cada vez mayor de pacientes con riesgo de vida, producto de las transformaciones sociales, incremento de delincuencia, vandalismo, accidentes de tránsito, así como desastres naturales; por lo que se evidencia la necesidad de contar con personal altamente calificado en su desempeño, con habilidades cognitivas, actitudinales y procedimentales, que le permitan brindar una atención oportuna y segura.

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los servicios de emergencia para garantizar la calidad y eficiencia de la atención. Además su existencia es requisito de acreditación.

OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en Emergencia
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios.

ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de enfermería que labora en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud del sector salud.

BASE LEGAL

- Ley General de Salud, Ley N° 26842.
- Ley del Trabajo de la Enfermera (o), Ley Nº 27669 – Capitulo II, Art.7 inciso a.
- Reglamento de la Ley de la Enfermera(o), aprobado por D.S. Nº 004-2002-SA Capítulo II Art. 8, 9, inciso a.

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Proceso de Atención de Enfermería

Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.

Es un método que contribuye a interconectar las bases de la ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la aplicación del método científico, modelo predominante de investigación clínica para enfermería profesional desde hace25 años.

Proceso de atención de enfermería cuya finalidad es proporcionar estrategias que viabilicen una atención segura, oportuna y humana por parte de la enfermera como miembro de un equipo de salud.

2. Diagnóstico de Enfermería

Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad de enfermería.

El diagnóstico sirve de base para proponer intervenciones del campo de enfermería. La NANDA2 ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:

- *Respuesta humana*: Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.

- *Factores relacionados*: Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el diagnosticador puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente.

3. Meta

Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.

4. Intervenciones de Enfermería

Es el actuar directo de la enferma(o) o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería.

2 North American Nursing Diagnosis Association.

3 El proceso de enfermería consta de cinco fases, según Schoemaker: valoración, diagnóstico, intervención y evaluación.

5. Grado de Dependencia

Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- *Grado de dependencia I*, totalmente independiente.
- *Grado de dependencia II*, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- *Grado de dependencia III*, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- *Grado de dependencia IV,* requiere de apoyo total.

Se da especialmente en pacientes pediátricos.

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.

6. Indicador de seguimiento

Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

7. Guía de intervención en enfermería

Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, sino que orienta en la toma de decisiones

8. Guía de procedimiento en enfermería

Documento que orienta en forma sistemática las acciones que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente con calidad

GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (GI)

1. Guía de Intervención de Enfermería en Glicemia Inestable
2. Guía de Intervención de Enfermería en Síndrome Doloroso Abdominal
3. Guía de Intervención de Enfermería en Intoxicación por sustancias desconocidas
4. Guía de Intervención de Enfermería en Politraumatizado.
5. Guía de Intervención de Enfermería en Crisis Hipertensiva

	GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	Edición N°003
	TEMA: GLICEMIA INESTABLE	Pagina.

I. NOMBRE Y CÓDIGO GLICEMIA INESTABLE

Código CIE-10:

II. DEFINICIÓN

HIPOGLUCEMIA.- Concepto: la hipoglucemia se define como cualquier episodio de una concentración anormalmente baja de glucosa en plasma, con o sin síntomas y con potencial daño para el individuo. Desde el punto de vista bioquímico se define como una glucemia inferior a 70 mg/dl en sangre venosa o capilar. Todo episodio con clínica típica (síntomas vegetativos y neuroglucopénicos) que revierte con tratamiento específico, debe considerarse hipoglucemia, aún sin tener objetivada la cifra de glucemia

HIPERGLUCEMIA SIMPLE

Concepto: una glucemia superior a 200 mg/dl sin descompensación metabólica asociada (acidosis o hiperosmolaridad), se define como hiperglucemia simple o aislada (HS). Se deben diferenciar, en su manejo, a los pacientes previamente diagnosticados de diabetes mellitus de aquellos que aún no lo están. Entre las posibles causas destacan las infecciones, las enfermedades graves, el estrés, la cirugía, los traumatismos graves, el embarazo, el tratamiento con corticoides o el mal cumplimiento terapéutico

HIPERGLUCEMIA POR CORTICOIDES

Concepto y mecanismos: alrededor del 1.7% de los pacientes mayores de 60 años y el 0.9% de los menores de 60 años, reciben tratamiento esteroideo prolongado en régimen ambulatorio y se estima que un 10% de los pacientes ingresados en el hospital están sometidos a tratamiento con Corticoides Dicha terapia descompensa la glucemia de la mayoría de los pacientes diabéticos e incrementa el riesgo de diabetes en pacientes no diabéticos., lo que se conoce como "diabetes esteroidea

Los factores más determinantes en la descompensación glucémica ocasionada por el corticoide, son la dosis de corticoide y la duración del tratamiento.

Existen diferentes mecanismos por los que los corticoides provocan hiperglucemia:

• Incremento de la resistencia a la insulina: (el músculo es el principal responsable de la captación periférica de glucosa, sobre todo en el periodo posprandial) este es el mecanismo más importante, y por ello la hiperglucemia debida a corticoides es más acusada en la merienda o antes de la cena.

• Aumento de la producción hepática de glucosa.

• Inhibición de la secreción de insulina por la célula beta pancreática.

La glucemia basal a menudo es normal, son frecuentes las situaciones hiperosmolares con deshidratación importante (diuresis osmótica) y la cetosis es rara

CETOACIDOSIS DIABÉTICA Concepto: la cetoacidosis diabética (CAD) es una descompensación metabólica aguda de la DM, producida por un déficit relativo o absoluto de insulina. Aunque es más frecuente en la DM tipo 1, también puede aparecer en pacientes con DM tipo 2. Se caracteriza por la aparición de hiperglucemia, acidosis metabólica y acetonemia

ESTADO HIPERGLUCEMICO HIPEROSMOLAR:

Concepto: el estado Hiperglucémico hiperosmolar (EHH) es una de las complicaciones metabólicas más graves en los pacientes con diabetes mellitus y puede ser una emergencia vital. Se caracteriza por la aparición de hiperglucemia grave, deshidratación, Osolaridad plasmática elevada y disminución variable del nivel de consciencia, en ausencia de cetosis y acidosis. Cuando no existe alteración del nivel de consciencia, se denomina descompensación hiperglucemia hiperosmolar no cetósico

HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: en el paciente crítico es frecuente la aparición de hiperglucemia. Se conoce como "hiperglucemia de estrés", "diabetes del estrés" o "diabetes por lesión aguda" y se desarrolla como respuesta metabólica a una agresión previa del organismo. La hiperglucemia junto con las secuelas metabólicas de la resistencia a la insulina, incrementa la morbilidad en estos pacientes. Existe evidencia que relaciona el grado de hiperglucemia y permanencia de esta, al pronóstico de la enfermedad crítico. El

nivel de hiperglucemia de estrés está relacionado directamente con la trascendencia de la respuesta inflamatoria sistémica

III.- OBJETIVO

Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los pacientes con Glicemia Inestable y actuar de manera correcta en ambos casos que lleguen al servicio de emergencia.

IV POBLACIÓN OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes adultos y adultos mayores que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega con Glicemia Inestable

VI.- GRADO DE DEPENDENCIA

Grado III

VII.-PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS EN GLUCEMIA EN PACIENTES GLICEMIA INESTABLE

Diagnóstico de Enfermería	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00179 RIESGO DE GLUCOSA INESTABLE Fr/ Vigilancia inadecuada de la glicemia en sangre, dieta	Nivel de Glucemia : Severidad de la hipo glicemia Severidad de Hiperglicemia	**2120 Manejo de la Hiperglicemia** Vigilar la glucemia, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación. • Comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos. • Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, si está indicado.(no existe relación) • Administrar insulina, según prescripción. Y inicio de escala móvil Control de glicemia cada 4 horas • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Monitorizar el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas), según corresponda. • Mantener una vía i.v permeable. • Administrar líquidos i.v., si es preciso. .• Facilitar la higiene bucal, si fuera necesario. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Anticiparse a las situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (enfermedad intercurrente). • Proporcionar dieta para diabético	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0031 **LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS** R/C retención de secreciones y Mucosidad excesiva.	**0410 Estado Respiratorio** Permeabilidad de vías aéreas	**3140 manejo de la vía Aérea** Observe y valore el estado del paciente. Valore estado de conciencia. Coloque al paciente en posición semifowler. Valore patrón respiratorio. Observar el uso de músculos accesorios de la respiración - Ausculte ACP, - Evalué el reflejo antitusígeno - Controle saturación de O2. Realice nebulizaciones según prescripción médica. - Realice aspiración de secreciones si fuera necesario. Inicie terapia de hidratación. Coloque oxígeno según requerimiento - Realice fisioterapia respiratoria. - Efectivice la toma de Rx. Tome muestra de secreción traqueal	
0027 **DÉFICIT DE LÍQUIDOS** r/c: Diuresis osmótica, Vómito, Déficit de ingesta de líquidos.	00602 Hidratación Turgencia cutánea Mucuosas húmedas Ingesta de líquidos	**4130 Monitorización de líquidos** • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., poliuria). • Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., , polidipsia). • Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo que tarda en recuperarse el color (debería ser menor de 2 segundos). • Explorar la turgencia cutánea pellizcando con suavidad el tejido sobre un área ósea como la mano o la espinilla, manteniendo la	Piel con aspecto de buen estado nutricional

		presión un segundo y liberándolo (la piel debería regresar a su origen con rapidez si la hidratación es adecuada). • Monitorizar los niveles de electrólitos en suero y orina, según corresponda. Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina. Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso. Observar si hay signos y síntomas de ascitis. Tomar nota de si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse. Administrar líquidos, según corresponda. Asegurarse de que todos los dispositivos i.v. y de	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00002 **DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES** r/c Efectos catabólicos de la deficiencia de la insulina, exceso de hormonas de estrés.	1004 Estado Nutricional	Controle el peso al paciente BHE Valorar motivo de la descompensación de cuadro clínico (hiperglucemia o hipoglucemia)." Incluir al paciente y familia en programa de educación individualizada, resaltando aspectos preventivos (control de glicemia, dieta uso de hipoglucemiantes etc)." Evaluar el éxito de la educación	El paciente mantendrá un peso corporal de acuerdo a promedio

BIBLIOGRAFÍA:

Urden Linda, Lough Mary, StacyKathleen CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA Edit. Harcourt OCEANO. España, 2003.
http://apuntesenfermeria2.iespana.es/2005_b/Apuntes_SindromedeDistresRespiratorioagudo.ppt
www.intox.org/databank/documents/treat/treats/trt05_s.htm Dr. A. Jaeger, Director, Service de ReanimationMedicale et Centre Anti-Poisons, Hospital Civil de Strasbourg, Straasbourg, France.
http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13088697
http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1112/1/Insuficiencia-Respiratoria-Sindrome-Distress-Respiratorio-del-Adulto-SDRA-Apuntes-de-Neumologia-Apuntes-de-Medicina.html
NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007.
GUIAS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS 19

	GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	Edición N°003
	TEMA: SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL	Pagina.

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10: O34.8

II. DEFINICIÓN

DOLOR ABDOMINAL

Los tres tipos de dolor abdominal más frecuentes son el traumatológico, el abdominal y el torácico

El dolor abdominal lo podemos definir como un síntoma inespecífico de muchos procesos, tanto intra como extraabdominales.

El dolor puede ser:

- Constante: continúo en el tiempo e intensidad constante (no varía).
- Intermitente: presenta intervalos temporales sin dolor.
- Cólico: con variaciones en intensidad y con cierto ritmo temporal.

Tipos de Dolor Abdominal

a. Dolor Visceral.- Es de carácter poco definido, mal localizado:

Medial. Compromiso de vísceras peritoneales.

Lateral: Compromete vísceras retroperitoneales.

b. Dolor Somático.- Es aquel dolor que sigue el trayecto de las fibras cerebroespinales entre D6 y L1, que se extienden por el peritoneo parietal y la raíz del mesenterio. Agudo bien localizado, que se ubica en relación a la víscera afectada, es agravado por el movimiento y se acompaña de contractura muscular.

c. Dolor Referido.- Es producido por compromiso de las ramas nerviosas descendentes de C3 y C4, estimulando la superficie peritoneal del diafragma.

III. OBJETIVO

Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los pacientes Síndrome Doloroso Abdominal y actuar de manera correcta en ambos casos que lleguen al servicio de emergencia.

IV. POBLACIÓN OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes adultos y adultos mayores que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

V. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia III

VI. PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00132 **DOLOR** R/C agente lesivos físicos(inflamación peritoneal, alteración de la motilidad intestinal y postural).	165 Control del dolor El paciente referirá disminución del dolor	1400 Manejo del Dolor Valorar la escala de dolor Colocar catéter venoso periférico N°18 o 16 Valore ruidos hidroaereos Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor a través de una valoración continua Proporcionar alivio de dolor mediante la administración de analgésicos prescritos 2210 Administración de analgésicos Administrar analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles e la analgesia Llevar a cabo aquéllas acciones que disminuyan los efectos adversos a los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica Agilice los exámenes de laboratorio	Paciente refiere: alivio del dolor, a escala de 10/10 a 5/10.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
032 **ALTERACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO** R/C dolor, fiebre, mala posición, ansiedad	403 Estado Respiratorio Ventilación	3140 manejo de vías aéreas Administrar oxigeno humificado por CNB Colocar al paciente en posición semifowler Eliminar secreciones fomentando la tos y succión Enseñar a toser de manera efectiva Fomentar una respiración lenta y profunda giros y tos 3320 Oxigenoterapia Administrar oxigeno suplementario según ordenes Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetro gasometría en sangre arterial Mantener la permeabilidad e las vías aéreas Observar si hay signos de hipoventilación inducida por oxigeno 3350 Monitorización respiratoria Anotar cambios de la Sat O2 cambios de los valores de sangre arterial Auscultar sonidos pulmonares después de los tratamientos Instaurar tratamientos de terapia respiratoria Vigilar la frecuencia ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones Vigilar las secreciones respiratorias del paciente 6680 Monitorización de los signos vitales Observar periódicamente el color la temperatura y la humedad de la piel Observar cianosis central y periférica	Se evidenciara en el paciente: FR<25 x'. Ausencia de episodio de Disnea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
027 Potencial déficit de liquidos relacionados con hipertermia, aumento de pérdida de secreciones intestinales.	0601 Equilibrio Hídrico 0602 Hidratación Paciente mantendrá un equilibrio hídrico	4120 Manejo de líquidos Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. 4200 Terapia intravenosa Administrar los líquidos IV a temperatura ambiente. Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales. Realizar una técnica aséptica estricta. Verificar la orden de la terapia intravenosa.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
40002 **ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO** R/C nauseas, vómito y dolor	1004 estado nutricional	1200 Administración de nutrición parenteral total Asistencia en la colocación de catéter venoso central par nutrición parenteral Administrar la dosis prescrita de la nutrición parenteral Observar signos e flogosis Valorar residuo gástrico Valorar estado nutricional	El paciente presentará una buena tolerancia oral.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
004 Riesgo potencial de infección intraperitoneal relacionado con perforación intestinal procedimientos invasivosEV CVC, Sonda NSG, Vía periférica, Sonda Foley, Toma de muestras para ex. Auxiliares. Normotérmico. Hemograma Normal Leucocitos 5.000 a 10,000 mm3.	1092 Control de riesgos Paciente no presentara signos y síntomas de infección.	6545 Control de Infecciones Uso de medidas de bioseguridad Aplicar medidas antisépticas durante los procedimientos. Vigilar temperatura corporal. Realizar limpieza y curación de inserción cada 24 horas y según necesidad. Vigilar control de hemograma, hematocrito y leucocitos. Movilización según estabilidad hemodinámica. Vigilar vigencia de catéteres. Administración de antibióticos según indicación. Toma de cultivos, según indicación. Recojo de resultados de cultivo Vigilancia de la herida operatoria	Ruidos hidro aéreos presentes vómito: valore e I tipo, frecuencia - Tª 0 37.5ªC

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00146 : Ansiedad R/C amenaza a la integridad biológica , psicológica y social E/P piel fría, diaforesis, taquicardia, taquipnea, inquietud, irritabilidad, no colabora con tratamiento-	1402 Control de la ansiedad Paciente referirá sentirse menos ansioso.	7140 Apoyo familiar Informar a la familia sobre el estado de salud del paciente. Fortalecer comunicación terapéutica Fomentar vínculo paciente – familia mediante la facilitación de visitas. Coordinar con servicio social apoyo para mejorar situación familiar	

BIBLIOGRAFÍA:

Urden Linda, Lough Mary, StacyKathleen CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA Edit. Harcourt OCEANO. España, 2003.
http://apuntesenfermeria2.iespana.es/2005_b/Apuntes_SindromedeDistresRespiratorioagudo.ppt
www.intox.org/databank/documents/treat/treats/trt05_s.htm Dr. A. Jaeger, Director, Service de ReanimationMedicale et Centre Anti-Poisons, Hospital Civil de Strasbourg, Straasbourg, France.
http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13088697
http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1112/1/Insuficiencia-Respiratoria-Sindrome-Distress-Respiratorio-del-Adulto-SDRA-Apuntes-de-Neumologia-Apuntes-de-Medicina.html
NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007.
GUIAS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS 19

	GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	Edición N°003
	TEMA: INTOXICACION POR SUSTANCIAS DESCONOCIDAS	Pagina.

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10INTOXICACION POR SUSTANCIAS DESCONOCIDAS

II. DEFINICIÓN

Los plaguicidas o pesticidas son un conjunto de productos utilizados para destruir, controlar o prevenir la acción de animales, vegetales o micro-organismos perjudiciales para el hombre. Suelen clasificarse en diversos tipos, en función de su utilización principal (insecticidas, herbicidas, etc.).

La intoxicación con pesticidas organofosforados es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo. Varios estudios atribuyen cerca de 200, 000-300, 000 muertes por año por envenenamiento con estos agentes. Los envenenamientos accidentales son los menos comunes, siendo la ingestión intencional la principal causa. La fatalidad se calcula cerca de 15-30% de los casos.6,7

Se utiliza en la agricultura, horticultura y en uso doméstico, presentándose esta intoxicación en fumigadores, cosechadores, ingestión de alimentos contaminados e ingestión intencional. Las vías de intoxicación incluyen la vía oral, inhalación o absorción cutánea.

Una proporción de los incidentes de intoxicación aguda por insecticidas ha sido consecuencia del consumo de alimentos fuertemente contaminados durante su almacenamiento o envío.

Las intoxicaciones son la cuarta causa de mortalidad infantil. Los plaguicidas un lugar preferente como causa de muerte. Los inhibidores de la colinesterasa tipo órgano carbámico son la causa en las zonas urbanas y urbano marginales, los órganos fosforados lo son en las zonas urbano marginales y rurales, especialmente en estas zonas.

El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, a menudo salvan la vida del paciente, aunque el cuadro puede ser tan severo que requiera manejo en la unidad de cuidados intensivos

III. OBJETIVO

Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los pacientes con Intoxicación por sustancias desconocidas, y actuar de manera correcta en ambos casos que lleguen al servicio de emergencia.

IV. POBLACION OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes adultos y adultos mayores que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

V. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia III

VI. PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON INTOXICACION POR SUSTANCIA DESCONOCIDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0039 **RIESGO DE ASPIRACIÓN** R/C incremento e secreciones salivación, náuseas vómitos ausencia de reflujo y depresión del nivel de conciencia	1918 Control de Aspiración Paciente mantendrá vía aérea permeable	3200 Precauciones para evitar la aspiración Mantener vía aérea permeable Colocar al paciente en cubito lateral izquierdo Valorar el estado de conciencia Colocación y permanencia del tubo de mayo en boca 3160 Aspiración de la vía aérea Permeabilizar vías aéreas Aspirar secreciones 3350 Monitorización respiratoria Valorar frecuencia respiratoria y saturación de oxigeno 1080 Sondaje Gastrointestinal Colocación e sonda nasogástrica Realizar lavado gástrico Administrar carbón activado 3598 Vigilancia e la Piel Bañar al paciente para eliminar los residuos de la sustancia de la piel Valorar el estado de la piel y mucosas	Paciente mantiene vía aérea permeable libre e secreciones

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0030 **DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO** R/C cambios en la membrana alveolo capilar, aspiración del contenido gástrico hipoventilación broncoespasmo	**402** Estado respiratorio Intercambio Gaseoso Paciente mantendrá intercambio gaseoso adecuado durante el turno Paciente mantendrá valores de AGA dentro de los límites normales	3140 Manejo de la vía aérea Permeabilizar vías aéreas 3320 Oxigenoterapia Administrar oxigeno suplementario 3550 Monitorización respiratorio Controlar Fr y Sat O2 Valorar simetría y amplexación torácica 1910 Manejo de ácido base Toma de muestra e AGA y e Valoración de resultados e laboratorio	Paciente presentara un adecuado intercambio gaseoso

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0024 PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA DE ORIGEN CARDIOVASCULAR Y CEREBRAL R/C vasodilatación venosa como arterial, hipotensión y envenenamiento enzimático	0405 Paciente mejorara la perfusión cardiaca 0408 Paciente mejorara la perfusión tisular pulmonar 0407 Paciente mejorara la perfusión tisular periférica 0406 Paciente mejorar la perfusión tisular cerebral	3320 Administración e oxigeno Valorar el requerimiento el uso de Oxigeno 6680 Monitorización de funciones vitales Fc Fr P/A Sat de O2 4120 Manejo de líquidos Canalización de vías periférica calibre grueso 2314 Administración de fluidos Administración de medicamentos prescritos por vía endovenosa Administración de antídoto (atropina Valorar os signos de reacción de atropina (broncorrea, midriasis, taquicardia, piel seca, y rubicundez) 2620 Monitoreo Neurológico Control pupilar y reactividad a la luz Valoración de la escala de Glasgow 2550 Mejorar la perfusión cerebral Elevar la cabecera ángulo de 30 a 45° 4720 Estimulación cognitiva Estimulación del paciente con sonidos llamados y reflejos	Paciente mantiene perfusión tisular adecuada

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0027 Déficit el volumen de líquidos R/C vómitos diarrea, sudoración, hipersecreción bronquial y sialorrea	**601 equilibrio de líquidos** **0602 hidratación** Paciente mantendrá equilibrio hidroelectrolítico y balance hídrico positivo	**2314 Administración de medicamentos** **2080 Manejo de líquidos y electrolitos** Administración de tratamiento indicado Administración de cristaloides y electrolitos Control estricto de balance hídrico **0460 Manejo de la diarrea** Control y registro de las características de las deposiciones **4260 Prevención del Shock** Vigilancia de signos y síntomas de shock	Paciente mantiene balance hídrico positivo

	GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	Edición N°003
	TEMA: POLITRAUMATIZADO	Pagina.

I. NOMBRE Y CÓDIGOCIE 10:

II. DEFINICIÓN

Es una lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica.

Puede presentar dificultad para despertar, dificultad para hablar, confusión, cefalea intensa, vómitos, debilidad en todo el cuerpo

El politraumatismo es considerado como múltiples traumatismos es decir heridas o lesiones intencionales o node un mecanismo contra el cual el cuerpo no puede proteger a sí mismo. Significa la alteración multisitemica, poniendo Se requiere tratamiento multidisciplinario por ser principal causa de muerte. Los Traumatismos múltiples tienen el potencial de afectar cadasistema en forma simultánea.

III. OBJETIVO

Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los pacientes Politraumatizados y actuar de manera correcta en ambos casos que lleguen al servicio de emergencia.

IV. POBLACION OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes adultos y adultos mayores que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

V. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia III

VI. PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00032 **RIESGO DE PERFUSION TISULAR CEREBRAL INFICAZ F/R LESION CEREBRAL TRAUMATISMO**	0909 Estado neurológico 0910 Estado neurológico autónomo	**2620 Monitorización neurológica** Comprobar el tamaño forma simetría y capacidad de reacción de las pupilas Valorar escala de sedación Rass Vigilar reflejo corneal Comprobar reflejo tusígeno y nauseoso Titular sedoanalgesia de acuerdo a indicación medica **2720 Precauciones de la hemorragia subaracnoideo** Disminuir los estímulos en el paciente Administración de sedoanalgesia Administración de terapia de dolor Mantener parámetros hemodinámicos dentro de los parámetros establecidos Administrar medicamentos ablandadores de las heces **2450 Tratamiento del edema cerebral** Mantener al paciente en RASS- 5 Monitorizar la PVC	

	090917 Presión sanguínea	Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia ritmo y profundidad) niveles de la PaCO2 PaO2 Ph y Bicarbonato Evitar maniobras de valsalva Colocar la cabecera a 30° Restringir la administración de líquidos Administrar diuréticos de asa u osmóticos Vigilar los valores de laboratorio de Osmolaridad sérica y Urinaria niveles de sodio y potasio Mantener la normotermia **2690 Precauciones contra la convulsiones** Mantener las barandillas elevadas Administrar tratamiento anticomiciales Mantener vía aérea permeable	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00033 DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA r/c FATIGA DE LOS MUSCULOS RESPIRATORIOS m/x AUMENTO DEL USO DE LOS MUSCULOS ACCESORIOS PARA LA RESPIRACION Y DISMINUCION DE LA SATURACION DE OXIGENO	**0403 Estado respiratorio: ventilación**	**3390 Ayuda a la ventilación** Monitorizar los efectos del cambio de la posición en la oxigenación gasometría arterial Colocar al paciente en cabecera de 30° de forma que facilite la concordancia ventilación /perfusión Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación según corresponda Administrar medicamentos broncodilatadores e inhaladores de forma que favoresca la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases. **3300 Manejo de la ventilación mecánica Invasiva** Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (fatiga de los músculos respiratorios disfunción neurológica) Seleccionar el modo ventilatorio, Monitorizar y valorar lo parámetros ventilatorios programados (Control de volumen Fc respiratoria, Nivel de FiO2 y volumen corriente) Administración de sedantes y bloqueantes Administración de relajantes musculares para asegurar la sincronía ventilación /paciente Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén preparadas	

		Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador incluida la humificación del aires inspirado, Controlar factores que aumentan el trabajo respiratorio, del paciente Ventilador(cabecera de cama baja tubo endotraqueal mordido, condensaciones de los tubos ventilatorios) Controlar las actividades de aumentan el consumo de oxigeno (fiebre dolor) y puedan desbordar los ajustes ventilatorios Vigilar la eficacia del sistema ventilatorio Realizar fisioterapia respiratoria según prescripción medica **3180 Manejo de la vía aérea artificial** Proporcionar humificación del 100% del gas inspirado Comprobar el Cuff del tubo endotraqueal manteniendo entre 20 y 30 cm del H2O Realizar la aspiración endotraqueal valorando la cantidad de secreciones Cambio de sujeción endotraqueal cada 24 horas Higiene bucal con clorexidina a 2% cada 8 horas Comprobar la consistencia , color y cantidad de las secreciones Inspeccionar la piel al rededor del tubo endotraqueal por si hay enrojecimiento de la piel o aparición de UPP. Elevar la cabecera a 30 grados	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO f/r DETERIORO NEUROLOGICO POR TRAUMATISMO CRANEAL	**0501 Eliminación intestinal**	**0430 Control intestinal** Valorar la última defecación Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia forma, volumen y color según corresponda Monitorizar los sonidos intestinales Evaluar la consistencia fecal **1100 Manejo de la nutrición** Determinar el estado nutricional de paciente y su capacidad para satisfacer sus necesidades nutricionales Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales Valorar residuo gástrico Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de los alimentos **0450 Manejo del estreñimiento /Impactacion fecal** Vigilar la aparición de impactacion fecal Vigilar la existencia de peristaltismo Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional Administrar laxantes según prescripción medica	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC/ ACTIVIDADES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
00039 RIESGO DE ASPIRACION F/R DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA PRESENCIA DE TET	**0410 Estado respiratorio permeabilidad de vías aéreas**	**3180 Manejo de la vía aérea artificiales** Colocar una cánula de guedel para impedir morder el tubo endotraqueal Proporcional una humificación del 100% del oxígeno inspirado Mantener inflado el Cuff del TET de 20 a 30 mmHg durante la ventilación mecánica Comprobar el Cuff cada 4 a 8 Horas Realizar aspiración endotraqueal según corresponda Cambiar las cintas de sujeción cada 24 horas Realizar higiene bucal cada 8 horas con clorexhidina al 2% **Precauciones para evitar la aspiración** Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso, Minimizar el uso de narcóticos y sedantes Mantener la cabecera a 30 o 45° Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de los alimentos Evitar la alimentación si los residuos son mayores a 200 ml cada 8 horas Administrar una alimentación continua en lugar de gravedad o en bolo	

	GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	Edición N°003
	TEMA: CRISIS HIPERTENSIVA	Página.

I. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10:M.

GUÍA INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA

II. DEFINICIÓN.-

CRISIS HIPERTENSIVA

Se considera crisis hipertensiva cuando se encuentran valores de presión arterial sistólica (PAS) >179 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) >109 mm Hg. Elevaciones severas de la presión arterial fueron clasificadas como urgencia hipertensiva en ausencia de compromiso de órgano blanco; o como emergencias hipertensivas en presencia de lesión aguda de órgano blan-co.

4.2. URGENCIA HIPERTENSIVA: Es la presión arterial elevada ≥ 180/110 en ausencia de síntomas o daño nuevo o progresivo de órganos diana. Son aquellas situaciones en las que es deseable disminuir la presión arterial en unas pocas horas (en 24-48 hrs) y pueden tratarse con dosis de medicamentos orales de acción relativamente rápida, sin necesidad de internar a estos pacientes en terapia intensiva

4.3. EMERGENCIA HIPERTENSIVA: Es aquella situación donde se encuentran cifras de presión arterial elevadas ≥ 220/120 mmHg acompañado de lesión de órganos diana, que requieren una disminución de la presión arterial (no necesariamente a niveles normales) en menos de una hora desde el diagnóstico, para prevenir o limitar el elevado riesgo de que se produzca daño agudo o progresivo de órganos diana (cerebro, retina, corazón, riñón) que pueden quedar irreversiblemente afectados.

III. OBJETIVO:

Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los pacientes con Crisis Hipertensivas y actuar de manera correcta en ambos casos que lleguen al servicio de emergencia.

IV. POBLACIÓN OBJETIVO

Esta guía de enfermería está desarrollada para aquellos pacientes adultos y adultos mayores que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

V. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia III

VI. PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
029 Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la pre y post carga, resistencia vascular periférica, alteración de la frecuencia cardiaca M/P taquicardia, aumento de la presión arterial.	**1405 Eficiencia del bombeo cardiaco** Recuperar paulatinamente el GC del paciente	**04040 Monitoreo hemodinámica** **6680 Monitorización de signos vitales** Control continuo de SV: T, P, FR, TA. Con mayor énfasis en la TA Y la FC. c/ hora Control y monitoreo de funciones vitales **4150 Regulación hemodinámica** Toma de EKG Vigilancia de PAM , Valorar llenado capilar y pulsos distales Valorar la temperatura de la piel y coloración Mantener PAM >65mmHg Asistencia en la colocación de línea arterial Asistencia en la colocación de catéter venos central Monitorización hemodinámica invasiva Administración de antihipertensivos, orales SOM (metoprolol 50mg VO , captopril 25mg S Realizar control de la diuresis c/ 6 hrs. Vigilar el estado neurológico del paciente. Proporcionarle tranquilidad y reposo en cama al paciente en posición semifowler. Posición supina	El paciente ha mejorado de manera considerable el GC,. Evidenciándose en la disminución de la TA cerca de los niveles normales (130/80m mmHg) y FC cerca de los valores normales (60-80 pul/min), apoyados en el tratamiento farmacológico y las intervenciones de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0132 **DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOS** E/V aumento de la presión de los capilares cerebrales M/P respuestas autónomas (aumento de la presión arterial, aumento de la respiración, aumento de la frecuencia cardiaca), mascara del dolor	**1605 Control del dolor** El dolor disminuirá a los niveles tolerables evidenciado por valoración en la escala del dolor 4/10, manifestado por el paciente.	**1400 Manejo del dolor** Toma de signos vitales TA, P FR Valoración del dolor según escala. Administración de analgésicos (dipirona 2.5 g i.v. c/ 8h) S.O.M Proporcionar ambiente tranquilo y cómodo Manejo de la ansiedad a través de la comunicación con el personal de salud y su acompañante	El paciente tuvo disminución del dolor, manifestado verbalmente y mediante la escala 4/10
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCIONES NOC**	**INTERVENCIONES NIC**	**INDICADORES DE SEGUIMIENTO**
0032 **PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ** R/C síndrome de hiperventilación	**410 estado respiratorio permeabilidad de vías aéreas** El paciente mejorara su patrón respiratorio	**3350 Monitorización respiratoria** Auscultar ambos campos pulmonares Valorar el estado de conciencia Determinar frecuencia y ritmo respiratorio Observar cianosis y disnea Valorar amplexacion y simetría torácica Administración de O2 a 2lts/min por cánula nasal Cuidados de los sitios de presión de la cánula Disminución de la ansiedad Posición semifowler	El paciente presentó mejoría del patrón respiratorio encontrándose FR: 20 Resp/min, se observo más tranquilo y comunicativo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES NOC	INTERVENCIONES NIC	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
0001 **DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO** R/C ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas M/P IMC aumentado	**1004 estado Nutricional** El paciente obtendrá un equilibrio nutricional a largo plazo I.M.C de 24	1110 Manejo de la Nutrición Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia Administrar dieta normosodica e hipocalórica	Paciente mantiene una alimentación balanceada.

BIBLIOGRAFÍA:

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000668.htm.
http://es.geocities.com/simplecrisis Hipertensiva.html
http://www.aibarra.org/Guias/1-13.htm.
NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007

	GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	Edición N°003
	TEMA: CRISIS HIPERTENSIVA	Página.

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SHOCK HIPOVOLEMICO

I. DEFINICIÓN:

Es una serie de procesos caracterizados por un síndrome de falla cardiovascular aguda que se acompaña de hipotensión arterial, hipertensión tisular inadecuada y alteraciones en el metabolismo celular; dichas alteraciones metabólicas son el producto de un aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos.

II. POBLACIÓN OBJETIVO:

Adulto y adulto mayor

III. OBJETIVO

Unificar criterios técnico- asistencial en la intervención de enfermería con shock hipovolémico

Establecer los pasos básicos de la terapia de fluidos de las víctimas de shock hipovolémico.

III. PERSONA RESPONSABLE

Enfermera

I. PLAN DE CUIDADOS

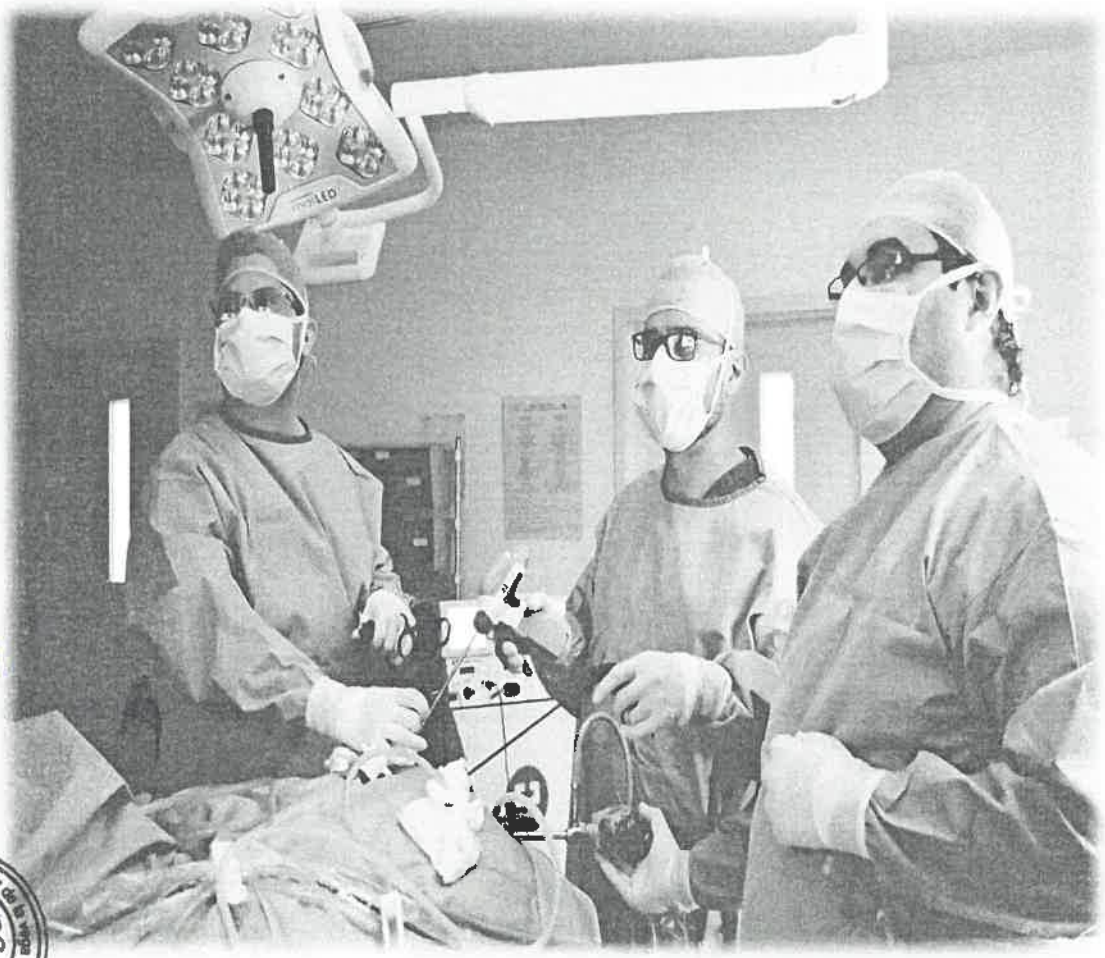
GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SHOCK HIPOVOLEMICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS(NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CODIGO: **00027:POTENCIAL RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C PÉRDIDA ACTIVA DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS**	Codigo:**0600** Equilibrio de Electrolitos acido base. Código (0601) Equilibrio de líquidos, Codigo:0602 Hidratación	**(2080)** MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS -Monitorice el estado hemodinámico -Controle los valores normales de laboratorio -Realice balance hídrico estricto -Prepare al paciente para diálisis -Observe desequilibrio de electrolitos asociado a hipercalcemia, hipo o hiperpotasemia, acidosis. **(4130)** MONITORIZACION DE LIQUIDOS -Determine la cantidad y tipo d ingesta de líquidos y hábitos de evacuación -Explore turgencia cutánea (hidratación) - Monitorice ingresos y egresos -Administre fármacos prescritos para incrementar la diuresis. - Registre en la nota de Enfermería.	Valores normales: -Presencia de edemas - Balance Hidroelectrolítico - Equilibrio acido base -Llenado capilar < 2" -PVC: 6 – 8 ml/H2O. -Hto: 40 % - 45% - Hb.: 12.14 %ç

HRGDV

Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY – 2019.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

CENTRO QUIRURGICO.

2019

EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Marlene CASTILLO WARTHON

LICENCIADA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Mg. Gregoria CHOQUE FLORES

LICENCIADA ENCARGADA DE LA REVISION DE LAS GUIAS

Lic. Marisol JURO MEDINA

EQUIPO TÉCNICO DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACION

EQUIPO TECNICO Y REDACCÓN

LICENCIADA JEFE DEL SERVICIO

E.C.Q. Esperanza Ticona Sánchez

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA QUIRURGICA

E. C.Q Margarita Huamán Robles

ESPECIALISTA EN CUIDADOS EN CENTRO QUIRURGICO

E. C.Q. Clarivel Valderrama Pérez

ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO

E.C.Q. Jessica Cosió Collahua

ENFERMERA ASISTENCIAL

COLABORADORES

E.C.Q. Nancy Aragón Trujillo

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO

E.C.Q. Edith vera Pinto

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA QUIRURGICA

E.C.Q. Lilia Victoria Ochoa Ramos

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA CUIDADOS QUIRURGICOS

E.UCI Liliana Delia Salas Contreras

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

E.C.Q. Zacarías Córdova Urrutia

ESPECIALISTA ENFERMERIA EN CUIDADOS EN CENTRO QUIRURGICO

E.C.Q. Silvia María Gamboa Flores

ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO

E.C.Q. Ruth Ana Valencia Auca

ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO

Y a todos los profesionales de enfermería del Hospital por su aportación en esta guía de Intervención

EDITA

Departamento de Enfermería

ÍNDICE

INTRODUCCIÒN

1. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL.....8
2. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN UNA PROSTATECTOMIA.....13
3. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL.....21
4. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN APENDICECTOMIA.....25
5. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ORTOPEDIA DE CADERA.....29
6. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.....35
7. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CESAREA.....40
8. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN REDUCCION CRUENTA MÁS OSTEOSINTESIS DE TIBIA Y PERONE.....44
9. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA NEUROCIRUGIA.....48
10. BIBLIOGRAFIA.

PRESENTACION

Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega, en la actualidad, es un hospital referencial de la región Apurímac.

Su elevada producción asistencial, facilita en todo momento el desarrollo de sus profesionales y la aportación que hacen éstos a la institución.

Nuestros profesionales se caracterizan por una clara orientación a la mejora continua de los cuidados dirigidos a los pacientes y sus familias, sensibles en todo momento a sus necesidades y expectativas.

La "Guías de Intervención de enfermería ", es fruto del trabajo en equipo de un gran número de profesionales de todos las unidades clínicas que componen nuestro Hospital. Tiene por objetivo dar continuidad a la normalización de la práctica enfermera, estrategia iniciada y consolidada desde hace años.

Las "Guías de intervención en centro quirúrgico, que componen esta publicación están sustentados por la mejor evidencia científica, y están disponibles para ser consultados en todo momento por los profesionales, con la certeza de prestar cuidados enfermeros con los mismos estándares de calidad.

Un aspecto innovador y muy importante, de esta guía de intervención I, es la inclusión explícita de puntos críticos de seguridad para el paciente, LA NANDA NOC, NIC. Es uno de los registros importantes en la historia clínica de cada paciente de acuerdo a la patología.

La Guía de Intervención de Enfermería es, sin duda, una herramienta muy útil para los profesionales de todas las unidades de nuestro hospital y nos permite continuar con nuestra estrategia de normalización de la práctica clínica en pro de una mayor efectividad, eficiencia y seguridad.

Desde aquí quiero trasmitir mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales de enfermería, en especial a los autores de esta Guía de intervención, por su dedicación y esfuerzo. Al tiempo que motivamos a los profesionales a aportar sugerencias que contribuyan a la mejora del mismo, dado el dinamismo de los cuidados de enfermería.

INTRODUCCION

El Hospital REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, en el marco de los Lineamientos de Políticas Sectoriales y en cumplimiento de su función de prevención, rehabilitación y recuperación de la salud de los usuarios, facilita los instrumentos Técnicos. Normativos de cumplimiento en la institución. Las Guías Intervención de enfermería del Departamento de Anestesiología y Centro quirúrgico, son de suma importancia, debido a que están implícitas las atenciones básicas que la enfermera del Departamento debe realizar a la hora de la práctica, y es por esta misma razón por la que se han elaborado, para que el personal tenga una guía de consulta en el desarrollo de sus funciones así como para todo personal nuevo que se incorpore al Departamento. Las Guías de intervención de Enfermería que contiene el presente documento están relacionadas a la atención del pacientes quirúrgico que necesitan una atención de calidad y calidez para su recuperación dentro del Departamento de sala de operaciones, a quienes los profesionales de enfermería debemos brindar.

OBJETIVOS:

GENERAL

Estandarizar las Guías de intervención de Enfermería, con la finalidad de fortalecer la atención al usuario, buscando el máximo beneficio y el mínimo riesgo en cada paciente.

ESPECIFICOS

1. Estandarizar las Guías de intervención de enfermería, en base a una secuencia lógica, de acuerdo a los acontecimientos que puedan presentarse.

2. Aplicar las Guías de Intervención por el profesional de Enfermería, para brindar una calidad y con calidez la atención a cada usuario.

3. Asegurar una atención de calidad, con equidad, eficiencia y eficacia sobre todo que sea libre de riesgos.

CAPITULO III: BASE LEGAL

- Ley Nº 26842 - Ley general de Salud.
- Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud Nº - 629 HNAL DG 2008 Resolución Directoral
- Ley Nº 27815Ley del Código de Ética de la Administración Publica
- Ordenanza Regional Nº 030-2012-GR-AP/CR Oct. 2012 – DS 043-2004-PCM Aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA – Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP- V.02. "Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional
- Resolución Directoral Nº 318-2014-DG-HRGDV aprueban el MOF del departamento de Enfermería y sus servicios.
- Resolución 603-206/MINSA- Directiva Nº 007- MINSA OGPP

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL

DEFINICION:

Guía de atención de Enfermería a Pacientes mayores de 19 años, que acuden al Hospital regional Guillermo Díaz de la vega por Emergencia o por la consulta externa, por presentar colecistitis crónica calculosa, colecistitis, para ser sometidos a Colecistectomía Convencional , por el método tradicional.

La colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma. La disección se puede hacer de forma anterógrada ò retrograda las principales condiciones en las que se práctica esta intervención son:

Los cálculos, también conocidos como piedras en la vesícula, son un trastorno en el que esta estructura presenta uno o varios cálculos en su interior lo que interfiere con su vaciamiento, en ocasiones los cálculos pueden atascarse en el conducto que comunica la vesícula con el intestino llamado colédoco lo cual origina un dolor muy intenso llamado cólico biliar, que puede acompañarse por náuseas y vómitos después de las comidas. Los cálculos biliares se presentan con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años que presentan sobrepeso u obesidad.

Las técnica colecistectomía abierta o convencional y Laparoscópica. La cirugía de vesícula biliar se efectuaba a través de una incisión en el abdomen a nivel del borde de las costillas del lado derecho, está herida era bastante grande y debía hacerse para poder elevar el hígado para tener acceso a la vesícula. Técnica laparoscopia, es una técnica distinta ya que es menos invasiva y permite extraer la vesícula haciendo solo tres pequeños orificios en el abdomen que dejan cicatrices muy pequeñas muchas veces imperceptibles. Este procedimiento es llevado a cabo en quirófano bajo anestesia general.

Es posible que un paciente que sea sometido a una laparoscopia termine en una colecistectomía abierta si se presentan complicaciones durante el procedimiento.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES.

- Cálculos biliares (colelitiasis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

COMPLICACIONES.

- Lesión del Conducto Biliar Común
- Colección Biliar
- Hemorragias
- Complicaciones Respiratorias: Neumonías, Atelectasias, Trombo embolismo Pulmonar.
- Desequilibrio Hidroelectrolítico.
- Íleo Paralítico.

TRANSOPERATORIO

ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.

- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura, hoja de consumo.

V. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00128 CONFUSIÓN AGUDA **R/C** efectos secundarios de fármacos anestésicos **M/P** fluctuaciones en el nivel de conciencia **00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES** **R/C** cambios de la membrana alveolar capilar **E/P** hipoxia Dominio 12: Confort Clase:1 Confort físico	**0912 ESTADO NEUROLÓGICO** (despertar orientación y atención hacia el entorno) ❖ Paciente orientado en tiempo espacio y persona **0402 ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO** ❖ El paciente mantiene un intercambio gaseoso. Optimo sPo2: 95 - 100%	**4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD** ❖ fomentar al paciente acerca de la identidad personal tiempo y ambiente **0012 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)** ❖ disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales para prevenir caídas ❖ ajustar a una temperatura ambiental adecuada a las necesidades del paciente **3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.** ❖ Colocar la cabeza del paciente en posición frente mentón lateralizado ❖ Verificar la posición de la lengua **-3320 OXIGENO TERAPIA** ❖ Administración de oxigeno de 4- 5 litros y disminuir de acuerdo a la saturación ❖ Vigilar el flujo de oxigeno

00132 DOLOR AGUDO **R/C. agentes lesivos** intervención quirúrgica **E/P** herida : incisión quirúrgica **DOMINIO :9** Afrontamiento y tolerancia al estrés Clase :2 Respuesta de Afrontamiento. Código:00146 **00146 ANSIEDAD Temor** **R/C** Ambiente hospitalario estado de salud **E/P** temor (facies de preocupación, Irritabilidad	**1605 CONTROL DE DOLOR** **Dominio:** **Conocimiento conductual de salud** **Clase: conducta de salud** ✓ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva **1402 AUTOCONTROL DE OLA ANSIEDAD** ✓ paciente logra controlar sus sentimientos de aprensión y tensión	**1400 MANEJO DE DOLOR:** ✓ realizar valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, ✓ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión **6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)** ✓ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos **2210 ADMNISTRACION DE ANALGESICOS** ✓ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. ✓ Administración de tratamiento según indicación medica **5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD** ✓ Dar información sobre su enfermedad al paciente y a los familiares **5880 TECNICAS DE RELAJACION** ✓ indicar al paciente que realice respiraciones profundas (inhalación exhalación) **5240 ASESORAMIENTO** ✓ dialogar con el paciente acerca de su miedos y temores

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA PROSTATECTOMIA

DEFINICION:

La prostatectomia es la intervención quirúrgica para extraer la totalidad o parte de la glándula prostática. Existen diferentes técnicas La glándula prostática es un órgano que se encuentra en la base de la vejiga en los hombres. Es posible que sea necesario destruir o extirpar quirúrgicamente. La prostatectomía simple es un procedimiento para extirpar la parte interna de la glándula prostática, a través de una incisión quirúrgica en la parte baja del abdomen, con el fin de tratar el agrandamiento de la próstata y tejidos en dicha glándula si ésta se encuentra inflamada.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES

- Imposibilidad de vaciar completamente la vejiga (retención urinaria)
- Sangre en orina recurrente desde la próstata
- Cálculos retenidos en la vejiga por el aumento de la próstata
- Cáncer de próstata
- Retención de orina que produce un aumento de la presión sobre los uréteres y riñones (hidronefrosis)
- Infecciones urinarias de repetición
- Síntomas de síndrome prostático con importante repercusión sobre la vida diaria

COMPLICACIONES

- Riesgo vital excepcional por hemorragia.
- Complicaciones durante la intervención y complicaciones posoperatorias precoces.
- Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
- Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación.
- Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente.
- En ese caso un ano contranatural temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión.
- Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico.
- Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una re intervención.
- Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.
- Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; requiere una re intervención quirúrgica.

TRANSOPERATORIO

ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.

- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo

RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA (RTU)

Una resección transuretral de la próstata no se realiza para curar el cáncer de próstata, sino que tiene como objetivo aliviar los síntomas, como los problemas al orinar, en hombres que no pueden someterse a otros tipos de cirugía. Esta operación se utiliza con más frecuencia para aliviar los síntomas de la

inflamación no cancerosa de la próstata conocida como hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés).

Durante esta operación, se coloca un instrumento llamado rectoscopio en el interior de la uretra ingresando por el extremo del pene hasta el nivel de la próstata. Una vez que está en su sitio, se pasa electricidad a través de un alambre para calentarlo o se usa un rayo láser para cortar o destruir la parte de la próstata que rodea la uretra.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES.

- Imposibilidad de vaciar completamente la vejiga (retención urinaria)
- Sangre en orina recurrente desde la próstata
- Cálculos retenidos en la vejiga por el aumento de la próstata
- Cáncer de próstata
- Retención de orina que produce un aumento de la presión sobre los uréteres y riñones (hidronefrosis)
- Infecciones urinarias de repetición
- Síntomas de síndrome prostático con importante repercusión sobre la vida diaria.

COMPLICACIONES.

Riesgo vital excepcional por hemorragia.

Complicaciones durante la intervención y complicaciones post-operatorias precoces.

- Hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
- Lesión del uréter que pudiera requerir una reparación.
- Perforación del recto debido a su proximidad a la próstata y al tumor. Corrientemente ella puede ser reparada inmediatamente sin secuelas, ocasionalmente ella no puede ser suturada con hermeticidad o pasa desapercibida y se complica secundariamente.

En ese caso un ano contranatural temporal durante dos o tres meses es indispensable para permitir la cicatrización de la lesión.

- Infección urinaria que requiera tratamiento antibiótico.
- Hematoma, usualmente a nivel de la herida operatoria. Cura mediante drenaje local y excepcionalmente obliga a una re intervención.
- Fuga de orina a través del drenaje que se corrige generalmente manteniendo el drenaje por un tiempo más prolongado y conservando la sonda urinaria por más tiempo del previamente estimado.
- Derrame de linfa o colección pelviana (linfocele): en caso de disección ganglionar; requiere una re intervención quirúrgica

TRANSOPERATORIO

ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.

- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura, hoja de consumo.

V.GUIA DE INTERVENCION PACIENTES EN PROSTATECTOMIA /RTU

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONE (NIC)
DOMINIO :9 Afrontamiento y tolerancia al estrés Clase :2 Respuesta de Afrontamiento. Código:00146 **00146 ANSIEDAD** **R/C** estado de salud **E/P** temor (facies de preocupación	**1402 AUTOCONTROL DE OLA ANSIEDAD** ❖ paciente logra controlar sus sentimientos de aprensión y tensión	**5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD** ❖ Dar información sobre su enfermedad al paciente y a los familiares **5880 TECNICAS DE RELAJACION** ❖ indicar al paciente que realice respiraciones profundas (inhalación exhalación) **5240 ASESORAMIENTO** ❖ dialogar con el paciente acerca de su miedos y temores
00134 NAUSEAS **R/C** medicación de anestesia. **M/P** sensación nauseosa	**1618 CONTROL DE NAUSEAS** Paciente sin sensación de nauseas	**1450 MANEJO DE NAUSEAS** ❖ Técnicas de relajación Manejo del vomito. Precauciones para evitar la aspiración (cabeza lateralizada)
DOMINIO : 12 **Confort** **Clase1 :** **Confort físico**	**1605 CONTROL DE DOLOR** ❖ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva	**1400 MANEJO DE DOLOR** ❖ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión **6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)** ❖ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos
00132 DOLOR AGUDO **R/C** intervención quirúrgica **E/P** herida : incisión quirúrgica	**1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES**	**2210 ADMNISTRACION DE ANALGESICOS**
00004 RIESGO DE INFECCION		

R/C uso inadecuado de medidas asépticas	❖ paciente sin riesgo de infecciones	❖ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. Administración de tratamiento según indicación medica **6540 CONTROL DE INFECCIONES** ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones **3660 CUIDADOS DE HERIDAS** ❖ limpieza de heridas con el uso de antisépticos

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

DEFINICION:

Una histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino

A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, un procedimiento denominado histerectomía total con salpingooforectomía.

La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES

- Cáncer ginecológico
- Fibromas
- Endometriosis
- Prolapso uterino
- Sangrado vaginal anormal.

- Dolor pélvico crónico
- Anormalidades del cuello uterino
- Hiperplasia endometrial:
- Salpingooforectomia:

COMPLICACIONES

- Hemorragia
- Infección
- Estreñimiento
  Daño a los órganos adyacentes
- La menopausia temprana

TRANSOPERATORIO

ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura, hoja de consumo.

V. GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES EN HISTERECTOMIA ABDOMINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)
DOMINIO : 12 **Confort** **Clase1 :** **Confort físico** **00134 NAUSEAS** **R/C** medicación de anestesia. **M/P** sensación nauseosa **00025** Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C perdida de sangrado **00132 DOLOR AGUDO** **R/C intervención quirúrgica** **E/P herida : incisión quirúrgica** **00004 RIESGO DE INFECCION** **R/C** uso inadecuado de medidas asépticas	**1618 CONTROL DE NAUSEAS** paciente sin sensación de nauseas **0407** Perfusión tisular **1605 CONTROL DE DOLOR** ❖ paciente logra controlar su dolor del 1-10 en la escala de Eva periférica **1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES** ❖ paciente sin riesgo de infecciones	**1450 MANEJO DE NAUSEAS** ❖ Técnicas de relajación Manejo del vomito. Precauciones para evitar la aspiración (cabeza lateralizada) **2080 MANEJO DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS** ❖ administración de solución poli electrolítico a 30 gotas por minuto ❖ administración de cloruro de sodio ❖ Regulación hemodinámica **1400 MANEJO DE DOLOR** ❖ Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión **6482 MANEJO AMBIENTAL (CONFORT)** ❖ brindar al paciente un ambiente tranquilo libre de ruidos **2210 ADMNISTRACION DE ANALGESICOS** ❖ valoración de la intensidad del dolor pre analgesia. ❖ Administración de tratamiento según indicación medica **6540 CONTROL DE INFECCIONES** ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones **3660 CUIDADOS DE HERIDAS** ❖ limpieza de heridas con el uso de antisépticos

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN APENDICECTOMIA.

DEFINICION:

Apendicetomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. Es una cirugía de emergencia común que se realiza para tratar la apendicitis, una condición inflamatoria del apéndice.

Cuando el apéndice se inflama y se hincha, las bacterias pueden multiplicarse rápidamente dentro del órgano y conducir a la formación de pus. Esta acumulación de bacterias y pus puede causar dolor alrededor del ombligo el que se extiende a la sección inferior derecha del abdomen. Caminar o toser puede empeorar el dolor. También puede experimentar náuseas, vómitos y diarrea.

Es importante buscar tratamiento de inmediato si tiene síntomas de apendicitis. Cuando la condición no se trata, el apéndice puede estallar (apéndice perforado) y liberar bacterias y otras sustancias nocivas en la cavidad abdominal. Esto puede poner en peligro la vida y conducir a una estancia hospitalaria más prolongada.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones

RECURSOS HUMANOS

- Lic. Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente, constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Entre el 5-15% de la población padece este cuadro en algún momento de su vida, su máxima incidencia tiene lugar en la segunda y tercera década de la vida, para disminuir en edades extremas, no existe diferencia de incidencia entre ambos sexos

COMPLICACIONES

Tal como ocurre en cualquier operación, existen riesgos entre los que se incluye el riesgo de complicaciones. Sin embargo, el riesgo de que ocurra alguna de dichas complicaciones no es mayor que si la operación se realizara mediante la técnica a cielo abierto.

- Sangrado
- Infección
- Extirpación de un apéndice normal
- Una pérdida en el borde del colon donde se extirpó el apéndice
- Lesión de órganos adyacentes tales como el intestino delgado, el uréter o la vejiga.
- Un coágulo de sangre a los pulmones

Por último, esta es una operación bastante común y que se suele realizar en estado de emergencia pero por lo general no suelen surgir complicaciones en la realización de la misma.

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.

- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresa, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo

V.GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON APENDICECTOMIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Dominio 11:seguridad y protección **Clase 1: Infección** **Código :00046** **Deterioro de la integridad cutánea R/C** Extirpación del apéndice evidenciado por alteración de la piel(epidermis) **00004 RIESGO DE INFECCION R/C procedimiento invasivo**	1102 Curación de la Herida por Primera intención Dominio : Salud Fisiológica Clase Integridad Tisular **3660** cuidado de herida operatoria **6550** Protección de infección	3590 Vigilancia de la piel: ✓ Observar el estado de la zona de la incisión. ✓ Instaurar medida para evitar mayor deterioro **1102** Protección de Herida operatoria de primera intención **1908** Detección del riesgo **1902**contol del riego de infección

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA ORTOPEDIA DE CADERA.

DEFINICION:

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano. Este tipo de fractura es la lesión

Incapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los ancianos. .

Fractura de cadera es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida.

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de fractura de cadera porque los huesos tienden a debilitarse con la edad (osteoporosis). El uso de múltiples medicamentos, la visión deficiente y los problemas de equilibrio también hacen que las personas mayores sean más propensas a tropezar y caer.

Casi siempre, una fractura de cadera exige la reparación o el reemplazo quirúrgicos, seguidos de meses de fisioterapia.

Tomar medidas para mantener la densidad ósea y evitar las caídas puede ayudar a prevenir la fractura de cadera.

INTRACAPSULARES: Que incluyen las fracturas de la cabeza femoral, subcapitales, transcerviales y basicervicales. El principal problema de estas fracturas es que pueden comprometer la vascularización de la cabeza femoral, dando lugar a una ausencia de consolidación e incluso a una necrosis a vascular postraumática de la cabeza y el consiguiente colapso de la articulación.

EXTRACAPSULARES: que incluyen las pertrocantéreas y subtrocantéreas. Estas fracturas dan lugar a una pérdida de sangre a partir de superficies óseas esponjosas vasculares, aunque en raras ocasiones producen necrosis a vascular.

Las más frecuentes son las pertrocantéreas (50%) seguidas de las subcapitales. (40%).

Sin embargo, cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo. En pacientes ancianos y/o osteoporóticos la fractura puede preceder a la caída por suceder de forma espontánea, siendo ésta la causa y no la consecuencia.

OBJETIVO

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Disminuir la Mortalidad
- Favorecer a la movilización temprana

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACION

- Fractura de cadera cuello femoral
- Fractura de cadera trocante rica
- Dolor de cadera
- Dificultad para movilizarse

COMPLICACIONES

- Coágulos sanguíneos en las piernas o edema pulmonar
- Úlceras de decúbito
- Infección urinaria
- Neumonía
- Mayor pérdida de masa muscular, lo que incrementa el riesgo de caídas y lesiones

TRANSOPERATORIO

ASISTENCIA QUIRÚRGICA

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.

- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo

V. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN ORTOPEDIA DE CADERA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONE (NIC)
DOMINIO:12-CONFORT **CLASE 1: Confort físico** **CODIGO :00132** **Dolor agudo R/C con agentes lesivos E/P Por llanto, escala del dolor cambios de la presión arterial.**	**1605 Control del dolor** **Dominio:** **Conocimiento y conducta de salud.** **1605 Control del dolor** **Dominio: Conocimiento y conducta de salud**	**1400** Manejo el dolor. • Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características. Duración o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse que el paciente reciba sus analgésicos rescritos. • Se evaluara la efectividad del analgésico. • Considerar el tipo y fuente de dolor. • Orientación a la ambulación del paciente operado. **2210 Administración de Analgésicos** • Considerar el uso d infusión continua • Evaluar la eficacia del analgésico • Observar y registrar efecto secundario del analgésico.

(00206) Riesgo de sangrado **R/C** Procedimiento quirúrgico **00004 RIESGO DE INFECCION** **R/C** uso inadecuado de medidas asépticas	(4120) Prevención y manejo de líquidos y electrolitos **1807 CONOCIMIENTO DE CONTROL DE INFECCIONES** ❖ paciente sin riesgo de infecciones s y electrolitos	Regularización Hemodinámica **6540 CONTROL DE INFECCIONES** ❖ administración de antibióticos para prevenir las infecciones **3660 CUIDADOS DE HERIDAS** limpieza de heridas con el uso de antisépticos

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA

LAPAROSCOPICA

Es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas, sin abrir el abdomen.

La realización de incisiones muy pequeñas no solo tiene ventajas estéticas, además se reducen las infecciones postoperatorias y disminuye el dolor postoperatorio. Como consecuencia de ello, es menor el periodo de ayuno, el tiempo de estancia hospitalario. También se reduce el riesgo de hernias en las incisiones al ser éstas más pequeñas.

Por el contrario, el abordaje laparoscópico supone un discreto aumento en el número de lesiones de los conductos biliares, a lo que el cirujano deberá prestar especial atención.

La existencia de intervenciones abdominales (especialmente en la zona de la vesícula) y la inflamación de la vesícula (colecistitis) son las dos causas que con más frecuencia impiden que la colecistectomía se pueda realizar por vía laparoscópica. Otras veces, una intervención iniciada por laparoscopia es necesario concluirla con un abordaje convencional, en lo que los cirujanos llamamos conversión, sin que esto deba ser entendido como una complicación.

La preparación preoperatoria para la colecistectomía laparoscópica es similar a la colecistectomía abierta, básicamente se requiere de ayuno de por lo menos 6 horas.

El paciente está preparado y cubierto en la habitual forma estéril. Tubo de insuflación, los cables de la cámara, y el tubo de succión están garantizados. La cámara laparoscópica es a color.

INCISION Y ESTABLECIMIENTO DEL NEUMOPERITONEO

Se hace una incisión en la piel en forma transversal por encima del ombligo, y con disección roma se llega a la línea alba. Con dos pinzas de piel el cirujano levanta la piel y la pared abdominal e inserta la aguja de Veress para insuflación

de gas o directamente el trocar de 10 mm a través de la fascia en la cavidad peritoneal.

La punta de la aguja de Veress debe ser dirigida hacia los pies del paciente para evitar la lesión inadvertida de la aorta abdominal.

Para confirmar la presencia de la aguja dentro de la cavidad abdominal, se realiza una prueba de caída con una gota de agua: mientras la pared abdominal se levanta con las pinzas, una gota de solución salina se coloca en el centro de la aguja. La gota de solución salina debe caer rápidamente si la punta de la aguja de Veress está dentro de la cavidad peritoneal.

Se inicia la insuflación abdominal, y la lectura de la presión inicial debe seguir siendo relativamente baja. Presiones de alta durante el inicio de la insuflación indican que la aguja probablemente no está bien colocada y debe ser reubicada o reinsertada.

COLOCACION DE TROCARES PARA LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Un puerto de 10-mm, se coloca a través de la incisión transversal en ombligo. La cámara de vídeo se transmite a través de la cánula para realizar un examen cuidadoso para confirmar su presencia dentro de la cavidad intra abdominal, para excluir algún daño involuntario, y para ver la vesícula biliar.

A continuación, tres puertos necesitan ser colocados a lo largo de la línea media, línea medio clavicular y la línea axilar anterior a lo largo de una línea recta imaginaria que es equivalente a la incisión tradicional de la cirugía abierta.

La ubicación exacta de estos puertos, sin embargo, puede ser determinada por empujar la pared abdominal en el exterior y luego de confirmar que esta sería la ubicación adecuada de visualización con la cámara de vídeo.

OBJETIVOS:

- Proporcionar al profesional de Enfermería pautas básicas en la atención de pacientes pos operados de Colecistectomía laparoscópica.
- Garantizar la eficacia y la eficiencia de la Atención de Enfermería a pacientes quirúrgicos de Colecistectomía laparoscópica.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES.

- Cálculos biliares (colelitiasis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

COMPLICACIONES.

- Lesión Del Conducto Biliar Común
- Colección Biliar
- Hemorragia
- Infecciones
- Complicaciones Respiratorias: Neumonías, Atelectasias, Trombo embolismo Pulmonar.
- Desequilibrio Hidroelectrolítico.
- Íleo Paralítico

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces
- Encendido del laparoscópico

- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento de gasas
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo.

V. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00030) **DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES** **R/C** cambios de la membrana alveolar capilar **E/P** hipoxia **00046** **DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C** Extirpación de la vesícula evidenciado por alteración de la piel	**0402** **ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO** El paciente mantiene un intercambio gaseoso. Optimo sPo2: 95 - 100% **3660** cuidado de herida operatoria	**3140** **MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.** ❖ Colocar la cabeza del paciente en posición frente mentón lateralizado ❖ Verificar la posición de la lengua **3320 OXIGENO TERAPIA** ❖ Administración de oxigeno de 4- 5 litros y disminuir de acuerdo a la saturación ❖ Vigilar el flujo de oxigeno **1102** Protección de Herida operatoria de primera intención

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CESAREA

DEFINICION:

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero a través del cual se extrae al bebe. En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado, y en otros se realiza cuando surgen complicaciones imprevistas. Por lo general se plantea llevar a cabo una cesárea cuando existe desproporción feto pélvica, en esta condición los fetos son muy grandes para poder pasar por el canal del parto, esto ocurre en mujeres muy delgadas o con pelvis estrechas o en los casos de fetos voluminosos producto de la diabetes gestacional.

La cesárea se lleva a cabo con anestesia raquídea, es decir, anestesia colocada en la columna vertebral a nivel lumbar, la cual le quita la sensibilidad y la motricidad en abdomen, pelvis y piernas sin afectar el estado de conciencia de la madre por lo que esta puede ver nacer a su hijo y mantenerse perfectamente conscientes durante todo el proceso.

OBJETIVOS:

Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente quirúrgico.

- Disminuir el riesgo de infección y complicaciones
- Brindar una atención de calidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Lic. En Enfermería I
- Lic. En Enfermería II

INDICACIONES

- Preclamsia severa
- Incompatibilidad fetal
- Malformaciones congénitas
- Bloqueo tuba rico
- Cesareada anterior
- Sufrimiento fetal

- Presentación podálica
- Gemelar
- Presentación de cordón umbilical doble circular
- Dilatación estacionaria
- Distocia uterina
- Desprendimiento prematuro de membranas
- Placenta previa
- Oligohidroamnios severo
- Pelvis estrecha
- Pacientes con ETS,VIH, HEPATITIS
- Paciente adolecentes
- Síndrome Gel

COMPLICACIONES:

- Hipotensión
- Cefaleas
- Hematoma
- Absceso epidural
- Neurológicas
- Pirexia
- Hemorragias intra operatorias desgarros , lesiones vasculares, cuagulopatia, atonía uterina
- Retención placentaria
- Lesión vesical
- Histerectomía

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.

- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura, hoja de consumo.

V.GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CESAREA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
ALTO RIESGO DE TRANSTORNOS HEMOSTATICOS R/C • Hemorragias (atonía uterina lesiones de vasos uterinos) • Hipotensión(vaso dilatación por anestesia regional, por deshidratación	• 4062 cuidados circulatorios • 4020 disminución de la hemorragia • 4120 manejo de líquidos • 4140 reposición de líquidos • 3440 cuidados del sitio de incisión.	• 401 estado circulatorio 602 cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo
00004 RIESGO DE INFECCION R/C alteración de las defensas primarios (rotura de piel, traumatismo de los tejidos E/P herida quirúrgica	**6540** Control de infección	• 1103 curación de herida por segunda intensión
00132 DOLOR AGUDO FACTORES RELACIONADOS R/C agentes lesivos biológico **. Informe verbal del dolor E/P** alteración del tono muscular	• 1400 manejo del dolor	• 1605 control de dolor (acciones personales para controlar el dolor)

GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA TIBIA / PERONE

DEFINICIÓN:

Guía de atención de Enfermería a pacientes que han sufrido una ruptura con la solución de continuidad de la sustancia ósea a nivel de cualquier nivel de la tibia/peroné, que serán sometidos quirúrgicamente a reducción cruenta más osteosíntesis.

OBJETIVOS

- Fortalecer la seguridad del paciente
- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente.
- Evitar el riesgo de Infección y conocer las medidas para prevenir la infección.

RECURSOS HUMANOS

- Licenciado en Enfermería I
- Licenciada en Enfermería II

INDICACIONES:

- Fracturas multifragmentarios
- Fractura expuesta
- Fractura Diafisiarias de tibia y peroné

COMPLICACIONES:

- Osteomielitis
- Hematomas
- Seudo artrosis.
- Consolidación viciosa.
- Infección.
- Persona responsable del Cuidado:

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA**
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.

- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo

V.GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN REDUCCION CRUENTA MÁS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE 2 LESION FISICA DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (000461)R/C HERIDA TRAUMATISMO **00004 RIESGO DE INFECCION R/C** alteración de las defensas primarios (rotura de piel, traumatismo de los tejidos E/P herida Quirúrgica **00132 DOLOR AGUDO R/C agentes lesivos E/P** alteración del tono muscular	• Cuidados de herida, inmovilización • Protección contra infección • 3440 cuidados del sitio de incisión. 6540 Control de infección • 1400 manejo del dolor	• Integridad tisular piel y miembros(1101) • Severidad de infección(0703) • 1103 curación de herida por segunda intensión • 1605 control de dolor (acciones personales para controlar el dolor)

QUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NEUROCIRUGIA

CONCEPTO:

La neurocirugía es la especialidad médica que se encarga del manejo quirúrgico y no quirúrgico (incluyendo la educación , prevención diagnóstico , evaluación, tratamiento cuidados intensivos, y rehabilitación)de determinadas patologías del sistema nervioso central periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares., la evaluación y el tratamiento de procesos patológicos que modifican la función del sistema nervioso. Las más comunes son:

- Mielo meningocele
- Traumatismo encéfalo craneano
- Hidrocefalias

II. POBLACION OBJETIVO:

RN. Lactantes, pre-escolar y adulto mayor

III. OBJETIVOS:

- Garantizar la atención oportuna al paciente, identificando precozmente signos y síntomas sugerentes de complicaciones
- Participar en forma activa en la atención integral del paciente neuroquirurgico.
- Contribuir a conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

IV. PERSONAL REPONSABLE.

- **Licenciada** en enfermería I
- **Licenciada en** enfermería II

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA.**
- Recibir reporte en centro quirúrgico sobre el estado general del paciente. (lista de chequeo de seguridad del paciente)
- Datos del paciente (peso del paciente)

- Lugar de la cirugía
- Medicación Pre quirúrgica
- Verificar la solución que está recibiendo, y cuanto esta por pasar
- Diuresis
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.

- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.
- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones, así como registro de cirugía segura , hoja de consumo

V. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Dominio 4 Actividad/reposo. Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ respiratorias. (00024) perfusión tisular (cerebral) inefectiva R/C alteración del estado mental cambios compartimentales, cambios en la respuesta motora, cambios en las reacciones pupilares.	**Control con las convulsiones(1620)** Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conducta de salud(Q), 162006: Evita factores de riesgo/desencadenante de las convulsiones **ESTADO NEUROLOGICO (0909)** Dominio :Salud fisiológica (II) Clase: neurocognitiva (I) 090901:conciencia 090906:presión intracraneana 090908.tamaño pupilar 090909:reactividad pupilar 090911:patrón respiratorio 090918.presion del pulso 090920:hipertermia	**Monitorización neurológica:2620** • Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. • Vigilar el nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow • Vigilar los signos vitales :temperatura ,presión sanguínea, pulso y respiraciones • Comprobar el estado respiratorio: nivel de gases de la sangre arterial, pulsioximetria, forma de frecuencia y esfuerzo. • Vigilar el reflejo corneal • Observar si hay temblores • Observar los movimientos oculares extra y características. • Observar si hay trastornos visuales :diplopía ,nistagmo, visión borrosa y agudeza visual • Observar la existencia de quejas por jaquecas • Vigilar las características del habla ,fluidez, afasias • Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal táctil y dañinos • Observar si hay parestesia :entumecimiento y hormigueos • Comprobar el sentido del olfato

	090923.Orientacion cognitiva **Estado neurológico :conciencia (0912).** Dominio :salud fisiológica(II) Clase :neurocognitiva(I) 091201. Abre los ojos a estímulos externos 091204.Obedece ordenes 091205. Respuestas motoras a estímulos nocivos. **Estado neurológico: control motor central (0911).** Dominio :salud fisiológica(II) Clase :neurocognitiva(I) 091101Equilibrio 091103 Mantenimiento de la postura 091105 reflejo de Babinski	• Observar la forma de sudación • Vigilar la respuesta de Babinski • observar si hay respuesta de Cushing • observar los drenajes de craneotomía, laminectomia • observar la respuesta de los medicamentos • consultar con compañeros para confirmar datos ,si procede • control neurológico frecuente **2680 Manejo de las convulsiones** • guiar los movimientos para evitar lesiones • vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque • permanecer con el paciente durante el ataque • Mantener la vía aérea abierta y usar un protector de lengua para evitar que la lengua obstruya las vías aéreas • Aplicar oxigeno • Vigilar los signos vitales • Administración de la medicación prescrita • Comprobar la duración y características del periodo postictal. • Registrar la duración del ataque **2080 Manejo de líquidos- electrolíticos** • Observar si los electrolitos en suero son anormales ,según disponibilidad • Pesar a diario y valorar la evolución • Administrar líquidos si está indicado

	091112 Movimiento intencionado a partir de una orden **Perfusión tisular cerebral (0406)** Dominio :Salud fisiológica (II) Clase cardiopulmonar (E) 040601 función neurológica 040602 Presión intracraneal 040613Presion sanguínea sistólica 040614Presion sanguínea diastólica 040603 cefalea 040609 vómitos 040605 Inquietud 040607 Ansiedad inexplicada Con la puntuación de 3-5 según la escala de Likert	• Ajustar el nivel de flujo de perfusión intravenosa (o transfusión sanguínea)adecuado • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos • Mantener el registro de ingesta y eliminación • Mantener la solución intravenosa que contenga electrolitos aun novel de flujo constante, cuando sea preciso. • Realizar consulta con el medico si persistiera o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos • Administrar el suplemento de electrolitos prescritos ,si procede • Observar si existe perdida de líquidos (hemorragia ,vómitos ,diarrea, transpiración y taquipnea) **Mejora de la perfusión cerebral 2550** • Administrar agentes que expanden el volumen intravascular, si procede (coloides, productos sanguíneos, y cristaloides). • Administrar manitol según prescripción médica. • Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipovolemia • Mantener el nivel de glucosa en el suero dentro del margen normal • Consultar con el médico para determinar la posición optima de la cabecera de la cama (0°,15° o 30° grados) • Observar si hay signos de hemorragia (búsqueda de sangre en heces y drenaje nasogástrico)

Capacidad adaptativa intracraneal disminuida r/c aumento de la presión intracraneal por traumatismo	**Control de convulsiones (1620)** Dominio :Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase :Conducta de salud (Q) 162006 Evita factores de riesgo desencadenante de las convulsiones	• Vigilar el estado neurológico • Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades del cuidado • Controlar la presión arterial (PAM) • Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo, y profundidad de las respiraciones, niveles de PO2 Y PCO2, PH y bicarbonato). • Vigilar si hay signos de sobrecarga de líquidos (ronquidos, distensión de la vena yugular, edema aumento de las secreciones pulmonares.) **Monitorización de la presión intracraneal (PIC)** • Ayuda en la inserción del dispositivo de monitorización de la pic • Proporcionar información a la familia • Cambiar o reforzar el vendaje del sitio de inserción, si es necesario. • Minimizar los estímulos ambientales • Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC • Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes específicos **Manejo del dolor** • Realizar la valoración del dolor ,localización ,características ,aparición /duración, frecuencia ,intensidad del dolor,y factores desencadenantes • Observar claves no verbales, de molestias en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente

		• Proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos **2300 Administración de la medicación** • Desarrollarla política y procedimiento del centro para una administración • Seguir los cinco principios de la administración de la medicación • Observar si existen posibles alergias ,interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos • Vigilar signos vitales antes de la administración de medicamentos si lo requiere el caso • Ayudar al paciente a tomar la medicación **Manejo del edema cerebral 2540** • Observar si hay confusión • Seguir de cerca el estado neurológico • Monitorizar los signos vitales • Monitorizar las características del drenaje • Disminuir los estímulos ambientales del paciente • Colocar la cabecera de la cama a 30° • Disponer periodos de reposo • Suministrar sedantes, si procede • Evitar la flexión del cuello o la flexión extrema de la cadera/rodilla. • Evitar la maniobra de Balsalva • Restringir la administración de líquidos

		• Administrar diuréticos osmóticos **Monitorización de líquidos 4130** • Vigilar el peso • Vigilar ingresos y egresos • Vigilar presión sanguínea , frecuencia cardiaca y respiración • Observar las mucosas , la turgencia de la piel y la sed • Observar color , cantidad de la orina • Administrar líquidos si procede • Restringir la ingesta de líquidos si procede • Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito

BIBLIOGRAFIA

1.- Guía NANDA 2018 AL 2020

2.- Manual del NOC Y NIC 2015-2018

3.- Manual de guía de Intervención del Hospital Casimiro ULLOA

4.- Dirección General de calidad y Educación en salud disponible Plan de Cuidado Estandarizado sopor de diagnóstico de Enfermería Barcelona España Ed. Masson 2005-p-38

5.- Johnson Mr,vale S.A. Clínica Manaje montoy-Organi PSP clínica and Experta Btter Worth Heinernann Heinemann 1992-528-35.

6.- Guías de práctica clinica para el manejo de drenaje ventriculo externo.(Argent-neuroc-2006,20:143.

7.-manejo de drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guia practica.Rev.Med.Urug.vol.23 no.1 montevideo Mar.2007.

8.- Disfunción del Sistema de derivation ventrículo peritoneal: implicacion de enfermería de urgencias. Luque oliveros.M.Bbullong M.Peña.A: Enfermería Global, revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN SERVICIO DE RECUPERACION POST ANESTESIA URPA. 2019





EQUIPO TECNICO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Marlene CASTILLO WARTHON

LICENCIADA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Mg. Gregoria CHOQUE FLORES

LICENCIADA ENCARGADA DE LA REVISION DE LAS GUIAS

Lic. Marizol JURO MEDINA

1. EQUIPO TÉCNICO DEL SERVICIO DE RECUPERACION POST ANESTESIA

1.- LIC. LUORDES ABARCA IZQUIERDO
COORDINADORA DEL SERVICIO DE RECUPERACION POST ANESTESIA.
LICENCIADA ESPECIALISTA EN RECUPERACION POST ANESTESIA Y TERAPIA DEL DOLOR.

2.- LIC. NANCY MARILU HURTADO LEGUIA.
LICENCIADA ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO.

3.- LIC. BENIGNO HUAMANÑAHUI ALVAREZ.
LICENCIADA ESPECIALISTA EN RECUPERACION POST ANESTESIA Y TERAPIA DEL DOLOR.

4.- LIC. CARLOS ALBERTO HURTADO NUÑEZ.
LICENCIADA ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO.

5.- LIC. TRINIDAD DELIA MALLACCASA PUJADAS.
LICENCIADA ESPECIALISTA EN RECUPERACION POST ANESTESIA Y TERAPIA DEL DOLOR.

PRESTA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN CUIDADOS DE PACIENTES DE ALTO RIESGO POST ANESTESIA Y POST QUIRÚRGICO.

URPA – HRGDVA - 2019

INDICE

1. EQUIPO TÉCNICO DEL SERVICIO DE RECUPERACION POST ANESTESIA 2
2. PRESENTACION 4
3.INTRODUCCION 5
4. OBJETIVO 6
4.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS 6
5. BASE LEGAL 6
6. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HEMATOMA SUBDURAL. 7
7. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA APENDICECTOMIA 17
8. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CATARATA OCULAR. 27
9. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CESAREA 32
10. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLECISTECTOMIA ABIERTA. 45
11. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLELAP 54
12. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO 63
13. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EXERESIS DEMIOMA UTERINO. 71
13. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HERNIOPLASTIA UMBILICAL 85
14. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HERNIOPLASTIA UMBILICAL 95
15. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HISTERECTOMIA. 105
16. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 119
17. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA LEGRADO UTERINO 129
18. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA REDUCCION CRUENTA 148
19. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA QUISTECTOMIA OVARICA. 158
20. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA RC 171

2. PRESENTACION.

El equipo Técnico profesional especializado pone a conocimiento las guías de atención en servicio de recuperación post anestesia y terapia del dolor del hospital regional Guillermo Díaz de la vega. A fin de que puedan ser utilizados con las aperturas a la modificación y mejora basada en principios de la sana crítica y las máximas de la experiencia. Ya que el proceso de cuidado de la vida humana sometido a diferentes procedimientos y tipos de anestesia tiene diferentes reacciones, asimismo las complicaciones son causadas por diferentes alteraciones o patologías crónicas degenerativas según grupo etaria.

Esta guía será de gran utilidad para responder en casos de eventos de emergencia ya que todos seguimos un protocolo las que han sido fruto de cada experiencia en manejo de pacientes con fallas múltiples y el resultado ha sido adecuado por lo que se pone a cada servidor especialista del servicio de recuperación posta anestesia quienes deben revisar y aplicara en su actividad de atención.

Quedando agradecido a los profesionales por su aporte científico y sugerencia en la elaboración de la guía y todos los servidores quienes tienen interés de incorporase como miembros de la orden de URPA.

3. INTRODUCCION

El acto anestésico intenta minimizar los efectos nocivos de la cirugía, además de facilitar y contribuir a solucionar los problemas que aparecen en toda intervención quirúrgica. No obstante, también supone un trastorno de las funciones biológicas que requieren un tiempo para alcanzar la normalidad.

Aunque en la mayoría de los pacientes el periodo que sigue al acto quirúrgico transcurre en incidencias, se pueden producir complicaciones que comprometan la vida del paciente. Por este motivo, los pacientes anestesiados, hasta que recobren las funciones biológicas son mantenidos en vigilancia continua en las denominadas Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA).

Las funciones principales de estas unidades son; por lo tanto, vigilar al paciente hasta que de forma gradual recobre la situación previa a la intervención, manteniendo la homeostasis, previniendo y tratando las complicaciones del periodo postoperatorio. Por lo tanto, las incidencias que aparecen en este periodo deben ser manejadas en un lugar que disponga de equipamiento adecuado y ser tratadas por personal especialmente calificado.

Las Guías de Atención de la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) son de suma importancia debido a que aquí están implícitas las atenciones que la enfermera del servicio debe realizar, es por esa misma razón que se han elaborado para que el personal tenga un instrumento de consulta que guie los diferentes procedimientos, de tal forma que permita al personal de enfermería un acceso fácil al conocimiento y sea una guía de orientación sencilla, rápida y permanente para el personal que labora en URPA, así como para todo personal nuevo que se incorpore al servicio.

4. OBJETIVO

Establecer Guías de enfermería acorde con la dinámica del servicio, que orienten la organización del trabajo en los quirófanos a fin de brindar una atención óptima al paciente.

Sistematizar las funciones, actividades y tareas de los procedimientos de atención a pacientes post anestésicos y post quirúrgicos para garantizar la seguridad quirúrgica hasta su recuperación total o reingreso en caso de detectar complicaciones.

Crear canales de comunicación y coordinación con el personal de servicio a fin de lograr trabajo en equipo.

Formular criterios para la unificación de métodos y técnicas de trabajo a fin de facilitar la orientación del personal nuevo o residentes, internos, estudiantes, y otros.

4.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar los procedimientos , en base a una secuencia lógica, de acuerdo a los acontecimientos probables que puedan presentarse
- Aplicar las guías de procedimiento por el personal de enfermería, para brindar una calidad de atención
- Asegurar una atención de calidad con equidad eficiencia y eficacia sobre todo que sea segura libre de riesgos

5. BASE LEGAL

- Ley Nª 26842 –guion general de salud
- Ley Nª27657 –Ley del ministerio de salud
- Ley N27815 –Ley de código de ética de la administración publica

6. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HEMATOMA SUBDURAL.

I. DESCRIPCION

Es una acumulación de sangre entre la cubierta del cerebro (duramadre) y la superficie del cerebro.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir los riesgos de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad.
- Estado inmune.
- Integridad tisular: piel y membranas.
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia.
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad.

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic. En Enfermería Especialista asistencial
- Médico especialista en Anestesiología
- Tec : en enfermería capacitado.

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de Multiparametro de signos vitales,
- Balón de oxígeno ,humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro.
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)

- Equipos biomédicos de ventilación.
- Sujetadores del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñoneras
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, alcohol, algodón)
- Gasas
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería.

V. INDICACION.

- Hiperextensión del plexo braquial.
- Accidentes anestésicos (paresia y parestesia de extremidades inferiores por compresión poplítea)
- Insuflación inadecuada.
- Trauma directo: intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.
- Enfisema subcutáneo.
- Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO_2.
- Neumotórax o enfisema mediastínico.
- Infección post operatoria en sitio de entrada o salida hasta fasceitis necrozante.

VI. COMPLICACIONES

- Infecciones postquirúrgicas, que suele ser grave

- Resangrado o formación de nuevas hemorragias. Más frecuentes en pacientes con alteraciones de la coagulación
- Recidiva del HSD , que precise otras intervenciones quirúrgicas, con aumento del riesgo de complicación

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic.: en enfermería especialista asistencial

VIII. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: HEMATOMA SUBDURAL			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo **R/C:** • Agentes lesivos. **E/P:** • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	**1400 manejo del dolor** Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente manifiesta haber disminuido el dolor.
		2210 administración de analgésicos. Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	-paciente expresa confort y alivio del dolor

		Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	-disminuirá el nivel del dolor.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente mantiene temperatura menor de 37°C.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	-resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales.

		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	-Zonas de inserción limpias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTEVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva. -muestra autocontrol de la ansiedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente muestra fascias de tranquilidad.

7. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA APENDICECTOMIA

I. DEFINICIONES Y SIGLAS: APENDICECTOMIA

Una apendicectomía es una cirugía para extraer el apéndice cuando se infecta. Esta afección se llama apendicitis. La apendicectomía es una cirugía de emergencia común.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Control el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Termorregulación

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista anestesiólogo
- Tec: en enfermería capacitado

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- resucitador manual
- aspirador de secreciones
- estetoscopio y tensiómetro
- coche de paro
- medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- equipo biomédico de ventilación
- sujetador del paciente

- desfibrilador
- calentador de fluidos
- tubos de mayo
- riñoneras camillas
- estufa eléctrica
- guantes
- gasa
- camilla
- ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- tableros
- fichas de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- dolor abdominal en el lado derecho inferior del abdomen
- fiebre
- pérdida de apetito
- náusea o vómitos

VI. COMPLICACIONES

Las controversias en torno a la apendicectomía laparoscópica (AL) se centran fundamentalmente en su índice de infecciones intra abdominales. Una complicación diferente y específica de la AL fue descrita por Serour et al en 2005 y denominada postlaparoscopic appendectomy complication (PLAC). Se trata de una infección intra abdominal, sin formación de absceso, tras una apendicectomía laparoscópica por apendicitis no complicada (simple, flegmonosa o con apéndice normal), desarrollada en pacientes dados de alta tras un postoperatorio sin incidencias.

VII. PERSONAL RESPONSABLE

Lic.: en enfermería especialista asistencial

VIII. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: APENDICECTOMIA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 **DOMINIO 12** Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	1605 control del dolor • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. 2100 Nivel de comodidad. • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor. 2102 Nivel del dolor. • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente poco a poco sentirá alivio al disminuir el dolor.

		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	-disminución de la frecuencia y duración delos episodios del dolor.
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para	

		obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	-Resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales.

		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00005 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL F/R TRAUMATISMO QUE AFECTA LA REGULACION DE LA TEMPERATURA.	**0800 Termorregulación.** • Temperatura corporal disminuida. • Hipotermia.	**2870 Cuidados post anestesia** • Colocar cobertores calientes. • Evitar corrientes de aire.	
		3900 Regulación de la temperatura. • Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados. • Controlar presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. • Observar color y temperatura de la piel. • Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.	
		6480 Manejo ambiental • Ajustar la temperatura ambientar a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. • Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de frio.	
		6680 Monitorización de los signos vitales • Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. • Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca. • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Observar si hay relleno capilar normal.	-funciones vitales dentro de los parámetros normales

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-zonas de inserción limpias.
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	-uso de técnica aséptica en todos los procedimientos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente experimentara tolerable equilibrio de ansiedad.

8. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CATARATA OCULAR.

I. DEFINICIONES Y SIGLAS: CATARATA OCULAR.

Una catarata es una opacidad del cristalino del ojo.

II. OBJETIVO

- Controlar el dolor, manejar el dolor , nivel de comodidad
- Estado inmune.
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en anestesiología
- Tec. En enfermería capacitado

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Equipo biomédico de ventilación
- Sujetadores del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo

- Riñoneras
- Camillas
- Ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos (jeringas, alcohol, algodón)
- Gasas
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- enfermedades oculares como la alta miopía o la uveítis
- enfermedades de los órganos como la diabetes, obesidad o la hipertensión arterial
- consumo de ciertos fármacos como los corticoides
- condicionantes genéticos
- traumatismos

VI. COMPLICACIONES

- desprendimiento de retina puede ocurrir meses o años después del procedimiento
- inflamaciones oculares menores a la devastadora perdida de la visión
- El diagnóstico y tratamiento tempranos son claves para prevenir los problemas de visión permanentes.

Aunque no es frecuente, una catarata que continúa hasta una etapa avanzada (llamada catarata hipermadura) puede comenzar a filtrarse hacia otras partes del ojo. Esto puede causar una forma dolorosa de glaucoma e inflamación dentro del ojo.

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

VIII. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: CATARATA OCULAR			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente con funciones vitales dentro de los parámetros normales
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis.	-ausencia de signos de infección.

		• Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente muestra fascias de tranquilidad.

9. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CESAREA

I. DESCRIPCION

Una **cesárea** es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad
- Severidad de la pérdida de sangre, recuperación quirúrgica
- Estado circulatorio
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: Enfermería especialista
- Medico anestesiólogo
- Tec: en Enfermería

IV. RECUESOS MATERIALES

- Monitor multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Sujetador de paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos

- Tubos de mayo
- Materiales para administrar medicamentos (jeringas, alcohol, algodón)
- Tubos de mayo
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Gasas, esparadrapos, compresas
- Tableros
- Fichas de monitoreo de Enfermería

V. INDICACIONES

- Placenta previa total a termino
- Posición fetal transversa con dilatación completa
- Prolapso de cordón
- Placenta abrupta (desprendimiento de placenta)
- Eclampsia o síndrome HELLP cuando falla una inducción
- Tumor de gran tamaño en el útero que bloquea la cerviz al alcanzar dilatación completa
- Verdadero sufrimiento fetal confirmado
- Verdadera desproporción cefalopelvica
- Ruptura uterina

VI. COMPLICACIONES

- lesiones a la vejiga, útero y vasos sanguíneos
- hemorragias
- infecciones del útero
- infecciones de la herida
- accidentes anestésicos
- embolismo pulmonar

- intestino paralizado
- infecciones de vías urinarias
- retraso en el regreso de la función intestinal

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

VIII. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: CESAREA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	1605 control del dolor • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. 2100 Nivel de comodidad. • Bienestar físico.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente alivio de dolor y demás molestias.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	-paciente refiere alivio del dolor

	• Control del síntoma. • Control del dolor. 2102 Nivel del dolor. • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA R/C EFECTOS ANESTÉSICOS, ATONÍA UTERINA E/P INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES, SANGRADO VAGINAL.	**0413 Severidad de la pérdida de sangre.** • Pérdida de sangre visible. • Sangrado vaginal. **(Cont.) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.** • Dolor.	• Administrar oxígeno, según corresponda. • Comprobar oxigenación. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Animar al paciente que respire profundamente. • Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 5 minutos, según corresponda. • Administrar medidas de calentamiento, si es necesario. • Vigilar estado neurológico. • Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda. • Comprar el estado actual con el estado anterior para detectar mejoras o deterioros en el estado del paciente. • Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta.	-paciente con hemodinámica estable.
		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar signos vitales ortostàticos, incluido presión arterial. • Evitar procedimientos invasivos, si fuera necesario, vigilar si se produce una hemorragia.	-membranas y mucosas húmedas.

		6680 Monitorización de los signos vitales. • Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Observar tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay pulso alternante. • Monitorizar la pulsioximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorizar cianosis central y periférica. • Monitorizar la presencia de acropaquias.	-funciones vitales dentro de los parámetros normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00206 RIESGO DE SANGRADO R/C CIRCULACION.	**0401 Estado circulatorio** • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Presión del pulso • Presión arterial media • Presión venosa central • Relleno capilar	**3440 Cuidados del sitio de incisión.** • Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. • Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. • Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades. • Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje un último lugar. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. • Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.	-Paciente no presenta hemorragia -membranas y mucosa húmedas
		3000 Cuidados de la circuncisión. • Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico este correctamente firmado. • Verificar la identificación correcta del paciente. • Administrar analgesia previa al procedimiento alrededor de 1 hora antes del mismo. • Utilizar un asiento de circuncisión acolchado para los	-uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.

		lactantes. • Durante el procedimiento, utilizar el calentador radiante para mantener la temperatura corporal. • Proteger los ojos del niño de la luz directa. • Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores. • Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño. • Durante el procedimiento, poner música adecuada. • Monitorizar signos vitales. • Administrar un anestésico local tópico, según prescripción. • Ayudar al médico en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda. • Aplicar vaselina blanca y/o apósito, según corresponda. • Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento. • Proporcionar analgesia tras el procedimiento cada 4 – 6 horas durante 24 horas. • Enseñar al paciente/progenitores los signos y síntomas que deben notificarse al médico. • Disponer de las adaptaciones culturales.	
		6930 Cuidados post parto. • Monitorizar signos vitales. • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. • Indicar a la paciente que micciones antes de la	-

		exploración post parto y con frecuencia después. • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. • Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. • Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante. • Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario. • Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudando cuando sea necesario. • Controlar dolor de la paciente. • Reconfortar a la paciente que presente escalofríos. • Administrar analgésicos a demanda. • Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar dolor. • Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias. • Realizar o ayudar con los cuidados perineales. • Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. • Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios. • Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas. • Facilitar la reanudación de una función urinaria normal. • Monitorizar la función intestinal. • Facilitar la reanudación de la función intestinal normal. • Aplicar medidas para reducir las probabilidades de	

		desarrollar una trombosis venosa profunda. • Monitorizar las piernas en busca del signo de **HOMANS** y organizar las pruebas adicionales, si es preciso. • Monitorizar el estado emocional del paciente. • Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de parto y del nacimiento de su hijo. • Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante. • Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo. • Monitorizar la aparición de síntomas de depresión o psicosis posparto. • Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo. • Comentar las necesidades de actividad de descanso. • Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas. • Monitorizar las conductas de apego progenitor – lactante. • Facilitar un apego progenitor – lactante óptimo. • Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado. • Instruir a la paciente sobre necesidades nutricionales del lactante. • Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido. • Remitir recursos apropiados de apoyo comunitario.	

			4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Realizar estudios de coagulación, incluidos el TP, TTP, fibrinógeno. • Controlar los signos vitales ortostàtica, incluida la presión arterial. • Mantener reposo en cama durante hemorragia activa. • Evitar inyecciones, según corresponda. • Utilizar cepillo de dientes blandos en la higiene bucal. • Proteger al paciente de traumatismos que pueda ocasionar hemorragias. • Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.	-signos vitales dentro del rango esperado

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente responde de manera apropiada y positiva a los cuidados del equipo

10. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLECISTECTOMIA ABIERTA.

I. DEFINICION

Es la cirugía para extirpar la vesícula biliar a través de un corte grande en el abdomen.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Control de dolor, nivel de dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológica: conciencia
- Nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic. :en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en anestesiología
- Tec .en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Sujetador del paciente

- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñonera
- Material para administrar medicamentos(jeringa, alcohol, algodón)
- medicamentos básicos(analgésicos y otros)
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas soleras , colchas)
- Estufa eléctrica
- Guantes gasas
- Tableros
- Ficha de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- Cálculos biliares (colelitiasis)
- Inflamación por infección (colecistitis)
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar)

VI. COMPLICACIONES

- Lesiones del conducto biliar común
- Complicaciones en la herida
- Infecciones
- Eventración
- Hemorragias
- Urinarias y renales

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic.: en enfermería especialista asistencial

VIII. PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO MEDICO: COLECISTECTOMIA ABIERTA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCIO NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente expresa confort y alivio del dolor.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	-paciente refiere alivio del dolor

	• Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente no mostrara signos de infección.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	-resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales.
		6550 Protección contra las infecciones	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-paciente mantiene la piel intacta
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	-uso de técnica aséptica en todos los procedimientos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia**	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder.	-paciente responde de manera apropiada y positiva a los cuidados del equipo
		5270 Apoyo emocional • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	-paciente expresa sus miedos y temores
		5400 Potenciación de la autoestima • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-autocontrol de la ansiedad.

	• Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación • apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente experimentara tolerable equilibrio de ansiedad

11. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA COLELAP

I. DEFINICION.

Colecistectomía por laparoscopia, es la extracción de la vesícula biliar por laparoscopia, es decir el cirujano entra al abdomen a nivel del ombligo por medio de un laparoscopia (un pequeño telescopio) conectado a una cámara especial proporcionándole al cirujano una imagen magnificada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión.

II. OBJETIVO.

- Evitar la aparición de complicaciones y detectar signos y síntomas precozmente para su tratamiento inmediato
- Garantizar calidad en los cuidados y necesidades de cada paciente
- Conseguir que el paciente se encuentre lo más confortable posible a pesar de la cirugía realizada
- Control de dolor, nivel de dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Integridad tisular: membranas y mucosas
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológica: conciencia
- Nivel de ansiedad, control de la ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS.

- Lic. En enfermería especialista asistencial
- Medico anestesiólogo
- Tec. en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES.

- Monitor de parámetro de signos vitales

- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésico y otros)
- Sujetador de paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- laringoscopio
- Camilla
- Ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- espadrapo
- Material para administrar medicamentos(jeringas, alcohol, algodón)
- Tableros
- Fichas de monitores de Enfermería

INDICACIONES

Inicialmente se recomendaba una selección adecuada de los casos; teniendo en cuenta la experiencia del equipo quirúrgico y procurando evitar los casos complicados.

En la actualidad se consideran las mismas indicaciones que se tienen para la cirugía convencional.

V. COMPLICACIONES

- Hay complicaciones en cada uno de los tiempos de la cirugía :en la introducción de los trocares

- Complicaciones por el CO2
- Lesiones de la vía biliar
- Hemorragias
- Durante los primeros años en la aplicación de esta técnica, la morbimortalidad fue mayor que en la cirugía convencional. Un factor muy importante de esta morbimortalidad elevada fue la inexperiencia, la falta de un entrenamiento óptimo de los cirujanos
- Sin embargo, actualmente, habiéndose superado la famosa "curva de aprendizaje", la cirugía laparoscópica ofrece ventajas sobre la cirugía convencional
- Neumonía por aspiración o Síndrome de Mendelson: en pacientes con bajo grado de consciencia es una grave o mortal complicación.
- Insuficiencia respiratoria.
- Fracaso multiorgánico: como consecuencia del fallo de la circulación periférica.
- fibrosis del tejido isquémico y puede contribuir adherencias de estructuras vecinas,
- Infección
- Cicatrices hipertrófica y queloides

VI. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. en enfermería especialista asistencial

VII. PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO MEDICO: COLELAP			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCIONES NOC**	**INTERVENCIONES NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del	**1400 manejo del dolor.** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente expresa confort y alivio del dolor.
		2210 administración de analgésicos • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	-paciente disminuirá el nivel de dolor.

	dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	-Paciente refiere control de dolor

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • **Infecciones recurrentes.** • **Integridad cutánea.** • **Integridad mucosa.** • **Estado respiratorio.** • **Temperatura corporal.**	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-temperatura corporal 36.5°c-37°c
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	-zonas de inserción limpias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIO NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-paciente mantiene la piel intacta.
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	-paciente lograra disminuir el deterioro de la integridad cutánea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCIO NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder.	-paciente responde de manera apropiada y positiva a los cuidados del equipo
		5270 Apoyo emocional • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	-autocontrol de la ansiedad
		5400 Potenciación de la autoestima • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente evidencia fascias de tranquilidad.

12. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO

I. DEFINICION

Es cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a éste, ya sea a través de la piel o por cualquier orificio natural como los ojos, nariz, garganta, impidiendo su normal funcionamiento.

II. OBJETIVOS

- Control del dolor, nivel de comodidad, nivel de dolor
- Estado inmune
- Cognición , orientación cognitiva, estado neurológica: conciencia
- Nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic. En enfermería especialista asistencial
- Médico anestesiólogo
- Tec. En enfermería capacitado

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de parámetro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésico y otros)
- Sujetador de paciente
- Desfibrilador

- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- laringoscopio
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas , sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administración de medicamentos(jeringas, alcohol, algodón)
- Tableros
- Fichas de monitores de Enfermería

V. INDICACIONES

- Se sabe que la población de mayor riesgo para aspirar o ingerir accidentalmente cuerpos extraños son los niños entre 2 y 5 años, debido que en esta edad tienden a explorar ávidamente el mundo. La inmadurez de la dentición y carencia de molares dificultan la adecuada masticación de ciertos alimentos, asociado a la aún no apropiada coordinación del sistema neuromuscular que interviene en el proceso de la deglución y protección de la vía aérea. Aunque afecta ambos sexos, se encuentra más afectado el sexo masculino con una relación 2:1 seguramente por tener en general una actividad física incrementada que los rodea e instintivamente introducen objetos a su boca.

VI. COMPLICACIONES

Las complicaciones se encuentran relacionadas con la naturaleza del cuerpo extraño y la demora en el diagnóstico y remoción del mismo, pueden abarcar desde estenosis bronquial, infecciones recurrentes, destrucción del tejido pulmonar, absceso pulmonar, bronquiectasias, fístula broncopulmonar, complicaciones secundarias a hipoxia como daño cerebral, convulsiones, defunción.

VII. PERSONAL RESPONSABLE.- Lic. En enfermería especialista asistencial.

VIII.-PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente manifiesta haber disminuido el dolor.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos	-refiere disminución de dolor en una escala de 3/10.

	síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado Inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente no mostrara signos de infección.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	

		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	-usos de técnica aséptica en todos los procedimientos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente expresa sus miedos y temores. -paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente muestra fascias de tranquilidad.

13. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EXERESIS DEMIOMA UTERINO.

I. DEFINICIONES Y SIGLAS: EXERESIS DE MIOMA UTERINO.

Son tumores que crecen en la matriz de la mujer (útero). Estos crecimientos normalmente no son cancerosos (son benignos).

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad
- Severidad dela pérdida de sangre, recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato
- Estado circulatorio
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic. en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista anestesiólogo
- Tec. en enfermería

IV. RECURSOSMATERIALES

- Monitor multipametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)

- Material para administrar medicamentos (jeringa, alcohol, algodón)
- Equipo biomédico de ventilación
- Sujetador de pacientes
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñonera
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Gasas
- esparadrapo
- Tablero
- Fichas de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- Complicaciones en el embarazo o en el parto.
- Posibilidad muy remota de una histerectomía.
- Posibilidad muy remota de que se extienda un tumor canceroso
- Tejido cicatricial.
- Pérdida excesiva de sangre

VI. COMPLICACIONES

Los miomas pueden causar complicaciones en el embarazo, aunque se cree que el riesgo es pequeño:

- La mayoría de las mujeres puede llevar el embarazo a término, pero algunas de ellas terminan dando a luz en forma prematura, debido a que no hay espacio suficiente en el útero.

- Algunas mujeres embarazadas que presentan miomas pueden necesitar una cesárea dado que estos miomas pueden bloquear ocasionalmente la vía del parto o hacer que el bebé quede mal posicionado.
- Algunas mujeres embarazadas que presentan miomas tienen sangrado abundante inmediatamente después de dar a luz.Otras complicaciones de los miomas abarcan:
- Dolor intenso o sangrado excesivamente abundante que puede requerir una cirugía urgente.
- Un mioma pediculado que puede resultar retorcido y causar un ensortijamiento en los vasos sanguíneos que irrigan el tumor (este tipo de mioma puede necesitar cirugía).
- Anemia (que puede ser severa si el sangrado es muy abundante)
- Infecciones urinarias si la presión del mioma impide que la vejiga se vacíe por completo.

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. en enfermería especialista asistencial

VIII.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: EXERESIS DE MIOMA UTERINO			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 **DOMINIO 12** Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa **2210 administración de analgésicos.** • Administrar analgésicos y/o fármacos	-disminuirá el nivel del dolor -paciente expresa confort y alivio del

	• Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	dolor.
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede.	

		• Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA R/C EFECTOS ANESTÉSICOS E/P INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES.	**0413 Severidad de la pérdida de sangre.** • Pérdida de sangre visible. **(Cont.) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.** • Dolor.	**2870 Cuidados postanestésia.** • Administrar oxígeno, según corresponda. • Comprobar oxigenación. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Animar al paciente que respire profundamente. • Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 5 minutos, según corresponda. • Administrar medidas de calentamiento, si es necesario. • Vigilar estado neurológico. • Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda. • Comprar el estado actual con el estado anterior para detectar mejoras o deterioros en el estado del paciente. • Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta	-paciente movilizara los miembros inferiores
		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar signos vitales ortostàticos, incluido presión arterial. • Evitar procedimientos invasivos, si fuera necesario, vigilar si se produce una hemorragia.	-Signos vitales dentro del rango esperado

		• 6680 Monitorización de los signos vitales. • Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Observar tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay pulso alternante. • Monitorizar la pulsioximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorizar cianosis central y periférica. • Monitorizar la presencia de acropaquias.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00206 RIESGO DE SANGRADO R/C CIRCULACION.	0401 Estado circulatorio • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Presión del pulso • Presión arterial media • Presión venosa central • Relleno capilar	**3440 Cuidados del sitio de incisión.** • Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. • Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. • Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades. • Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje un último lugar. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. • Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.	-signos vitales dentro del rango esperado
		3000 Cuidados de la circuncisión. • Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico este correctamente firmado. • Verificar la identificación correcta del paciente. • Administrar analgesia previa al procedimiento alrededor de 1 hora antes del mismo. • Utilizar un asiento de circuncisión acolchado para los lactantes. • Durante el procedimiento, utilizar el calentador radiante para	.-

		mantener la temperatura corporal. • Proteger los ojos del niño de la luz directa. • Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores. • Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño. • Durante el procedimiento, poner música adecuada. • Monitorizar signos vitales. • Administrar un anestésico local tópico, según prescripción. • Ayudar al médico en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda. • Aplicar vaselina blanca y/o apósito, según corresponda. • Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento. • Proporcionar analgesia tras el procedimiento cada 4 – 6 horas durante 24 horas. • Enseñar al paciente/progenitores los signos y síntomas que deben notificarse al médico. • Disponer de las adaptaciones culturales.	
		6930 Cuidados post parto. • Monitorizar signos vitales. • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. • Indicar a la paciente que micciones antes de la exploración post parto y con frecuencia después. • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.	-paciente no presenta hemorragias

		• Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. • Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante. • Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario. • Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudando cuando sea necesario. • Controlar dolor de la paciente. • Reconfortar a la paciente que presente escalofríos. • Administrar analgésicos a demanda. • Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar dolor. • Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias. • Realizar o ayudar con los cuidados perineales. • Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. • Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios. • Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas. • Facilitar la reanudación de una función urinaria normal. • Monitorizar la función intestinal. • Facilitar la reanudación de la función intestinal normal. • Aplicar medidas para reducir las probabilidades de desarrollar una trombosis venosa profunda. • Monitorizar las piernas en busca del signo de HOMANS y organizar las pruebas adicionales, si es preciso. • Monitorizar el estado emocional del paciente. • Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de	

		parto y del nacimiento de su hijo. • Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante. • Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo. • Monitorizar la aparición de síntomas de depresión o psicosis posparto. • Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo. • Comentar las necesidades de actividad de descanso. • Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas. • Monitorizar las conductas de apego progenitor – lactante. • Facilitar un apego progenitor – lactante óptimo. • Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado. • Instruir a la paciente sobre necesidades nutricionales del lactante. • Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido. • Remitir recursos apropiados de apoyo comunitario.	

		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Realizar estudios de coagulación, incluidos el TP, TTP, fibrinógeno. • Controlar los signos vitales ortostàtica, incluida la presión arterial. • Mantener reposo en cama durante hemorragia activa. • Evitar inyecciones, según corresponda. • Utilizar cepillo de dientes blandos en la higiene bucal. • Proteger al paciente de traumatismos que pueda ocasionar hemorragias. • Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.	-paciente se observa membranas y mucosas húmedas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se evidencia fascias de tranquilidad

14. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HERNIOPLASTIA UMBILICAL

I. DEFINICIONES Y SIGLAS: HERNIOPLASTIA UMBILICAL

La hernioplastia umbilical es el nombre de una de las cirugías que corrigen una hernia umbilical, caracterizada por la colocación de materiales biológicos para el cierre o refuerzo del anillo umbilical. Los materiales más usados son hechos de poliéster, polipropileno y parches de politetrafluoroetileno (PTFE). La operación consiste en una laparotomía que se realiza alrededor del ombligo, que es una de las áreas débiles del abdomen y el sitio de la común de herniación umbilical. Debido a la alta incidencia de recurrencias que se relatan con las técnicas anatómicas, actualmente se recomienda efectuar una reparación sin tensión, utilizando sistemáticamente prótesis en hernias con anillo mayor a 1 cm, incluso en todas las hernias sin importar el tamaño del defecto.

II. OBJETIVO

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Control del dolor, nivel de comodidad, nivel de dolor.
- Estado inmune.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista anestesiólogo
- Tec: en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Equipo biomédico de ventilacion
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñoneras
- Camillas
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Gasas
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, algodón, alcohol)
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- Prematuridad
- Un padre o hermano que tuvo una hernia de niño
- Fibrosis quística
- Displasia del desarrollo de la cadera
- Testículos que no descendieron

- Anomalías del sistema urogenital

VI. COMPLICACIONES

- Hematomas
- Lesiones de órganos
- Complicaciones testiculares
- Complicaciones en la herida
- Infección
- Cicatrices hipertrofias y queloides
- Eventración
- hemorragias

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic.: enfermera especialista asistencial
- Medico anestesiólogo
- Tec. En enfermería

VIII.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: HERNIOPLASTIA UMBILICAL			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente manifiesta la disminución de la frecuencia y la duración de los episodios del dolor.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	-disminuirá el nivel del dolor.

	dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis.	

		• Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	-ausencia de signos de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	

Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Abancay
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
DIRECCION PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
ABANCAY

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente evidencia facie de tranquilidad -paciente expresa sus miedos y temores

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se muestra colaborador comunicativo

15. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HERNIOPLASTIA UMBILICAL

VIII. DEFINICIONES Y SIGLAS: HERNIOPLASTIA UMBILICAL

La hernioplastia umbilical es el nombre de una de las cirugías que corrigen una hernia umbilical, caracterizada por la colocación de materiales biológicos para el cierre o refuerzo del anillo umbilical. Los materiales más usados son hechos de poliéster, polipropileno y parches de politetrafluoroetileno (PTFE). La operación consiste en una laparotomía que se realiza alrededor del ombligo, que es una de las áreas débiles del abdomen y el sitio de la común de herniación umbilical. Debido a la alta incidencia de recurrencias que se relatan con las técnicas anatómicas, actualmente se recomienda efectuar una reparación sin tensión, utilizando sistemáticamente prótesis en hernias con anillo mayor a 1 cm, incluso en todas las hernias sin importar el tamaño del defecto.

IX. OBJETIVO

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Control del dolor, nivel de comodidad, nivel de dolor.
- Estado inmune.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia

X. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista anestesiólogo
- Tec: en enfermería

XI. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Equipo biomédico de ventilacion
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñoneras
- Camillas
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Gasas
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, algodón, alcohol)
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería

XII. INDICACIONES

- Prematuridad
- Un padre o hermano que tuvo una hernia de niño
- Fibrosis quística
- Displasia del desarrollo de la cadera
- Testículos que no descendieron
- Anomalías del sistema urogenital

XIII. COMPLICACIONES

- Hematomas
- Lesiones de órganos
- Complicaciones testiculares
- Complicaciones en la herida
- Infección
- Cicatrices hipertrofias y queloides
- Eventración
- hemorragias

XIV. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic.: enfermera especialista asistencial
- Medico anestesiólogo
- Tec. En enfermería

VIII.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: HERNIOPLASTIA UMBILICAL			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente manifiesta la disminución de la frecuencia y la duración de los episodios del dolor.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	-disminuirá el nivel del dolor.

	dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis.	

		• Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	-ausencia de signos de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario. • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal, Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente evidencia facie de tranquilidad -paciente expresa sus miedos y temores

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se muestra colaborador comunicativo

16. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA HISTERECTOMIA.

I. DEFINICIONES Y SIGLAS: HISTERECTOMIA.

Una histerectomía es una operación para extraer el útero de una mujer. El útero es donde crece el bebé durante el embarazo. Una histerectomía interrumpirá sus períodos menstruales y no podrá volver a embarazarse. A veces en las operaciones también se extirpan los ovarios y las trompas de Falopio. Si se extirpan ambos ovarios, usted entrará en menopausia.

II. OBJETIVO

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad.
- Severidad de la pérdida de sangre, recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.
- Estado circulatorio.
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad.

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic. en enfermería especialista asistencial
- Médico anestesiólogo
- Tec: en enfermería

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)

- Coche de paro
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Camilla
- Ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, alcohol, algodón)
- Gasas, esparadrapo
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería
- analgésicos
- jeringas
- esparadrapos
- compresas

V.- INDICACIONES

- la indicación más frecuente para realizar una histerectomía es aquella paciente que presenta un útero grande generalmente provocado por el crecimiento de uno o varios miomas y que además tienen dolores o hemorragias. Los miomas son tumores benignos localizados en la pared del útero y que cresen a expensas del propio musculo uterino provocando nódulos fibrosos que pueden llegar tener gran tamaño
- otra indicación para la práctica de histerectomía son los tumores malignos del útero, trompas y ovario. En estos casos se practica una cirugía radical donde la histerectomía es una parte de la intervención mucho más amplia

VI.-COMPLICACIONES

- Coágulos sanguíneos
- Infección
- Sangrado excesivo
- Reacciones adversas a la anestesia
- Daño a las vías urinarias, la vejiga, el recto u otras estructuras pélvicas durante la cirugía, lo que puede requerir reparaciones quirúrgicas adicionales
- Comienzo más temprano de la menopausia, incluso si no se extirpan los ovarios
- En raras ocasiones, la muerte

Como ya hemos dicho, la operación de histerectomía, como cualquier otra, no está exenta de riesgos y/o complicaciones que se pueden producir tras la intervención, aunque debemos diferenciar los riesgos y complicaciones según qué tipo de histerectomía se haya hecho.

- hemorragias
- infecciones
- complicaciones digestivas
- lesiones urinarias
- formación de fistulas

VII.-PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. :en Enfermería Especialista asistencial

VIII.-PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: HISTERECTOMIA

DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente no presenta manifestaciones orales y faciales de dolor
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis	-lograra disminuir el dolor.

	• Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMER	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA R/C EFECTOS ANESTÉSICOS E/P INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES.	**0413 Severidad de la pérdida de sangre.** • Pérdida de sangre visible. **(Cont.) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.** • Dolor.	**2870 Cuidados postanestésia.** • Administrar oxígeno, según corresponda. • Comprobar oxigenación. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Animar al paciente que respire profundamente. • Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 5 minutos, según corresponda. • Administrar medidas de calentamiento, si es necesario. • Vigilar estado neurológico. • Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda. • Comprar el estado actual con el estado anterior para detectar mejoras o deterioros en el estado del paciente. • Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta.	-paciente con hemodinámica estable
		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar signos vitales ortostàticos, incluido presión arterial. • Evitar procedimientos invasivos, si fuera necesario,	-se controla riesgo de sangrado, signos vitales estables

		vigilar si se produce una hemorragia.	
		• Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Observar tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay pulso alternante. • Monitorizar la pulsioximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorizar cianosis central y periférica. • Monitorizar la presencia de acropaquias.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00206 RIESGO DE SANGRADO R/C CIRCULACION.	**0401 Estado circulatorio** • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Presión del pulso • Presión arterial media • Presión venosa central • Relleno capilar	**3440 Cuidados del sitio de incisión.** • Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. • Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. • Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades. • Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje un último lugar. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. • Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.	-seguridad de lesión

Dirección Regional de Salud Ucayali Gestión de la Calidad Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - ABANCAY -
Hospital Regional Guillermo Díaz de La Vega V° B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA - Abancay -
MINISTERIO DE SALUD URPA HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega DIRECCIÓN DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO - ABANCAY -

		3000 Cuidados de la circuncisión. • Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico este correctamente firmado. • Verificar la identificación correcta del paciente. • Administrar analgesia previa al procedimiento alrededor de 1 hora antes del mismo. • Utilizar un asiento de circuncisión acolchado para los lactantes. • Durante el procedimiento, utilizar el calentador radiante para mantener la temperatura corporal. • Proteger los ojos del niño de la luz directa. • Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores. • Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño. • Durante el procedimiento, poner música adecuada. • Monitorizar signos vitales. • Administrar un anestésico local tópico, según prescripción. • Ayudar al médico en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda. • Aplicar vaselina blanca y/o apósito, según corresponda. • Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento.	-detectar precozmente los signos y síntomas de hemorragia

		• Proporcionar analgesia tras el procedimiento cada 4 – 6 horas durante 24 horas. • Enseñar al paciente/progenitores los signos y síntomas que deben notificarse al médico. • Disponer de las adaptaciones culturales.	
		6930 Cuidados post parto. • Monitorizar signos vitales. • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. • Indicar a la paciente que micciones antes de la exploración post parto y con frecuencia después. • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. • Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. • Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante. • Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario. • Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudando cuando sea necesario. • Controlar dolor de la paciente. • Reconfortar a la paciente que presente escalofríos. • Administrar analgésicos a demanda. • Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar dolor.	

		• Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias. • Realizar o ayudar con los cuidados perineales. • Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. • Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios. • Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas. • Facilitar la reanudación de una función urinaria normal. • Monitorizar la función intestinal. • Facilitar la reanudación de la función intestinal normal. • Aplicar medidas para reducir las probabilidades de desarrollar una trombosis venosa profunda. • Monitorizar las piernas en busca del signo de **HOMANS** y organizar las pruebas adicionales, si es preciso. • Monitorizar el estado emocional del paciente. • Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de parto y del nacimiento de su hijo. • Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante. • Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo. • Monitorizar la aparición de síntomas de depresión o psicosis posparto.	

		• Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo. • Comentar las necesidades de actividad de descanso. • Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas. • Monitorizar las conductas de apego progenitor – lactante. • Facilitar un apego progenitor – lactante óptimo. • Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado. • Instruir a la paciente sobre necesidades nutricionales del lactante. • Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido. • Remitir recursos apropiados de apoyo comunitario.	

		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Realizar estudios de coagulación, incluidos el TP, TTP, fibrinógeno. • Controlar los signos vitales ortostàtica, incluida la presión arterial. • Mantener reposo en cama durante hemorragia activa. • Evitar inyecciones, según corresponda. • Utilizar cepillo de dientes blandos en la higiene bucal. • Proteger al paciente de traumatismos que pueda ocasionar hemorragias. • Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente experimentara tolerable equilibrio de ansiedad

17. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

I. DEFINICIONES

Apertura quirúrgica del abdomen, y revisión de los órganos abdominales y pélvicos.

CLASIFICACION:

- Absolutas.
- Relativas.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad.
- Estado inmune
- Integridad tisular: piel y membranas.
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia.
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad.

III. RECURSOS HUMANOS

- Lic.: en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en Anestesiología
- Tec :en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor de Multiparámetro de signos vitales
- Balón de oxígeno ,humificador
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones

- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Material para administrar medicamentos (jeringas, alcohol, algodón)
- Medicamentos básicos(analgésicos y otros)
- Sujetadores del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayor
- Riñoneras
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, soleras colchas
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Gasas
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería

V. INDICACIONES

- Trauma abdominal cerrado
- Peritonitis
- Trauma por herida punzocortante /penetrante
- Herida producida por proyectil

VI. COMPLICACIONES

- Hiperextensión del plexo braquial.
- Accidentes anestésicos (paresia y parestesia de extremidades inferiores por compresión poplítea)
- Insuflación inadecuada.
- Trauma directo: intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.

- Enfisema subcutáneo.
- Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO2.
- Neumotórax o enfisema mediastínico.
- Infección post operatoria en sitio de entrada o salida hasta fascitis necrozante.

VII. PERSONAL RESPONSABLE

- Lic.: en enfermería especialista asistencial

VIII.- PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 **DOMINIO 12** Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	Disminución de la frecuencia y duración de los episodios del dolor.
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	Paciente manifiesta disminución del dolor

	episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	Ausencia de signos de infección
		6520 Análisis de la situación sanitaria Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. Obtener muestras para el análisis.	

		Realizar valoración física, cuando corresponda. Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	-lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA F/R ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD M/P DESTRUCCION DE LAS CAPAS DE LA PIEL	**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas:** • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad. • Piel intacta. • Tejido cicatricial.	**3660 Cuidados de las heridas** • Anotar las características de la herida. • Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.	-Paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización
		6550 Protección contra la infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-Paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva

18. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA LEGRADO UTERINO

I.- DEFINICIONES

La dilatación y legrado (D y L) es un procedimiento que se realiza para raspar y recolectar tejido (endometrio) del interior del útero.

- La dilatación (D) es un ensanchamiento del cuello uterino para permitir el paso de instrumentos hacia el útero.
- Legrado (L) es el raspado de las paredes del útero.

II.-OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad.
- Estado inmune.
- Estado circulatorio
- Eliminación urinaria
- Severidad de la pérdida de sangre, recuperación quirúrgica: post-operatorio inmediato.
- Nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad

II.-RECURSOS HUMANOS

- Lic. En enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en anestesiología
- Tec. En enfermería

III.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de Multiparámetro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador

- Calentador de fluidos
- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos(analgésicos y otros)
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- riñonera
- Camilla
- Ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- compresas
- gasas
- material para administrar medicamentos
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería
- Guantes

V.-INDICACIONES

- Realizar una biopsia de una masa previamente detectada en la pares del útero
- Extraer el embrión y los materiales producidos por el embarazo cuando se produce un aborto espontaneo
- Practicar un aborto terapéutico o quirúrgico antes de cumplirse los tres meses de embarazo
- Para el tratamiento de sangrados intermentruales o reglas muy abundantes
- Tratar una poliposis uterina
- Investigar posibles causas de infertilidad

VI.-COMPLICACIONES

Algunas de las posibles complicaciones del legrado incluyen:

- Las reacciones alérgicas a los medicamentos que se utilizan, como reacción alérgica a la anestesia general
- Daño del cuello uterino debido a la dilatación o el paso de instrumento
- Hemorragia (sangrado)
- La infección del útero u otros órganos pélvicos
- Tejido cicatricial dentro del útero, si el raspado fue excesivo.
- Punción o perforación del útero.

VII.-PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

III.-PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO MÉDICO: LEGRADO UTERINO			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado Inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente mantiene temperatura menor de 37°C
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno.	-resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales

		• Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	-temperatura corporal de 36.5° 37°c

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00206 RIESGO DE SANGRADO R/C CIRCULACION, ATONIA UTERINA.	**0401 Estado circulatorio** • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Presión del pulso • Presión arterial media • Presión venosa central • Relleno capilar	**3440 Cuidados del sitio de incisión.** • Observar las características de cualquier drenaje. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.	No hay presencia de hemorragia
		6930 Cuidados post parto. • Monitorizar signos vitales. • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. • Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. • Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudando cuando sea necesario. • Controlar dolor de la paciente. • Reconfortar a la paciente que presente escalofríos. • Administrar analgésicos a demanda. • Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar dolor.	

		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar los signos vitales ortostàtica, incluida la presión arterial. • Mantener reposo en cama durante hemorragia activa.	-piel y mucosas hidratadas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA R/C EFECTOS ANESTÉSICOS, ATONÍA UTERINA E/P INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES, SANGRADO VAGINAL.	**0413 Severidad de la pérdida de sangre.** • Pérdida de sangre visible. • Sangrado vaginal. **(Cont.) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.** • Dolor.	**2870 Cuidados postanestésia.** • Administrar oxígeno, según corresponda. • Comprobar oxigenación. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Animar al paciente que respire profundamente. • Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 5 minutos, según corresponda. • Administrar medidas de calentamiento, si es necesario. • Vigilar estado neurológico. • Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda. • Comprar el estado actual con el estado anterior para detectar mejoras o deterioros en el estado del paciente. • Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta.	-paciente con movimientos musculares de miembros inferiores
		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente.	-signos vitales dentro del rango esperado

		• Controlar signos vitales ortostàticos, incluido presión arterial. • Evitar procedimientos invasivos, si fuera necesario, vigilar si se produce una hemorragia.	
		6680 Monitorizaclón de los signos vitales. • Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Observar tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay pulso alternante. • Monitorizar la pulsioximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorizar cianosis central y periférica. • Monitorizar la presencia de acropaquias.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	Pacientes evidencia facie de tranquilidad

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

I.- DEFINICIONES

Es un bloqueo parcial o total del intestino, cuyos contenidos no pueden pasar.

II.-OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Brindar una atención de calidad al paciente
- Controlar el dolor
- Estado inmune
- Cognición , orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad.

III.- RECURSOS HUMANOS

- Lic. :en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en anestesiología
- Tec. en enfermería

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos(analgesia y otros)
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador

- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- laringoscopio
- Camilla
- Ropa de cama adecuada/frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, alcohol algodón)
- Tableros
- Fichas de monitores de Enfermería

V.-INDICACIONES

- Cirugía abdominal o pélvica, que con frecuencia causa adherencias intestinales — una obstrucción intestinal común
- La enfermedad de Crohn, que provoca que se engrosen las paredes del intestino, estrechando el pasaje
- Cáncer en el abdomen, especialmente si te han hecho cirugía para extraer un tumor, o radioterapia
- Hernias — porciones de intestino que se introducen en otra parte del cuerpo
- Enfermedades intestinales inflamatorias, como la enfermedad de Crohn
- Diverticulitis — una afección en la que pequeñas protrusiones (divertículos) en forma de bolsas en el sistema digestivo se inflaman o se infectan
- Torsión del colon (vólvulo)
- Retención fecal

VI.-COMPLICACIONES

- Muerte de tejido
- infecciones

- Neumonía por aspiración o Síndrome de Mendelson: en pacientes con bajo grado de consciencia es una grave o mortal complicación.
- Insuficiencia respiratoria.
- Peritonitis.
- Fracaso multiorgánico: como consecuencia del fallo de la circulación periférica.

Estenosis intestinal postisquemica: puede presentarse al cabo de semanas, meses o años de un episodio de estrangulación. Se debe a la fibrosis del tejido isquémico y pueden contribuir adherencias de estructuras vecinas, sobre todo el epiplón mayor

VII.- PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

VIII.- PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO MEDICO: OCLUSION INTESTINAL			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	1605 control del dolor • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. 2100 Nivel de comodidad. • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	-paciente no presenta manifestaciones orales y faciales de dolor y refiere que el dolor a disminuido a 3/10
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	-paciente expresa confort y alivio del dolor

	2102 Nivel del dolor. • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	• Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCIO NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-uso de técnica aséptica en todos los procedimientos
		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando	

		requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	
		6550 Protección contra las infecciones • Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno. • Analizar todas las visitas por si padecen de enfermedades transmisibles. • Facilitar el descanso. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Limitar el número de visitas, si procede. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada. • Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar una habitación privada, si es necesario.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-promover la seguridad y reducir el miedo -paciente expresa sus miedos y temores

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se muestra colaborador y comunicativo

19. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA REDUCCION CRUENTA

I.- DEFINICIONES

El reemplazo de cadera es una cirugía para personas con daños severos en la cadera. La razón más común para esta operación es la osteoartritis. La osteoartritis causa dolor, hinchazón y reduce la movilidad de las articulaciones. Esto puede interferir con sus actividades cotidianas. Si otros tratamientos como la fisioterapia, analgésicos o ejercicio no ayudaron, una cirugía de reemplazo de cadera puede ser una opción.

II.-OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Control del dolor ,nivel del dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológica: conciencia
- Ambular, movilidad
- Nivel de ansiedad,
- Autocontrol de la ansiedad

III.-RECURSOS HUMANOS

- Licenciada en Enfermería asistencial
- Medico
- Técnico en Enfermería

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador

- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- Coche de paro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Sujetador de pacientes
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- Riñonera
- Camilla
- Ropa de cama adecuada(frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos(jeringas, alcohol, algodón)
- Gasas
- Tableros
- Fichas de monitoreo de enfermería

V.-INDICACIONES

Frecuentemente se hacen en personas de más de 60 años, aun los jóvenes no escapan de recurrir a esta operación

- Artritis
- Osteoartritis
- Artritis reumatoide
- Artritis post-traumática
- Necrosis avascular

VI.-COMPLICACIONES

- Los dos principales riesgos postoperatorios de la operación de prótesis de cadera son las complicaciones relacionadas con luxación o aflojamiento de la prótesis y la infección de la prótesis de cadera, aunque también son posibles la Osteólisis o la fractura del implante de cadera y trombos

VII.-PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

VIII.-PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: PLASTIA DE CADERA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. E/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del síntoma. • Control del dolor.	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa	-disminución de la frecuencia y duración de los episodios del dolor
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor	

	2102 Nivel del dolor. • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	.-paciente con dolor controlado

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCIO NIC	EVALUACION
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	0702 Estado inmune. • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	2300 Administración de medicación • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente post-operado sin signos de infección ni inflamación, signos vitales en parámetros esperados

		6520 Análisis de la situación sanitaria • Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. • Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. • Obtener muestras para el análisis. • Realizar valoración física, cuando corresponda. • Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. • Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	-paciente mantiene temperatura menor de 37°C.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** • Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. • Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. • Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** • Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente responde de manera apropiada y positiva a los cuidados del equipo -Paciente disminuye positivamente su estrés y mejora de su salud integral

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P LIMITACION DE AMPLITUD DE MOVIMIENTOS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS FINAS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS GROSERAS	**0200 Amular** • Camina lento. • Camina a paso moderado. • Camina distancias cortas. • Anda por habilitación. **0208 Movilidad** • Mantenimiento de la posición corporal. • Ambulación. • marcha.	**0202 Fomento de ejercicios: extensión** • Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.	-paciente con hemodinámica estable
		0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular • Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo / activo. • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular. • Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Fomentar la deambulación, si resulta oportuno. • Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.	-paciente con movimientos musculares
		1400 Manejo del dolor • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.	-Paciente evidencia reducción del dolor
		6490 Prevención de caídas • Colocar la cama mecánica en la posición más baja. • Instruir al paciente que pida ayuda al moverse, si lo precisa.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva

20. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA QUISTECTOMIA OVARICA.

I.- DEFINICIONES Y SIGLAS: QUISTECTOMIA OVARICA.

La quistectomía ovárica es una cirugía que se realiza para extirpar una bolsa llena de líquido (*quiste*) de un ovario. Los ovarios son los órganos pequeños que producen óvulos en las mujeres. Se pueden formar varios tipos de quistes en los ovarios. La mayoría no son cancerosos. Posiblemente se realice una cirugía si el quiste es grande o causa síntomas como dolor. También se puede realizar en el caso de que el quiste sea canceroso o exista la posibilidad de que lo sea.

II.-OBJETIVOS

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Disminuir el riesgo de infección
- Controlar el dolor, manejar el dolor, nivel de comodidad.
- Severidad de la pérdida de sangre, recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.
- Estado circulatorio
- Nivel de ansiedad, autocontrol de ansiedad.

III.-RECURSOS HUMANO

- Lic. en enfermería especialista asistencial
- Médico especialista en anestesiología
- Tec .en enfermería

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno ,humificador

- Resucitador manual
- Aspirador de secreciones
- Estetoscopio y tensiómetro
- coche de paro
- medicamentos básicos(analgésicos y otros)
- sujetador de pacientes
- desfibrilador
- calentador de fluidos
- tubos de mayo
- riñoneras
- camilla
- ropa de cama adecuada (frazadas, sabanas, colchas, soleras)
- estufa eléctrica
- guantes
- gasas
- laringoscopio
- material para administras medicamentos (jeringas, algodón, alcohol)
- compresas
- tableros
- fichas de monitoreo de enfermería

V.-INDICACIONES

- Hay crecimientos ováricos (masas) presentes en ambos ovarios.
- El tamaño de un quiste ovárico que está siendo observado no disminuye o el quiste no desaparece al cabo de 2 o 3 meses.
- Una ecografía sugiere que un quiste no es un simple quiste funcional.
- Usted tiene un crecimiento ovárico y:
- Nunca ha tenido períodos menstruales (por ejemplo, una niña).
- Ha pasado por la menopausia (mujer posmenopáusica).
- Utiliza píldoras anticonceptivas (a menos que tome píldoras solo de progestina de dosis baja o se haya olvidado de tomar una píldora, lo que

aumentaría la probabilidad de un quiste funcional relacionado con la ovulación).

VI.-COMPLICACIONES

En general, se trata de un procedimiento seguro. Sin embargo, como en cualquier procedimiento, pueden surgir complicaciones. Las complicaciones posibles son:

- Sangrado excesivo.
- Infección.
- Lesiones en otros órganos.
- Coágulos sanguíneos.
- Imposibilidad para quedar embarazada (infertilidad).
- Es posible que no se pueda controlar el dolor
- Se puede formar tejido cicatricial (adherencias)

VII.-PERSONAL RESPONSABLE

- Lic. En enfermería especialista asistencial

VIII.-PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO MEDICO: QUISTECTOMIA OVARICA			
DIAGNSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
DOLOR AGUDO 00132 DOMINIO 12 Es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo R/C: • Agentes lesivos. M/P: • Cambios de la presión arterial. • Cambios de la respiración. • Cambios de pulso. • Facies de dolor.	**1605 control del dolor** • Reconoce factores causales. • Reconoce el comienzo del dolor. • Utiliza medidas preventivas. • Refiere síntomas al profesional de salud. • Reconoce los síntomas del dolor. **2100 Nivel de comodidad.** • Bienestar físico. • Control del	**1400 manejo del dolor** • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo. • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	Disminuirá el nivel del dolor
		2210 administración de analgésicos. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y	Control de dolor

	síntoma. • Control del dolor. **2102 Nivel del dolor.** • Dolor referido. • Duración de los episodios de dolor. • Expresiones faciales de dolor.	valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción o sobre dosis) • Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno. • Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.	
		2380 manejo de la medicación • Proporcional al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. • Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a los ciertos medicamentos, si procede. • Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede. • Consultar con los otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico. • Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.	-paciente poco a poco sentirá alivio al disminuir el dolor

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCIO NIC	EVALUACION
00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA R/C EFECTOS ANESTÉSICOS E/P INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES.	**0413 Severidad de la pérdida de sangre.** • Pérdida de sangre visible. **(Cont.) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.** • Dolor.	**2870 Cuidados postanestésia.** • Administrar oxígeno, según corresponda. • Comprobar oxigenación. • Controlar la calidad y número de respiraciones. • Animar al paciente que respire profundamente. • Obtener un informe de la enfermera de quirófano y del anestesista. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 5 minutos, según corresponda. • Administrar medidas de calentamiento, si es necesario. • Vigilar estado neurológico. • Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda. • Comprar el estado actual con el estado anterior para detectar mejoras o deterioros en el estado del paciente. • Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta	-Paciente lograra disminuir el deterioro de la Movilidad física
		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Controlar signos vitales ortostàticos, incluido presión arterial.	

		• Evitar procedimientos invasivos, si fuera necesario, vigilar si se produce una hemorragia.	
		6680 Monitorización de los signos vitales. • Monitorizar presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. • Observar tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Observar si hay pulso paradójico. • Observar si hay pulso alternante. • Monitorizar la pulsioximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorizar cianosis central y periférica. • Monitorizar la presencia de acropaquias.	funciones vitales dentro de los parámetros normales

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00206 RIESGO DE SANGRADO R/C CIRCULACION.	**0401 Estado circulatorio** • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Presión del pulso • Presión arterial media • Presión venosa central • Relleno capilar	**3440 Cuidados del sitio de incisión.** • Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. • Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. • Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades. • Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje un último lugar. • Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje. • Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.	-paciente con piel y mucosas hidratadas
		3000 Cuidados de la circuncisión. • Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico este correctamente firmado. • Verificar la identificación correcta del paciente. • Administrar analgesia previa al procedimiento alrededor de 1 hora antes del mismo. • Utilizar un asiento de circuncisión acolchado para los lactantes. • Durante el procedimiento, utilizar el calentador radiante para	-

		mantener la temperatura corporal. • Proteger los ojos del niño de la luz directa. • Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores. • Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño. • Durante el procedimiento, poner música adecuada. • Monitorizar signos vitales. • Administrar un anestésico local tópico, según prescripción. • Ayudar al médico en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda. • Aplicar vaselina blanca y/o apósito, según corresponda. • Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento. • Proporcionar analgesia tras el procedimiento cada 4 – 6 horas durante 24 horas. • Enseñar al paciente/progenitores los signos y síntomas que deben notificarse al médico. • Disponer de las adaptaciones	
		6930 Cuidados post parto. • Monitorizar signos vitales. • Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. • Indicar a la paciente que micciones antes de la exploración post parto y con frecuencia después. • Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.	

		• Masajear suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. • Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante. • Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario. • Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudando cuando sea necesario. • Controlar dolor de la paciente. • Reconfortar a la paciente que presente escalofríos. • Administrar analgésicos a demanda. • Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar dolor. • Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias. • Realizar o ayudar con los cuidados perineales. • Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones. • Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios. • Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas. • Facilitar la reanudación de una función urinaria normal. • Monitorizar la función intestinal. • Facilitar la reanudación de la función intestinal normal. • Aplicar medidas para reducir las probabilidades de desarrollar una trombosis venosa profunda. • Monitorizar las piernas en busca del signo de HOMANS y organizar las pruebas adicionales, si es preciso. • Monitorizar el estado emocional del paciente. • Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de	

		parto y del nacimiento de su hijo. • Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante. • Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo. • Monitorizar la aparición de síntomas de depresión o psicosis posparto. • Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo. • Comentar las necesidades de actividad de descanso. • Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas. • Monitorizar las conductas de apego progenitor – lactante. • Facilitar un apego progenitor – lactante óptimo. • Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado. • Instruir a la paciente sobre necesidades nutricionales del lactante. • Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido. • Remitir recursos apropiados de apoyo comunitario	

		4010 Prevención de hemorragias. • Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. • Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. • Realizar estudios de coagulación, incluidos el TP, TTP, fibrinógeno. • Controlar los signos vitales ortostàtica, incluida la presión arterial. • Mantener reposo en cama durante hemorragia activa. • Evitar inyecciones, según corresponda. • Utilizar cepillo de dientes blandos en la higiene bucal. • Proteger al paciente de traumatismos que pueda ocasionar hemorragias. • Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.	-herida operatoria en buen estado no se evidencia sangrado

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	Promover la seguridad y reducir el miedo.

21. GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA RC

I.- DEFINICION.

Reducción Cruenta: proceso quirúrgico mediante el cual se reduce la fractura a través de la exposición del foco,
Implica cortar a través de la piel para realinear los huesos

II.-OBJETIVO

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Control del dolor, nivel de dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Evitar el riesgo de infección y conocer las medidas para prevenir la infección
- Integridad tisular: piel ,membranas y mucosas
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia
- Nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad

III.- RECURSOS HUMANOS

- Lic. en enfermería especialista asistencial
- Medico Anestesiólogo.
- Tec. en enfermería.

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro

- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)
- Coche de paro
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- laringoscopio
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas , sabanas, soleras y colchas)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos (jeringas, alcohol ,algodón)
- Tableros
- Fichas de monitores de Enfermería

V.-INDICACIONES

- Fracturas abiertas y cerradas

VI.-COMPLICACIONES

- Osteomielitis
- Infecciones
- hematomas
- Neumonía por aspiración o Síndrome de Mendelson: en pacientes con bajo grado de consciencia es una grave o mortal complicación.
- Insuficiencia respiratoria.
- Fracaso multiorgánico: como consecuencia del fallo de la circulación periférica.
- fibrosis del tejido isquémico y puede contribuir adherencias de estructuras vecinas,
- Cicatrices hipertrófica y queloides

VII.- PERSONAL RESPONSABLE.

- Lic. En enfermería especialista Asistencial.
- Medico Anestesiólogo.
- Tec. En Enfermería.

VIII.- PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: REDUCCIÓN CRUENTA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.

		6520 Análisis de la situación sanitaria Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. Obtener muestras para el análisis. Realizar valoración física, cuando corresponda. Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. **5270 Apoyo emocional** Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. **5400 Potenciación de la autoestima** Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	-paciente se muestra colaborador y comunicativo -se evidencia facie de tranquilidad

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P LIMITACION DE AMPLITUD DE MOVIMIENTOS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS FINAS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS GROSERAS	**0200 Amular** • Camina lento. • Camina a paso moderado. • Camina distancias cortas. • Anda por habilitación. **0208 Movilidad** • Mantenimiento de la posición corporal. • Ambulación. • marcha.	**0202 Fomento de ejercicios: extensión** • Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.	-paciente con hemodinámica estable.
		0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular • Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo / activo. • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular. • Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Fomentar la deambulación, si resulta oportuno. • Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.	-Paciente manifiesta tener movimientos musculares de miembros inferiores
		1400 Manejo del dolor • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.	-paciente expresa confort y alivio del dolor
		6490 Prevención de caídas Colocar la cama mecánica en la posición más baja. Instruir al paciente que pida ayuda al moverse, si lo precisa.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva

GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA RC

I.- DEFINICION.

Reducción Cruenta: proceso quirúrgico mediante el cual se reduce la fractura a través de la exposición del foco,
Implica cortar a través de la piel para realinear los huesos

II.-OBJETIVO

- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente
- Control del dolor, nivel de dolor, nivel de comodidad
- Estado inmune
- Evitar el riesgo de infección y conocer las medidas para prevenir la infección
- Integridad tisular: piel ,membranas y mucosas
- Cognición, orientación cognitiva, estado neurológico: conciencia
- Nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad

III.- RECURSOS HUMANOS

- Lic. en enfermería especialista asistencial
- Medico Anestesiólogo.
- Tec. en enfermería.

IV.-RECURSOS MATERIALES

- Monitor de multiparametro de signos vitales
- Balón de oxígeno, humificador
- Aspirador de secreciones
- Resucitador manual
- Estetoscopio y tensiómetro
- Medicamentos básicos (analgésicos y otros)

- Coche de paro
- Sujetador del paciente
- Desfibrilador
- Calentador de fluidos
- Tubos de mayo
- laringoscopio
- Camilla
- Ropa de cama adecuada (frazadas , sabanas, soleras y colchas)
- Estufa eléctrica
- Guantes
- Material para administrar medicamentos (jeringas, alcohol ,algodón)
- Tableros
- Fichas de monitores de Enfermería

V.-INDICACIONES

- Fracturas abiertas y cerradas

VI.-COMPLICACIONES

- Osteomielitis
- Infecciones
- hematomas
- Neumonía por aspiración o Síndrome de Mendelson: en pacientes con bajo grado de consciencia es una grave o mortal complicación.
- Insuficiencia respiratoria.
- Fracaso multiorgánico: como consecuencia del fallo de la circulación periférica.
- fibrosis del tejido isquémico y puede contribuir adherencias de estructuras vecinas,
- Cicatrices hipertrófica y queloides

VII.- PERSONAL RESPONSABLE.

- Lic. En enfermería especialista Asistencial.
- Medico Anestesiólogo.
- Tec. En Enfermería.

VIII.- PLAN DE CUIDAD

DIAGNÓSTICO MÉDICO: REDUCCIÓN CRUENTA			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	**INTERVENCION NOC**	**INTERVENCION NIC**	**EVALUACION**
00004 RIESGO DE INFECCION F/R PRODECIMIENTOS INVASIVOS Y ALTERACIONES DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS	**0702 Estado inmune.** • Infecciones recurrentes. • Integridad cutánea. • Integridad mucosa. • Estado respiratorio. • Temperatura corporal.	**2300 Administración de medicación** • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Desarrollas la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Preparar los medicamentos • Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución. • Seguir los 5 principios de la administración de la medicación. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.	-paciente con integridad tisular en proceso de cicatrización.

		6520 Análisis de la situación sanitaria Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre y realizar análisis de orina, si procede. Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno. Obtener muestras para el análisis. Realizar valoración física, cuando corresponda. Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando requiera el caso. Utilizar utensilios de análisis sanitarios válidos y fiables.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P INTERPRETACION INEXACTA DEL ENTORNO, SOMNOLIENCIA, PENSAMIENTO INADECUADO NO BASADO EN LA REALIDAD	**0900 Cognición** • Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. • Atiende. • Está orientado. • Manifiesta memoria inmediata. • Manifiesta memoria reciente. • Manifiesta memoria remota. **0901 Orientación cognitiva** • Se auto identifica. • Identifica a los seres queridos. • Identifica el lugar donde está. • Identifica el día presente. • Identifica los eventos actuales significativos. **0912 Estado neurológico: conciencia** • Abre los ojos con estímulos externos. • Orientación cognitiva. • Comunicación apropiada a la situación. • Obedece órdenes. • Respuestas motoras a estímulos nocivos. • Flexión normal. • Flexión anormal.	**4820 Orientación de la realidad** Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente. Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado. Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder.	-paciente se muestra colaborador y comunicativo
		5270 Apoyo emocional Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	-se evidencia facie de tranquilidad
		5400 Potenciación de la autoestima Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C EFECTOS ANESTESICOS E/P LIMITACION DE AMPLITUD DE MOVIMIENTOS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS FINAS, LIMITACION DE LAS HABILIDADES MOTORAS GROSERAS	**0200 Amular** • Camina lento. • Camina a paso moderado. • Camina distancias cortas. • Anda por habilitación. **0208 Movilidad** • Mantenimiento de la posición corporal. • Ambulación. • marcha.	**0202 Fomento de ejercicios: extensión** • Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.	-paciente con hemodinámica estable.
		0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular • Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo / activo. • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular. • Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Fomentar la deambulación, si resulta oportuno. • Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.	-Paciente manifiesta tener movimientos musculares de miembros inferiores
		1400 Manejo del dolor • Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.	-paciente expresa confort y alivio del dolor
		6490 Prevención de caídas Colocar la cama mecánica en la posición más baja. Instruir al paciente que pida ayuda al moverse, si lo precisa.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACION
00146 ANSIEDAD R/C ESTADO DE SALUD, ENTORNO, M/P FACIES DEL PACIENTE Y VERBALIZACION.	**1211 Nivel de ansiedad** • ansiedad verbalizada. • Aumento de la presión sanguínea. **1402 Autocontrol de la ansiedad** • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Controla la respuesta de ansiedad.	**5820 Disminución de la ansiedad** • Administrar masajes en la espalda / cuello, si procede. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Controlar los estímulos, si procede, las necesidades del paciente. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	-paciente se comunica espontáneamente y muestra actitud positiva

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN OFTALMOLOGIA

De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existirían actualmente alrededor de 37 millones de ciegos por diversas causas, 90% de los cuales habitan en países con ingresos bajos, con altos índices de población en situación de pobreza y extrema pobreza. Asimismo, de no mediar acciones conducentes a disminuir la incidencia y prevalencia de las principales patologías causantes de ceguera, en el año 2020 habrá unos 75 millones de ciegos

CONCEPTO:

CATARATA:- Catarata es la opacificación del cristalino que provoca disminución de la agudeza visual y conduce a la ceguera, cuando esta opacificación compromete la visión en el mejor ojo y con la mejor corrección disponible, que dificulta las actividades de la vida diaria y/o las actividades laborales.

Es multifactorial, pudiendo ser degenerativa, traumática, metabólica, infecciosa traumática, metabólica, infecciosa o inflamatoria.

II. OBJETIVOS:

Establecer los criterios técnicos para la realización del tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de las personas con catarata a nivel nacional, en personas mayores de 50 años o más cumpliendo los requisitos del Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata Y pterigion

III COMPLICACIONES: Las mismas pueden ser severas o moderadas y precoces o tardías.

- Intraoperatorias: Las más frecuentes son: Hifema o sangrado en cámara anterior. • Luxación de cristalino al vítreo, Hemorragia vítrea, Hemorragia supracoroidea expulsiva.
- Post-operatorias:
- a) Precoces:
- • Aumento de la presión intraocular
- Herida filtrante y/o prolapso del iris.
- Endoftalmitis bacteriana aguda.
- b) Tardías:
- • Opacidad de la cápsula posterior, Descompensación corneal
- . • Edema macular.
- • Desprendimiento de retina

- . • Dislocación de la LIO.
- • Baja visión por biometría inadecuada

IV. PERSONAL REPONSABLE.

- **Licenciada** en enfermería I
- **Licenciada en** enfermería II

TRANSOPERATORIO

- **ASISTENCIA QUIRÚRGICA.**
- Recibir reporte en centro quirúrgico sobre el estado general del paciente. (lista de chequeo de seguridad del paciente)
- Datos del paciente (peso del paciente)
- Lugar de la cirugía
- Medicación Pre quirúrgica
- La enfermera enciende y posiciona las luces del microscopio quirúrgico y los equipos biomédicos.
- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.
- Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.
- Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la camilla y transportarlo a la zona de recuperación postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera recuperación pos operación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Contar las gasas y compresas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento.
- Disponer unidad electro quirúrgica y electrodo activo.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electro quirúrgico.

V. GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CIRUGIA DE CATARATA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION (NOC)	INTERVENCIONE (NIC)
DOMINIO:12-CONFORT **CLASE 1: Confort físico** **CODIGO :00132** **Dolor agudo R/C con agentes lesivos E/P Por llanto, escala del dolor cambios de la presión Ocular**	**(1605)Control del dolor** **Dominio:** **Conocimiento y conducta de salud.** **(1605) Control del dolor** **Dominio: Conocimiento y conducta de salud** **(1306)expresiones orales de dolor** **DOMINIO:SALUD FISIOLOGICA** **(1092)Control de riesgos** **(1608) control de síntomas**	**1400 Manejo el dolor.** • Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características. Duración o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse que el paciente reciba sus analgésicos rescritos. • Se evaluara la efectividad del analgésico. • Considerar el tipo y fuente de dolor. • Orientación a la ambulación del paciente operado. **2210 Administración de Analgésicos** • Considerar el uso d infusión continua • Evaluar la eficacia del analgésico • Observar y registrar efecto secundario del analgésico. **(3590)Vigilancia de la piel** **(2300) Administración de medicamentos /antibioticos** **(2310) Administración de medicación oftálmica** **(6545) Control de infecciones durante la cirugía** • **Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas y que**

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE 2 LESION FISICA DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (000461)R/C HERIDA TRAUMATISMO OCULAR **(00004) RIESGO DE INFECCION** R/C.a perdida de continuidad de la piel tejidos secundarios a intervención quirúrgica oftalmológica. **00146 Ansiedad** **00148 Temor a la intervención quirúrgica cambio en el entorno m/p Miedo de consecuencias**	**(1807) conocimiento control de infección** **NIVEL DE ANSIEDAD INDICADORES.** • **Monitoriza la ansiedad** • **Utiliza estrategias de superación efectiva** • **Refiere disminución de la duración de los episodios**	**debe informar al personal de salud observar signos de alarma** • **Observar si hay inflamaciones especialmente en zonas edematosas.** **ENSEÑANZA:PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO** • Explicar el propósito de la intervención quirúrgica • Reforzar la confianza del paciente involucrado • Enseñar al paciente como cooperar durante la intervención quirúrgica • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes • Fomentar el sueño (5270) Apoyo emocional (5380) Potenciación de la seguridad (5280) Disminución de la ansiedad

BIBLIOGRAFIA

1.- Guía NANDA 2018 AL 2020

2.- Manual del NOC Y NIC 2015-2018

3.- Manual de guía de Intervención del Hospital Casimiro ULLOA

4.- Dirección General de calidad y Educación en salud disponible Plan de Cuidado Estandarizado sopor de diagnóstico de Enfermería Barcelona España Ed. Masson 2005-p-38

5.- Johnson Mr,vale S.A. Clínica Manaje montoy-Organi PSP clínica and Experta Btter Worth Heinernann Heinemann 1992-528-35.

6.- Guías de practica clinica para el manejo de drenaje ventriculo externo.(Argent-neuroc-2006,20:143.

7.-manejo de drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guia practica.Rev.Med.Urug.vol.23 no.1 montevideo Mar.2007.

8.- Disfuncion del Sistema de derivation ventriculo peritoneal :implicacion de enfermeria de urgencias.luque oliveros.M.Bbullong M.Peña.A: Enfermeria Global,revista electronica cuatrimestral de Enfermeria

09.-Consejo Argentino de Oftalmologia : Fundamentos de Of tal mologi a, Editorial Ateneo, 1992, pag. 175-7

10.- Damel, A. - Harviller, V. - Massimo, M - Mansitti, J. - Zeiter, M. - Gamios y Olivieri, N. : Catarata en la infancia, Arch. Oftalmologia., Bs. As.; 1986; vol. 61, pags. 1-16.

11- Harley: Pedriatic Ophthalmology, second ed., WB Saunders Comp., vol I, p. 549